

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES



**TRABAJO FIN DE GRADO EN
CIENCIA POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA
CURSO ACADÉMICO 2023/24
CONVOCATORIA NOVIEMBRE**

**POLÍTICAS CONTRA LA DESPOBLACIÓN:
EL CASO DE CÓDIGO INFARTO EN ARAGÓN**

AUTORA: Herrero Izquierdo, María

DNI: 17770494 G

TUTOR: Lorente Fontaneda, Javier

En Fuenlabrada, a 6 de noviembre de 2023

©2023 María Herrero Izquierdo
Algunos derechos reservados
Este documento se distribuye bajo la licencia
“Atribución 4.0 Internacional” de Creative Commons,
disponible en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>

RESUMEN

La incesante pérdida poblacional que lleva experimentando el mundo rural desde los años sesenta se ha ido convirtiendo en un problema enquistado que, gracias a la articulación electoral de movimientos ciudadanos contra la despoblación, ha conseguido hacerse un hueco en la agenda política y mediática durante el último lustro. No obstante, ni dichas plataformas ni políticas públicas con una larga trayectoria, como la Política Agraria Común (PAC), han conseguido frenar el constante deterioro de los servicios básicos en la “España vaciada”.

El presente estudio, a partir de la técnica de entrevistas en profundidad a informantes privilegiados del ámbito político y sanitario, analiza el problema de la despoblación en el territorio aragonés, una de las regiones más afectadas por el fenómeno. Concretamente, se analiza una política sanitaria, el Código infarto, que con su protocolización y estandarización de los subprocesos pretende ofrecer un servicio adaptado a la realidad demográfica aragonesa y equitativo para toda la población, trabajando a contrarreloj con una enfermedad tiempo-dependiente como es el Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST).

PALABRAS CLAVE: Despoblación, medio rural, servicios básicos, políticas públicas, Aragón, sanidad, Código Infarto, SCACEST.

ABSTRACT

The unprecedented depopulation that the rural areas have been experiencing since the 1960s has become an entrenched problem that, due to the articulation of citizens' movements against depopulation in the electoral arena, has managed to gain a place on the political and media agenda over the last five years. However, neither these platforms nor public policies such as Common Agricultural Policy (CAP) have managed to halt the steady deterioration of basic services throughout the so called “Empty Spain”.

This study, based on key informant interviews, analyzes the problem of rural depopulation in Aragon, one of the most affected regions of Spain by this phenomenon. For that purpose, this final degree thesis analyzes a health policy, “Código Infarto”, which, because of its protocolization and standardization, aims to offer an equitable service adapted to the demographic reality of Aragon, working against the clock with a time-dependent disease such as ST-elevation myocardial infarction (STEMI).

KEYWORDS: Depopulation, rural environment, basic services, public policy, Aragon, healthcare, “Código Infarto”, STEMI.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
2	MARCO TEÓRICO	7
2.1	LA DESPOBLACIÓN COMO CONCEPTO	7
2.2	LA ESPAÑA VACIADA	10
2.3	ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DE LAS ZONAS DESPOBLADAS	12
2.4	EMPLEO, OPORTUNIDAD Y DESARROLLO EN EL MEDIO RURAL	13
2.5	ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS A LA DESPOBLACIÓN ..	17
2.5.1	La sanidad como servicio básico	20
3	METODOLOGÍA	22
4	ANÁLISIS	25
4.1	LA REALIDAD DE LA DESPOBLACIÓN EN ARAGÓN	25
4.2	LA SANIDAD PÚBLICA EN EL MEDIO RURAL ARAGONÉS	30
4.2.1	La influencia del territorio el Código Infarto.....	36
5	CONCLUSIONES	42
6	BIBLIOGRAFÍA	45
7	ANEXOS	51
7.1	ANEXO I – CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES (CLUSTER).....	51
7.2	ANEXO II – CLASIFICACIÓN HUMS Y HUCLB SEGÚN MÉTODO CLUSTER (2022).....	52

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
CCAA	Comunidad Autónoma
CCU-061	Centro Coordinador de Urgencias del 061 Aragón
CENIE	Centro Internacional sobre el Envejecimiento
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales
CES	Consejo Económico y Social de España
CRA	Centros Rurales Agrupados
DESI	Índice de la Economía y la Sociedad Digitales
ECG	Electrocardiograma
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EPI	Equipos de Protección Individual
HCULB	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
HUMS	Hospital Universitario Miguel Servet
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IAMCEST	Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST
IASS	Instituto Aragonés de Servicios Sociales
ICP	Intervención Coronaria Percutánea, también referenciada como angioplastia
ICPp	Intervención Coronaria Percutánea primaria, también referenciada como angioplastia primaria
INE	Instituto Nacional de Estadística
GAL	Grupos de Acción Local
LEADER	Relaciones entre Actividades de Desarrollo de la Economía Rural (<i>Liaisons Entre Actions de Développement de L'Économie Rurale</i>)
MAPA	Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
MITECO	Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico
NUTS	Nomenclatura común de unidades territoriales estadísticas de la Unión Europea
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
PAC	Política Agraria Común
PCM	Primer Contacto Médico
PMRD	Plan de Medidas ante el Reto Demográfico
RAI	Renta Activa de Inserción
SALUD	Servicio Aragonés de Salud
SCA	Síndrome Coronario Agudo
SCACEST	Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST
SEM	Sistema de Emergencias Médicas
SNS	Sistema Nacional de Salud
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
VAB	Valor Añadido Bruto

1 INTRODUCCIÓN

La invención del término de la “España vaciada” ha mediatizado el resultado de un largo proceso histórico, consiguiendo poner en un primer plano social y académico el fenómeno de la despoblación. De ahí que el objetivo principal de esta investigación sea adentrarse en identificar deficiencias de la España despoblada, a partir de la percepción y expectativas recabadas de los representantes locales de pequeños municipios rurales del territorio aragonés y técnicos del ámbito de la salud, respecto del acceso equitativo e integral a los servicios básicos. Al igual que también cabe conferir un espacio a la apreciación y repercusión real de los movimientos ciudadanos contra la despoblación, conociendo la opinión al respecto del partido político de Teruel/Aragón Existe, el único que, hasta la fecha, fue capaz de alcanzar un escaño en las Cortes Generales.

El reto demográfico y la lucha contra la despoblación es, en esencia, una cuestión de lucha contra la desigualdad y la injusticia¹. Un desafío que, además, ha dejado de ser un patrimonio exclusivo de las zonas rurales, haciendo peligrar capitales de comarca y de provincia, en términos demográficos (Vaquero García & Losa Muñiz, 2020). Su manifestación más llamativa es la fuerte emigración, factor responsable del irreversible envejecimiento poblacional (García Marín, & Espejo Marín, 2019). De manera que las zonas afectadas se ven obligadas a “soportar una larga y profunda revolución silenciosa de insospechadas dimensiones” (García Marín, & Espejo Marín, 2019, pág. 1). Como resultado, ha venido surgiendo una variedad de plataformas ciudadanas que han alzado la voz en contra de los consecuentes menoscabos, plasmando un discurso afín a la generación de oportunidades, independientemente del lugar donde las personas decidan emprender sus proyectos vitales.

En suma, si bien, ya denostaba tener su significancia en el ámbito académico, ha sido, precisamente, a través de dichas plataformas y movimientos ciudadanos que este problema enraizado al medio rural ha conseguido hacerse un sitio en la agenda política y social durante la última década. Y, en línea con el mensaje compartido por las múltiples agrupaciones contra la despoblación, concibiéndolas como portavoces del medio rural, esta investigación parte de la hipótesis de que “la disposición de una entidad local para ser receptora de bienes y servicios básicos es directamente proporcional a su índice poblacional”. Asimismo, será en el camino a demostrar la hipótesis propuesta, que se dé cabida a las dos preguntas de nuestra investigación: ¿por qué no tienden a cumplirse las expectativas locales en materia de servicios básicos? Y ¿cuál es la percepción sobre las plataformas contra la despoblación que trabajan por ampliar el alcance de los servicios básicos en las zonas rurales?

Por ende, partiendo de la premisa de que existe una percepción de abandono desde el medio rural, a través de este estudio se pretenden hallar argumentos consolidados entorno a estas dos preguntas. Con dicha finalidad, se delimita el análisis de estudio a la consecución del derecho a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Aragón. En primera instancia porque, pese a la multiplicidad de servicios básicos que requiere una población para desarrollarse, prosperar y tener una calidad de vida óptima, quizás sea el acceso a una sanidad pública aquel que, independientemente de la heterogeneidad del territorio, resulta una necesidad incuestionable para todas las generaciones poblacionales.

En concreto, se expondrán las aptitudes y deficiencias que presenta un programa como el “Código Infarto” frente al reto de la despoblación, comprendiendo las posibles

¹ Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (2021). *Plan de Recuperación: 130 medidas frente al Reto Demográfico*.

complicaciones halladas en materia de infraestructuras de transporte y de comunicación, así como en lo relativo al alcance equitativo de los recursos sanitarios. Con todo, es un programa implementado en todas las Comunidades Autónomas, en el marco de las competencias asumidas por este nivel administrativo, que pese a las diferencias que surgen fruto de intentar abarcar las particularidades de cada ámbito territorial, tienen todas sus variantes por objeto implementar el tratamiento óptimo en aquellos pacientes que presenten los síntomas asociados al Síndrome Coronario Agudo (SCA, en adelante).

Un motivo más para analizar este programa es la prevalencia y tendencia ascendente de los casos tratados de cardiopatía isquémica. En la actualidad constituye la principal causa de muerte en el mundo, siendo responsable del 16% del total de defunciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020). Dentro de esta patología, el SCA es una de sus manifestaciones más frecuente, severa y urgente².

