

LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ANTE LOS RETOS DE LA SANIDAD RURAL: MEDIDAS ESTRATÉGICAS Y ORGANIZATIVAS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN SANITARIA EN LAS ZONAS DE DIFÍCIL COBERTURA (*)

LUCÍA COFRADES AQUILLÉ
Investigadora Predoctoral
Universidad de Zaragoza

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN: 1. La brecha urbano-rural en el servicio público sanitario. 2. La necesidad de una estrategia integral: circunstancias particulares y aspectos a considerar.– II. LAS ADMINISTRACIONES COMPETENTES PARA SU ABORDAJE. III. EL RETO DE LOS DESIERTOS MÉDICOS O ZONAS DE DIFÍCIL COBERTURA: 1. Apuntes sobre la expresión utilizada para aludir al problema. 2. Aproximación a los posibles planteamientos para revertir la situación.– IV. LA DIMENSIÓN ORGANIZATIVA DEL PROBLEMA: 1. La reordenación de los mapas sanitarios: A) Acceso a los servicios de salud en España. B) Las Áreas de Salud en la normativa estatal. C) La necesaria revisión de los mapas sanitarios ante los cambios sociodemográficos: experiencias en marcha para una gestión eficiente. 2. La ordenación sanitaria del territorio en Aragón.– V. CONSIDERACIONES FINALES.– VI. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN: Este trabajo se propone ofrecer una visión global de algunas de las medidas adoptadas por las Administraciones Públicas para garantizar la cobertura sanitaria en las zonas rurales. En particular, se analizan las medidas para disponer del personal sanitario necesario en las zonas de difícil cobertura (desiertos médicos), así como para alcanzar una organización sanitaria del territorio adecuada (mapas sanitarios).

(*) Este trabajo forma parte de las actuaciones del grupo de investigación reconocido por el Gobierno de Aragón ADESTER (Derecho Administrativo de la Economía, la Sociedad y el Territorio), proyecto S22_23 R (BOA, núm. 80, 28-04-2023) y se ha realizado en el marco del proyecto de investigación nacional «Innovación para una salud de vanguardia: compra pública, tecnología, sostenibilidad ambiental y factores socioeconómicos (IN-SALVAN)» (PID2021-127828NB-I00). Agradezco a Juan Pemán Gavín, Antonio Ezquerro Huerva y María del Carmen De Guerrero Manso el material bibliográfico que tan amablemente me han facilitado para llevar a cabo el presente estudio.

Las abreviaturas que se utilizan son las siguientes: CE: Constitución Española de 1978; INSALUD: Instituto Nacional de la Salud; LCC: Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; LGS: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; LRSAL: Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local; LSalud: Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón; MIR: Médico interno residente; OMS: Organización Mundial de la Salud; SAS: Servicio Aragonés de Salud; SNS: Sistema Nacional de Salud; STC: Sentencia del Tribunal Constitucional; TRILGRUM: Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; UE: Unión Europea.

Palabras clave: sanidad rural; desigualdad en el acceso a la atención sanitaria; zonas de difícil cobertura; desiertos médicos; ordenación sanitaria del territorio; mapas sanitarios.

ABSTRACT: The objective of this paper is to provide an overview of the measures implemented by public administrations with the aim of ensuring health coverage in rural areas. In particular, the paper analyses the measures taken to provide the necessary health personnel in areas with difficult coverage (medical deserts) and to achieve an adequate health organisation of the territory (health maps).

Key words: rural health; inequality in access to health care; areas of difficult coverage; medical deserts; territorial health planning; health maps.

I. INTRODUCCIÓN

1. La brecha urbano-rural en el servicio público sanitario

Uno de los numerosos temas que surgen en el ámbito del derecho sanitario (1) es la reducción de las desigualdades en salud (2). La desigualdad en el acceso a la atención médica debería ser un motivo de preocupación en nuestro país, puesto que un informe de 2018 (Informe de Oxfam Intermón n.º 49) situaba a España en el cuarto lugar de veintiocho en términos de desigualdad en el acceso a la salud, tan solo por detrás de Rumania, Lituania y Bulgaria (BRISTOL MYERS SQUIBB, 2021: p. 8). Sin duda, la reducción de las desigualdades sanitarias constituye un asunto complicado de abordar en su conjunto ya que abarca multitud de variantes, habida cuenta de la diversidad de factores susceptibles de incidir en el acceso a la atención sanitaria (desigualdades por razones socioeconómicas, por el país de procedencia o minorías étnicas, por razones de género o por desigualdades geográficas) (3).

En esta aportación, se pone el foco sobre la dimensión territorial del problema (4) y más precisamente sobre la brecha urbano-rural en el derecho a la protección de la salud, aspecto que parece necesario atender ya que se ha

(1) Para una visión de conjunto sobre los retos en el ámbito del derecho sanitario y salud pública se recomienda la consulta de la obra colectiva *Retos del Derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, coordinada por SALAMERO TEIXIDÓ, L. (2020).

(2) En diciembre de 2013, la Comisión Europea publicó el Informe sobre desigualdades sanitarias en la UE (Health Inequalities in the EU), el cual confirma la presencia de significativas disparidades sanitarias tanto entre como dentro de los Estados miembros de la Unión Europea.

(3) Sobre esta cuestión puede verse el trabajo de URBANOS-GARRIDO, R. (2016).

(4) Aunque no es objeto de análisis en este trabajo, es preciso tener presente la otra cara de la dimensión territorial del problema, y es que existe una creciente preocupación por el nivel de equidad y solidaridad entre las diferentes comunidades autónomas en cuanto a la provisión y financiación de recursos sanitarios. Sobre ello véase el estudio de DÍAZ PÉREZ, C. (2015).

sostenido que, a pesar del creciente reconocimiento de las inequidades en la protección de la salud, la disparidad entre las zonas rurales y urbanas tiende a ser subestimada con cierta asiduidad (SANZ TOLOSANA y OLIVA SERRANO, 2021: p. 186).

Ciertamente, aunque el acceso a los servicios sanitarios con independencia del lugar de residencia es una cuestión que de un modo u otro siempre ha estado presente (5), ha sido en los últimos años, cuando la preocupación sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud por parte de distintos movimientos sociales y medios de comunicación parece haber aumentado, quizás impulsada por la política de «reto demográfico» (6) y una mayor sensibilización hacia el fenómeno de la despoblación rural (7).

En este sentido, la información proporcionada por los medios de comunicación tiende a resaltar una diferencia evidente entre la accesibilidad de los servicios de salud en zonas urbanas y rurales. Esta dificultad para acceder a servicios médicos parece ser una característica común en las zonas rurales, como indican varios estudios que comparan su acceso con el de las zonas urbanas (8). Asimismo, del problema del acceso a los servicios sanitarios en el mundo rural se hizo eco el Defensor del Pueblo hace unos años (2019: p. 91). Sin embargo, los poderes públicos deben garantizar que los habitantes de las zonas más despobladas dispongan de las mismas prestaciones básicas, ya que la universalidad y la igualdad constituyen principios básicos de la actuación sanitaria y características fundamentales del SNS ex arts. 3, 12 y 46 LGS (CANTERO MARTÍNEZ, 2024: p. 38).

Para abordar esta problemática, en las páginas que siguen se expondrá someramente el marco competencial en la materia (II), para pasar a examinar dos aspectos que se consideran de suma importancia para garantizar el derecho a la protección de la salud en pequeños municipios y zonas geográficamente remotas. En este sentido, se estima oportuno estudiar la problemática de los «desiertos médicos» (III), expresión utilizada en nuestro entorno para aludir a la escasez de personal sanitario y servicios de salud en zonas de

(5) Hace ya algo más de dos décadas, PEMÁN GAVÍN (2001: p. 121) identificó el acceso a los servicios sanitarios desde una perspectiva territorial como uno de los diversos desafíos pendientes en el ámbito de la salud.

(6) Un concepto que actúa como «enganche conceptual» y alrededor del cual se ha desarrollado en los últimos años una política pública tanto a nivel estatal como autonómico. El reto demográfico y los efectos de la despoblación rural han ocupado una parte significativa del debate social y de la agenda política en los últimos años, especialmente desde la presentación de la Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico en 2019 (COFRADES AQUILLUÉ, 2023: p. 181).

(7) Sobre las posibles propuestas para afrontar este problema debe verse la obra colectiva *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, dirigida por SANTIAGO IGLESIAS, MIGUEZ MACHO y FERREIRA FERNÁNDEZ, Aranzadi, 2021. En particular véase el estudio introductorio de LÓPEZ RAMÓN, F. (2021).

(8) Entre otros, SARRÍA SANTAMERA, A. *et al.* (2015) y LATORRE-ARTEAGA, S. *et al.* (2018).

difícil cobertura, generalmente en zonas rurales, aunque también puede darse en áreas urbanas que carezcan de medios suficientes (9). Asimismo, también se analiza la ordenación sanitaria del territorio en las comunidades autónomas (IV), aspecto de gran importancia habida cuenta de que el derecho a la protección de la salud implica esencialmente un mandato de actuación para los poderes públicos, pues, al igual que el resto de derechos de contenido prestacional, precisan la puesta en marcha y el adecuado funcionamiento de unas estructuras organizativas al servicio de la ciudadanía (PEMÁN GAVÍN, 2009: pp. 13 y 15). Finalmente, el trabajo se cierra con unas consideraciones finales (V).

2. La necesidad de una estrategia integral: circunstancias particulares y aspectos a considerar

Como el lector atento habrá notado, este trabajo no abarca todos los aspectos que podrían considerarse para mejorar la atención sanitaria en el ámbito rural. Tal enfoque no es viable en un trabajo de estas características; sin embargo, esto no impide que la problemática de la atención sanitaria en las áreas rurales sea un asunto que deba ser abordado con una visión de conjunto, puesto que más allá de los aspectos seleccionados en este trabajo engloba cuestiones tan diversas y relevantes como son el impacto de la telemedicina (10), la telerehabilitación (11) el transporte (12) o la atención sociosanitaria (13).

