

PROPUESTAS URGENTES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ARAGÓN

2021



Por una Atención Primaria digna y de calidad

NOVIEMBRE 2021



INTRODUCCIÓN

La reforma de la Atención Primaria de Salud se inicia en 1984 con la aprobación del R.D. Ley 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud. A partir de ese momento se empezó la transformación del modelo de atención primaria basado en consultas en los partidos médicos y consultorios para pasar a la creación de Equipos de Atención Primaria (EAP) en cada Zona de Salud establecidas en el Mapa Sanitario de Aragón aprobado por la Diputación General de Aragón.

Posteriormente, otras disposiciones se sumaron a éste RDL que se anticipó a la norma fundamental que establecía la reforma general del Sistema Sanitario y que toma forma en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad.

La legislación sanitaria básica de la Atención Primaria en Aragón emana de la Ley 6/02, de 15 de abril, de Salud de Aragón, del Decreto 61/87, de 23 de mayo, de la Atención Primaria en la C.A. de Aragón y del Decreto 59/97, de 29 de abril, del Reglamento de Funcionamiento de los EAP en la C.A. de Aragón.

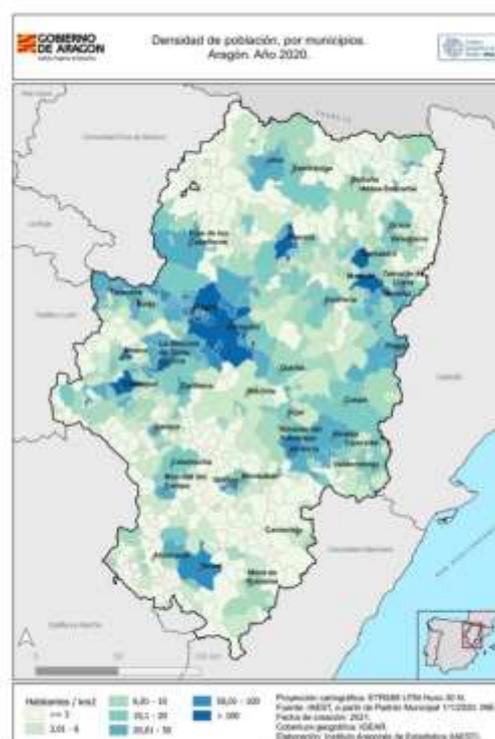
En el año 2018 un total de 193 países de todo el mundo aprobaron, por unanimidad, la Declaración de Astaná, en la que los Estados se comprometen a **fortalecer sus sistemas de Atención Primaria de la Salud** como paso esencial para lograr la cobertura sanitaria universal. La Declaración de Astaná reafirma la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978.

Pese a que Aragón figura en la séptima posición de las comunidades autónomas españolas (NUT2) cuya población ha crecido menos en el periodo 2001-2016 y las previsiones del Instituto Nacional de Estadística plantean una tendencia regresiva, Aragón es una Comunidad Autónoma con dos características muy especiales:

- **Baja densidad de población.** Aragón es una de las regiones con más baja densidad de población (28 hab/km²), con una distribución muy asimétrica de la misma y una clara tendencia a concentrarse en las grandes capitales, sobre todo, Zaragoza. Más la mitad de los habitantes de Aragón (768.141) viven en la Comarca Central (2.288km²) lo que supone que el 56% de la población vive en tan solo un 5% del territorio aragonés.

	1.900	1.950	2.017	2.020
Zaragoza	24,4	35,3	55,2	56,3
Huesca	16,3	15,0	14,1	14,2
Teruel	17,0	16,4	9,2	9,1

Evolución de la densidad de población en Aragón



- **Alto índice de Envejecimiento.** Aragón es la sexta Comunidad Autónoma más envejecida. Atendiendo a los datos de sobre envejecimiento, Aragón presenta datos más preocupantes ya que esta población es la que requiere mayores cuidados e inversión en materia de servicios médicos y asistenciales. Las previsiones europeas a corto y medio plazo de indicadores de envejecimiento para España son las siguientes:

Indicadores demográficos	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Población de 65 años o mayor (%)	20,1	22,4	25,3	28,2	31,0	33,1	33,3	32,0	30,0
Población de 80 años o mayor (%)	6,2	6,8	7,7	8,5	9,8	11,3	12,7	14,0	14,9
% de población de 80 años o mayor sobre la población de 65 años o mayor	30,8	30,1	30,3	30,2	31,6	34,1	38,2	43,8	49,7

Previsiones de indicadores de envejecimiento. Fuente: Eurostat (2016)

Han pasado más de 30 años desde que se inició la reforma de la Atención Primaria y en la actualidad dado el déficit de profesionales y el aumento de la esperanza de vida hacen incompatible seguir con este modelo dado que se está viendo afectada de manera grave tanto la calidad de atención al paciente como la del profesional de Atención Primaria por la sobrecarga asistencial que se está produciendo y que está afectando la salud laboral y emocional de los médicos de atención primaria.

Las estrategias de Atención Primaria aprobadas por el Ministerio y las CCAA en el Consejo Interterritorial en el año 2019 no han servido para nada ya que recogían medidas poco concretas y sin presupuesto adecuado para su implementación.

Por ello, los Sindicatos Médicos de Atención Primaria de Aragón (FASAMET y CESMARAGON), hemos elaborado este documento en el que proponemos actuaciones, de manera urgente, que permitan modificar la actividad asistencial en la Atención Primaria en Aragón, con las siguientes medidas de mejora.

Dichas medidas las agrupamos en los siguientes apartados y propuestas:

1. REORGANIZACIÓN DEL MAPA SANITARIO DE ARAGÓN Y ADECUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
2. NUEVO MODELO ASISTENCIAL
3. ABORDAJE DEL DÉFICIT DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
4. MEDIDAS PARA PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA
5. ORGANIZACIÓN SANITARIA Y PRESUPUESTO PARA ATENCIÓN PRIMARIA

REORGANIZACIÓN DEL MAPA SANITARIO DE ARAGÓN Y ADECUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

La planificación sanitaria realizada con la implantación de los Equipos de Atención Primaria en las distintas Zonas de Salud a través de la aprobación del Mapa Sanitario derivadas de la Ley General de Sanidad y de la transformación de la Atención Primaria data en Aragón de 1986.

Las circunstancias sociales, geográficas y demográficas han cambiado en nuestra Comunidad Autónoma de forma sustancial.

En cambio, la organización de las Zonas de Salud determinadas con el Mapa Sanitario ha sufrido pocos y mínimos cambios.

La última reforma del mapa sanitario fue en 2004 con el marco legislativo siguiente:

- ORDEN de 26 de enero de 2004, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se actualiza la clasificación de las Zonas de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón que clasifica las zonas en urbanas y no urbanas.
- DECRETO 83/2004, de 13 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica parcialmente el Decreto 29/2001, de 30 de enero, de modificación del Decreto 51/1993, de la Diputación General de Aragón, por el que se establece la composición del Comité de Ordenación Sanitaria.

Ambos Decretos hacen referencia a la composición del Comité de Ordenación Sanitaria, la cual se adaptaba a las características, de ese momento, del Sistema de Salud de Aragón.

Actualmente en Aragón hay 123 Zonas de Salud (*Anexo 1*) distribuidas en 33 centros de salud urbanos, no abiertos las 24 horas y 90 rurales abiertos las 24 horas, que están atendiendo una población total de 1.329.391 habitantes, llegando a cubrir las necesidades sanitarias de todas las localidades del territorio de Aragón. Trabajan un total de 1.256 Médicos de Familia, distribuidos en 967 Médicos de Familia en EAP y 289 como Médicos de Atención Continuada (MAC). El número de Pediatras de Atención Primaria es de 186, repartidos por todos los EAP. Es decir, Aragón tiene una ratio aproximada de 1 médico/1000 habitantes. Sin embargo, existen 121 plazas de Médicos de Familia distribuidas por todo el territorio aragonés cuya asignación es de <300 tarjetas sanitarias (*Anexo 2*), dato completamente desproporcionado con las plazas cuya asignación es de >1700 tarjetas sanitarias (*Anexo 3*).