En segunda instancia, se ha delimitado territorialmente el objeto de análisis a la Comunidad Autónoma de Aragón en base a sus particularidades. Su orografía y demografía obligan a la administración autonómica a hallar un balance en los recursos disponibles en niveles de costo-eficiencia, al agrupar en una misma demarcación territorial a Zaragoza, una de las ciudades más extensas de España, con 691,1 habitantes/km² (Instituto Geográfico de Aragón, 2023), con los pequeños núcleos poblaciones que caracterizan las provincias de Teruel y Huesca. Como consecuencia, se hallan desavenencias en materia de productividad y acceso a los servicios básicos, que bien podrían asemejarse a las existentes en el panorama nacional, siendo interpretado por algunos politólogos como el “Ohio español” (Equipo Piedras de Papel, 2015) o, en otros términos, como un “microcosmos del universo español” (García, 2015).

Como resultado, el contenido desarrollado en el presente trabajo se embarca en una revisión literaria donde se identifican los puntos fundamentales sobre la despoblación. En este primer apartado se expone un enfoque hacia la gobernanza político-institucional de este fenómeno, y la consecuente articulación ciudadana en el medio rural. Al tiempo que se señalan los parámetros demográficos, productivos y en materia de servicios básicos que ostentan las zonas despobladas en España, con una orientación específica hacia la sanidad pública, comprendida como servicio básico universal. Seguidamente, se procede a la descripción de la metodología empleada, detallando la hipótesis deductiva y las respectivas preguntas de investigación sobre las que versa el presente estudio. Continúa así con el epígrafe destinado al análisis, donde quedarán reflejados los resultados encontrados.

Para este caso, como se había adelantado previamente, el estudio queda delimitado geográficamente a la Comunidad Autónoma de Aragón, como reflejo de la realidad estatal; y si bien el análisis abarca el alcance de una multiplicidad de servicios básicos, es a través del estudio específico del Código Infarto en Aragón por el que se pretende observar cómo afecta la despoblación y las carencias derivadas en materia de servicios públicos a la atención de una enfermedad urgente y emergente como es el SCA. Se finaliza, en última instancia, con las conclusiones, donde se acomete reafirmar la hipótesis deductiva y responder ampliamente las dos preguntas de investigación. Con este último apartado se pretende, así, exponer los hallazgos, deducciones e impresiones sobre un ámbito de investigación concreto que, pese a potenciales limitaciones, tiene la pretensión de realizar una aproximación a las realidades que vive la “España vaciada”.

² Dirección General de Asistencia Sanitaria (2022). *Proceso de Atención de Fase Aguda del Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST) en Aragón* (AMF023/23). Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón.

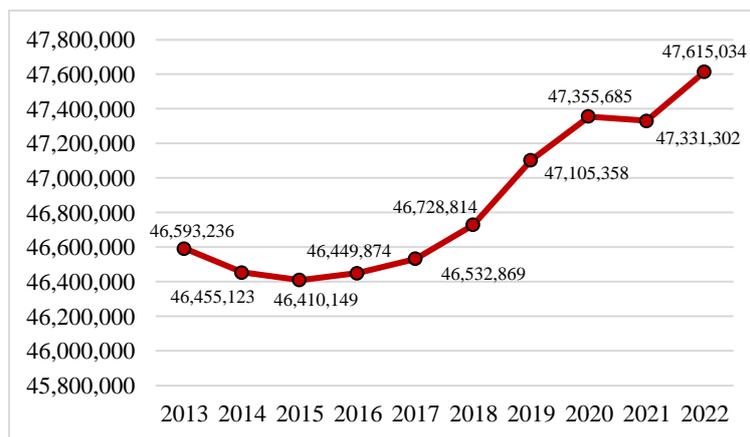
2 MARCO TEÓRICO

En este apartado se desarrollarán aquellos conceptos y líneas teóricas que atravesarán la presente investigación. En concreto, dentro de esta revisión literaria se identifican cuatro puntos fundamentales sobre la despoblación; reconociendo la existencia de múltiples magnitudes entorno a un concepto que, pese a estar en constante debate, todavía cuesta delimitar. Por una parte, comienza con un enfoque hacia la gobernanza político-institucional de este fenómeno, y la consecuente articulación de movimientos ciudadanos y posteriores plataformas políticas, en pro de la defensa del medio rural. Mientras que, en los siguientes tres epígrafes, se realiza la descripción de la situación demográfica, laboral y de desarrollo, así como del alcance de los servicios básicos de los territorios despoblados, dentro del territorio nacional. Concretamente, existe un enfoque específico hacia la atención y tratamiento del paciente del Síndrome Coronario Agudo, desde el punto de vista de las opciones terapéuticas, la accesibilidad a los recursos disponibles y la red de comunicaciones.

2.1 LA DESPOBLACIÓN COMO CONCEPTO

La pérdida poblacional que ha sufrido el mundo rural en las últimas décadas es indiscutible; constituyendo un problema enquistado en el territorio nacional, del que tan solo consiguen salvarse las grandes urbes (Vaquero García & Losa Muñiz, 2020). Las cifras así lo respaldan. Pese al constante incremento anual de personas empadronadas en el cómputo nacional (Gráfico 1), se ha producido en la última década un descenso poblacional del 2,56% en las circunscripciones inferiores a los 1000 habitantes (Gráfico 2). En otros términos, el estudio más reciente sobre áreas urbanas publicado por el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana de España concluye que, de acuerdo con el Padrón Municipal de Habitantes de 2021, el 69,25% de la población se concentra en el 9,6% del territorio³.

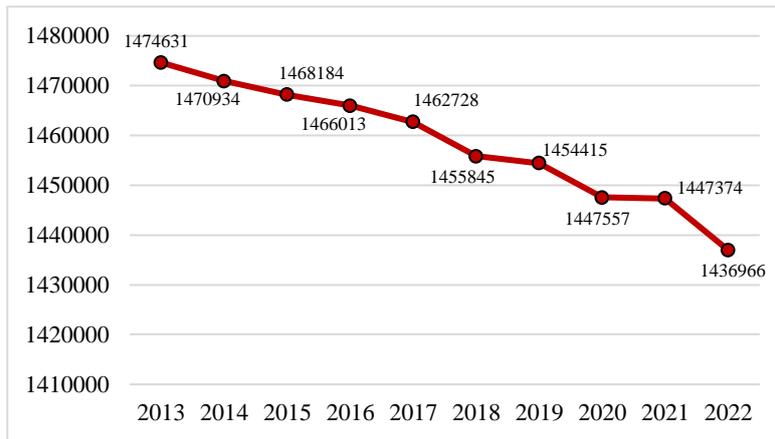
Gráfico 1 Evolución del censo demográfico en España (2013-2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

³ Dirección General de Vivienda y Suelo (2022). *Áreas Urbanas en España, 2022*.

Gráfico 2 Diferencia poblacional de los municipios inferiores a 1000 habitantes (2013-2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

La traducción de los datos mostrados explica que en España, si bien las dinámicas demográficas han estado marcadas en los últimos años por una baja tasa de natalidad, y la sobremortalidad y cierre de fronteras que conllevó la COVID-19⁴, venimos participando generación tras generación en un proceso de concentración demográfica en las zonas urbanas y litorales (Camarero, 2020). De manera que en las provincias de Soria (8,7 hab./km²), Teruel (9 hab./km²) y Cuenca (11,7 hab./km²), la Agencia Estadística Europea (Eurostat)⁵ registró índices de despoblación comparables con los de algunos condados (*fylker*) del centro y norte de Noruega (14,8 hab./km²), como Trøndelag (11,8 hab./km²) o Nordland (6,7 hab./km²). De acuerdo con la disciplina de la geografía humana, todas estas cifras quedan comprendidas, mayoritariamente, dentro de la denominación de desierto demográfico, que establece en 10 hab./km² el umbral de densidad (Gómez-Villarino & Gómez-Orea, 2021). No obstante, en 1994, con motivo de las particularidades demográficas del continente europeo, se habría acotado esta referencia a 8 hab./km², mediante el protocolo de adhesión de Finlandia y Suecia a la Unión Europea (art. 2), de modo que se limitara la condición de Área Escasamente Poblada a la región ártica de Laponia.

El fenómeno de la despoblación, consistente en la disminución del número de habitantes de un núcleo poblacional con respecto a periodos previos, puede ser resultado tanto de un crecimiento vegetativo negativo, como de un saldo migratorio negativo, o incluso de ambos simultáneamente (Pinilla & Sáez, 2017). En todo caso, tienden a generar círculos viciosos que complican el futuro de las zonas implicadas (Pinilla & Sáez, 2017; García Marín, & Espejo Marín, 2019). La interconexión y retroalimentación entre la caída de los índices demográficos, la pérdida de servicios básicos, la falta de empleo y la consecuente crisis de atractividad del medio rural, abocarían una vez más en la pérdida poblacional (Gráfico 3).

⁴ Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, DG de Vivienda y Suelo (2022). *Áreas Urbanas en España, 2022*.

⁵ Agencia Estadística Europea [Eurostat] (2023). *Population density by NUTS 3 region*.

Gráfico 3 Círculo vicioso de la despoblación en el medio rural español



Fuente: Reelaborado a partir del gráfico diseñado por García Marín & Espejo Marín (2019)

Con objeto de realizar un diagnóstico, delimitar qué unidades territoriales se identifican como “rurales” resulta crucial. En el año 1988, la Comisión Europea puso sobre el papel una definición del mundo rural, que por aquel entonces representaba “la mitad de la población y algo más del 80% del territorio comunitario” (Comisión Europea, 1988, p. 15). De acuerdo con esta publicación, el mundo rural “abarcaría aquellas zonas y regiones donde se llevan a cabo actividades diversas, e incluiría los espacios naturales y cultivados, los pueblos, villas, ciudades pequeñas y centros regionales, así como las zonas rurales «industrializadas» de dichas regiones” (Comisión Europea, 1988, p. 15). Sin embargo, la ambigüedad de los términos manifiesta la necesidad de establecer índices o magnitudes que faciliten la distinción entre “lo rural” y “lo no rural”.