(9) Véase la siguiente noticia «Castilla-La Mancha, referencia a nivel europeo en el abordaje de los 'desiertos médicos'», accesible desde: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/castilla-la-mancha-referencia-nivel-europeo-en-el-abordaje-de-los-%E2%80%98desiertos-m%C3%A9dicos%E2%80%99>.

(10) En este sentido, la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, contempla en su art. 30 que, para mejorar el acceso de la población a los servicios sanitarios en el medio rural, el programa podrá implementar, entre otras, medidas que persigan «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».

(11) El proyecto ROSIA es un destacado ejemplo de este enfoque. Dicho proyecto trata de proporcionar servicios de telerehabilitación en zonas rurales de Europa a través de una plataforma inteligente diseñada para atender a pacientes que viven en zonas remotas y padecen enfermedades crónicas. Sobre ello véase DE GUERRERO MANSO, C. (2024 a: p 361-364). También resulta de interés TELEA, una plataforma de asistencia domiciliaria implantada en el SERGAS. Sobre ello véase DE GUERRERO MANSO, C. (2024 b: pp. 52 y 53).

(12) Como es obvio, en el entorno rural se trata establecer servicios de transporte que permitan a los ciudadanos acceder a los servicios esenciales. Sobre esta cuestión debe verse el trabajo de CARBONELL PORRAS, E. (2021): «El transporte de personas en el medio rural» en SANTIAGO IGLESIAS, MÍGUEZ MACHO y FERREIRA FERNÁNDEZ (dirs.), *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, pp. 379-411.

(13) Sobre la atención sociosanitaria en el ámbito rural resulta de interés la consulta de GONZÁLEZ IGLESIAS, M.A. (2022).

Además, es preciso atender a las circunstancias particulares del medio rural. En este sentido, hay que considerar que estos entornos se caracterizan por un considerable predominio de los segmentos de edad más avanzada, de modo que como advierte el CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA en su informe 2/2021 «Un medio rural vivo y sostenible» (p. 109), la proximidad reviste gran importancia, ya que facilita el acceso a muchas personas con problemas de movilidad. Para abordar este problema, es razonable que los poderes públicos impulsen el envejecimiento saludable y activo en las zonas rurales con el fin de evitar la pérdida de funcionalidad y autonomía, así como prevenir la dependencia (CANTERO MARTÍNEZ, 2024: p. 54).

Por otra parte, es evidente que una asistencia sanitaria adecuada requiere una atención farmacéutica apropiada, pues la prestación farmacéutica no deja de ser un componente esencial del sistema de salud. Aunque no se puede ignorar que las oficinas de farmacia son entidades de carácter mercantil, es importante destacar que también son establecimientos sanitarios (14), en la medida que la dispensación de medicamentos no solo consiste en entregar el medicamento, sino también en garantizar su uso racional y adecuado (DIOS VIÉTCZ, 1999: p. 345) (15).

Es de vital importancia establecer medidas encaminadas a garantizar la prestación de atención farmacéutica en los pequeños municipios, donde en ocasiones su viabilidad económica es ciertamente complicada debido al bajo número de ciudadanos a los que sirven (EZQUERRA HUERVA, 2024: p. 233). Tan es así que no sorprende que se presenten iniciativas como la Proposición no de Ley núm. 28/24 sobre las farmacias rurales, en la que las Cortes de Aragón solicitan al Gobierno de Aragón que firme un convenio con el Colegio de Farmacéuticos para ampliar los servicios ofrecidos por las farmacias rurales y asegurar así su viabilidad económica.

Y es que, aunque el ordenamiento jurídico español afronta las limitaciones de las farmacias rurales mediante la creación de botiquines farmacéuticos y un régimen para farmacias con viabilidad económica comprometida, la problemática persiste, con municipios sin farmacia o botiquín y cierres frecuentes de farmacias rurales (16).

(14) En el art. 103.2 LGS las califica como establecimientos sanitarios.

(15) El art. 86.6 TRLGRUM establece que las oficinas de farmacia tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados de interés público.

(16) Desde el ámbito académico, se han propuesto diversas soluciones para garantizar la atención farmacéutica en las áreas rurales. Para un análisis detallado de la situación actual de las farmacias rurales en España, explorando las dificultades que afrontan, sus causas y las posibles soluciones desde el ámbito del Derecho véase el estudio de EZQUERRA HUERVA, A. (2024 a). También se recomienda la consulta de EZQUERRA HUERVA, Antonio (2024 b): «La prestación farmacéutica en la España rural: Su papel en la lucha contra la despoblación», *Revista General de Derecho Administrativo*, n.º 67.

En definitiva, aunque la escasez de profesionales sanitarios y los aspectos organizativos son importantes para mejorar la atención sanitaria en el medio rural, no son suficientes por sí solos, siendo necesario adoptar una estrategia de conjunto que abarque múltiples dimensiones. Solo mediante una combinación de intervenciones puede abordarse eficazmente la problemática de la atención sanitaria en el medio rural y tender a garantizar un acceso adecuado a los servicios sanitarios.

II. LAS ADMINISTRACIONES COMPETENTES PARA SU ABORDAJE

Como es bien conocido, aunque en sus inicios la atención sanitaria se configuraba como un servicio esencialmente local, en el siglo XX el Estado asumió un papel cada vez más importante (17). La distribución territorial del poder establecida por la Constitución Española de 1978 implicó la necesaria de reforma de la asistencia sanitaria mediante la creación de una nueva organización territorial basada en las autonomías, a las que se atribuyeron significativas competencias en el ámbito sanitario. De este modo, con el tiempo se vislumbró una evolución progresiva hacia un Sistema Nacional de Salud de una impronta muy descentralizada, resultado de la instauración y afianzamiento del Estado de las autonomías (FONT I LLOVET, 2023: p. 16). Desde enero de 2002, todas las comunidades autónomas asumieron las competencias sanitarias del desaparecido INSALUD y establecieron sus propios servicios de salud (CANTERO MARTÍNEZ, 2024: p. 43).

Por lo que se refiere al ámbito local, la legislación básica estatal de 1985 estableció un conjunto de competencias municipales de considerable alcance (18), pero que debía ser especificado por la legislación sectorial, estatal o autonómica. Finalmente, la legislación general de sanidad, junto con las reformas estatutarias y las leyes autonómicas posteriores sobre el servicio sanitario, colocaron a las comunidades autónomas como pieza fundamental del sistema sanitario nacional. A partir de la LGS los establecimientos y recursos sanitarios de los entes locales se han ido incorporando gradualmente a los servicios de salud autonómicos, aunque en ciertos casos conservan recursos significativos que se coordinan con los servicios autonómicos (FONT I LLOVET, 2023: p. 16).

(17) Los principales establecimientos médicos de la época eran propiedad de las diputaciones provinciales. Sobre ello resulta de especial interés la consulta de la obra de ORTIZ DÍAZ, J. *et al.* (1978): «Asistencia hospitalaria: estudios de las diputaciones provinciales», Instituto de Estudios de Administración Local. Véase también la completísima monografía de MUÑOZ MACHADO, S. (1995): *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial, donde explica cómo en el pasado el papel principal en materia sanitaria lo desempeñaron los entes locales, aunque gradualmente la intervención del Estado fue adquiriendo mayor relevancia. Más recientemente, véase el estudio de FONT LLOVET, T. (2023).

(18) Acerca de esta cuestión véase ALMEIDA CERRADA, M. (2015: pp. 224 y ss.).

La LRSAL, en un esfuerzo por restringir las competencias locales, en un contexto en el que, a consecuencia de la crisis económica y financiera que comenzó en 2008, perseguía racionalizar la Administración local para hacerla sostenible. Así, la ley eliminó la participación en la gestión primaria de la salud del grupo de materias consideradas como competencias propias municipales. También pretendió que las comunidades autónomas se hicieran responsables de estas competencias en un plazo de cinco años. Sin embargo, la STC 41/2016, de 3 de marzo, declaró inconstitucional la forma en que se habían transferido las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, no por su afección a la autonomía local, sino porque el Estado se había excedido su competencia, al impedir a las comunidades autónomas descentralizar ciertos servicios en los entes locales, lo cual sobrepasa la regulación básica e invade las competencias autonómicas en la materia (19). Por lo tanto, como ha apuntado FONT I LLOVET (2020: p. 26) son las comunidades autónomas las que deben decidir la distribución competencial entre sus propios servicios y los servicios locales.

Con todo, es preciso subrayar que, como ha apuntado PEMÁN GAVÍN (2014), aunque la Constitución Española ha optado por una profunda descentralización en el ámbito sanitario, la legislación sanitaria autonómica se enmarca «dentro de un contexto jurídico que la condiciona de modo intenso y con el que se relaciona estrechamente». Un contexto que, como bien señala el autor, está determinado por el conjunto del Derecho Sanitario español y, en particular, por la legislación básica estatal. Y ello, porque el propio texto constitucional reconoce expresamente la competencia estatal para formular las bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación sobre productos farmacéuticos y en materia de sanidad exterior (art. 149.1.16 CE). Además del mencionado título competencial, es preciso tener en cuenta que la existencia de este común denominador normativo se ve reforzada tanto por la previsión de que el Estado coordine la Sanidad a nivel general (art. 149.1.16 CE), como por la competencia estatal para el establecimiento de las condiciones básicas de igualdad en el ejercicio de los derechos constitucionales (art. 149.1.1 CE) (20). Dichos títulos competenciales han servido de base para la creación del SNS, cuyas pautas básicas de funcionamiento se establecieron en la LGS y en la LCC (PEMÁN GAVÍN, 2014).

(19) En la medida que impiden a las comunidades autónomas descentralizar servicios de su competencia. En palabras del TC la normativa «ha superado el ámbito que la Constitución asigna a una regulación básica sobre atribuciones locales (art. 149.1.18 CE) y, con ello, han invalidado las competencias autonómicas de asistencia social y sanidad».