Así mismo, la implantación de los Puntos de Atención Continuada (PAC) en algunos EAP fuera de la cabecera de las Zonas de Salud aprobados en 1999, en el que solo presta servicio un solo



médico, no se corresponde con las actuales necesidades asistenciales. Suponen un elevado coste y la calidad asistencial prestada en estos PAC no es la adecuada para los tiempos actuales.

PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA EN ARAGÓN			
Zona de Salud	Provincia	Sector	Situación del P.A.C.
Cantavieja	Teruel	Alcañiz	Villarluengo
Castejón de Sos	Huesca	Barbastro	Benasque
Benabarre	Huesca	Barbastro	Arén
Castejón de Sos	Huesca	Barbastro	Bonansa-Montanuy
Graus	Huesca	Barbastro	La Puebla de Roda
Alhama de Aragón	Zaragoza	Calatayud	Nuévalos
Daroca	Zaragoza	Calatayud	Used
Biescas-Valle de Tena	Huesca	Huesca	Escarrilla
Jaca	Huesca	Huesca	Canfranc
Albarracín	Teruel	Teruel	Orihuela del Tremedal
Albarracín	Teruel	Teruel	Villar del Cobo
Albarracín	Teruel	Teruel	Valdecuencia*
Alfambra	Teruel	Teruel	Pancrudo
Sarrión	Teruel	Teruel	Arcos de las Salinas
Villel	Teruel	Teruel	El Cuervo
Campo de Belchite	Zaragoza	Zaragoza II	Azuara**

* Valdecuencia nunca se ha llegado a constituir como PAC

**Azuara es un PAC formado por 1 facultativo y 1 enfermero

La mejora de las comunicaciones por carretera y la dotación de ambulancias de soporte vital básico y avanzado en todo el territorio, así como la disponibilidad del helicóptero medicalizado permiten suprimir o revisar muchos de los actuales PAC, si no de forma continua si en muchos meses del año. No obstante, sería recomendable mejorar la accesibilidad de las zonas rurales aumentando el número de helipuertos y/o helisuperficies para permitir la utilización de los helicópteros medicalizados. Actualmente, los recursos asistenciales del 061 Aragón son:



	UME	UVI	SVB	A.CONVENCIONALES
HUESCA	Fraga Huesca Monzón Sabiñánigo	Barbastro Huesca Jaca	Aínsa Binéfar BROTO Castejón de Sos Graus Hecho Sariñena	Barbastro Benabarre-Puente de Montañana Biescas Fraga Huesca Jaca Lafortunada Monzón
	4	3	7	8
TERUEL	Alcañiz Monreal del Campo Teruel	Alcañiz Teruel	Albarracín Andorra Cantavieja Híjar Mora de Rubielos Utrillas	Alcañiz Alcorisa Calamocha Cella Mas de las Matas Mosqueruela Muniesa Orihuela del Tremedal Perales de Alfambra Sarrión Teruel Valderrobres
	3	2	6	12
ZARAGOZA	Calatayud Ejea de los Caballeros Tarazona Zaragoza 1 Zaragoza 2	Calatayud Zaragoza 1 Zaragoza 2	Belchite Borja Brea de Aragón Bujaraloz Cariñena Caspe Fuentes La Almunio-Épila Tauste Zaragoza 1 Zaragoza 2 Zaragoza 3	Alagón Ariza Calatayud Daroca Ejea de los Caballeros Herrera de los Navarros Luna Maella Sástago Sos del Rey Católico Tarazona Zaragoza 1 Zaragoza 2 Zaragoza 3 Zaragoza 4
	5	3	12	15
TOTAL	12	8	25	35

El Decreto 59/97, de 29 de abril, del Reglamento de Funcionamiento de los EAP en la C.A. de Aragón que recoge el sistema de organización para atender las consultas en núcleos periféricos de las cabeceras de las Zonas de Salud:

“De forma general, la periodicidad de consultas en aquellas localidades o puntos geográficos donde no radique el Centro de Salud se hará de acuerdo con los siguientes criterios orientativos:

a) Núcleos de hasta 100 habitantes de hecho: consulta con una periodicidad propuesta por el Equipo de Atención Primaria y determinada en el Reglamento Interno de Funcionamiento.

b) Núcleos de 101 a 200 habitantes de hecho: consulta 2 días a la semana.

c) Núcleos de 201 a 300 habitantes de hecho: consulta 3 días a la semana.

d) Núcleos de 301 a 400 habitantes de hecho: consulta 4 días a la semana.

e) Núcleos de más de 400 habitantes de hecho: consulta diaria de lunes a viernes.”

Consideramos que este texto ha quedado desfasado por la disminución de población en estas localidades, los avances incorporados con la incorporación de medios informáticos para recoger la información asistencial, así como, por la implantación de la receta electrónica y otras mejoras telemáticas, por lo que es necesario adecuar entre todos los profesionales de los EAP la periodicidad de las consultas en estas localidades.

Proponemos la agrupación de algunas Zonas de Salud próximas para poder compartir los recursos existentes, en cada una de ellas, creando **Unidades Asistenciales Múltiples (UAM)** distribuidas en los sectores sanitarios. Las nuevas UAM permitirían compartir los recursos y mejorar la atención continuada.

Sector Huesca:

- ✓ Jaca: ZS Jaca + Hecho + Berdun.
- ✓ Sabiñánigo: ZS Sabiñánigo, Biescas y Broto.
- ✓ Sariñena: ZS Sariñena y Grañen.
- ✓ Huesca: ZS Santo Grial + Pirineos + Perpetuo Socorro + Ayerbe + Huesca Rural + Almudevar.

Sector Barbastro:

- ✓ Barbastro: ZS Barbastro + Abiego + Berbegal.
- ✓ Monzón: ZS Monzón Urbano + Rural + Albalate de Cinca.
- ✓ Binefar: ZS Binefar + Tamarite de Litera.
- ✓ Fraga: ZS Fraga + Mequinenza.
- ✓ Graus: ZS Graus + Castejón de Sos + Benabarre.
- ✓ Ainsa: ZS Ainsa + Lafortunada.

Sector Teruel:

- ✓ Calamocha: ZS Bágüena + Calamocha + Monreal del Campo.
- ✓ Cella: ZS Sta Eulalia + Cella + Albarracín.
- ✓ Utrillas: ZS Utrillas + Aliaga + Alfambra.
- ✓ Mora: ZS Mora + Sarrión + Mosqueruela.
- ✓ Teruel: ZS Teruel Centro + Teruel Ensanche + Villedel + Cedrillas.

Sector Alcañiz:

- ✓ Caspe: ZS Caspe + Maella.
- ✓ Calaceite: ZS Calaceite + Valderrobres.
- ✓ Andorra: ZS Híjar + Andorra + Muniesa.
- ✓ Calanda: ZS Alcorisa + Calanda + Mas de las Matas.
- ✓ Alcañiz.
- ✓ Cantavieja. Por sus características demográficas *debería estar incluido en Sector Teruel (Mora, Sarrión, Mosqueruela).*

Sector Zaragoza I:

- ✓ Zuera: ZS Zuera + Luna.
- ✓ Alfajarín: ZS Alfajarín + Villamayor + Bujaraloz.

Sector Zaragoza II:

- ✓ Fuentes de Ebro: ZS Fuentes + Campo de Belchite + Sástago.

Sector Zaragoza III:

- ✓ Ejea: ZS Ejea de los Caballeros + Sádaba + Sos del Rey Católico.
- ✓ Alagón: ZS Alagón + Gallur + Tauste.
- ✓ Utebo: ZS Utebo + Casetas.
- ✓ Borja: ZS Borja + Tarazona.
- ✓ La Almunia: ZS La Almunia + Épila.
- ✓ Cariñena: ZS Cariñena + Herrera de los Navarros + María de Huerva.

Sector Calatayud:

- ✓ Alhama: ZS Ariza + Alhama + Ateca.
- ✓ Illueca: ZS Illueca + Villarroya + Morata.
- ✓ Calatayud Norte: ZS Calatayud Norte + Saviñán.
- ✓ Calatayud Sur: ZS Calatayud Sur + Daroca.