Pese a la carencia de consenso respecto a unos indicadores comunes, cabría destacar tanto los criterios de la OCDE, por su potencial impacto mundial, como los planteados dentro del territorio nacional. En primera instancia, la OCDE diseñó en 1994 un modelo de clasificación regional, que distingue entre predominantemente urbanas, intermedias y predominantemente rurales (OCDE, 2011). De acuerdo con esta clasificación, se identifican como municipios rurales los territorios con una densidad de población inferior a los 150 hab./km² (500 en Japón y Corea del Sur), considerando región “predominantemente rural” aquella donde el 50% de su población reside en este tipo de municipios. Por el contrario, se reconoce como “intermedia” cuando el intervalo oscila entre el 15 y el 50%; o si, a pesar de superar dicho porcentaje, alberga al 25% de su población en un núcleo urbano de, al menos, 200.000 habitantes; mientras que se percibe como “predominantemente urbana”, donde no alcanza el 15% la población residente en municipios rurales, o si, a pesar de superarlo, congrega más del 25% en un núcleo urbano de más de 500.000 habitantes (Reig Martínez et al., 2016). Esta idea sería respaldada por la Unión Europea, que establecería criterios similares para diferenciar cada región o NUTS3, de acuerdo con la nomenclatura comunitaria⁶.

En segunda instancia, la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, determina en su artículo 3 el concepto de medio rural como

⁶ Reglamento (CE) n° 1059/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, por el que se establece una nomenclatura común de unidades territoriales estadísticas (NUTS).

“el espacio geográfico formado por la agregación de municipios o entidades locales menores definido por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km²”, resultando que un municipio rural de pequeño tamaño será aquel “que posea una población residente inferior a los 5.000 habitantes y esté integrado en el medio rural”. No obstante, el INE emplea, de facto, únicamente cifras de población como “umbrales de ruralidad”. De manera que, de acuerdo con esta entidad, las “zonas rurales” serán únicamente aquellas inferiores a 2.000 habitantes (OCDE, 2016).

Frente a esta diversidad de criterios, cabría poner en cuestión la limitación que conlleva tomar únicamente como parámetros el índice y la densidad poblacionales. Más aún, si se opta por solo una de estas magnitudes para medir los parámetros de ruralidad. Las clasificaciones unifactoriales conllevan problemáticas como la asignación en la categoría de rural a poblaciones urbanas con términos municipales muy grandes, pero con baja densidad poblacional, o no categorizar como rurales poblaciones con términos municipales muy pequeños (Robles Pellitero et al., 2023). Además, estas opciones de clasificación carecen de una parte esencial. No es posible definir el medio rural sin tener en cuenta las condiciones de vida de sus habitantes, en lo relativo a factores determinantes como la tasa de empleo, la predominancia del sector agrícola, la estructura poblacional o el acceso a servicios públicos y economías urbanas.

2.2 LA ESPAÑA VACIADA

Esta última línea argumental justificaría que las causas de la despoblación sean múltiples y variadas; sin embargo, la manera de atajarlas siempre supondrá un gran costo que, en muchas ocasiones, nadie está dispuesto a asumir (Zurro Muñoz & Rueda Estrada, 2018). Pues mientras se aclaran competencias y responsabilidades, los mejor posicionados económicamente en el medio rural recibirán sus pagos, ayudas y/o subvenciones, al tiempo que el resto continuará sufriendo las consecuencias del abandono del medio rural en cuanto a servicios sociales y de dependencia, así como en términos sanitarios y educativos (Zurro Muñoz & Rueda Estrada, 2018).

Por tanto, para recorrer este camino destaca la necesidad de una gobernanza multinivel, entre responsables político-institucionales y actores socioeconómicos, con objeto de lograr la aplicación de políticas y acciones transversales que alcancen a proyectar objetivos a medio y largo plazo (Esparcia et al., 2020). Es precisamente por esta necesidad de diálogo y trabajo conjuntos, que se ha procurado revertir la situación dentro del territorio nacional a través de las políticas de desarrollo rural europeas, y más recientemente mediante la Secretaría General para el Reto Demográfico (2020) o de la Comisión Especial del Senado sobre la Evolución Demográfica en España (2016), aunque los resultados no hayan sido satisfactorios, a la luz del continuo éxodo.

En lo relativo a la alta carga competencial, las Comunidades Autónomas encabezan los planes de lucha contra la despoblación desde el horizonte institucional, siendo el resultado de un estudio pormenorizado y de la consecuente adecuación de objetivos generales, a la par que se establecen órganos, figuras jurídicas y procedimientos para llevarlos a cabo. La función directiva se extiende, también, a la evaluación y el seguimiento del plan, mediante una serie de indicadores previamente delimitados, obteniendo una fuerza vinculante, a pesar de que formalmente no lo sean (Martín, 2022). Entre las diversas Comunidades Autónomas existe una alta coincidencia respecto de los objetivos y ámbitos materiales cubiertos por estos planes y normas regionales; sin embargo, la diferencia radica en la disponibilidad de recursos para ser llevadas a cabo.

En otros términos, la amplitud en el diseño de las áreas de actuación contrasta con la dotación presupuestaria. Ahí mismo es donde radica la posible trascendencia e impacto real de estos planes y medidas sobre la lucha contra la despoblación como política pública, y sobre la acción de las administraciones locales, en particular (Martín, 2022). Por el momento, se pueden señalar estrategias como la del Observatorio Galego de Dinamización Demográfica (2016) o el Observatorio Aragonés de Dinamización Demográfica y Poblacional (2018), coincidentes con los territorios más afectados por la despoblación.

Por otra parte, estarían aquellas acciones fundadas en el asociacionismo local, que desde la óptica privada buscan articular medidas para combatir la despoblación. Este conjunto de iniciativas tiene como denominador común la concienciación y la participación ciudadana en la lucha contra la despoblación y en la búsqueda de soluciones (Gómez, Atance & Rico, 2007). A través de esta forma de hacer política, se multiplican los espacios y oportunidades de debate, reflexión y toma de decisiones colectivas. Es decir, la política como toma de decisión grupal sobre la distribución de los recursos y bienes naturales, sociales y tecnológicos, y que lleva implícitas relaciones de poder, negociación y diálogo, teniendo como objetivo el empoderamiento, la lucha contra el aislamiento y la soledad (Cruz Roja Española, 2021).

Es precisamente a raíz de la voluntad ciudadana para participar en los asuntos que les aquejan y la construcción de un partenariado dinámico capaz de congregarse sus reclamos, cuando surge el concepto de “España vaciada”. El origen de este fenómeno se remonta a la segunda mitad del siglo pasado, todavía durante la dictadura. A partir de la década de los años cincuenta, y sobre todo de los sesenta, amplias comarcas fueron el escenario de actuaciones de expropiación y despoblamiento con distintos propósitos, por ejemplo, construir represas hidráulicas o sembrar cultivos forestales. La población se vio abocada a migrar en masa, con frecuencia en condiciones de marcada precariedad, hacia Madrid, Barcelona o Bilbao, los centros urbanos que concentraban la actividad industrial y de servicios (Cruz Roja Española, 2021). En los últimos años se ha acuñado este término para el conjunto de zonas rurales del país aquejadas por una pérdida continuada de población, llegando incluso a comprometer su supervivencia presente y futura como entes territoriales del Estado (Cruz Roja Española, 2021). Sin ser técnica, demográfica ni sociológicamente correcta, el concepto de “España vaciada” tiene una connotación político-reivindicativa. Pues han sido masivas las manifestaciones protagonizadas por diversas plataformas de la “España vaciada” para llamar la atención sobre la situación, logrando ubicar por primera vez el problema en el centro de la agenda política y mediática.

Se presupone que durante la generación y articulación de medidas políticas de carácter supramunicipal no se han sabido encontrar vínculos con las tradiciones, obviándose aspectos sociales, antropológicos e históricos del mundo rural, intentando poner en práctica modelos cuyos principios y valores no han conectado con las estructuras sociales fuertemente arraigadas de los pueblos (Zurro Muñoz & Rueda Estrada, 2018). En esta línea, Inés Amézaga y Salvador Martí (2012) proponen la aplicación del acrónimo Nimby -*Not in my yard*- a la articulación del fenómeno, en base a su expresa manifestación en contra de intervenciones exteriores, y al planteamiento de un discurso de movilización que pretende dar significado a las demandas. Concretamente, al analizar movimientos como *Teruel Existe*, *Foro Ciudadano de Zamora* o *Soria YA!* pueden observarse similitudes respecto de su forma de presión a la hora de relacionarse con el poder, así como por el carácter de demanda, aunque por el contrario tienden a presentar

una estructura incluyente, mostrando la voluntad de ser comprendidos en proyectos similares a los de las grandes urbes (Amézaga y Martí, 2012).

Respecto al momento en el que se origina cada plataforma, siendo años próximos en el tiempo, se desconoce si su surgimiento estuvo marcado por la aparición de nuevos espacios institucionales, la presencia de inesperados aliados externos o el efecto contagio. Lo que resulta evidente es que, enmarcadas bajo sus propias lógicas, agravios y demandas, desde finales de los noventa, han conseguido la movilización de la población a través de acciones como los paros locales y provinciales, las manifestaciones en ciudades con sedes administrativas, o la recogida de firmas. A otro nivel, también han demostrado tener la capacidad de introducir sus demandas en la agenda pública, actuando como grupos de presión, al entrevistarse con autoridades de diversa índole institucional, tanto dentro del territorio nacional, como comunitario e internacional.