(20) La competencia exclusiva del Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos, obliga al Estado a garantizar la igualdad en las condiciones básicas de protección de la salud en todo el territorio nacional. Como señala SANZ LARRUGA, F.J. (1999: p. 111) este título competencial ha sido utilizado por el Tribunal Constitucional como referencia para interpretar los ámbitos de competencia del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia sanitaria.

En términos generales se puede afirmar que, en el ámbito sanitario, las competencias de las comunidades autónomas se dividen en dos tipos: el desarrollo de la legislación básica del Estado y, en particular, la normativa de desarrollo de la sanidad interior, así como en la ejecución de la legislación sanitaria estatal y autonómica (SANZ LARRUGA, 1999: p. 124). Ahora bien, aunque en España las competencias sanitarias están descentralizadas y son gestionadas principalmente por las comunidades autónomas, el Estado desempeña un papel crucial en la coordinación y ordenación del sistema.

Aunque el presente trabajo no aspira a llevar a cabo un análisis sobre la distribución de competencias en el ámbito sanitario en España, resulta pertinente destacar, aunque sea de manera sucinta, que los aspectos que se analizan en el mismo se sitúan en un ámbito en el que las comunidades autónomas desempeñan un papel significativo. Algo razonable teniendo en cuenta que corresponde a las comunidades autónomas el desarrollo de la legislación básica estatal, así como su ejecución.

De esta manera, corresponde a las comunidades autónomas, en el marco de la legislación básica del Estado, la competencia para el desarrollo legislativo y la ejecución de las medidas pertinentes dirigidas a garantizar la atención sanitaria en su territorio (21). Las comunidades autónomas tienen la responsabilidad de diseñar la «ordenación territorial» de los servicios sanitarios (art. 51 LGS). Servicios que deben ser planificados de manera eficiente, considerando las necesidades sanitarias de cada territorio y asignar los recursos humanos necesarios para su prestación (art. 55 LGS). Así, el art. 56 LGS señala que «Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral». En definitiva, la legislación sanitaria asigna a las comunidades autónomas la responsabilidad de proporcionar asistencia

(21) Salvo error por mi parte, el Estado no ha regulado directamente esta materia, por lo que las comunidades autónomas han solicitado a la ministra del ramo un pleno monográfico sobre la escasez de personal sanitario, consejo interterritorial que se celebró el pasado 5 de junio de 2024. Así, las medidas para abordar la falta de profesionales sanitarios provienen en su totalidad de las comunidades autónomas, ello sin perjuicio de que el marco legal para el personal sanitario está regulado a nivel estatal por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, al amparo de lo previsto en art. 149.1.18 de la Constitución Española.

No obstante, cabe recordar que en el componente n.º 18 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por España a la Comisión Europea en abril de 2021, se propone reformar el Estatuto Marco del personal estatutario (Ley 55/2003). La reforma incluiría medidas económicas para incentivar a los profesionales, asignación de méritos para sus carreras y facilidades para acceder a proyectos de investigación, con el objetivo de fomentar la movilidad hacia zonas rurales.

sanitaria en sus territorios, exigiendo que se organicen y cuenten con los recursos necesarios para atender a toda la población, incluyendo las áreas rurales. No obstante, como bien ha observado CANTERO MARTÍNEZ (2024: p. 44) carecen de competencias para tomar decisiones esenciales que influyan en la cantidad de profesionales sanitarios (22).

III. EL RETO DE LOS DESIERTOS MÉDICOS O ZONAS DE DÍFICIL COBERTURA

1. Apuntes sobre la expresión utilizada para aludir al problema

Durante los últimos años, el término derivado del francés «*déserts médicaux*», ha cobrado una importancia creciente en el ámbito de la salud. En las zonas más remotas surgen lo que se conoce como desiertos sanitarios, término que se emplea para describir aquellas regiones donde la población enfrenta dificultades significativas para acceder a servicios de atención médica. Así, tomando la definición utilizada en un informe elaborado por la sección nacional de médicos jóvenes del CGCOM (2023: p. 5) un desierto médico es «el resultado final de un proceso complejo llamado desertificación médica que implica una incapacidad continua y creciente de una población determinada para acceder a los servicios de salud de manera oportuna y contextualmente relevante». Otra definición, proporcionada por la Comisión Europea (2022: p. 84), sería la siguiente: «zonas (por ejemplo, ciertas áreas rurales y remotas) con acceso inadecuado o limitado a servicios sanitarios, y muchas veces los ciudadanos que viven en esas zonas tienen que recorrer largas distancias para recibir esos servicios» (23).

No obstante, con buen criterio se ha dicho que resulta más adecuado referirse a estas zonas como «áreas con servicios médicos insuficientes» (AISS, 2021). Esta terminología resulta más precisa, puesto que, aunque es comprensible que se haya generalizado la expresiva noción de desierto médico, es inexacta porque da a entender una completa ausencia de atención médica, lo cual no es la regla general en los territorios rurales. En esta línea, se ha dicho que, aunque el término desiertos médicos es el que se utiliza en Europa para describir el problema, está claro que no se trata simplemente de áreas donde no hay médicos, sino más bien de regiones donde hay insuficientes médicos para garantizar un acceso adecuado a la atención sanitaria con la actual organización del SNS (GARCÍA-PÉREZ, 2023).

(22) Tales como las referentes a la formación especializada, el número de médicos internos residentes, o el límite de estudiantes en las facultades de medicina.

(23) Traducción al español de la nota final número cliii del documento «Commission Staff working document Impact Assessment Report Accompanying the document Proposal For a Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space».

Según GARCÍA PÉREZ (2023), las zonas rurales son poco atractivas para los médicos, al igual que por norma general lo son para el resto de la población. Así, a juicio del autor, en realidad no deberíamos hablar de desiertos médicos, sino de desiertos sociales y sanitarios hacia los cuales los médicos y otros profesionales sanitarios no se sienten especialmente atraídos. En este sentido, parece que no estaríamos ante un problema exclusivo de la medicina, sino del conjunto de la sociedad. Así, apunta que si el problema fuera meramente médico, se podría pensar que las soluciones deberían centrarse exclusivamente en los propios médicos. Esta es una interpretación a su juicio desafortunada que a veces surge en las propuestas de las Administraciones Públicas, las cuales, según afirma en ocasiones, atentan contra la libertad de movimiento y ejercicio de los profesionales. Sin embargo, entiende que, dado que el problema es tanto social como sanitario, las soluciones deben abordarse desde esta perspectiva para ser efectivas.

En efecto, la situación exige un análisis exhaustivo y profundo, pues como se ha señalado por parte de la OMS y la UE, estamos ante un problema de naturaleza compleja que no puede abordarse exclusivamente mediante la aplicación de incentivos para la contratación de personal sanitario (CGCOM 2023, p. 16).

2. Aproximación a los posibles planteamientos para revertir la situación

Como se ha mencionado, hay un desafío asociado a la ruralidad y a la tendencia de la población a concentrarse en zonas urbanas, con importantes repercusiones en la atención sanitaria. Tanto es así que el 91% de los representantes de médicos jóvenes del CGCOM (2023: p. 17) cree que los desiertos médicos representan un problema en su provincia. En esta línea, no sorprende que la Declaración de Bucarest de la Oficina Regional Europea de la OMS (2023) (24) haya subrayado la importancia de retener y atraer profesionales sanitarios en el ámbito rural.

En el caso de España, a pesar de contar con un alto número de médicos por cada 100.000 habitantes en comparación con los países de nuestro entorno (25), la distribución de los profesionales sanitarios es heterogénea, lo

(24) OMS (2023). Bucharest Declaration on health and care workforce. High-level Regional Meeting on Health and Care Workforce in Europe, Bucharest, Rumania.

(25) Según los datos publicados por la OCDE, correspondientes al año 2022, España ocupa el cuarto lugar en la Unión Europea en cuanto al número de médicos por cada mil habitantes, con una cifra de 4,6 médicos por 1000 habitantes, cuando la media en la Unión Europea es de 4,0 médicos por 1.000 habitantes. Datos extraídos del *Acuerdo de la comisión de recursos humanos del sistema nacional de salud por el que se determinan los criterios mínimos para identificar de los puestos de difícil cobertura en atención primaria y los incentivos (económicos y no económicos) para la atracción y retención en dichos puestos.*

que provoca no pocas dificultades a la hora de prestar servicios sanitarios en ciertas zonas del territorio (CGCOM, 2023: p. 8). En este contexto, las Administraciones Públicas españolas, esencialmente las autonómicas, han tratado de implementar medidas destinadas a asegurar la presencia de personal suficiente en las zonas de difícil cobertura. Estas iniciativas no deben entenderse como una intervención facultativa en función de la sensibilidad de los responsables políticos hacia la sanidad rural, sino de un objetivo de la política sanitaria conforme al art. 3.3. LGS, el cual establece que la política sanitaria debe dirigirse a superar los desequilibrios sociales y territoriales.

Como demuestra la práctica administrativa, las medidas propuestas para abordar el problema de las zonas de difícil cobertura pueden ser de diversa índole y algunas de ellas resultan, sin duda, controvertidas. A riesgo de simplificar, podemos distinguir tres grandes vías de intervención para abordar los llamados desiertos médicos: medidas de incentivo económico, mejoras en las condiciones laborales, sociales o formativas, así como, en su caso, políticas de retención profesional forzosa.

El primer enfoque consistiría en el incentivo económico, es decir, en proporcionar condiciones económicas ventajosas a los profesionales que se desempeñen en centros de difícil cobertura. Este tipo de medidas está orientado a atraer a los profesionales mediante beneficios pecuniarios directos, tales como incrementos salariales o bonificaciones fiscales. Este tipo de medidas, basadas en los incentivos económicos, pueden aplicarse tanto a quienes ya trabajan en estos centros de difícil cobertura, como a los nuevos empleados, como se hace en la Comunidad de Madrid (26), o bien, pueden limitarse a los residentes que acaban de finalizar o están próximos a finalizar la formación sanitaria especializada, como es el caso de la Orden SAN/481/2024, de 13 de mayo, del Gobierno de Aragón (27).