Por todo lo expuesto anteriormente, hay que realizar una reforma urgente del mapa sanitario y una distribución simétrica de los recursos y por ello, proponemos:

1. **Modificar el actual Mapa Sanitario de Aragón** mediante la creación de nuevas Zonas de Salud y la reordenación de las actuales Zonas aplicando criterios de población a atender, recursos presentes y dispersión geográfica de los EAP y, considerando que los EAP deben tener al menos 4 médicos de familia en la plantilla del EAP. En base a ello, se deberían redistribuir aquellos equipos formados por solo 2 facultativos (en la actualidad Báguena, Lafortunada y Mosqueruela) e iniciar una tendencia para que aquellos EAP formados por 3 facultativos pudieran integrarse en otras zonas de salud.
2. Igualmente hay que **redistribuir los puestos de trabajo** existentes en los EAP siguiendo criterios de población, dispersión geográfica y el número de profesionales disponibles para realizar la actividad asistencial y urgente, suprimiendo puestos que atienden poblaciones de menos 300 habitantes. Los médicos que estén ocupando los puestos sometidos a estos dos procesos de reordenación se destinarán a otras Zonas de Salud donde sean necesarios.
3. **Reagrupar zonas de salud con otras colindantes mediante UAM** para poder compartir los recursos y mejorar la atención continuada y la organización asistencial.
4. **Revisar los actuales puestos de Guardia (Atención Continuada) en los EAP y también revisión de los actuales PAC** manteniendo solo aquel estrictamente necesario, pero dotándolos, al menos, con 1 médico de familia y un enfermero.
5. Repartir entre todos los profesionales de los EAP (médicos, enfermeros y otros) la **periodicidad de las consultas en los consultorios locales**, revisando la normativa actualmente establecida.

NUEVO MODELO ASISTENCIAL

El **Centro de Salud debe ser el epicentro** de la atención sanitaria y debe servir para fomentar la sensación de pertenencia al grupo y el trabajo en equipo y de lugar de trabajo para realizar procedimientos clínicos y actividades formativas, organizativas, docentes e investigadoras.

La atención a la población se realizará en el propio centro de salud, así como en todos los **Consultorios Locales** distribuidos en los sectores sanitarios de Aragón.

En el Centro de Salud se prestará la atención sanitaria todos los días, de lunes a viernes, en horario de atención ordinaria, por parte del personal médico y por el personal de enfermería y también se prestará por parte de éstos en los consultorios locales en función del volumen de población y según las necesidades clínicas detectadas por la propia población y el personal sanitario. Cada consultorio local debe tener asignado, como mínimo, un profesional médico y otro de enfermería.

La **historia clínica electrónica** debe servir como elemento de comunicación entre todos los médicos de atención primaria, de hospitales y centros de especialidades y del 061 y permitir el acceso a la misma a los médicos para conocer el historial clínico de los pacientes en cualquier punto de trabajo de todos los niveles asistenciales.

Hay que mejorar la coordinación de las **interconsultas virtuales** entre los médicos de hospitales y los de atención primaria asumiendo cada nivel asistencial las actuaciones necesarias para la resolución de los casos de consulta.

Es imprescindible **disminuir la carga burocrática y redistribuir el trabajo** de las consultas de los MAP hacia otros profesionales del EAP que lo puedan resolver. Para ello, es necesario implementar en Salud Informa una herramienta que permita derivar a otras categorías profesionales conociendo previamente el motivo de asistencia del paciente y favorecer así las consultas finalistas. Ejemplo claro de ello son las citas programadas por enfermería para pacientes crónicos.

La frecuencia de la atención sanitaria en los Consultorios Locales se determinará en base a varios parámetros: población con Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) asignada, dispersión geográfica de los núcleos de población y del grado de envejecimiento en las localidades de la zona de salud.

Los Consultorios Locales deben disponer de:

- Espacio suficiente para las consultas de medicina y enfermería necesarias, así como sala de espera. Deben ajustarse a las necesidades de cada caso, permitiendo versatilidad en la organización de la Zona Básica de Salud.
- Mejorar la cobertura telemática mediante fibra óptica para el desarrollo y conectividad adecuada en todos los centros y localidades atendidas.
- Mejorar el Equipamiento informático adecuado.

-
- Dotación diagnóstica y terapéutica adecuada, entre la que se encuentra un monitor con capacidad de realizar Electrocardiograma (ECG) y un Desfibrilador Semiautomático (DESA), así como otro equipamiento, diagnóstico o terapéutico que se pueda trasladar desde el centro de salud, así como otro equipamiento diagnóstico-terapéutico.

En el caso de que proceda, en función de la dispersión y la población de la Zona Básica de Salud, se decidirá el número de consultorios locales necesarios, su ubicación, así como las localidades asignadas a cada uno de ellos. Para esto, se deberán tener en cuenta las siguientes premisas:

- Que el tiempo de desplazamiento desde las localidades/consultorios de proximidad a los consultorios rurales de agrupación no supere los 30 minutos.
- Que se haga con la mayor agregación posible que garantice los objetivos asistenciales.
- Circunstancias específicas de la Zona.

Se deben de potenciar las **citas no presenciales**, así como las **citas concertadas** en todos los consultorios locales, tanto a demanda, a través del sistema de cita previa, así como la concertada con el profesional. Por ello es especialmente importante la implicación de las **Unidades de Admisión** con unas instrucciones de actuación concretas emitidas desde las Direcciones de Atención Primaria.

La atención continuada se seguirá prestando principalmente en el Centro de Salud.

Un aspecto fundamental que debe garantizar la Atención Primaria es la **calidad asistencial**. Para ello, se deben mantener cupos máximos de pacientes (1500 TIS para el Médico de Familia y 1000 TIS para el Pediatra) así como, establecer un número máximo de pacientes/día (36 pacientes distribuidos 28 demanda presencial y 8 no presencial en el caso del Médico de Familia y 32 pacientes distribuidos en 24 demanda presencial, incluyendo 3 revisiones, y 8 no presencial en el caso del Pediatra) que permita ofrecer el tiempo necesario a cada uno de ellos.

En caso de superarse el máximo de pacientes/día recomendado, debido a las ausencias y falta de profesionales, se podrían establecer unos módulos de prolongación de jornada mediante una compensación retributiva equivalente a una hora de guardia:

- Módulo hasta 5 pacientes a razón de 20 €
- Entre 5 y 10 pacientes 30 €
- Entre 10 y 20 pacientes 40 €
- Módulo de más de 20 pacientes 50 €

Por todo ello, proponemos:

-
1. **Unificar la Historia Clínica Electrónica** para incorporar en ésta los datos del OMI-AP para que todos los médicos puedan acceder al historial clínico de los pacientes, en cualquier punto, donde un médico tenga que prestar atención asistencial a la población.
 2. **Dotación en recursos e infraestructuras sanitarias en todos los centros de salud y consultorios locales de Aragón.**
 3. **Disminuir la carga burocrática** de las consultas de los MAP.
 4. Establecer **agendas óptimas que garanticen la calidad asistencial** mediante la aplicación de módulos retributivos complementarios.
 5. Mejorar la **coordinación de las interconsultas virtuales** entre los médicos de hospitales y los de atención primaria.
 6. **Mejorar la cobertura telemática** mediante fibra óptica para el desarrollo y conectividad adecuada en todos los centros y localidades atendidas y mejorar el Equipamiento informático adecuado de los centros.
 7. **Potenciar el trabajo de otras categorías profesionales** como enfermería y personal de admisión.

ABORDAJE DEL DÉFICIT DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde hace muchos años los Sindicatos Médicos de Atención Primaria de Aragón venimos denunciando la falta de médicos para abordar un cambio generacional y poder cubrir las vacantes producidas por jubilaciones en los centros de Salud.