2.3 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DE LAS ZONAS DESPOBLADAS

Una característica común a los espacios rurales, además de su baja densidad poblacional, suele ser su alto índice de envejecimiento, condicionando las posibilidades de desarrollo del territorio (Bustos Gisbert, 2005). Esta realidad, que viene influenciada por una capacidad limitada para generar empleo y equiparar un nivel de ingresos similar a los obtenidos en las áreas urbanas, así como por una posible orografía compleja, es consecuencia de una salida acentuada de la población más joven, marcada por la intensidad y duración a lo largo del siglo XX y principios del XXI.

A pesar de que, en determinados núcleos se haya percibido un cambio de tendencia en este proceso de abandono del medio rural, logrando un crecimiento real de sus poblaciones e incluso saldos migratorios ligeramente positivos, no existen evidencias de que estos hechos no sean causas puntuales y coyunturales (Bustos Gisbert, 2005). En efecto, el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico [MITECO] (2020) evidenció una situación demográfica muy alejada de este posible cambio. Hasta el punto de que en 6.320 municipios las defunciones habrían superado la cifra de nacimientos en la última década. Actualmente, 1 de cada 5 personas (casi 9 millones) superaría los 65 años. Una tendencia que, de acuerdo con las proyecciones del INE, pasará a ser la edad mínima de 1 de cada 3 personas para el año 2050.

Esta reiterada realidad se vive especialmente en los municipios rurales, donde el 25% supera los 65 años en los municipios menores de 5.000 habitantes (MITECO, 2020). Simultáneamente, el porcentaje de población joven cada vez es más reducido; y así queda reflejado en múltiples provincias castellanoleonesas, donde apenas ocupan el 12 o 14% de su pirámide demográfica (Bandrés & Azón, 2021).

Asimismo, los índices de masculinidad son superiores a la media en estas poblaciones (Vaquero García & Losa Muñoz, 2020). El motivo sería la masculinización del empleo y la carencia de un reparto equitativo de las cargas del hogar. Es decir, la reproducción de unos roles de género conservadores habría potenciado que fueran especialmente las mujeres las que buscaran en las ciudades nuevas oportunidades de futuro, ligadas a una mejora de su formación profesional y de sus derechos reproductivos, rompiendo así con “los mandatos de género tradicionalmente establecidos” (Cruz Roja Española, 2021).

En este marco, la llegada de flujos migratorios internacionales se percibe como una oportunidad de rejuvenecimiento de las comunidades rurales y del dinamismo económico. Dicho fenómeno se enraíza a lo largo de todo el litoral mediterráneo,

adentrándose hacia el Valle del Ebro y las zonas influenciadas por la economía madrileña (Collantes et al., 2010). En efecto, si se demostrase una continuidad y asentamiento en el tiempo, esta tendencia podría favorecer un crecimiento demográfico positivo, puesto que el envejecimiento y masculinización de “lo rural” hace imposible una tasa de natalidad capaz de alcanzar la regeneración poblacional (Collantes et al., 2010).

En definitiva, las áreas rurales presentan, en general, una población envejecida y masculinizada, un descenso de la natalidad, una pérdida significativa de los jóvenes y, por consiguiente, una población activa insuficiente (Centro Internacional sobre el Envejecimiento [CENIE], 2018). No obstante, pese a unos datos poco ventajosos para una economía globalizada, donde tiende a primar el mercado y la productividad, el ser humano debe entenderse siempre como eje esencial de una sociedad. La población en sí misma es recurso productivo, así como demandante y receptor de bienes y servicios. Por tanto, resulta fundamental tener en cuenta las características de su población en la planificación territorial y lograr así un desarrollo a largo plazo.

2.4 EMPLEO, OPORTUNIDAD Y DESARROLLO EN EL MEDIO RURAL

Es a partir de la realidad demográfica descrita en el apartado anterior que se puede explicar la tasa de actividad rural del 52,2%, frente a la del 57,1% del medio urbano, para el año 2020 (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación [MAPA], 2021). Por otro lado, no se trata solo de las cifras actuales de actividad y empleo, pues el fuerte envejecimiento de la población otorga un gran peso a las pensiones como fuente principal de ingresos, y estas reflejan en buena medida la estructura económica de décadas atrás, fruto de la actividad agraria y de una elevada presencia de mujeres que habrían quedado fuera del tejido económico, resultando en pensiones mermadas (Consejo Económico y Social de España [CES], 2021). Todo ello condiciona un menor nivel de renta por habitante, llegando a ser hasta un 20% inferior el nivel de ingresos de las familias rurales respecto de las urbanas (Castellano-Álvarez et al., 2019).

El tejido empresarial de las áreas rurales se caracteriza, al igual que en el conjunto del territorio español, por un peso mayoritario de pymes y, especialmente de microempresas y trabajadores independientes. Del total del empleo en el sector agrario, el 62,8% es asalariado y el 37,2% restante es por cuenta propia, lo que supone un porcentaje de empleo autónomo muy superior a la media de la economía española (16,1%) (CES, 2021). Y, al margen de las explotaciones agrarias, los últimos datos disponibles, correspondientes a 2018, revelan un total de 119.872 empresas no agrarias en las áreas rurales, de las cuales, el 54,6% no tiene asalariados, el 42,3% tiene un máximo de nueve trabajadores, y únicamente el 3% supera los diez empleados (CES, 2021). El reducido tamaño del tejido empresarial constituye un obstáculo al desarrollo económico de las áreas rurales, al limitar la productividad, en tanto que las empresas pequeñas suelen tener mayores dificultades a la hora de incorporar capital humano y tecnológico, desarrollar procesos innovadores, internacionalizar su actividad o acceder a financiación.

Así, salvo el incremento del sector primario en las estructuras rurales en un 1,3%, y la repercusión del sector servicios (Administración Pública, comercio, alojamiento o restauración) por la creación directa de empleos y su dinamismo social y económico; el resto de actividades han ido mermando su alcance a lo largo de las últimas décadas. En ese sentido, cabría destacar el importante descenso registrado por la construcción (6,1%), tras la crisis del 2008, y el de la industria, perdiendo un 2,2% (CES, 2021).

Por el contrario, el sector agroalimentario (sector primario e industria agroalimentaria) constituye un elemento estratégico, tanto desde el punto de vista

económico, por su aportación al PIB y el empleo, como social, al participar en la conformación de la cultura, el paisaje y la gastronomía. Las actividades agrarias y silvícolas favorecen los entornos rurales, en tanto que contribuyen a luchar contra la erosión, a reducir los incendios forestales y a evitar la desertificación. Por otra parte, tras la industria agroalimentaria se estructuran importantes cadenas de valor, al generar sinergias que incrementan la productividad y la renta rural. Se trata de la rama industrial manufacturera que más volumen de empleo produce en España, al generar el 19% de su valor añadido bruto (VAB), de acuerdo con el Consejo Económico y Social de España (2021). En cuanto a los tipos de nichos, destacan las dedicadas a la fabricación de productos de panadería y pastas alimenticias (46,5%); así como el procesado y conservación de carne y elaboración de productos cárnicos (14,4%) (CES, 2021).

También cabe resaltar la importancia de las cooperativas agroalimentarias en las áreas rurales, en tanto que su actividad es desarrollada, principalmente, por titulares de explotaciones agrícolas y ganaderas locales, haciendo que el valor generado por las mismas permanezca en el territorio. Fue precisamente esta especialización del tejido productivo rural en el sector agroalimentario, considerado como actividad esencial durante el estado de alarma, la que permitió amortiguar su deterioro económico durante la COVID-19; pese a la interrupción en los servicios de transporte y logística, la falta de mano de obra, las medidas de distanciamiento social y el cierre de fronteras.

No obstante, más allá del estado de alarma, el sector agroalimentario en España se halla en una situación de elevada vulnerabilidad, como consecuencia de diferentes factores relacionados con la cadena alimentaria, la rigidez de la demanda, la estacionalidad en el mercado o la heterogeneidad y asimetría en sus características internas. La actividad agraria afronta costes de producción crecientes, unido a una caída de los precios percibidos, así como a importantes cambios en los hábitos y patrones de consumo y al envejecimiento de muchos de sus integrantes.

En esta línea, a finales de 2020 se aprobó la Ley 8/2020, de 16 de diciembre, por la que se adoptaron determinadas Medidas urgentes en materia de agricultura y alimentación, incorporando pautas dirigidas a mejorar la rentabilidad de las explotaciones agrarias, la creación de empleo y la protección por desempleo. Además, se modificó el tratamiento fiscal de las subvenciones destinadas a la incorporación de jóvenes a la actividad agraria, implementadas en el Marco Nacional de Desarrollo Rural 2014-2020, donde los perceptores quedaban obligados a sufragar la totalidad del impuesto desde el primer momento y en un único pago (CES, 2021). Sin embargo, con la modificación de 2020, se les abría la posibilidad de tributar en varios ejercicios.

En este sentido, algunas personas expertas encuentran una relación directa entre las dinámicas de dependencia de los subsidios y subvenciones (por ejemplo, la Política Agraria Común o los Fondos Estructurales), la destrucción de los modos de producción tradicionales, y el debilitamiento de la iniciativa empresarial rural (Cruz Roja Española, 2021). Desde este punto de vista, resultaría necesario incrementar los niveles de eficacia y eficiencia en la distribución de los fondos, mediante políticas que tengan en cuenta la heterogeneidad del territorio, la biodiversidad de los ecosistemas, la relación entre la población y los recursos primarios, los modos de producción y de vida locales, y la relación entre la producción, el tejido social y el mantenimiento de la vida.