Desde el COGOM (2023: p. 20) se entiende que las políticas de incentivación económica pueden beneficiar la cobertura de estos puestos, aunque reconocen que puede ocurrir que la cobertura de estas plazas sea transitoria y por profesionales en formación, lo que no solucionaría el problema estruc-

(26) Esta retribución se añade a los incrementos salariales previstos en el Plan Integral de Mejora de Atención Primaria, implementado por la Administración autonómica madrileña en 2023.

(27) Una medida como la adoptada en Aragón, no ha sido bien recibida por parte de los profesionales que vienen prestando sus servicios en estos centros, por entender que los incentivos deben ser extensibles a al conjunto de médicos que trabajan en este tipo de centros independientemente de que no sean profesionales MIR, por considerar que los complementos económicos de fidelización incluidos en el documento constituyen un agravio comparativo para los profesionales que ya están trabajando en estos centros de difícil cobertura. Son varios los sindicatos que han recurrido el plan de fidelización de residentes en la Comunidad Autónoma de Aragón.

tural. No obstante, estas medidas, aunque puedan ayudar no parecen ser suficientes. Así, el extra de 500 euros en los centros de difícil cobertura en la Comunidad de Madrid quizás no ha funcionado como era esperado, ya que de momento solo ha logrado atraer profesionales para cubrir el 25 % de las vacantes (28).

En este sentido, es necesario planificar correctamente las necesidades de recursos humanos en el sector sanitario, lo cual implica adoptar perspectivas a medio y largo plazo. Las profesiones sanitarias tienen un extenso período de formación, lo que significa que las soluciones que intentan abordar de manera inmediata la escasez de personal rara vez son efectivas (PEMÁN GAVÍN 2024: p. 8). Sin embargo, aunque claramente estamos ante un problema estructural, esto no implica que en ciertos casos no sea conveniente combinar estas medidas con otras a más corto plazo para aliviar las dificultades existentes.

Un segundo enfoque son las medidas que buscan fomentar la disposición de los profesionales a trabajar en zonas de difícil cobertura mediante ventajas laborales, sociales o formativas. Un ejemplo ilustrativo de este tipo de medidas lo encontramos de nuevo en la Orden SAN/481/2024, de 13 de mayo, para promover la fidelización de los residentes recién finalizados o próximos a finalizar su formación sanitaria especializada, la cual trata de estimular la incorporación de estos profesionales a centros de difícil cobertura en el Servicio Aragonés de Salud. Las medidas están dirigidas tanto a la atención hospitalaria como a la atención primaria en zonas específicas del territorio aragonés.

Entre las medidas que el Gobierno de Aragón ha implementado para incentivar que los profesionales sanitarios que acaban de terminar su formación se incorporen a trabajar en centros de difícil cobertura, destacan sin duda las medidas de carácter laboral. Una de las principales iniciativas es la oferta de contratos de hasta tres años para proporcionar estabilidad laboral a estos profesionales. Esta medida es esencial, ya que permite disminuir la incertidumbre de los profesionales. Además, se introduce un sistema de reconocimiento de méritos diferenciado, asignando 0,25 puntos por cada mes de desempeño en estos centros, hasta un máximo de 9 puntos. Este reconocimiento no solo incentiva a los nuevos profesionales, sino que también se extiende a aquellos que ya trabajan en estos puestos.

Otro tipo de medida adicional para estimular a los profesionales podría consistir en aplicar, de modo extraordinario y temporal, el concurso como

(28) Véase El Español (2024, 25 de junio). El plus de 500 euros de Ayuso para contratar médicos en zonas rurales no funciona: sólo cubren el 25% de las plazas. https://www.elespanol.com/madrid/comunidad/20240625/plus-euros-ayuso-contratar-medicos-zonas-rurales-no-funciona-solo-cubren-plazas/865413919_0.html.

sistema de selección para los puestos de plazas de difícil cobertura. Así se prevé en el Decreto-ley 2/2024, de 21 de febrero, del Consell, de medidas extraordinarias dirigidas a garantizar la asistencia sanitaria integral y en condiciones de equidad en el Sistema Valenciano de Salud.

En el ámbito social, se propone la contratación combinada en uno o varios centros próximos a las unidades familiares o parejas estables debidamente acreditadas. Esta medida facilita la estabilidad familiar y la vida en pareja, factores sin duda relevantes a la hora de que los profesionales decidan su lugar de trabajo. Asimismo, se prevé la colaboración con entidades locales para ayudar en la búsqueda de vivienda y facilitar el acceso escolar para los hijos de los sanitarios. También se ofrece la posibilidad de jornadas flexibles, permitiendo la prestación de servicios en jornadas intensivas o con horarios flexibles, con el objetivo de disminuir los inconvenientes causados por los desplazamientos. Esta flexibilidad laboral facilita la conciliación de la vida personal y familiar con las responsabilidades profesionales, mejorando el bienestar general de los empleados y aumentando su satisfacción laboral.

En el ámbito formativo, el Servicio Aragonés de Salud impulsará ofertas formativas y programas de másteres en instituciones públicas o privadas que estén relacionados con las áreas de interés de la organización o el desarrollo del talento, facilitando el acceso a estos programas en condiciones ventajosas. Además, se permite la realización de estancias periódicas, de forma preferente, en hospitales ubicados en la ciudad de Zaragoza, computando el tiempo de desplazamiento entre centros como jornada efectivamente trabajada.

Finalmente, encontramos las medidas de retención forzosa, que se caracterizan por la implementación de mecanismos que exigen a los profesionales cumplir con la prestación de servicios en zonas de difícil cobertura. Medidas de corte más severo como el traslado forzoso de médicos, están previstas en el art. 36 del Estatuto Marco de los trabajadores estatutarios del SNS (29), en el que se contempla la movilidad forzosa de los sanitarios cuando así lo requieran las necesidades del servicio de salud. A nivel autonómico, podemos observar un supuesto similar en la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud, de Austria, cuyo art. 89 contempla la posibilidad de traslado temporal por razones de servicio a otras áreas cuando sea necesario. En tal caso, se buscarán primero voluntarios, y solo si no se obtienen suficientes, se recurrirá a movilizaciones obligatorias.

(29) «El personal estatutario, previa resolución motivada y con las garantías que en cada caso se dispongan, podrá ser destinado a centros o unidades ubicadas fuera del ámbito previsto en su nombramiento de conformidad con lo que establezcan las normas o los planes de ordenación de recursos humanos de su servicio de salud, negociadas en las mesas correspondientes».

Por otro lado, en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias se establece que «Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más centros, aun cuando mantengan su vinculación a uno solo de ellos, cuando se mantengan alianzas estratégicas o proyectos de gestión compartida entre distintos establecimientos sanitarios. En este supuesto, los nombramientos o contratos de nueva creación podrán vincularse al proyecto en su conjunto, sin perjuicio de lo que establezca, en su caso, la normativa sobre incompatibilidades» (art. 8.2).

Un ejemplo reciente de este enfoque en el ámbito autonómico lo encontramos en el Decreto-ley 2/2024, de 21 de febrero, del Consell, de medidas extraordinarias dirigidas a garantizar la asistencia sanitaria integral y en condiciones de equidad en el Sistema Valenciano de Salud, en el que se prevén una serie de medidas para favorecer la provisión de plazas de difícil cobertura, dado que las medidas e incentivos implementados hasta el momento por la Administración sanitaria no habían resuelto el problema de la falta de personal en los puestos de difícil cobertura. A tal fin, la normativa valenciana trata de facilitar el uso compartido de recursos, para lo cual crea las agrupaciones sanitarias interdepartamentales, como entidad organizativa en la que se integran diversos centros. Así, en su art. 10 prevé la prestación de servicios compartidos por el conjunto de profesionales en el ámbito de las agrupaciones sanitarias interdepartamentales. Se contempla que dicha prestación se realizará durante el tiempo necesario hasta que desaparezcan las razones que la motivaron, y en ningún caso podrá superar los 90 días en un periodo de 12 meses (art. 10.2).

No obstante, este tipo de medidas como el traslado forzoso no se suelen implementar, ya que generan gran controversia (30) y existe un consenso generalizado en que la movilidad de los sanitarios debería ser siempre voluntaria, de manera que se deben buscar otras soluciones para cubrir las plazas de difícil ocupación para que voluntariamente sean los propios sanitarios quienes deseen trabajar en las mismas. Desde el COGOM (2023: pp. 24 y 26) consideran que las medidas consistentes en retener a los profesionales son escasamente efectivas para revertir el problema, pues además de general desmotivación, contribuyen a la estigmatización de las zonas de difícil cobertura.

En una línea similar, el reciente informe de la European Junior Doctors , «De la obligación a la motivación: transformación de las prácticas de retención

(30) Con frecuencia los sindicatos médicos se oponen a este tipo de medidas. Como botón de muestra, en 2022 el Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana expresó su oposición a la movilidad forzosa de los médicos hacia áreas de difícil cobertura. Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana (2022, 13 de julio). Cesm-CV se opone a la movilidad forzosa de los médicos a las áreas de difícil cobertura. <https://www.cesm.org/2022/07/13/cesm-cv-se-opone-a-la-movilidad-forzosa-de-los-medicos-a-las-areas-de-dificil-cobertura/>.

del talento médico en Europa» (31), apuesta por la implementación de incentivos positivos y la creación de condiciones de trabajo atractivas para que los sanitarios elijan trabajar en zonas de difícil cobertura, ya que considera que las políticas de retención profesional forzosa tienen un impacto significativo en la vida personal y la conciliación laboral.