El 5 de julio del 2017 se publicó en BOA el Plan Estratégico de Ordenación de RRHH del Servicio Aragonés de Salud en el que ya se preveía una pérdida de 1/3 de la plantilla:

CATEGORÍA /PUESTO	Efectivos 31/12/2015	Jubilados 2016	Jubilados 2017	Jubilados 2018	Jubilados 2019	Jubilados 2020	Total 2016/20	%Efectivos
Médico Atención Continuada	331	1	2	2	7	9	21	6,34%
Médico de Familia	901	25	45	63	66	80	279	30,97%
Pediatra de Atención Primaria	184	2	7	2	5	8	24	13,04%

Además de estas jubilaciones ha habido un gran aumento de jubilaciones anticipadas promovidas por los cambios asistenciales de la COVID-19 y los derivados de la sobrecarga laboral de las consultas, así como una reducción de la tendencia a la prolongación voluntaria del servicio activo.

Actualmente ya existen puestos en algunos EAP de todo Aragón que no se han podido cubrir con personal interino o temporal por determinadas circunstancias.

Las instituciones responsables son varias, comenzando por la Universidad-Facultad de Medicina que mantiene los números clausus que se vienen aplicando en los sistemas de acceso a las Facultades de Medicina, exigiendo unas notas para el acceso rozando la excelencia, sin tener en cuenta una planificación adecuada a las necesidades reales de médicos, y que produce que muchos aspirantes al Grado de Medicina se queden sin poder cumplir sus deseos de ser médicos y que probablemente hubieran podido ser grandes profesionales de la medicina y, por otro lado, aceptamos que puedan acceder al MIR aspirantes de otros países comunitarios y extracomunitarios.

Los Ministerios de Sanidad y Educación que no han abordado los cambios necesarios de centros docentes y de tutores para poder contribuir a la especialización y no han convocado junto con la Comunidades Autónomas la totalidad de plazas de especialistas disponibles. Y por último las Comisiones Nacionales de la especialidad que no han sabido adaptar los planes de formación y la duración de la misma a las necesidades urgentes de médicos especialistas. También podrían

realizarse convocatorias específicas de MIR de Medicina de Familia durante algunos años como se hizo hace varios años, al considerar dicha especialidad como deficitaria para cubrir las vacantes que son necesarias.

Esta falta de organización asistencial va unida, lamentablemente, a la falta de RECONOCIMIENTO, PRESTIGIO, DIGNIDAD y EMPODERAMIENTO de la Atención Primaria, que desemboca de forma irremediable en la escasez de compañeros que deciden finalmente dedicar su vida a ella.

Por todo ello, proponemos:

1. **Aumentar el número de alumnos de acceso** en las Facultades de Medicina.
2. Formación Especializada:
 - a. **Reducir el número de años especialización** de la Medicina Familiar y Comunitaria a 3 años, de forma transitoria, mientras exista un déficit de profesionales sanitarios como ocurre en la actualidad.
 - b. **Aumentar el número de plazas** para el acceso a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
 - c. **Cambiar criterios en las unidades docentes:** ampliar el número de centros docentes a todas las Zonas de Salud de Aragón (incluidas rurales), modificar los criterios de nombramientos de tutores, aumentar el número de éstos con unas contraprestaciones laborales y retributivas adecuadas, y priorizar la formación del residente en el centro de salud, tanto en jornada ordinaria como en atención continuada.
 - d. **Asegurar un período mínimo de desarrollo 3-5 años para ejercer la especialidad** en la misma comunidad donde se ha formado el médico de familia.
 - e. **Evitar repetir el MIR** para una nueva especialidad, exigiendo al menos 5 años de ejercicio de la primera especialidad finalizada.
 - f. **Realizar convocatorias específicas de MIR de Medicina de Familia** durante 3 o 5 años para poder paliar el déficit en esta especialidad.
3. **Mejorar las condiciones laborales de los nuevos médicos de familia** con contratos dignos, con una duración mínima de 3 años, para evitar la fuga a otras comunidades y al extranjero.
4. **Mejorar y reconocer el papel de los Médicos de Atención Primaria.**

MEDIDAS PARA CUBRIR PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA

La aprobación de una normativa específica para cubrir puestos de difícil cobertura realizada en el BOA del 11 de agosto de 2017 en la que se incorporaban algunos méritos adicionales por acceder y mantener el servicio en esos centros de difícil cobertura ha resultado ser insuficiente e incluso se están produciendo efectos negativos con la aplicación de esta normativa.

Este plan en materia de incentivos para los profesionales sanitarios en centros de difícil cobertura no está funcionando ya que siguen sin cubrirse algunos puestos.

Es fundamental, además de la puntuación extra en méritos, en la experiencia profesional, para OPE y bolsa de empleo temporal contemplar otras formas de incentivación incluida la económica.

Por todo ello, proponemos:

1. **Mejorar las compensaciones actuales establecidas para cubrir puestos de difícil cobertura** mediante un complemento específico adicional equivalente al Complemento Específico tipo B.
2. **Revisar y actualizar el número de centros cada 6-12 meses.**
3. **Estabilizar el empleo temporal** para que la temporalidad sea inferior al 7%.
4. Estabilizar todas las **plazas eventuales de las plantillas.**
5. Mejorar y compensar a los profesionales de los EAP del ámbito rural la **indemnización por el uso del vehículo propio** para realizar los desplazamientos habituales en la zona de salud dentro de la jornada ordinaria de trabajo.

ORGANIZACIÓN SANITARIA Y PRESUPUESTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Llevamos muchos años, tras la creación de los Sectores sanitarios, que se eliminaron las Gerencias de Atención Primaria que existían entonces y se unificaron en una sola Dirección/Gerencia la atención hospitalaria y la primaria; no así el 061 que mantuvo su propia Gerencia.

Desde el año 2001 fecha en la que se realizó la Transferencia de la Gestión del INSALUD a la Comunidad Autónoma (CA) de Aragón, el gasto destinado a la Atención Primaria, que en aquel momento era cercano al 15 % del total del gasto en sanidad, se ha ido reduciendo sustancialmente (actualmente no alcanza el 13 %) a pesar que los servicios, asistencia y personal ha ido aumentando de forma notoria obligando a los profesionales a cubrir, con su propio esfuerzo, la actual sobrecarga laboral que venimos sufriendo.

Desde hace varios años venimos denunciando al SALUD que estaban aumentando las agresiones a los profesionales sanitarios y a las instalaciones, sin que éste haya puesto las medidas necesarias para garantizar la seguridad de todos ellos.

En el año 2020 se han denunciado 236 agresiones, de las cuales 197 (83,4 %) iban dirigidas a mujeres y el 39 (16,5%) a hombres.

En Atención Hospitalaria se produjeron 161 casos (68,2 %) y en Atención Primaria y extrahospitalaria 75 (31,7 %).

Según la forma de agresión, fueron físicas 91 (33 %) y no físicas 172 (67 %).

La evolución en el número de agresiones en los últimos 5 años ha sido:

Años	Casos
2016	120
2017	173
2018	247
2019	294
2020	236

Así lo hemos denunciado desde el año 2019 solicitando al Departamento de Sanidad la implantación de todas las medidas necesarias para proteger a los profesionales y a sus centros, con muy poca receptividad en las peticiones realizadas.

Igualmente, el Gobierno de Aragón debe buscar acuerdos con las CA fronterizas que permitan mejorar los servicios sanitarios de localidades limítrofes, y que Aragón no termina de cerrarlos. En determinados puntos conflictivos.