En lo relativo al sector servicios, la gran mayoría del territorio rural ostenta atractivos de diversa índole, con un potencial efecto multiplicador sobre la producción, la renta y el empleo locales (Azqueta & Montoya, 2011). Se aprecian ventajas para el turismo de naturaleza en virtud de la riqueza paisajística o de su proximidad a áreas

protegidas; ventajas culturales, en base a su patrimonio histórico; o ventajas para el ámbito del agroturismo, como exponente de sistemas productivos tradicionales o muestra de técnicas innovadoras. Asimismo, el factor de proximidad a grandes urbes ha revalorizado múltiples propuestas de turismo rural como consecuencia de las restricciones derivadas de la COVID-19 (Cruz Roja Española, 2021). De manera que las economías rurales se vieron favorecidas por un cambio en las preferencias de la población hacia el consumo de productos de proximidad y el turismo rural, alentado este último por las restricciones a los viajes internacionales y por una mayor preferencia por destinos menos masificados y en entornos naturales. Este último tipo de turismo se complementa con el de los cosmopolitas que, en posesión de una segunda vivienda o en búsqueda de una temporal, muestran su deseo por compaginar este tipo de entorno con el teletrabajo, siempre que la brecha digital persistente en muchos lugares del mundo rural se lo permita.

En definitiva, las múltiples vertientes del turismo rural son un reflejo de su alto potencial, triplicándose el número de emprendimientos relacionados con este sector en los últimos quince años; no obstante, “continúa sin consolidarse como una alternativa económica viable para muchos territorios del interior” (CES, 2021, p. 46). El Plan de Medidas ante el Reto Demográfico (PMRD, en adelante) comprende, precisamente, en el eje 10 la elaboración de la Estrategia de Turismo Sostenible España 2030, dirigida a afrontar los retos del sector en el medio y largo plazo. Se plantea como motor de desarrollo económico y social, capaz de frenar la despoblación y redistribuir los recursos disponibles, proponiendo para ello innovación y digitalización.

En línea con el último argumento, la digitalización resulta clave para la reactivación y consolidación de toda actividad económica que se desarrolle en las áreas rurales. A través de ella, se contribuye a dar una respuesta a los retos medioambientales y, al mismo tiempo, a las demandas de los consumidores y del mercado globalizado. Esta idea se alinea con uno de los objetivos transversales de la PAC 2021- 2027: modernizar el sector agrícola a través del fomento y la puesta en común del conocimiento, la innovación y la digitalización, con objeto de mejorar la orientación al mercado y aumentar la competitividad.

No obstante, la digitalización del medio rural no se puede concebir como única solución a la despoblación. Retomando la idea del individuo como recurso productivo, los jóvenes y las mujeres muestran mayores problemas y debilidades en el acceso y permanencia en el empleo, lo que constituye un factor relevante a la hora de explicar el abandono de estos grupos de población del medio rural. En el caso de los jóvenes de 15 a 24 años, la tasa de empleo se situaba en 2019 en el 22,4%, frente al 69% de la población rural de 25 a 64 años (CES, 2021); y aunque la tasa de paro juvenil ascendía al 31,5% de la población activa, no demuestra discordancias representativas con respecto a las áreas urbanas e intermedias. En contrapartida, donde sí se aprecian diferencias significativas es en el caso de las mujeres rurales, que además de mostrar menores tasas de empleo en todos los grupos de edad (54,3%), arrojan mayores diferenciales negativos respecto a las tasas de los hombres del medio rural, con un diferencial de género de catorce puntos porcentuales (CES, 2021).

Entre las principales actuaciones puestas en marcha para cerrar esta brecha de género se busca favorecer el acceso real de las mujeres a la propiedad, a través de la titularidad compartida. La Ley 35/2011, de Titularidad compartida de las explotaciones agrarias, pretendía facilitar a las mujeres el “acceso en pie de igualdad al disfrute de los derechos derivados de su trabajo en las explotaciones” (CES, 2021, p. 53). Sin embargo, la media de edad de las mujeres que realmente cumplirían el perfil y desearían poder tener

la titularidad compartida de las explotaciones agrarias que dirigen, es relativamente elevada. De manera que, aun solicitando el amparo de esta ley, es muy baja la probabilidad de acceso a pensiones propias; sumado a la complejidad burocrática y la falta de armonización en el conjunto del territorio nacional.

Estas particularidades del empleo rural se explican en gran medida por la trascendencia del sector primario, un ámbito masculinizado y cuya edad media es superior a la del resto de actividades económicas. Características que, sumadas a la arduidad y temporalidad de los trabajos asociados, tienden a la contratación de personas extranjeras y con recursos limitados. En cifras, resulta complejo conocer el alcance de este fenómeno debido a la elevada irregularidad laboral que prevalece en estos enclaves, aunque se podría estimar que más de medio millón de los trabajadores inmigrantes de la agroindustria residen en las zonas rurales de Europa (Izquierdo, 2023). Dentro del territorio nacional y de acuerdo con las cifras oficiales de 2020, habría habido 232.978 afiliaciones de personas extranjeras en el sistema especial agrario, de las cuales el 73% habrían sido de nacionalidad extracomunitaria (CES, 2021).

Estudios como el de Izquierdo (2023) han puesto también el foco en la incorporación de población extranjera en actividades turísticas y hosteleras durante las temporadas altas, fruto de la progresiva terciarización de la economía rural. De igual forma, se recoge también el papel de las mujeres extranjeras en el ámbito de los cuidados, como consecuencia del envejecimiento poblacional y la puesta en marcha de políticas sociales asociadas a la mejora y el cuidado de la población mayor en su lugar de residencia.

Este tipo de contratación resuelve la demanda laboral de manera temporal, pero dificulta la incorporación permanente de la población extranjera en un determinado municipio. En este sentido, serían necesarios mecanismos de contratación que facilitasen su integración y la de sus familias a través del acceso a la salud, la educación y otros servicios públicos (Pinyol-Jiménez, et al., 2020). Pues la precarización e inestabilidad de estos empleos, desarrollados parcialmente dentro de la economía sumergida, sitúa a las personas migrantes en situaciones de alta vulnerabilidad y las excluye de la comunidad en el sentido político, social y cultural (Izquierdo, 2023).

Una alternativa para fomentar la dinamización y emprendimiento en todos los sentidos se plantea desde Castilla y León. Dentro de esta Comunidad Autónoma se ha desarrollado el proyecto “+Empresas +Empleo +Rural”, desde el enfoque de cooperación LEADER, un método de desarrollo local, liderado por la Unión Europea, que lleva fomentando durante 20 años el diseño y puesta en marcha de estrategias que favorezcan el desarrollo de zonas rurales por parte de actores locales, gracias a la asignación de recursos (Comisión Europea, 2021). A raíz de este proyecto, que cuenta con la cooperación voluntaria de 11 Grupos de Acción Local (GAL), se ha creado una plataforma web de “Empleo Rural”, con un acceso directo a una bolsa de empleo con ofertas de los 11 municipios participantes, información sobre cursos, ayudas y subvenciones, asesoramiento a personas desempleadas, así como un boletín de noticias digital (Red PAC, 2022).

2.5 ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS A LA DESPOBLACIÓN

Para algunos habitantes del medio rural, la continua pérdida de recursos que facilitan la vida humana los lleva a desplazarse a las urbes. Se trata de servicios tan básicos como la sanidad, la educación, los servicios sociales, los culturales... Es decir, servicios que parten y tienen como fin último el bien común.

La escasez o ausencia de determinadas infraestructuras desalienta a las personas que quieren vivir en entornos rurales, actuando como causa y consecuencia de la despoblación, y, en definitiva, conduciendo a los municipios a un estado de despoblamiento imparable. De este modo, se retoma el argumento sobre el círculo vicioso. Frente a la desaparición de servicios, disminuyen las oportunidades laborales de las personas residentes, que migrarán a otros lugares, en busca de mejorar su calidad de vida. Simultáneamente, la oferta de servicios públicos municipales suele ser dependiente de la cifra de empadronamientos, por lo que la pérdida de población provoca el desmantelamiento de los servicios, basándose en su eficiencia, en términos de coste-beneficio, y dejando a un lado la cobertura de servicios básicos que requieren sus vecinos. Parece evidente, por tanto, que los derechos de la ciudadanía no están cubiertos de manera equitativa en todo el territorio.

Por lo general, a medida que se va perdiendo población, la capacidad económica de los ayuntamientos se va reduciendo, tanto por la menor financiación procedente de los ingresos fiscales como por la derivada de las transferencias. La primera fuente de financiación queda recortada por el número de contribuyentes y la reducción de las bases imponibles; la segunda, porque las Administraciones supralocales reducen las aportaciones a las Entidades Locales a medida que se reduce el número de habitantes. Con objeto de paliar esta situación, gracias a la reforma local del año 2013⁷, las diputaciones provinciales, en relación con los municipios inferiores a los 20.000 habitantes, cobran especial relevancia para la garantía de los servicios públicos locales a la ciudadanía. Como consecuencia, las diputaciones tienen atribuidas competencias materiales de forma expresa, desde hace diez años. Una decisión que, si bien contribuye a potenciar la prestación de servicios, tiene una mayor predisposición para quedar obstaculizada por una burocracia impuesta que ralentiza la puesta en marcha de las acciones.

Además, la cesión de gestión de algunos servicios a niveles supralocales, como el comarcal, ha dejado de ser una opción para determinadas áreas rurales interiores, y se ha convertido en la única vía para asegurar una prestación de calidad a toda la población (Esparcia et al., 2020). El reflejo de ello queda materializado en el desempeño de los servicios sociales, cuya gestión tiende a depender en la mayoría de las ocasiones de instituciones zonales o supralocales, que requieren el desplazamiento de la ciudadanía a cabeceras de comarca, o similares, para poder ser receptora de dicha atención (Cruz Roja Española, 2021).