El informe menciona ciertas prácticas de riesgo implementadas en nuestro entorno para atajar la problemática de las zonas de difícil cobertura. Entre estas prácticas se encuentra la obligación de que los estudiantes de grado realicen prácticas en estas áreas y el servicio rural obligatorio, a través del cual se exige la prestación de servicios sanitarios en áreas rurales, a menudo implicando el desplazamiento de médicos residentes a hospitales y centros de salud con falta de personal. También se critica que, tras completar la formación sanitaria especializada en Croacia, Letonia y Eslovenia, se requiere un servicio público obligatorio de hasta seis años. El incumplimiento dicha obligación puede resultar en una multa, justificándose por los gastos de formación, que oscilan entre 5.000 y 10.000 euros por cada año de formación. Así, la multa pretende compensar estos costes en caso de que los médicos no cumplan con el servicio público obligatorio (European Junior Doctors, 2024: pp. 7 y 8).

IV. LA DIMENSIÓN ORGANIZATIVA DEL PROBLEMA

1. La reordenación de los mapas sanitarios

A) Acceso a los servicios de salud en España

En España, aproximadamente 5,6 millones de personas, equivalentes al 12% de la población, viven en municipios sin un centro de salud. Sin embargo, el 90% de los españoles tiene acceso a un centro de salud en su municipio de residencia o a un radio de 10 minutos. Tan sólo el 1,3% de la población se encuentra a más de 20 minutos de un centro de salud, fuera de su municipio. Por otra parte, más de la mitad de la población reside en municipios que cuentan con un hospital, y el 91% de la población está a menos de 30 minutos de un hospital o tiene uno en su municipio de residencia, si bien un 2,1% de la población tarda más de 45 minutos en llegar al hospital más cercano (32).

En conjunto, estos datos indican que, aunque hay municipios donde los servicios de salud no están todo lo próximos que sería deseable, buena parte

(31) El informe es de 2024 y los autores son Klesmite-Bluma, A.; Cerame, Á.; Berhanu, D.; Pihelgas, P.; Eerens, D. y Trumpickaitè, M. Traducción y adaptación a la versión española: Sánchez, D. A.; Carrasco, J. P.; Estrella, P. y Cerame, Á.

(32) Datos obtenidos del estudio de REGUEIRO-ONS, C y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2023: p. 123). Las autoras recopilaron esta información de la base de datos de la Fundación Ramón Areces y del Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.

de la población española tiene un acceso razonable tanto a centros de salud como a hospitales. Ello es debido a que el proceso de despoblación no se acompañó de un cierre proporcional de instalaciones sanitarias, de modo que la red de atención primaria sigue siendo relativamente extensa y el acceso de la población a estos servicios es elevado (REGUEIRO-ONS y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, 2023: p. 123). Sin embargo, todavía existe un porcentaje de la población que no dispone de un acceso adecuado, lo cual es necesario atender.

En fin, no cabe duda de que la atención sanitaria en el ámbito rural se enfrenta a obstáculos importantes debido tanto a la progresiva disminución de habitantes como al envejecimiento de la población, lo cual pone en riesgo la posibilidad de continuar con la prestación de servicios de salud adecuados y sostenibles. Pero, por otro lado, también es preciso tener en cuenta que habrá zonas en las que el progresivo incremento de la población dificulte la prestación de la asistencia sanitaria.

B) Las Áreas de Salud en la normativa estatal

La LGS se centra en la creación de un SNS que integre todas las estructuras y servicios públicos destinados a garantizar el derecho a la protección de la salud (art. 44 LGS). A pesar de que el sistema tiene ámbito nacional, desde una perspectiva organizativa, las comunidades autónomas constituyen el núcleo del modelo. En cada una de ellas, debe establecerse un Servicio de Salud que integre todos los centros, servicios y establecimientos (art. 50 LGS).

La LGS establece las Áreas de Salud como piezas fundamentales de la estructura de los servicios sanitarios autonómicos (art. 56.1 y 2). La Exposición de Motivos de la LGS indica que las Áreas de Salud se distribuyen de manera desconcentrada en demarcaciones territoriales delimitadas, considerando diversos factores, especialmente la proximidad de los servicios y la gestión descentralizada y participativa.

Para su delimitación se tendrán en cuenta factores «geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias», cuya concreción corresponde a las comunidades autónomas (art. 56.3 LGS). También se prevé que las Áreas de Salud cuenten con un órgano de dirección propio, en el cual las entidades locales participarán con al menos un 40 por ciento de representación (art. 56.4 LGS). Asimismo, el apartado 5 de este artículo indica que, en términos generales y sin perjuicio de las posibles excepciones que se puedan dar, cada Área de Salud cubrirá a una población de entre 200.000 y 250.000 habitantes, con excepciones para Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla, que podrán ajustarse a sus particularidades. El único límite que no se puede cambiar bajo ninguna circunstancia es que debe existir al menos un Área por provincia.

Por su parte, el art. 62.1 de la ley prevé que, para optimizar la operatividad y eficacia de los servicios de atención primaria, las Áreas de Salud se subdividirán en Zonas Básicas de Salud. En el proceso de definición de las zonas básicas se deben evaluar las distancias máximas desde las agrupaciones de población más alejadas hasta los servicios sanitarios, así como el tiempo estimado para desplazarse utilizando medios de transporte comunes, el grado de concentración o dispersión de la población, las características epidemiológicas, así como tener en cuenta las instalaciones y recursos sanitarios disponibles en la zona (art. 62.2 LGS).

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, contempla la Zona de Salud como «la demarcación poblacional y geográfica fundamental: delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines» (art. 1.1). Asimismo, señala que las comunidades autónomas serán las responsables de definir los límites territoriales de cada zona de salud considerando criterios demográficos y sociales, al tiempo que especifica que la población que cada Zona de Salud debe atender puede variar entre 5.000 y 25.000 habitantes, abarcando tanto áreas rurales como urbanas. No obstante, el precepto permite, de manera excepcional, que se pueda determinar una Zona de Salud con una población inferior a 5.000 habitantes en áreas rurales, cuando la dispersión geográfica u otras condiciones del entorno lo aconsejen. Asimismo, y también de forma excepcional, se admite que una Zona de Salud pueda atender a una población mayor (art. 1.2). También se prevé que cuando una Zona de Salud abarque varios municipios, se designará un municipio-cabecera cuyo tiempo de viaje desde el resto de los municipios no exceda los treinta minutos utilizando los medios de transporte habituales. En este municipio se ubicará el Centro de Salud (art. 1.3). En los o municipios que forman parte de la zona de salud, se pueden establecer consultorios locales para ofrecer una asistencia sanitaria básica a sus habitantes. Asimismo, en entornos urbanos, cuando las condiciones lo recomienden, podrán establecerse otras instalaciones diferenciadas que dependan del Centro de Salud (art. 2.2).

Conviene dejar apuntado un aspecto de suma relevancia, y es que la normativa estatal no define de manera rígida la organización de las Áreas de Salud, ya que, aunque ofrece una regulación bastante detallada, la mayoría de sus disposiciones son de carácter supletorio ex art. 2.1 LGS (33), de manera

(33) «Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación a todo el territorio del Estado, excepto los artículos 31, apartado 1, letras b) y c), y 57 a 69, que constituirán derecho supletorio en aquellas Comunidades Autónomas que hayan dictado normas aplicables a la materia que en dichos preceptos se regula».

que pueden ser sustituidas por la legislación autonómica. Son las comunidades autónomas las que deben decidir sobre la opción organizativa que consideren más adecuada, dentro de los límites establecidos por la ley estatal. Estos límites se encuentran en el art. 56 de la LGS, el único de carácter básico en materia de organización. Por tanto, la norma estatal obliga a que las Áreas de Salud cuenten con un órgano propio, en el que deben participar las entidades locales de su ámbito territorial, con una representación no inferior al 40%, así como a respetar la población prevista en su apartado 5 con las excepciones antes apuntadas. De esta manera, el resto de las disposiciones sobre la organización y funciones de las Áreas de Salud tienen una eficacia meramente supletoria (DOMÍNGUEZ MARTÍN, 2006).

Finalmente, debe tenerse en cuenta que las comunidades autónomas han desarrollado diversas formas de organizar la atención sanitaria, lo que ha llevado a adaptaciones del concepto de Área de Salud en términos de nomenclatura (34) y dimensionamiento en los distintos territorios (Sistema de Información de Atención Primaria, 2022: p. 5).

C) La necesaria revisión de los mapas sanitarios ante los cambios sociodemográficos: experiencias en marcha para una gestión eficiente

Como se ha señalado previamente, la política de salud ha de orientarse a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (art. 3.3 LGS), extendiéndose la asistencia sanitaria a toda la población en condiciones de igualdad (art.3.2 LGS). De este modo, la planificación debe fundamentarse, entre otras cosas, en la consecución del acceso equitativo a los servicios. Así pues, en la medida que la asistencia sanitaria se fundamenta en la prestación de servicios personales, el número y la distribución geográfica de los profesionales, así como la asignación de competencias y responsabilidades entre ellos, son factores decisivos para garantizar la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios (GARCÍA-PÉREZ *et al.*, 2009: p. 244).

En este sentido, es evidente que la planificación debe ajustarse a la evolución demográfica y a los cambios sociales. Así, con razón se ha sostenido por parte de profesionales y sindicatos médicos la conveniencia de revisar los mapas sanitarios, que tienen casi cuatro décadas de antigüedad, para

(34) La denominación de las divisiones administrativas territoriales varía según la comunidad autónoma. Así, aunque predominan las Áreas de salud (Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Murcia o La Rioja), en Andalucía, se llaman Distritos de Atención Primaria; en Aragón, Áreas de Salud-Sectores; en Cataluña, Región Sanitaria; en la Comunidad Valenciana, Departamento de Salud; en Galicia, Gerencia de Atención Primaria; en Madrid, Dirección Asistencial; y en el País Vasco, Comarca Sanitaria u Organización Sanitaria Integrada.

adecuarlos a las nuevas circunstancias (35). Casi parece innecesario subrayar que los mapas sanitarios deben entenderse como un instrumento, y como tal susceptible de transformación, pues las estructuras administrativas no son inalterables, sino que deben someterse a revisión constante y periódica a fin de asegurar que sirven a la función que tienen encomendada.