Por todo ello, para mejorar la gestión de las Direcciones de Atención Primaria con los EAP proponemos:

1. Separar las Direcciones de Atención Primaria de cada sector de las direcciones de Hospitales creando una sola **Gerencia de Atención Primaria** para todo Aragón, dentro del organigrama asistencial del departamento de Sanidad o del Servicio Aragonés de Salud, en la que se encuadren las direcciones de AP y se mejorara la gestión diaria de los Equipos de Atención Primaria.
2. De esta manera se podrán separar mejor los presupuestos destinados a la Atención Primaria del de Hospitales para que llegue a ser un gasto finalista y además deberá aplicarse un incremento progresivo real del actual presupuesto destinado a la Atención Primaria, que actualmente se encuentra por debajo del 14 %, con el objetivo de alcanzar, en el plazo de 3 años, el **25 % del gasto total en sanidad**.
3. Crear **incentivos económicos específicos de Atención Primaria**:
 - a. Compensación adicional por los **desplazamientos en los EAP rurales a los consultorios periféricos**, similar a las dietas y kilometraje establecido en otros departamentos.
 - b. **Compensación retributiva equivalente a una hora de guardia**, cuando se superen las agendas habituales y tener que atender más número de pacientes en las consultas.
 - c. **Compensación por doblaje de consulta** (la normativa aprobada en 2005 sobre la forma de cubrir las ausencias de los profesionales de los EAP ha quedado obsoleta y no se ajusta a las necesidades reales del presente) que prime a todos los miembros de los EAP en razón de las coberturas que se realicen.
4. Buscar **Acuerdos Interautonómicos para la cobertura asistencial de localidades o zonas de salud limítrofes** con otras Comunidades Autónomas.
5. Mejorar la **seguridad en los centros con todas las medidas necesarias**, ya solicitadas, por nuestro sindicato, que evite agresiones tanto físicas como verbales, con unas sanciones severas para los causantes de las mismas.

CONCLUSIONES

1. REORGANIZACIÓN DEL MAPA SANITARIO DE ARAGON Y ADECUACION DE LA DISTRIBUCIÓN ASIMÉTRICA DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Modificar el actual Mapa Sanitario de Aragón** mediante la creación de nuevas Zonas de Salud y la reordenación de las actuales Zonas aplicando criterios de población a atender, recursos presentes y dispersión geográfica de los EAP y, considerando que los EAP deben tener al menos 4 médicos de familia en la plantilla del EAP. En base a ello, se deberían redistribuir aquellos equipos formados por solo 2 facultativos (en la actualidad Báguena, Lafortunada y Mosqueruela) e iniciar una tendencia para que aquellos EAP formados por 3 facultativos pudieran integrarse en otras zonas de salud.
2. Igualmente hay que **redistribuir los puestos de trabajo** existentes en los EAP siguiendo criterios de población, dispersión geográfica y el número de profesionales disponibles para realizar la actividad asistencial y urgente, suprimiendo puestos que atienden poblaciones de menos 300 habitantes. Los médicos que estén ocupando los puestos sometidos a estos dos procesos de reordenación se destinarán a otras Zonas de Salud donde sean necesarios.
3. **Reagrupar zonas de salud con otras colindantes mediante UAM** para poder compartir los recursos y mejorar la atención continuada y la organización asistencial.
4. **Revisar los actuales puestos de Guardia (Atención Continuada) en los EAP y también revisión de los actuales PAC** manteniendo solo aquel estrictamente necesario, pero dotándolos, al menos, con 1 médico de familia y un enfermero.
5. Repartir entre todos los profesionales de los EAP (médicos, enfermeros y otros) la **periodicidad de las consultas en los consultorios locales**, revisando la normativa actualmente establecida.

2. NUEVO MODELO ASISTENCIAL

1. **Unificar la Historia Clínica Electrónica** para incorporar en ésta los datos del OMI-AP para que todos los médicos puedan acceder al historial clínico de los pacientes, en cualquier punto, donde un médico tenga que prestar atención asistencial a la población.
2. **Dotación en recursos e infraestructuras sanitarias en todos los centros de salud y consultorios locales de Aragón.**
3. **Disminuir la carga burocrática** de las consultas de los MAP.
4. Establecer **agendas óptimas que garanticen la calidad asistencial** mediante la aplicación de módulos retributivos complementarios.
5. **Mejorar la coordinación de las interconsultas virtuales** entre los médicos de hospitales y los de atención primaria.
6. **Mejorar la cobertura telemática** mediante fibra óptica para el desarrollo y conectividad adecuada en todos los centros y localidades atendidas y mejorar el Equipamiento informático adecuado de los centros.
7. **Potenciar el trabajo de otras categorías profesionales** como enfermería y personal de admisión.

3. ABORDAJE DEL DÉFICIT DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Aumentar el número de alumnos de acceso en las Facultades de Medicina.**
2. Formación Especializada:
 - a. **Reducir el número de años especialización** de la Medicina Familiar y Comunitaria a 3 años, de forma transitoria, mientras exista un déficit de profesionales sanitarios como ocurre en la actualidad.
 - b. **Aumentar el número de plazas** para el acceso a la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
 - c. **Cambiar criterios en las unidades docentes:** ampliar el número de centros docentes a todas las Zonas de Salud de Aragón (incluidas rurales), modificar los criterios de nombramientos de tutores, aumentar el número de éstos con unas contraprestaciones laborales y retributivas adecuadas, y priorizar la formación del residente en el centro de salud, tanto en jornada ordinaria como en atención continuada.
 - d. Asegurar un **período mínimo de desarrollo 3-5 años para ejercer la especialidad** en la misma comunidad donde se ha formado el médico de familia.
 - e. **Evitar repetir el MIR** para una nueva especialidad, exigiendo al menos 5 años de ejercicio de la primera especialidad finalizada.
 - f. Realizar **convocatorias específicas de MIR de Medicina de Familia** durante 3 o 5 años para poder paliar el déficit en esta especialidad.
3. **Mejorar las condiciones laborales** de los nuevos médicos de familia con contratos dignos, con una duración mínima de 3 años, para evitar la fuga a otras comunidades y al extranjero.
4. Mejorar y **reconocer el papel de los Médicos de Atención Primaria.**

4. MEDIDAS PARA CUBRIR PUESTOS DE DIFÍCIL COBERTURA

1. **Mejorar las compensaciones actuales establecidas para cubrir puestos de difícil cobertura** mediante un complemento específico adicional equivalente al Complemento Específico tipo B.
2. **Revisar y actualizar el número de centros cada 6-12 meses.**
3. **Estabilizar el empleo temporal** para que la temporalidad sea inferior al 7%.
4. **Estabilizar todas las plazas eventuales** de las plantillas.
5. Mejorar y compensar a los profesionales de los EAP del ámbito rural la **indemnización por el uso del vehículo propio** para realizar los desplazamientos habituales en la zona de salud dentro de la jornada ordinaria de trabajo.

5. ORGANIZACIÓN SANITARIA Y PRESUPUESTO DE ATENCION PRIMARIA

1. Separar las Direcciones de Atención Primaria de cada sector de las direcciones de Hospitales creando una sola **Gerencia de Atención Primaria** para todo Aragón, dentro del organigrama asistencial del departamento de Sanidad o del Servicio Aragonés de Salud, en la que se encuadren las direcciones de AP y se mejorara la gestión diaria de los Equipos de Atención Primaria.
2. De esta manera se podrán separar mejor los presupuestos destinados a la Atención Primaria del de Hospitales para que llegue a ser un gasto finalista y además deberá aplicarse un incremento progresivo real del actual presupuesto destinado a la Atención Primaria, que actualmente se encuentra por debajo del 14 %, con el objetivo de alcanzar, en el plazo de 3 años, el **25 % del gasto total del gasto en sanidad**.
3. Crear **incentivos económicos específicos de Atención Primaria**:
 - a. **Compensación adicional por los desplazamientos en los EAP rurales a los consultorios periféricos**, similar a las dietas y kilometraje establecido en otros departamentos.
 - b. **Compensación retributiva equivalente a una hora de guardia**, cuando se superen las agendas habituales y tener que atender más número de pacientes en las consultas.
 - c. **Compensación por doblaje de consulta** (la normativa aprobada en 2005 sobre la forma de cubrir las ausencias de los profesionales de los EAP ha quedado obsoleta y no se ajusta a las necesidades reales del presente) que prime a todos los miembros de los EAP en razón de las coberturas que se realicen.
4. Buscar **Acuerdos Interautonómicos para la cobertura asistencial de localidades o zonas de salud limítrofes** con otras Comunidades Autónomas.
5. Mejorar la **seguridad en los centros con todas las medidas necesarias**, ya solicitadas, por nuestro sindicato, que evite agresiones tanto físicas como verbales, con unas sanciones severas para los causantes de las mismas.