Por ende, en el contexto de la despoblación, contar con buenos servicios de movilidad y transporte permite suplir deficiencias educativas, sanitarias, sociales, laborales, comerciales o financieras (Cruz Roja Española, 2021; Esparcia et al., 2020). En este sentido la Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres, establece que los poderes públicos deben asumir responsabilidades en materia de circulación, e intervenir en materia medioambiental, para reducir la contaminación. Cabe hablar del transporte, por tanto, como un bien público, o en su defecto público-

⁷ Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local.

privado, al ser gestionado en múltiples ocasiones por una entidad privada y subvencionado por una Administración Pública. No obstante, la limitación de recursos públicos en el medio rural quintuplica la dificultad de acceso al transporte público, con respecto de los hogares urbanos (Robles Pellitero et al., 2023).

Esta limitada oferta de transporte público, unida a la brecha digital y la falta de conectividad, restringen el acceso a las prestaciones. Pues, si bien es importante valorar la notable mejora que ha supuesto para los residentes rurales la conexión a internet; la llegada de infraestructuras más actualizadas no logra adaptarse a la continua evolución tecnológica, especialmente tras la COVID-19, con una dependencia extrema a una buena conectividad, tanto para el ámbito sanitario, como educacional, laboral o de ocio. De acuerdo con el Informe DESI 2022, España es el séptimo país de la Unión Europea en conectividad global. Sin embargo, servicios como la banda ancha tan solo alcanzan al 63% de las zonas rurales, de acuerdo con el Informe ‘Cobertura de banda ancha en España en el año 2020’, publicado por el Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Además, a esta potencial carencia de infraestructuras, la brecha digital se profundiza debido a una falta de interés y de competencias por parte de un gran porcentaje de la población, ligada al envejecimiento y estilo de vida tradicionales.

Por lo que respecta a la mejora del bienestar y de la calidad de vida de la ciudadanía, es imprescindible tener en cuenta a la población más vulnerable con el objetivo de garantizar la supervivencia del medio rural (Vaquero García & Losa Muñoz, 2020). En este sentido, las grandes necesidades sociales, asociadas al envejecimiento, no se ven cubiertas cuando el coste de los recursos humanos y materiales desborda las posibilidades económicas de los municipios, traduciéndose en una privatización de hasta el 70% de los servicios dirigidos a personas mayores (Cruz Roja Española, 2021). Por el contrario, servicios públicos de proximidad orientados a la tercera edad podrían contribuir a promover su autonomía y a un envejecimiento saludable, como los centros de día, los centros de ocio y entretenimiento, o los programas de apoyo en las tareas del hogar.

En materia de educación, la escasez de alumnado, si bien refuerza competencias como la cooperación o el trabajo en equipo, también tiene como consecuencia la concentración en una o pocas aulas, adaptando en un mismo espacio y tiempo los contenidos de cada etapa vital. Actualmente, el mínimo de alumnado necesario para una escuela primaria rural es de cuatro niños o niñas; y, si alcanzar esta cifra no es posible, los Ayuntamientos y comarcas organizan su traslado en transporte escolar público a los pueblos donde dichos centros aún funcionan. Con todo, la gran barrera educativa se presenta al final de la fase obligatoria, cuando las opciones de seguir estudiando un bachillerato o una formación profesional se concentran mayoritariamente en el ámbito urbano, al igual que los ciclos formativos superiores o la universidad. Como consecuencia, los gastos familiares se incrementan notablemente y, en función de la ciudad, las becas pueden ser insuficientes.

Dentro del propio modelo educativo, y en lo relativo a la protección e integración del colectivo LGTBIQ+, se localizan carencias en el sistema implementado en las zonas rurales para la atención a episodios de acoso infantil y juvenil por motivos de orientación sexual e identidad de género, unido a una continuidad en el empleo de métodos formativos tradicionales, excluyendo otras formas de familia, distintas a la tradicional (Cruz Roja Española, 2021).

En lo que respecta a la violencia de género, la presencia de centros de atención a la mujer depende, una vez más, del número de habitantes. Además, suele ocurrir que, en el medio rural, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado no están especializados en

la materia; al tiempo que sus dependencias no reúnen las condiciones para la toma de declaración de mujeres víctimas de violencia de género, por no disponer de privacidad ni anonimato.

De la misma manera, los Juzgados de Violencia sobre la Mujer quedan concentrados en ciudades grandes o capitales de provincia. En todo el Estado hay 431 partidos judiciales (Ministerio de Justicia, s.f.) y sólo 114 Juzgados exclusivos de Violencia sobre la Mujer (Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, 2023). Y, si bien es posible interponer la denuncia ante cualquier Juzgado de lo Penal o en las Audiencias Provinciales⁸, las estadísticas muestran diferencias sustanciales en la concesión de órdenes de protección hacia las víctimas. Según el Informe sobre Violencia de Género del Consejo General del Poder Judicial (2020), durante 2019, finalizaron 51.790 procedimientos por violencia de género, con sentencias favorables hacia las víctimas en un 88% dentro de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, frente al 58% de las sentencias de lo Penal (Cruz Roja Española, 2021). Esto significa que la especialización en la materia repercute positivamente en una adecuada valoración de los casos.

Esta situación se yuxtapone a la dependencia económica de muchas víctimas de violencia de género en el medio rural a las figuras paternas o maritales de su hogar. A modo de solución se plantean ayudas económicas específicas, como la Renta Activa de Inserción (RAI, en adelante) o la derivada del artículo 27 de la Ley Integral 1/2004. Pero, para ello, es necesario un arduo recorrido que incluya una denuncia y una orden de protección. Además, en el caso concreto de la RAI, las víctimas deben estar inscritas como demandantes de empleo, no tener derecho a otras prestaciones, incluida la renta agraria (Cruz Roja Española, 2021), lo cual es un verdadero hándicap para que puedan acceder a ella mujeres rurales. Por todo esto, se puede decir que vivir en contextos rurales o en despoblamiento es en sí mismo un factor de riesgo añadido para las mujeres víctimas de violencia de género.

En suma, determinadas Administraciones Públicas y parte de la ciudadanía perciben erróneamente los servicios sociales como un gasto, por lo que se requiere de un cambio de visión y un enfoque estratégico para que se entienda como un instrumento que favorece el desarrollo social y económico (Vaquero García & Losa Muñiz, 2020). En ocasiones, algunas de las iniciativas o proyectos llevados a cabo en el mundo rural no son sostenibles en el tiempo, ya sea por motivaciones partidistas, intentar proyectar iniciativas que no se corresponden con la financiación y capacidad competencial del entorno, o incluso por llevar a cabo y promover negocios que, aunque en auge, su reducida viabilidad acaba saturando el mercado (Cruz Roja Española, 2021). Por ello, es preciso garantizar una oferta de bienes y servicios públicos locales adecuada al tamaño poblacional del municipio. Una alternativa sería la agrupación de Entidades Locales en núcleos de población superiores a los 5.000 habitantes (De Diego & Vaquero, 2016). Esto permitiría una reducción de la actual presión fiscal y del gasto no productivo de los municipios de menor población y, al mismo tiempo, se incrementaría el gasto social por habitante. En este sentido, fusionar o al menos compartir servicios permitiría un acceso a una mayor cantidad de recursos y, paralelamente, se incrementarían los servicios que percibirían los ciudadanos (Vaquero García & Losa Muñiz, 2020). En todo caso, se requieren intervenciones coordinadas desde las CC.AA., diputaciones provinciales, comarcas y ayuntamientos, para poner en valor el medio rural.

⁸ Disposición adicional décima, apartado 3 bis, de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

2.5.1 *La sanidad como servicio básico*

El acceso a una sanidad pública, tal como se ha referenciado en el apartado introductorio de este estudio, resulta una necesidad incuestionable para todas las generaciones poblacionales. Sin embargo, también se ve afectada por los procesos de despoblación y concentración en ciudades o cabeceras de comarca. En general, los centros de salud de atención primaria suelen instaurarse en las cabeceras comarcales, mientras que, en las poblaciones con escasez de habitantes, es el personal sanitario de los centros de salud los que deben desplazarse semanalmente a consultorios provistos por los Ayuntamientos. En este sentido, la accesibilidad funciona como primer exponente de inequidad territorial en salud, generando desigualdades injustas entre los territorios urbano y rural (Robles Pellitero et al., 2023).

El término de la accesibilidad, aunque complejo y multidimensional, debe entenderse como la capacidad de obtener cuidados sanitarios de calidad y en tiempo, teniendo en cuenta aspectos geográficos, económicos, administrativos, políticos y culturales, así como las características propias de la Atención Primaria, tales como la longitudinalidad y el vínculo del equipo sanitario con la comunidad (Robles Pellitero et al., 2023). El resultado de estas barreras es, por ejemplo, la falta de acceso a servicios de salud bucodental para el 6% de la población rural, debido a su coste económico y la lejanía. Así como también demuestra ser una barrera de accesibilidad, el desconocimiento, por dos tercios de las mujeres rurales víctimas de violencia de género, de la existencia y utilidad del 016 (Robles Pellitero et al., 2023).

Dichos problemas de accesibilidad quedan acentuados en el caso de las urgencias tiempo-dependientes. El pronóstico de estas patologías “está directamente relacionado con el tiempo transcurrido desde que se producen hasta que son atendidas”⁹, como sucede con el Infarto Agudo de Miocardio Con Elevación del ST (IAMCEST). Para este caso concreto, con objeto de promover la equidad en la aplicación del tratamiento óptimo para todos los pacientes con IAMCEST, mediante la intervención coronaria percutánea primaria (ICPp) o angioplastia primaria (Rodríguez-Leor et al., 2022), se han desarrollado redes asistenciales en cada Comunidad Autónoma bajo la denominación de “Código Infarto”. El fin último será garantizar una atención con buenos resultados clínicos y dentro de los parámetros de tiempo recomendados (Rodríguez-Leor et al., 2022).