Reflexionar sobre la organización administrativa de la sanidad y, específicamente, sobre los mapas sanitarios, implica considerar al menos dos cuestiones de vital importancia: la necesaria equidad en la provisión de servicios sanitarios (36) y el principio de eficiencia. La equidad, más allá de la distancia geográfica a los puntos de atención, comprende otros aspectos tales como las diferencias en cuanto a cantidad y calidad en la atención al paciente (URBANOS-GARRIDO, 2016: pp. 25-30). Por su parte, el principio de eficiencia, como indica GIMENO FELLÚ (2010), se encuentra estrechamente relacionado con el derecho a una buena administración (37) y resulta de aplicación a cualquier

(35) Véase *Heraldo de Aragón* (2024, 8 de febrero). Mapa sanitario de Aragón. <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2024/02/08/mapa-sanitario-aragon-1709579.html>.

Inicialmente, esta regulación estaba establecida en el Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, que definía la elaboración del Mapa Sanitario del territorio nacional. Este mapa organizaba la división territorial del estado en subdivisiones basadas en las provincias.

Entre las comunidades autónomas de España, Cataluña y País Vasco fueron las primeras en disponer de una regulación del mapa sanitario, en 1980 y 1982 respectivamente. Asturias, La Rioja, Cantabria, Galicia y Extremadura lo hicieron en 1984. En las restantes comunidades autónomas, la regulación se estableció después de 1984: en Andalucía y Madrid en 1985; en Aragón, Canarias, Castilla-La Mancha y Murcia en 1986; en Islas Baleares en 1987; y en Castilla y León en 1988.

(36) En esta línea, se pueden consultar las conclusiones de las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo (La prestación del servicio público de salud en el medio rural León, 20 y 21 de octubre de 2022), en las que se defiende que se adopten « las medidas oportunas para dotar al sistema sanitario público de los recursos económicos precisos que permitan la prestación de una asistencia sanitaria de calidad a las personas que residen en el medio rural, acorde con los principios de equidad, según proclama la legislación vigente».

Téngase en cuenta que lograr la equidad en salud implica que todas las personas puedan alcanzar su máximo potencial de salud, con independencia de cualesquiera factores socioeconómicos, entre los que se encuentra la situación geográfica. Sobre ello véase Comisión Europea (2018).

(37) Un derecho que garantiza una Administración pública eficiente y respetuosa en sus relaciones con la ciudadanía. Desde esta perspectiva, se establece como un verdadero deber de la Administración que puede ser exigido por los ciudadanos y supervisado por la jurisdicción contenciosa. Este concepto, que inicialmente surgió como un principio general del derecho europeo, actúa como un catalizador e incentivo, orientando a las Administraciones públicas hacia una práctica y cultura administrativa basada en la buena fe y el respeto a los derechos de los ciudadanos (TAHIRI MORENO, J. y COFRADES AQUILLÚ, L. 2024). Para un completo desarrollo conceptual de este derecho véase PONCE SOLÉ, J. (2019): *La lucha por el buen gobierno y el derecho a una buena administración mediante el estándar jurídico de diligencia debida*. Editorial Universidad de Alcalá, 2019.

decisión de gestión administrativa. En este ámbito la eficiencia pasa claramente por la mejor distribución posible de los recursos disponibles. Así, a lo largo de este año 2024, algunas comunidades autónomas están revisando la distribución de sus recursos disponibles en respuesta a las nuevas necesidades asistenciales con el objetivo de lograr una gestión más eficiente (38).

En este contexto, la reorganización de los mapas sanitarios se ha convertido en una estrategia clave para mejorar la cobertura asistencial, debido a la escasez de personal sanitario en zonas de difícil cobertura. Comunidades autónomas como Asturias, Cantabria, Valencia y Aragón están trabajando para optimizar la atención sanitaria a lo largo de su territorio. Aunque no profundizaremos en los detalles en esta ocasión, la tendencia general en estas iniciativas es simplificar la organización sanitaria mediante la reducción de las áreas de salud. En la Comunidad Valenciana, se pretende reducir el número de áreas de salud a la mitad. Cantabria está avanzando hacia la creación de un área única, con movilidad voluntaria limitada para los profesionales. Por su parte, Asturias también propone una reducción en el número de áreas sanitarias de ocho a tres con la intención de fortalecer los hospitales comarcales. Por otro lado, Aragón también trabaja en la actualización de su mapa sanitario (39).

Finalmente, resulta pertinente mencionar el caso de Cataluña. En esta comunidad autónoma, el Plan de Salud 2021-2025, orientado a una perspectiva integral de la salud, destaca la importancia de este enfoque territorial, asignándole un papel crucial para la consecución de una serie de transformaciones vinculadas con la idea de atención sanitaria integrada (CIERCO SEIRA, 2024: p. 309). Así, el Decreto 116/2023, de 20 de junio, sobre la delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de la Salud, trata de alinear la ordenación sanitaria con la división en veguerías, lo que ha llevado a la creación de la Región Sanitaria Penedès. Además, la Región Sanitaria Barcelona se ha subdividido en tres nuevas regiones sanitarias (CIERCO SEIRA, 2024: p. 310).

2. La ordenación sanitaria del territorio en Aragón

La comunidad autónoma de Aragón, al igual que el resto de autonomías, tiene su propio sistema organizativo, conocido como el Sistema de Salud de

(38) Véase ConSalud (2024, 19 de febrero). Las CCAA repiensen sus mapas sanitarios ante nuevas necesidades asistenciales. https://www.consalud.es/autonomias/ccaa-repiensan-sus-mapas-sanitarios-nuevas-necesidades-asistenciales_139501_102.html.

(39) Aunque el Gobierno autonómico ha adelantado su intención de adaptarlo a las comarcas, los detalles específicos todavía están por definirse. Véase ConSalud (2024, 17 de julio). Los mapas sanitarios con los que las CC.AA. esperan «adaptarse» a la nueva realidad asistencial. https://www.consalud.es/autonomias/mapas-sanitarios-con-ccaa-esperan-adaptarse-nueva-realidad-asistencial_146778_102.html.

Aragón (SAS) (40). Como se ha mencionado con anterioridad, la LGS establece las Áreas de Salud como componentes esenciales de la estructura de los servicios sanitarios autonómicos (arts. 56.1 y 56.2).

La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (LSalud), en el capítulo I de su título VI, aborda la organización territorial del Sistema de Salud de Aragón, en el cual se contempla la estructura de los servicios sanitarios comprendidos en el SAS. Siguiendo lo previsto en la ley estatal se establece la ordenación territorial de los mismos en áreas y zonas de salud. Las áreas de salud, sin perjuicio de la posible existencia de otro tipo de demarcación territorial prevista en el art. 48.1 LSalud—la cual no se concreta— constituyen «el marco para la planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias», disponiendo de la financiación y los recursos necesarios para ofrecer servicios de atención primaria y especializada, garantizando así la continuidad del proceso asistencial y la accesibilidad de los ciudadanos a estos servicios (art. 47.1 LSalud). Las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud (art. 48.1 LSalud), las cuales constituyen «el 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» (art. 48.2 LSalud).

Sin embargo, encontramos un elemento novedoso con respecto a lo establecido en la LGS, que son los denominados sectores sanitarios, los cuales se contemplan en el artículo relativo a las Áreas de Salud (art. 47.2 LGS). La existencia de los sectores sanitarios no es preceptiva, pues el precepto indica que «El Gobierno de Aragón, a propuesta del consejero responsable de Salud, y previo informe del Consejo de Salud de Aragón, aprobará y modificará los límites territoriales de las áreas de salud, pudiendo existir sectores sanitarios dentro de las áreas (...)». Al respecto, PEMÁN GAVÍN (2010) ha apuntado que, basándose en el texto de la LSalud, resulta inviable deducir el alcance del concepto de sector sanitario y las funciones que estos cumplen en la estructura territorial del SAS. Aunque el texto ciertamente no es del todo claro, podría inferirse que el sector abarca un ámbito territorial inferior al del área de salud, ya que se menciona que pueden existir sectores sanitarios dentro de las áreas. No obstante, tampoco excluye su coincidencia, aunque ciertamente esta opción parece poco lógica. Lo que está claro es que el sector no podrá exceder los límites de las áreas. Por lo que se refiere a su estructura y funcionamiento, se prevé que tanto las áreas de salud como los sectores sanitarios, en caso de que existan, se determinará reglamentariamente (art. 47.3 LSalud).

(40) No obstante, en relación con el tema a tratar, no resulta pertinente ni indispensable realizar un análisis de la normativa correspondiente a la organización administrativa sanitaria de Aragón. Para un análisis de la normativa referente a esta cuestión se debe consultar el estudio de BERMEJO LATRE, J. L. (2004).

Por otro lado, es importante destacar un principio rector en el que se inspira la mencionada ley, el cual está estrechamente vinculado con la ordenación sanitaria y es que la ley considera a las comarcas como entes intracomunitarios de especial relevancia. Este principio rector es el de integración funcional, el cual busca armonizar «todos los recursos sanitarios públicos y ordenación territorial de los centros y servicios sanitarios en áreas y zonas de salud» con la comarcalización de la comunidad autónoma (41) (art. 2 d. LSalud).

No obstante, lo cierto es que la ley aragonesa no establece la delimitación de las áreas sanitarias ni de las zonas de salud, como tampoco lo hace de los sectores sanitarios. Por lo tanto, es necesario atender a lo establecido en el mapa sanitario, cuya aprobación corresponde al Gobierno de Aragón ex art. 59.k) de la Ley 6/2002.