ANEXO 1: CENTROS DE SALUD DE ARAGÓN

CENTROS DE SALUD ABIERTOS 24 HORAS							
ALCAÑIZ	BARBASTRO	CALATAYUD	HUESCA	TERUEL	ZARAGOZA I	ZARAGOZA II	ZARAGOZA III
Alcañiz	Abiego	Alhama de Aragón	Almudévar	Albarracín	Alfajarín	Campo de Belchite	Alagón
Alcorisa	Aínsa	Ariza	Ayerbe	Alfambra	Bujaraloz	Fuentes de Ebro	Borja
Andorra	Albalate de Cinca	Ateca	Berdún	Aliaga	Luna	Sástago	Cariñena
Calaceite	Barbastro	Calatayud Norte	Biescas	Báguena	Villamayor		Casetas
Calanda	Benabarre	Calatayud Sur	Broto	Calamocha	Zuera		Ejea de los Caballeros
Cantavieja	Berbegal	Daroca	Grañén	Cedrillas			Épila
Caspe	Binéfar	Illueca	Hecho	Cella			Gallur
Híjar	Castejón de Sos	Morata de Jalón	Huesca Rural*	Monreal del Campo			Herrera de los Navarros
Maella	Fraga	Saviñan	Jaca	Mora de Rubielos			La Almunia de Doña Godina
Mas de las Matas	Graus	Villarroya de la Sierra	Perpetuo Socorro*	Mosqueruela			María de Huerva
Muniesa	Lafortunada		Pirineos*	Santa Eulalia del Campo			Sádaba
Valderrobres	Mequinenza		Sabiñánigo	Sarrión			Sos del Rey Católico
	Monzón Rural		Santo Grial-Los Olivos*	Teruel Centro**			Tarazona
	Monzón Urbano		Sariñena	Teruel Ensanche **			Tauste
	Tamarite de Litera			Utrillas			Utebo
				Villel			

Tabla "Centros de salud abiertos 24h". Elaboración propia.

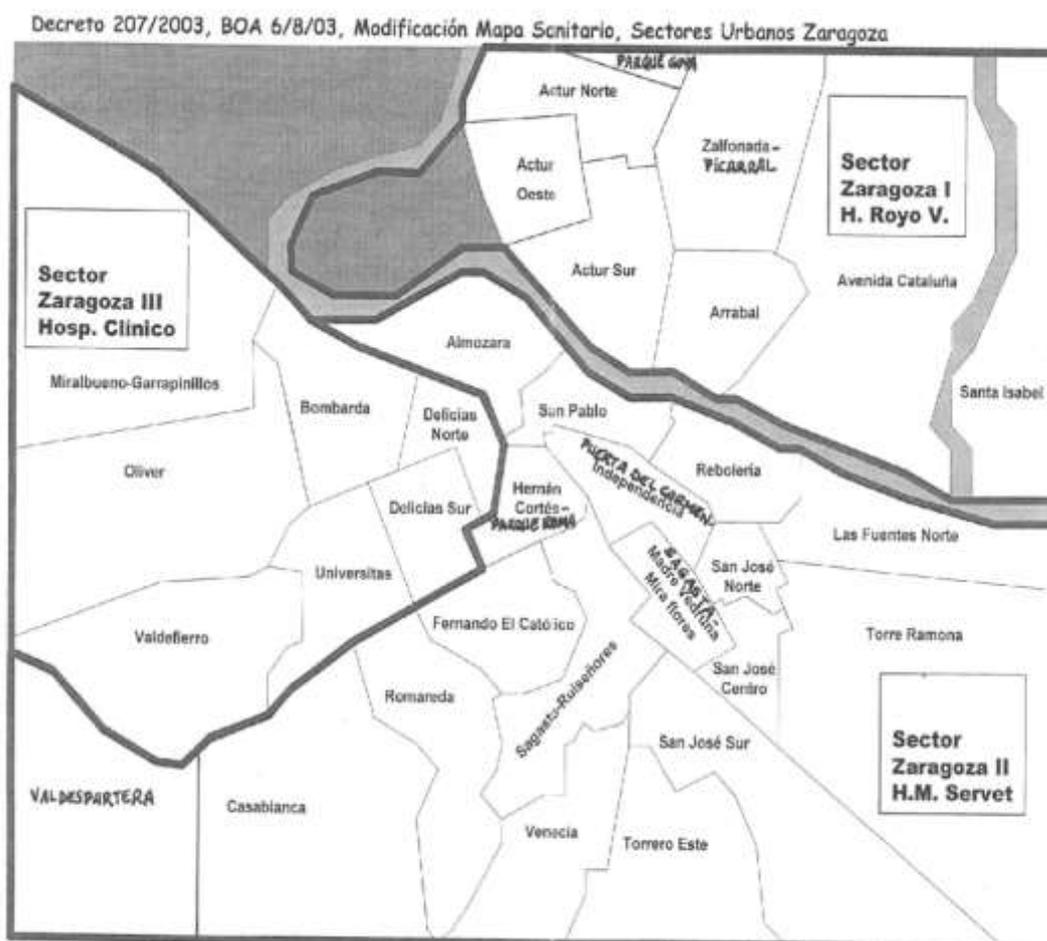
*Estos 4 centros (Huesca Rural, Perpetuo Socorro, Pirineos y Santo Grial-Los Olivos) concentran su Atención Continuada todos los días en un único punto: EAP Pirineos.

**Estos 2 centros (Teruel Centro y Teruel Ensanche) concentran su Atención Continuada todos los días en un único punto: EAP Teruel Ensanche.

CENTROS DE SALUD NO ABIERTOS 24 HORAS

ZARAGOZA I	ZARAGOZA II	ZARAGOZA III
Actur Norte	Canal Imperial-San José Sur	Bombarda
Actur Sur	Canal Imperial-Venecia	Delicias Norte
Actur Oeste	Casablanca	Delicias Sur
Arrabal	Fernando el Católico	Miralbueno
La Jota	Independencia-Puerta del Carmen	Oliver
Parque Goya	La Almozara	Univérsitas
Picarral-Zalfonada	Las Fuentes Norte	Valdefierro
Santa Isabel	Parque Roma	
	Rebolería	
	Sagasta-Miraflores	
	Sagasta-Ruiseños	
	San José Centro	
	San José Norte	
	San Pablo	
	Seminario	
	Torre Ramona	
	Torrero-La Paz	

Tabla "Centros de salud no abiertos 24h". Elaboración propia.



ORGANIZACIÓN ATENCIÓN CONTINUADA ZARAGOZA CIUDAD:

En **SECTOR I:**

De lunes a viernes, de 17 a 20 h

- **CS Santa Isabel.**
- **CS La Jota.**
- **CS Actur Norte.**
- **CS Actur Oeste.**
- CS Actur Sur, Arrabal, Parque Goya y Zalfonada-Picarral se agrupa la **AC en Picarral.**

Sábados, de 9 a 15 h + Festivos y domingos, de 9 a 20 h

- AC en **CS Actur Oeste** procedente de los CS La Jota, Actur Norte y Sur, Parque Goya, Picarral, Arrabal.
- **CS Santa Isabel.**

En **SECTOR II:**

De lunes a viernes, de 17 a 20 h

- **CS Fuentes Norte:** CS de Torrerramona, San Jose Norte y Centro, Reboleria.
- **CS Sagasta:** Almozara, San Pablo, Seminario, Casablanca, Torrero Este.
- Los EAP con horario de mañana y tarde siguen como están y atienden las consultas demandas de su Zona de Salud en el CS hasta las 20 h.

Sábados, de 9 a 15 h

- **CS Valdespartera:** CS de Seminario, Casablanca.
- **CS Sagasta:** Miraflores, Ruiseñores, Fernando el Católico, Puerta del Carmen.
- **CS Almozara:** Parque Roma y San Pablo.
- **CS Fuentes Norte:** Torrerramona, San Jose Norte y Centro, Reboleria.
- **CS Torrero Este** junto con Canal Imperial, San Jose Sur y Venecia.