Sin embargo, una vez más, las férreas barreras de la España despoblada en materia de redes de comunicación y transporte, así como el acceso limitado a los recursos de la sanidad pública, desencadenan, en ocasiones, retrasos excesivos (superior a los 120 minutos) en la aplicación del tratamiento óptimo. Dichas demoras están provocadas, en un 7,8% de las ocasiones, por los prolongados trayectos que el paciente debe recorrer hasta el centro de referencia; y, en un 4%, por la falta de disponibilidad de los recursos de Servicios de Emergencias Médicas (Rodríguez-Leor et al., 2022)¹⁰.

Si bien algunas de estas dificultades vienen determinadas por la orografía o la dispersión, constituyendo factores inevitables; otros, de índole político-administrativo, como el habitual modelo de distribución bajo demanda (Robles Pellitero et al., 2023), precisan de la aplicación de cambios sustanciales que posicionen en primer lugar el alcance de la calidad asistencial a la ciudadanía. Dentro de esta problemática, se encuadra la gestión de las ambulancias. Como resultado, unido a la subcontratación de estos

⁹ Gobierno de Navarra (s.f.). *Atención a las urgencias tiempo-dependientes*.

¹⁰ Los resultados alcanzados por Rodríguez-Leor et al. (2022) son relativos a todo el territorio nacional y contemplan el espacio de tiempo entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2019.

servicios a entidades privadas, el radio de acción tiende a ser demasiado amplio para cubrir a tiempo todas las emergencias de la zona de salud asignada. Además, por motivos burocráticos, de competencias, de distrito, e incluso de diferencias de criterio entre representantes locales, puede ocurrir que sólo lleguen hasta cierto lugar, obligando así a los familiares del paciente a trasladarlo hasta dicho punto de encuentro por medios propios (Cruz Roja Española, 2021).

La desigualdad percibida se incrementa más, si cabe, por la carencia de profesionales. Se viene presenciando una falta de especialistas que afecta incluso a pequeñas ciudades como Teruel, debido a una búsqueda formativa y laboral en superficies sanitarias de mayor tamaño (Zurro Muñoz & Rueda Estrada, 2018). A título de ejemplo son las dificultades del Servicio Aragonés de Salud (Salud) para cubrir los contratos ofertados de Atención Primaria y Comunitaria que salen anualmente. Varios medios regionales hicieron eco en este año 2023 de las 119 vacantes (58,9%) en Atención Primaria, un dato que “agrava, un poco más si cabe, la crisis de la Atención Primaria, sobre todo en el medio rural” (Lahoz, 2023).

Asimismo, el recurso vital de la telemedicina, que se expandió con la COVID-19, se contrapone con la brecha digital que existe en la España despoblada, donde el analfabetismo digital se une con las carencias existentes en términos de conectividad (Cruz Roja Española, 2021). Por tanto, aunque este tipo de consultas podrían paliar la carencia de consultorios y la frecuencia con la que se desplaza el médico asignado a un pequeño núcleo poblacional; en la actualidad, la falta de infraestructuras digitales, así como de asistentes sociales que colaboren en la formación digital de aquellas personas que lo necesiten, dificulta la continuidad de la telemedicina en los términos que se llegó a plantear durante las restricciones sociosanitarias.

En contrapartida, a pesar del déficit de recursos en la atención sanitaria de la España despoblada, existe consenso en que la menor ratio poblacional favorece que el trato del personal sanitario sea más cercano, basándose en una atención más continuada de los pacientes. Hay menos infraestructuras, pero el servicio está más humanizado (Cruz Roja Española, 2021). De forma general, la demora en Atención Primaria rural es inexistente, la atención domiciliaria es habitual y se producen con frecuencia iniciativas comunitarias multidisciplinares. A pesar de las dificultades, los diferentes tipos de ruralidad son espacios con una identidad propia y diferente de la urbana, con un capital social, natural y cultural que permite una alta capacidad de resiliencia, solidaridad y sororidad (Robles Pellitero et al., 2023).

En definitiva, pese a las necesidades en materia de recursos disponibles que puedan ser necesarias en la heterogeneidad del mundo rural, el capital humano cobra especial importancia para paliar determinadas deficiencias sanitarias con respecto a la vida en grandes urbes. Múltiples expertos apuntan a la creación de incentivos económicos y profesionales que promuevan la incorporación de personal sanitario en las zonas despobladas, como la facilitación de vivienda a bajo coste o determinadas subvenciones en los gastos añadidos de transporte (Cruz Roja Española, 2021).

3 METODOLOGÍA

El caso de estudio de esta investigación versa sobre el fenómeno de la despoblación. La razón principal por la que se ha seleccionado este tema es el alarmante empeoramiento que está sufriendo el mundo rural, progresivamente, a lo largo de las últimas décadas, pudiendo generar un empeoramiento de la calidad de vida de su población. La finalidad no era sólo realizar una aproximación desde un punto de vista teórico, sino conocer en primera persona cuál es la realidad actual que vive la población que opta por permanecer en los municipios de menor tamaño, más allá de procedimientos y técnicas analíticas específicas (Coffey & Atkinson, 2003).

Dado que las políticas de desarrollo rural, tal como han sido aplicadas, no han tenido el efecto deseado, en base a los resultados relativos a la despoblación, es preciso analizar la situación desde una perspectiva holística, de forma que sea viable identificar posibles interferencias (Zurro Muñoz & Rueda Estrada, 2018); pues quedarse en el umbral de una revisión literaria contiene limitaciones difíciles de asumir. Otro motivo que lleva a realizar este enfoque es el conocimiento de esta realidad a través de personal técnico y local que proporcione una opinión formada, contextualizada con su experiencia individual y profesional. No obstante, debe partirse de la premisa de que es complejo alcanzar soluciones contundentes a unas necesidades y problemáticas que han sido halladas a través de los criterios subjetivos de una investigación de carácter cualitativo (Zurro Muñoz & Rueda Estrada, 2018).

Una vez expuestas las principales líneas teóricas, y explicadas las potenciales ventajas e inconvenientes de una investigación cualitativa, cabe ahondar en el principal objetivo de este análisis: identificar deficiencias de la España despoblada, a partir del análisis del Código Infarto en la Comunidad Autónoma de Aragón. Dentro de este objetivo principal, se profundiza en el tema mediante tres objetivos secundarios: el estudio de la percepción de los representantes locales sobre la despoblación, concretamente en materia de sanidad; de las expectativas de acceso equitativo e integral de toda la población a los servicios básicos; y, contextualizado en el territorio aragonés, el análisis de la repercusión real de los movimientos ciudadanos contra la despoblación, con especial hincapié en los actuales partidos políticos de Teruel Existe y Aragón Existe, como desenlace de la plataforma ciudadana de Teruel Existe.

La decisión de analizar la Comunidad Autónoma de Aragón parte del claro reflejo de contrastes entre Zaragoza, categorizada como una gran urbe española, y múltiples zonas extremadamente desérticas, como las comarcas del Maestrazgo o Cuencas Mineras (Teruel), donde su densidad poblacional no deja de descender. Como resultado, si bien el número de habitantes se ha incrementado en la Comunidad, gracias al crecimiento migratorio de la capital autonómica, las otras dos provincias (Huesca y Teruel) continúan en un descenso poblacional sin salida a corto plazo, dependientes de las variaciones percibidas en el índice de envejecimiento, y sin apenas inmigración joven. Ambos extremos, localizados y gobernados bajo un único gobierno autonómico, con grandes competencias en materia de servicios básicos como sanidad o educación, permiten analizar los objetivos de esta investigación.

En lo relativo al servicio básico seleccionado, se ha determinado analizar el Proceso de Atención en Fase Aguda del Síndrome Coronario con Elevación del ST (SCACEST, en adelante) en Aragón, también conocido como Código Infarto, en base a la elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y de sus factores de riesgo; así como por su impacto actual en la salud, calidad de vida y consecuencias económicas y sociales, catalogando la salud cardiovascular como un reto social y sanitario

de primer orden. Es, precisamente, a través de la puesta en marcha de este programa en 2015, que el sistema sanitario aragonés pretende ofrecer a toda la población la opción terapéutica óptima en cada momento frente a la necesidad de atención urgente de aquellos pacientes con diagnóstico de SCACEST.

Para poder materializar una conclusión formada, se ha realizado una investigación basada en la puesta en práctica de la técnica de entrevistas en profundidad, a través de la recopilación de relatos y partiendo de un guión semiestructurado. El resultado de este tipo de investigación permite la reproducción de preguntas previamente elaboradas y organizadas por temas. La interacción es hecha a petición del investigador, pero permitiendo que el sujeto tenga una gran amplitud y libertad en su discurso. Esto favorece alterar la linealidad de lo estructurado para así introducir nuevas preguntas o temáticas que vayan surgiendo a lo largo del desarrollo de las entrevistas, así como alterar el orden predeterminado, en función de las necesidades del discurso que presente cada sujeto.

Respecto a la selección de los entrevistados, se ha optado por informantes privilegiados, caracterizados por una posición predominante en el objeto de estudio. Pese a carecer de la espontaneidad de otros entrevistados menos experimentados, consiguen aportar una visión más estructurada y detallada del ámbito, tendiendo a alcanzar la saturación con un número inferior de informantes. En este caso, la selección se ha limitado a diez entrevistados, fragmentando el filtro de selección en dos. De esta manera, se escoge entrevistar, por una parte, a seis personas del ámbito político, entre los que se hallan cinco alcaldes rurales y un integrante activo de una plataforma contra la despoblación. Por otro lado, se han seleccionado a otras cuatro personas del ámbito sanitario, correspondientes con cargos técnicos de gestión y de las especialidades de Cardiología y la Atención Primaria y Comunitaria. Las entrevistas completas y el modelo de consentimiento informado pueden ser consultados por los lectores en el link que aparece en la nota al pie¹¹.