La organización sanitaria aragonesa se basa esencialmente en las directrices establecidas en 1986. El Decreto 130/1986, de 19 de diciembre, aprobó el mapa sanitario de la comunidad autónoma, habiéndose producido hasta el momento cuantiosas modificaciones por su naturaleza esencialmente cambiante (42).

A través del Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, se aprobó el Reglamento de estructura y funcionamiento de las Áreas y Sectores del Sistema de Salud de Aragón. En su art. 2.3 se establecieron ocho áreas de salud para lograr una mayor descentralización, equiparándose cada una de ellas con un sector sanitario. Este planteamiento ha renunciado a entender los sectores como subdivisiones de las áreas sanitarias. Así se desprende de su art. 2.1 (43), en el que se concibe al Sector Sanitario como la organización administrativa instrumental de las Áreas de salud.

En el Decreto de 2010 se establece que las Áreas de Salud estarán formadas por el conjunto de zonas básicas de salud designadas por el Mapa Sanitario y que la Comunidad Autónoma de Aragón contará con las siguientes Áreas y Sectores: Área I: Sector de Zaragoza I; Área II: Sector de Zaragoza II;

(41) Las comarcas son un ente local situado entre el municipio y la provincia (art. 3.2.a LBRL), constituyen entidades con un alto grado de interiorización autonómica, ya que su creación, transformación y, en su caso, supresión, corresponde exclusivamente a la comunidad autónoma. En el caso aragonés, las comarcas forman parte de la organización necesaria, siendo su existencia generalizada obligatoria desde 2007.

(42) En el presente trabajo, se considera que la enumeración de cada una de las modificaciones del mapa sanitario aporta poco valor, por lo que se prescinde de la misma.

(43) «Dentro de cada Área de Salud, estructura fundamental del sistema sanitario, responsabilizada de la gestión unitaria de los centros del Servicio Aragonés de Salud y de los programas y prestaciones sanitarias que deben desarrollar, el Sector Sanitario constituye la organización administrativa de carácter instrumental en cada Área de Salud, para la provisión de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Aragón».

Área III: Sector de Zaragoza III; Área IV: Sector de Calatayud; Área V: Sector de Huesca; Área VI: Sector de Barbastro; Área VII: Sector de Alcañiz y Área VIII: Sector de Teruel (art. 2.3).

Sin embargo, el Decreto 32/2015, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, reestructuró las áreas de salud en uniprovinciales: Área I (Huesca), Área II (Zaragoza) y Área III (Teruel). No obstante, la adaptación a esta nueva organización debía completarse en un plazo inicial de seis meses, con una posible extensión de otros seis meses si no se cumplía. Pero el Decreto 23/2016, de 9 de febrero, prorrogó la estructura de ocho áreas de salud—sectores sanitarios hasta que se aprobaran los Estatutos del SAS, estableciendo un plazo de un año para dicha aprobación. Pero como no se aprobaron los mencionados Estatutos se mantuvo la estructura de ocho áreas de salud (44).

El último Decreto, que aprueba y actualiza la regulación del mapa sanitario de Aragón, se aprobó a través del Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón (45). Dicho Decreto define el mapa sanitario como el instrumento estratégico de planificación y gestión sanitaria que divide el territorio aragonés en demarcaciones geográficas (art. 2). El artículo 4.2 del Decreto establece que la definición de las zonas de salud, tal como se detalla en el anexo I, puede ser modificada mediante una Orden del titular del departamento competente en materia de sanidad, previa tramitación conforme a lo previsto en los arts. 5 y 6 del mismo.

El art. 3.1 del Decreto 168/2021, prevé que el Sistema de Salud de Aragón se estructura territorialmente en ocho áreas de salud, las cuales se dividen en zonas de salud. Las áreas de salud son las siguientes: Área de Salud de Alcañiz, Área de Salud de Barbastro, Área de Salud de Calatayud, Área de Salud de Huesca, Área de Salud de Teruel, Área de Salud de Zaragoza I, Área de Salud de Zaragoza II y Área de Salud de Zaragoza III. El art. 3.3. del mismo determina que el SAS adaptará su estructura territorial, «ordenada

(44) De esta manera, la disposición transitoria cuarta del 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, estableció que « En tanto se proceda a la aprobación del Mapa Sanitario del Sistema de Salud, según lo previsto en la Disposición final primera de este Decreto, se entenderá vigente la estructura de áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón aprobada por Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, ampliándose hasta dicha fecha el plazo de adecuación previsto en la disposición transitoria única del Decreto 32/2015, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, que modifica parcialmente el Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, por el que se aprueba el reglamento de estructura y funcionamiento de áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón».

(45) El Mapa Sanitario de Aragón queda definido mediante el Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón, modificado por la Orden SAN/1074/2022, de 6 de julio, por la Orden SAN/597/2023, de 3 de mayo y por la Orden SAN/713/2024, de 26 de junio.

en sectores sanitarios, a la delimitación territorial fijada por el Gobierno de Aragón en el mapa sanitario». Realmente, estas áreas coinciden en número con lo que en su momento se concibieron como Áreas en el Decreto de 2010.

Como se ha apuntado con anterioridad, en el momento presente el Gobierno de Aragón está trabajando en la actualización del mapa sanitario de la comunidad. Aunque los detalles aún no están definidos, se ha informado sobre la intención de adaptar la estructura a las comarcas (46), lo que sería coherente con el principio rector de integración funcional, el cual persigue armonizar «todos los recursos sanitarios públicos y ordenación territorial de los centros y servicios sanitarios en áreas y zonas de salud» con la comarcalización de la comunidad autónoma (art. 2 d. LSalud).

En todo caso, los gestores deberán considerar cuidadosamente las diferencias y particularidades existentes en cada comarca, pues si por algo se caracterizan las comarcas aragonesas es, como ha apuntado GARCÍA ÁLVAREZ (2023: p. 168) por su extrema diversidad, tanto en población, como en superficie y en número municipios. Así, los medios de comunicación reflejan una triste realidad en nuestra comunidad, a la que se ha llegado a denominar «el Aragón de los diez minutos y el de más de una hora» (47).

V. CONSIDERACIONES FINALES

Sobre la base de las consideraciones expuestas a lo largo de estas páginas, queda claro que la mejora del servicio público sanitario en las zonas rurales requiere tanto de una dotación adecuada de personal como de una organización adecuada.

Si bien, abordar eficazmente la problemática de la atención sanitaria en el medio rural requiere de una estrategia integral que incluya, además de los aspectos señalados, elementos como la atención farmacéutica, la telemedicina o la atención sociosanitaria. Así, aunque el factor humano y las estructuras organizativas son fundamentales, por sí solos resultan insuficientes para garantizar una atención sanitaria adecuada de los ciudadanos que residen en los municipios más pequeños y remotos.

La Administración, sabido es, ha de orientar la política de salud hacia la superación de los desequilibrios territoriales y sociales, garantizando una

(46) *Heraldo de Aragón* (2024, 8 de febrero). Así es el mapa sanitario de Aragón aprobado hace casi 40 años. <https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2024/02/08/mapa-sanitario-aragon-1709579.html>.

(47) Aragón Digital (2024, 30 de enero). Menos habitantes, más viejos y más dispersos: Aragón se enfrenta a la modificación de su mapa sanitario. <https://www.aragondigital.es/articulo/sanidad/menos-mas-viejos-mas-dispersos-aragon-enfrenta-modificacion-mapa-sanitario/20240130102248861074.amp.html>.

asistencia sanitaria equitativa y accesible para toda la población, a pesar de que organizar el servicio resulte, sin duda, mucho más complejo.

Nos encontramos, ciertamente, con una serie de problemas, comenzando por las dificultades existentes para que los profesionales sanitarios desempeñen su labor en los centros de difícil cobertura. En este sentido, las Administraciones autonómicas han impulsado una serie de medidas para hacer más atractivos este tipo de centros. Simplificando, se pueden identificar tres principales vías de intervención: incentivos económicos, mejoras en las condiciones laborales, sociales y formativas, y, en algunos casos, políticas de retención profesional obligatoria.

La tendencia es establecer incentivos económicos y mejoras para evitar medidas más severas, como la retención profesional obligatoria, que serían menos respetuosas con la autonomía individual de los profesionales, ya que existe consenso en que la movilidad debe ser voluntaria.

Sin embargo, dado que la despoblación y los problemas del mundo rural trascienden el ámbito sanitario, debemos preguntarnos: ¿qué hacer si estas medidas basadas en incentivos no logran los resultados esperados?

Es una realidad que no pocas personas, por motivos de lo más diverso, no desean desarrollar su proyecto vital en un pequeño municipio, incluso si cuenta con servicios básicos, y mucho menos si no dispone de los mismos en un radio prudencial. Así, quizás sea realista reconocer que la falta de servicios puede ser tanto una causa como una consecuencia del abandono de los municipios rurales.

Con esto quiere decirse que puede que las medidas basadas en incentivos no logren los resultados esperados. Esto es, no captar a los profesionales necesarios. Además, existe el riesgo de que estas medidas solo aborden la escasez de personal sanitario de manera puntual o inmediata. Por no mencionar que dichos incentivos representan un gasto significativo, y su viabilidad financiera debería evaluarse cuidadosamente.

En fin, es fundamental crear estrategias más sostenibles y efectivas que no solo atraigan temporalmente a los profesionales de la salud, sino que también aseguren una atención continuada y de calidad a lo largo del tiempo.

En algunos casos, puede ser necesario recurrir a medidas menos populares para garantizar una cobertura sanitaria adecuada. El interés del servicio público debe prevalecer sobre los intereses electoralistas, lo que en su caso podría llevar a que las Administraciones, con las máximas garantías para los trabajadores de la salud, adopten medidas con un enfoque diferente. Sin embargo, también debemos ser realistas y reconocer que puede no ser factible garantizar un servicio en cada punto cercano a la población rural. Las políticas públicas deben ajustarse a esta realidad, buscando soluciones equilibradas.