Los sábados a partir de las 15 h: **AC en Sagasta y Fuentes Norte.** PAC de Hospital de Nuestra Señora de Gracia.

Festivos y domingos, de 9 a 20 h

Abierto **CS Sagasta y Fuentes Norte** toda la AC de los CS.

En **SECTOR III:**

De lunes a viernes, de 17 a 20 h + Sábados, de 9 a 15 h + Festivos y domingos, de 9 a 20 h. CS Bombarda: CS urbanos de todo sector III Zaragoza capital de su sector.

ANEXO 2: PLAZAS CON <300 TIS

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Alcañiz	Muniesa	OBON-JOSA-ALCAINE-CORTES	1002210105D	98
Alcañiz	Alcorisa	EJULVE	1002040104R	161
Alcañiz	Cantavieja	FORTANETE-LA CAÑADA BENANTANDUC	1002120102M	170
Alcañiz	Cantavieja	MIRAMBEL	1002120104F	184
Alcañiz	Cantavieja	VILLARLUENGO	1002120106D	188
Alcañiz	Alcorisa	MOLINOS	1002040106A	196
Alcañiz	Muniesa	HUESA DEL COMUN	1002210103F	219
Alcañiz	Alcorisa	ESTERCUEL	1002040105W	268
Alcañiz	Calaceite	VALDELTORMO	1002090105T	271
Alcañiz	Alcañiz	LA CODOÑERA	1002020109Q	272
Alcañiz	Híjar	VINACEITE	1002160108Z	273
Alcañiz	Andorra	OLIETE	1002070108J	277
Alcañiz	Alcañiz	VALJUNQUERA	1002020112L	280
Alcañiz	Calaceite	ARENS DE LLEDO	1002090101L	289
TOTAL				14

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Barbastro	Castejón de Sos	LASPAULES Y OTROS	1001130104L	189
Barbastro	Abiego	ALQUEZAR	1001010103D	229
Barbastro	Abiego	COLUNGO	1001010104X	240
Barbastro	Castejón de Sos	BONANSA	1001130101Q	261
Barbastro	Graus	LA PUEBLA DE RODA + 18 núcleosnúcleos	1001150107N	280
Barbastro	Mequinenza	FAYON	1003190101K	300
TOTAL				6

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Calatayud	Ateca	TORRIJO DE LA CAÑADA	1004040104J	141
Calatayud	Alhama	CAMPILLO-ABANTO-LLUMES-CIMBALLA	1004020105R	177
Calatayud	Daroca	GALLOCANTA-BERRUERO-CUERLAS-TORRALBA FRAILES-ALDEHUELA LIESTOS	1004110104R	184
Calatayud	Calatayud Sur	VELILLA DE JILOCA	1004080113W	187
Calatayud	Villarroya de la Sierra	BIJUESCA-CLARES-TORRALBA	1004320102D	210
Calatayud	Daroca	BADULES-ORCAJO-BALCONCHAN-ROMANOS	1004110101K	217
Calatayud	Illueca	TRASOBARES-TIERGA-CALCENA-PURUJOSA	1004180107S	217
Calatayud	Morata de Jalón	MESONES DE ISUELA-NIGÜELLA	1004210103L	217
Calatayud	Daroca	LANGA DEL CASTILLO-MANCHONES-MURERO	1004110105W	223
Calatayud	Morata de Jalón	ARANDIGA	1004210101V	231
Calatayud	Ateca	VILLALENGUA	1004040105Z	251
Calatayud	Ateca	MOROS	1004040103N	258

Calatayud	Alhama	JARABA-CALMARZA	1004020107A	263
Calatayud	Saviñán	SESTRICA-VIVER	1004250105R	273
Calatayud	Ariza	MONREAL DE ARIZA-ALCONCHEL-TORREHERMOSATORREHERMOSA-SAN PEDRO	1004030104H	274
Calatayud	Calatayud Sur	MORATA DE JILOCA-MONTÓN	1004080109K	286
Calatayud	Saviñán	MORES-PURROY	1004250102K	287
Calatayud	Calatayud Sur	MUNEBREGA	1004080110E	294
Calatayud	Alhama	NUEVALOS-MONTERDE-M ^o PIEDRA-TRANQUERA	1004020109M	295
TOTAL				19

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Huesca	Ayerbe	ANZANIGO	1001050101X	91
Huesca	Ayerbe	LOARRE	1001050106S	182
Huesca	Hecho	ARAGÜES DEL PUERTO-JASA-EMBÚN	1001170102C	183
Huesca	Broto	TORLA	1001120103T	236
Huesca	Broto	FISCAL	1001120102E	247
Huesca	Almudevar	ALCALA DE GURREA	1001040101S	266
Huesca	Ayerbe	AYERBE-MURILLO DE GALLEGO-BISCARRUES-ARDISA-ERES	1001050105Z	284
Huesca	Berdún	SIGÜES-SALVATIERRA-ARTIEDA-TIERMAS	1001090105V	290
TOTAL				8

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Teruel	Calamocha	CUTANDA Y OTROS	1002100104V	101
Teruel	Alfambra	PANCRUDO	1002050104L	108
Teruel	Sarrión	ARCOS DE LAS SALINAS Y OTROS	1002230101H	115
Teruel	Villel	EL CUERVO Y OTROS	1002270105W	122
Teruel	Monreal del Campo	BAÑON-COSA-VILLAREJO	1002180101C	123
Teruel	Monreal del Campo	BLANCAS-POZUEL DEL CAMPO	1002180102K	136
Teruel	Villel	CASCANTE DEL RIO	1002270101K	158
Teruel	Calamocha	NAVARRETE DEL RIO-LECHAGO	1002100107C	168
Teruel	Sarrión	OLBA Y OTROS	1002230103C	170
Teruel	Cedrillas	EL POBO	1002140101V	176
Teruel	Santa Eulalia del Campo	SANTA EULALIA-ALBA-RODENAS-PERACENSE	1002220101T	194
Teruel	Alfambra	ESCORIHUELA	1002050103H	198
Teruel	Calamocha	BARRACHINA-GODOS-NUEROS-TORRELOSNEGROS-TORRECILLA DEL R.	1002100101Z	198
Teruel	Albarracín	VALDECUENCA Y OTROS	1002010106H	205
Teruel	Cedrillas	VILLARROYA DE LOS PINARES	1002140103L	211
Teruel	Villel	LIBROS	1002270102E	211
Teruel	Calamocha	LUCO DE JILOCA-EL POYO-CUENCABUENA	1002100106L	222
Teruel	Santa Eulalia del Campo	SANTA EULALIA-TORRELACARCEL-AGUATON-SINGRA -TORREMOCHA	1002220105G	229

Teruel	Mosqueruela	LINARES DE MORA-VALDELINARES	1002200101X	233
Teruel	Aliaga	CAMARILLAS Y OTROS	1002060102N	245
Teruel	Aliaga	JARQUE DE LA VAL	1002060103J	250
Teruel	Albarracín	ROYUELA-CALOMARDE-FRIAS DE A.- MOSCARDÓN	1002010105V	265
Teruel	Aliaga	ALIAGA Y OTRAS	1002060101B	266
Teruel	Monreal del Campo	VILLAFRANCA DEL CAMPO	1002180108G	278
Teruel	Albarracín	NOGUERA DE ALBARRACIN-TORRES DE A.- TRAMACASTILLA	1002010103S	282
Teruel	Cella	GEA DE ALBARRACIN	1002150103Z	287
Teruel	Calamocha	TORNOS-TORRALBA SISONES	1002100110T	294
Teruel	Mora de Rubielos	VALBONA-NOGUERUELA Y OTRAS	1002190105L	296
Teruel	Utrillas	CASTELDECABRA Y OTRAS	1002250101P	298
TOTAL				29

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Zaragoza I	Luna	BIEL	1003160101J	109
Zaragoza I	Luna	VALPALMAS-PUENDE-MARRACOS-LACORVILLA- PIEDRATAJADA	1003160106H	228
TOTAL				2

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Zaragoza II	Campo de Belchite	MOYUELA- MONEVA- PLENAS	1003400101P	199
Zaragoza II	Campo de Belchite	LA PUEBLA DE ALBORTON-CODO	1003400106J	226
Zaragoza II	Campo de Belchite	ALMONACID DE LA CUBA- FUENDETODOS	1003400107Z	235
TOTAL				3

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Zaragoza III	Cariñena	ENCINACORBA	1004090106J	76
Zaragoza III	Herrera de los Navarros	AGUILON	1004170101Z	120
Zaragoza III	Sos	LOBERA DE ONSELLA-LONGÁS-ISUERRE- SOFUENTES	1004260101S	124
Zaragoza III	Sos	NAVARDUN-BAGUES, GORDUN, LOS PINTANOS, PETILLA, URRIES, UNDUES, GORDUES	1004260102Q	136
Zaragoza III	Herrera de los Navarros	LOSCOS-BADENAS-MEZQUITA-MONFORTE- NOGUERAS-EL COLLADICO-PIEDRAHITA	1004170104V	146
Zaragoza III	Cariñena	COSUENDA	1004090105N	254
TOTAL				6

Tablas "Plazas con menos de 300 TIS". Elaboración propia.

ANEXO 3: PLAZAS CON >1700 TIS

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020107Z	1855
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020101P	1812
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020102D	1807
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020103X	1799
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020105N	1787
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020104B	1749
Alcañiz	Alcañiz	ALCAÑIZ	1002020113C	1711
TOTAL				7

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Barbastro	Fraga	FRAGA	1001140102N	1752
Barbastro	Fraga	FRAGA	1001140101B	1745
Barbastro	Monzón Urbano	MONZON	1001210103R	1733
Barbastro	Fraga	FRAGA	1001140105S	1724
Barbastro	Binéfar	BINEFAR	1001110106P	1722
Barbastro	Fraga	FRAGA	1001140103J	1718
Barbastro	Fraga	FRAGA-LITERA	1001140106Q	1711
Barbastro	Fraga	FRAGA	1001140111K	1709
Barbastro	Barbastro	BARBASTRO	1001060107B	1704
TOTAL				9

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Zaragoza I	Santa Isabel	SANTA ISABEL	1003280111D	1949
Zaragoza I	Santa Isabel	SANTA ISABEL	1003280107M	1900
Zaragoza I	Alfajarín	LA PUEBLA DE ALFINDEN	1003020104V	1859
Zaragoza I	Santa Isabel	SANTA ISABEL	1003280103R	1805
Zaragoza I	Parque Goya	PARQUE GOYA	1003390103S	1788
Zaragoza I	Zuera	ZUERA II	1003350106S	1740
Zaragoza I	Zuera	ZUERA I	1003350105Z	1739
Zaragoza I	La Jota	ZARAGOZA	1003050116Z	1721
Zaragoza I	Zuera	ZUERA-VILLANUEVA	1003350109H	1718
Zaragoza I	Zuera	ZUERA III	1003350104J	1717
Zaragoza I	La Jota	ZARAGOZA	1003050118Q	1716
Zaragoza I	Parque Goya	PARQUE GOYA-ZORONGO-SAN GREGORIO	1003390104Q	1710
Zaragoza I	La Jota	ZARAGOZA	1003050114N	1702
Zaragoza I	La Jota	ZARAGOZA	1003050117S	1701
TOTAL				14

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380106T	2056
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380107R	1977
Zaragoza II	San José Sur-Canal Imperial	ZARAGOZA	1003260117W	1973
Zaragoza II	San José Centro	ZARAGOZA	1003240114D	1969
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380104K	1967
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380108W	1943
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380114P	1940
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380110G	1933
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380112Y	1914
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380102L	1908
Zaragoza II	Casablanca	ZARAGOZA	1003090101W	1903
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380101H	1885
Zaragoza II	Seminario	ZARAGOZA	1003210104Z	1861
Zaragoza II	Seminario	ZARAGOZA	1003210109L	1857
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380105E	1842
Zaragoza II	Seminario	ZARAGOZA	1003210102N	1835
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380103C	1830
Zaragoza II	Casablanca	ZARAGOZA	1003090104M	1830
Zaragoza II	Miraflores-Sagasta	ZARAGOZA	1003170104B	1816
Zaragoza II	Ruiseñores-Sagasta	ZARAGOZA	1003230201D	1810
Zaragoza II	San José Sur-Canal Imperial	ZARAGOZA	1003260124D	1806
Zaragoza II	Seminario	ZARAGOZA	1003210103J	1802
Zaragoza II	Ruiseñores-Sagasta	ZARAGOZA	1003230112N	1793
Zaragoza II	Casablanca	ZARAGOZA	1003090105Y	1792
Zaragoza II	Seminario	ZARAGOZA	1003210107V	1772
Zaragoza II	Parque Roma	ZARAGOZA	1003130113V	1768
Zaragoza II	Miraflores-Sagasta	ZARAGOZA	1003170107Z	1767
Zaragoza II	Valdespartera	ZARAGOZA	1003380109A	1766
Zaragoza II	Torrero-La Paz	ZARAGOZA	1003310109S	1754
Zaragoza II	Venecia- Canal Imperial	ZARAGOZA	1003320106F	1750
Zaragoza II	San José Centro	ZARAGOZA	1003240115X	1746
Zaragoza II	Ruiseñores-Sagasta	ZARAGOZA	1003230105M	1745
Zaragoza II	Casablanca	ZARAGOZA	1003090106F	1723
Zaragoza II	Ruiseñores-Sagasta	ZARAGOZA	1003230116Q	1715
Zaragoza II	Venecia- Canal Imperial	ZARAGOZA	1003320104M	1714
Zaragoza II	Fuentes de Ebro	EL BURGO DE EBRO	1003120101X	1711
TOTAL				36

SECTOR	ZBS	POBLACION	CIAS	TIS
Zaragoza III	Casetas	PINSEQUE	1004100101A	2186
Zaragoza III	María de Huerva	MARIA DE HUERVA	1004200104W	2037
Zaragoza III	Utebo	UTEBO	1004300102L	2031
Zaragoza III	María de Huerva	MARIA DE HUERVA	1004200107M	2030
Zaragoza III	Utebo	UTEBO	1004300101H	2019
Zaragoza III	Utebo	UTEBO	1004300104K	2003
Zaragoza III	Utebo	UTEBO	1004300107R	1995
Zaragoza III	Utebo	UTEBO	1004300106T	1995
Zaragoza III	Zaragoza- Miralbueno	ZARAGOZA	1004330102G	1993

Zaragoza III	Utebo	UTEBO	1004300108W	1944
Zaragoza III	Zaragoza- Miralbueno	ZARAGOZA	1004330105F	1920
Zaragoza III	María de Huerva	CUARTE DE HUERVA	1004200106G	1800
Zaragoza III	María de Huerva	CUARTE DE HUERVA	1004200108Y	1778
Zaragoza III	María de Huerva	CUARTE DE HUERVA	1004200110P	1756
Zaragoza III	Tauste	TAUSTE	1004280105D	1746
Zaragoza III	María de Huerva	CUARTE DE HUERVA	1004200101E	1732
Zaragoza III	Zaragoza- Miralbueno	ZARAGOZA	1004330106P	1726
Zaragoza III	Cariñena	CARIÑENA	1004090104B	1708
TOTAL				18

Tablas "Plazas con más de 1700 TIS". Elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

- Gerencia Regional de Salud. SACYL. Consejería de Sanidad. Nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: Documento Marco. [Internet] 2021. [Citado el 15 de octubre de 2021] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/sanidad-rural.ficheros/1473616-Nuevo%20modelo%20de%20Asistencia%20Sanitaria%20en%20el%20Medio%20Rural%20Documento%20Marco.pdf>
- Gobierno de Aragón. Cifras de población y proyecciones de población. [Internet] 2021 [citado el 15 de octubre de 2021] Disponible en: <https://www.aragon.es/-/estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion>
- Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Informe sobre agresiones a profesionales de la salud año 2020.
- Legislación Sanitaria de Aragón incluida en este documento.