Una cuestión que guarda estrecha conexión con el problema aludido es la organización territorial sanitaria. La planificación sanitaria debe ajustarse a la

evolución demográfica y a los cambios sociales, prestando especial atención a la distribución geográfica de los recursos y los profesionales de la salud.

La revisión de los mapas sanitarios es esencial para cumplir con los principios de equidad y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. Las recientes iniciativas de reorganización en comunidades autónomas como Asturias, Cantabria, Valencia, Cataluña y Aragón reflejan un esfuerzo por optimizar la atención sanitaria y mejorar la eficiencia en la asignación de recursos. Los mapas sanitarios deben ser considerados como herramientas flexibles que requieren una revisión periódica para seguir cumpliendo eficazmente su función.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA CERRADA, Marcos (2015): «El impacto de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración local en la distribución de competencias en materia de educación, sanidad y servicios sociales», *Revista d'estudis autonòmics i federals*, núm. 22.
- ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (AISS): ¿Hay algún médico? Soluciones al problema de los desiertos sanitarios (2021): <https://www.issa.int/es/analysis/there-doctor-addressing-challenge-medical-deserts>.
- BERMEJO LATRE, José Luis (2004): «La configuración del Sistema de Salud de Aragón», en J. M^o. Pemán Gavín, (dir.), *Derecho Sanitario aragonés. Estudios sobre el marco jurídico de la Sanidad en Aragón*, Cortes de Aragón Zaragoza, pp. 61-85.
- BRISTOL MYERS SQUIBB (2021): El Reto de Reducir la Desigualdad del Acceso a la Salud en España. Con la colaboración de Universidad Pontificia Comillas, Universidad de Navarra, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Salamanca, Universidad Rey Juan Carlos, Médicos del Mundo, Cruz Roja y Cáritas.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa (2024): «La sanidad rural en España ante el reto demográfico», en Laus, F. y Marcos Martínez, E. (coords.), *Sanidad rural y asistencia sanitaria descentralizada. España e Italia*.
- CARBONELL PORRAS, Eloísa (2021): «El transporte de personas en el medio rural» en Santiago Iglesias, Míguez Macho y Ferreira Fernández (dirs.), *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, Aranzadi, pp. 379-411.
- CIERCO SEIRA, Cesar (2024): «Sanitat», *Informe Autogovern*, pp. 303-323.
- COFRADES AQUILLUÉ, Lucía (2023): «Autonomía y territorio: retos de futuro», en Oliván Del Cacho y Tudela Aranda (coords.), *El Estatuto de Autonomía de Aragón: una mirada de futuro* , El Justicia de Aragón y Fundación Manuel Giménez Abad, pp. 179-209.

- COMISIÓN EUROPEA (2013): Report on health inequalities in the European Union.
- (2018): Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network.
 - (2022): Commission Staff working document Impact Assessment Report Accompanying the document Proposal For a Regulation of the European Parliament and of the Council on the European Health Data Space.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA (2021): Informe 2/2021 Un medio rural vivo y sostenible. Sesión extraordinaria del Pleno de 7 de julio de 2021.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS (CGCOM) (2023): Áreas de difícil cobertura en España. Desiertos médicos y perspectivas de los médicos jóvenes.
- DE GUERRERO MANSO, María del Carmen (2024 a): «Salud y bienestar de las personas mayores», en Gifreu i Font (coord.), *El envejecimiento activo como nuevo reto para los gobiernos locales: La construcción jurídica de servicios públicos y espacios amigables para las personas mayores*, pp. 333-367.
- (2024 b): ob. col. E. Moreu Carbonell y G. García-Álvarez (dirs.), «Innovación en Salud», en este Monográfico de esta REVISTA.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2019): La situación demográfica en España. Efectos y consecuencias. Separata del volumen II del Informe anual 2018, Madrid.
- DÍAZ PÉREZ, Cristina (2015): «Desigualdades en el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria», *Revista Derecho y Salud*, Vol. 25, número 1, pp. 61-101.
- DIOS VIÉTEZ, María Victoria (1999): «Ordenación farmacéutica: criterios generales», en Sanz Larruga y Gómez y Díaz-Castroverde (dirs.), *Lecciones de derecho sanitario*, pp. 345-360.
- DOMÍNGUEZ MARTÍN, Mónica (2006): *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, La Ley, Madrid.
- EUROPEAN JUNIOR DOCTORS (2024): De la obligación a la motivación: transformación de las prácticas de retención del talento médico en Europa. Klesmiter-Bluma, A.; Cerame, Á.; Berhanu, D.; Pihelgas, P.; Eerens, D.; Trumpickaité, M. (autores). Traducción y adaptación a la versión española: Sánchez, D. A.; Carrasco, J. P.; Estrella, P. y Cerame, Á.
- EZQUERRA HUERVA, Antonio (2024 a): «La farmacia comunitaria rural en España. Introducción», en Bottari, Tárraga López, Cantero Martínez (eds.), *Sanidad rural y asistencia: sanitaria descentralizada*, Editoriale científica.
- (2024 b): «La prestación farmacéutica en la España rural: Su papel en la lucha contra la despoblación», *Revista General de Derecho Administrativo*, n.º 67.

- FONT I LLOVET, Tomàs (2020): «Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública». En Toli-var Alas y Cueto Pérez (dirs.), *La Prestación de Servicios Socio-Sanitarios. Nuevo Marco de la Contratación Pública*, Tirant lo Blanch, pp. 21-45.
- (2023): «¿Cómo impulsar la sanidad local? España e Italia: experiencia a debate» en Carlo Bottari y Pedro Juan Tárraga López (coords.) *Alma Mater Studiorum – University of Bologna*.
- GARCÍA ÁLVAREZ, Gerardo (2023): «Evolución institucional», en Oliván Del Cacho y Tudela Aranda (coords.), *El Estatuto de Autonomía de Aragón: una mirada de futuro*, El Justicia de Aragón y Fundación Manuel Giménez Abad, pp. 127-178.
- GARCÍA PÉREZ, Miguel Ángel *et al.* (2009): «Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el período 1998-2007», *Revista española de salud pública*, Vol. 83, N.º. 2, pp. 243-255.
- GARCÍA-PÉREZ, Miguel Ángel (2023): «Desiertos ¿médicos?», Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.
- GIMENO FELIÚ, José María (2010): «El principio de eficiencia», en Santa-maría Pastor (dir.), *Los principios jurídicos del derecho administrativo*, pp. 1255-1274.
- GIMENO FELIÚ, José María y GARCÍA ÁLVAREZ, Gerardo (2020): *Compra pública de medicamentos y servicios de innovación y tecnología sanitaria, eficiencia y creación de valor*, Aranzadi.
- GONZÁLEZ IGLESIAS, Miguel Ángel (2022): «La asistencia y coordinación socio-sanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia», en *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica: Nueva Época*, N.º. 18, pp. 215-235.
- LATORRE-ARTEAGA, Sergio *et al.* (2018). «Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain». *Gac Sanit*, pp. 439-446.
- LÓPEZ RAMÓN, Fernando (2021): «La lucha contra la despoblación rural», *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, Aranzadi, pp. 29-51.
- MUÑOZ MACHADO, Santiago (1995): *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*, Alianza Editorial.
- OLIVARES HORTAL, Antonia (2023): *Adquisición pública de medicamentos: superando la barrera de la burocracia*, Colex.
- ORTIZ DÍAZ, José *et al.* (1978): «Asistencia hospitalaria: estudios de las diputaciones provinciales» Instituto de Estudios de Administración Local.
- PEMÁN GAVÍN, Juan (2001): «Las prestaciones sanitarias públicas: configuración actual y perspectivas de futuro», *Revista de Administración Pública*, N.º 156, pp. 101-154.

- (2009): «El derecho constitucional a la protección de la salud: una aproximación de conjunto a la vista de la experiencia de tres décadas de vigencia de la Constitución», en esta REVISTA, N° 34, 2009, pp. 11-50.
 - (2010): «Capítulo 64. Sanidad», en Bermejo Vera y López Ramón (dirs.), *Tratado de derecho público aragonés*, pp. 1873-1894.
 - (2014): «La legislación aragonesa sobre sanidad», en Embid Irujo (dir.), *Derecho público aragonés*, 5 ed., pp. 757-792.
 - (2024): «Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud». *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 21, pp. 6-30.
- PONCE SOLÉ, Juli (2019): *La lucha por el buen gobierno y el derecho a una buena administración mediante el estándar jurídico de diligencia debida*. Editorial Universidad de Alcalá.
- REGUEIRO-ONS, Camila y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz (2023): «Los retos del sistema sanitario a la luz de la transición demográfica», *Papeles de economía española*, N° 176, 2023 (Ejemplar dedicado a: La economía española ante el reto demográfico), pp. 112-131.
- SALAMERO TEIXIDÓ, Laura (coord.) (2020): *Retos del Derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Thomson Reuters Aranzadi.
- SANZ LARRUGA, Francisco Javier (1999): «Las competencias del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales en materia sanitaria», en Juane Sánchez (coord.), *Lecciones de derecho sanitario*, pp. 105-134.
- SANZ TOLOSANA, Elvira y OLIVA SERRANO, Jesús (2021): «La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro», *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 44, N° 2, pp. 185-194.
- SARRÍA SANTAMERA, Antonio *et al.* (2015): «Utilización de los servicios de urgencias en zonas rurales y Urbanas», *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, N° 2, pp. 63-69.
- SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (2022): *Ordenación Sanitaria del Territorio en las comunidades autónomas*. Madrid, Ministerio de Sanidad.
- TAHIRÍ MORENO, Jesús A. y COFRADES AQUILUÉ, Lucía (2024): «Déficits y excesos normativos en materia de transparencia, buena administración y buen gobierno: un análisis de la cuestión a partir de la legislación estatal y extremeña», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 22.
- URBANOS-GARRIDO, Rosa (2016): *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad*, *Gaceta Sanitaria*, 30, pp. 25-30.