Tal como plantea Pérez (1994, p. 13), “es evidente que el paradigma que se adopte condiciona los procedimientos de estudio que rijan la investigación”. En este contexto, los temas propuestos a los entrevistados se estructuran distinguiendo el perfil del entrevistado. En el caso de los representantes políticos, se estructuran en bloques, comenzando con la experiencia personal en el cargo desempeñado y la contextualización de su municipio o región. En un segundo bloque se realizan cuestiones entorno a prestaciones concretas, en materia de vivienda, infraestructuras, comunicaciones, educación y salud; así como sobre las oportunidades de empleo existentes. Durante los últimos minutos de la entrevista se abrirá el tercer bloque de preguntas, relacionadas con la evolución de las plataformas ciudadanas contra la despoblación, y su perspectiva respecto a su conversión en partidos políticos. En el caso del resto de entrevistas, si bien cuentan con un guion estructurado orientado a su desempeño, la tecnicidad del cargo limita la espontaneidad de la entrevista y, al mismo tiempo, obliga a elaborar preguntas específicas para cada interlocutor.

Con todo, a través de esta técnica, pretendemos que el propio concepto de despoblación “se reconfigure y elabore a lo largo del proceso de la investigación, a medida que progresa y se refina el análisis de los datos” (Freidin & Najmias, 2011, p. 54). Su justificación radica en que nos permite conocer el fenómeno desde diversos enfoques. Es precisamente el valor subjetivo de estas entrevistas el más original y diferenciador con respecto a otras técnicas como la observación participante y los grupos de discusión. Con

¹¹ Para acceder a las entrevistas pulse [aquí](#) (en caso de no funcionar correctamente este enlace, por favor, comuníquelo por email (m.herreroi.2018@alumnos.urjc.es) y se lo haré llegar a la mayor brevedad).

ellos, no se pretende la reconstrucción de una sociedad y cultura de forma fidedigna, sino la narración y el balance de la memoria colectiva.

En última instancia, con objeto de analizar las entrevistas realizadas, se procedió a la transcripción del audio, para posteriormente compararlo con los diferentes discursos presentes en la literatura y con la recopilación de datos específicos, obtenidos de fuentes primarias y secundarias, relacionadas con la calidad asistencial del Código Infarto en la Comunidad Autónoma de Aragón. La obtención de estos datos, unidos a su posterior análisis, aportan una visión cuantitativista, en un intento por trasladar opiniones contrapuestas sobre un mismo tema, y por encontrar el balance entre cada experiencia y observación, hasta conseguir comprobar las preguntas e hipótesis planteadas en esta misma investigación.

4 ANÁLISIS

En este apartado se muestran los resultados alcanzados en el trabajo, fruto de un análisis en profundidad y partiendo de las bases teóricas aprehendidas durante la revisión literaria. De la mano de un enfoque cualitativo, ha sido posible comprender y profundizar en el fenómeno de la despoblación y su repercusión en los servicios sanitarios, una necesidad básica y transversal a todas las personas. Asimismo, se describe la calidad de otros servicios públicos, como la educación, los servicios sociales y el transporte, desde el punto de vista de los participantes, “en su ambiente y en relación con los aspectos que los rodean” (Guerrero Bejarano, 2016, p.2). En este caso, la decisión por contemplar el estado de otros servicios básicos en el medio rural, parte de la predilección mostrada por los entrevistados especializados en la administración local hacia dichas temáticas.

El carácter cualitativo de las entrevistas se combina con un enfoque cuantitativo durante la explicación del caso de estudio, que es la repercusión del fenómeno de la despoblación en una enfermedad urgente y emergente como es el síndrome coronario agudo, a través de un proceso de medición y seguimiento del Código Infarto. La justificación para el uso de estadísticas descriptivas sobre este programa autonómico radica en la oportunidad que nos brinda para medir, interpretar y contrastar las vivencias y experiencias del mundo rural frente a los conocimientos y la tecnicidad del personal sanitario.

4.1 LA REALIDAD DE LA DESPOBLACIÓN EN ARAGÓN

Aragón es una Comunidad poco poblada, con un incremento poblacional a lo largo de los años más lento que la media española. Desde 1970 a 2018 la población en Aragón ha crecido un 14%, mientras que en España lo ha hecho un 38%, un crecimiento que además ha tendido a concentrarse en las capitales de provincia, especialmente en Zaragoza (CEOE Aragón, 2019).

En la Tabla 1 se refleja la gran dispersión existente en Aragón, pues mientras, a nivel nacional, la población inscrita en municipios de menos de 1.000 habitantes es del 3,1%, en esta Comunidad Autónoma alcanza el 11,1%, tan solo superado por Castilla y León (18,4%). Estos resultados se deducen de un conglomerado de municipios con un número muy reducido de habitantes, provocando cocientes de densidad poblacional por debajo de los 10 hab./km². Este problema prevalece fundamentalmente en la provincia de Teruel, zonas limítrofes de Huesca por el este y el oeste, y algunos municipios de la provincia de Zaragoza. Concretamente, destacan el Maestrazgo (2,7 hab./km²), la Sierra de Albaracín (3,1 hab./km²), Gúdar–Javalambre (3,1 hab./km²) y Sobrarbe (3,4 hab./km²) por sus datos verdaderamente alarmantes. Por el lado contrario, la Comarca Central tiene 326,4 hab./km² y Ribera Alta del Ebro 65,1 hab./km², constituyendo una comunidad llena de contrastes.

Tabla 1 Porcentaje de población inscrita por tamaño de municipio y comunidades autónomas

	TOTAL	Menos de 1000 habitantes	De 1001 a 10.000 habitantes	De 10.001 a 50.000 habitantes	De 50.001 a 100.000 habitantes	Más de 100.000 habitantes
TOTAL	100	3,1	17,2	26,7	12,9	40,1
Andalucía	100	1,4	18	29,8	15,1	35,7
Aragón	100	11,1	19	14,7	4	51,2
Asturias, Principado de	100	0,9	13,7	24,6	12,7	48,1
Balears, Illes	100	0,3	14,3	44,8	4,4	36,2
Canarias	100	-	10	35,7	14,9	39,4
Cantabria	100	3,2	32	26,2	8,9	29,7
Castilla y León	100	18,4	25	12,5	13,1	31
Castilla-La Mancha	100	7,9	36,4	28,2	18,9	8,5
Cataluña	100	2,5	16	27,6	11,1	42,8
Comunitat Valenciana	100	1,8	15,5	37,2	14,9	30,7
Extremadura	100	9,9	40,5	20,9	14,6	14,1
Galicia	100	0,9	29,3	33,2	12,8	23,9
Madrid, Comunidad de	100	0,3	5,3	8,7	13,9	71,8
Murcia, Región de	100	0,1	3,7	40,4	11,1	44,7
Navarra, Comunidad Foral de	100	8,4	33,5	27,3	-	30,8
País Vasco	100	2,1	16,6	34,7	6,4	40,2
Rioja, La	100	9	24	19,3	-	47,7
Ceuta	100	-	-	-	100	-
Melilla	100	-	-	-	100	-

Fuente: Reelaborado a partir de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019 (INE)

Recurriendo a la literatura, y en base a la cronicidad de un problema tan acuciante como es la demografía en Aragón, la estricta dependencia de la financiación local al número de habitantes limita los recursos disponibles para los municipios más despoblados. De acuerdo con varios representantes locales, la capacidad de gestión queda restringida en muchas ocasiones a la recaudación de impuestos; teniendo como resultado una delegación competencial obligatoria hacia las comarcas en diversas materias, como la recogida de residuos, en base a la Ley 1/2006, de 27 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Comarcalización de Aragón.

No es problema de ideas, sino de producirlas. [...] la realidad choca con que las posibilidades de financiación son muy limitadas. Tampoco la gente está muy acostumbrada a pagar los impuestos que pagas, por eso también es complicado aumentar, por ejemplo, la carga impositiva. (Sujeto 1)

Además de la importancia atribuida a la sanidad como servicio básico, universal e indispensable, que será tratado en el epígrafe siguiente, tanto la literatura como las inquietudes mostradas por los sujetos entrevistados abocan a analizar los puntos compartidos y disidentes en lo relativo a otras materias como son la educación, la vivienda, los servicios sociales y las telecomunicaciones.

Dentro del ámbito educativo, alcanzar la ratio de estudiantes necesaria para impartir clase en los municipios rurales de Aragón se hace muy complicado en determinadas ocasiones; a pesar de que el mínimo necesario para abrir un aula de infantil y primaria en el medio rural es de cuatro alumnos, condicionado su mantenimiento a tres niños y niñas, de manera excepcional. Pese a la flexibilidad de esta norma, el

envejecimiento poblacional es un factor que influye sobremanera en la renovación generacional, reduciendo al máximo los índices de natalidad.

Somos hoy cinco, pero el año que viene se van dos a Teruel, a hacer la ESO. Y se van a quedar tres, y estamos pendientes si nos la aguantan o no. [...] A nosotros nos decían que con tres sí que la aguantaban. O sea, no se podía abrir, porque para abrirla hace falta cinco, pero con tres se podía aguantar. Pero tampoco nos la han asegurado al 100%. (Sujeto 10)

En los casos en los que es posible la apertura de estas pequeñas aulas, la educación de las localidades próximas entre sí tiende a congregarse en un único centro educativo, compartiendo recursos materiales, económicos y sociales, realizando incluso determinadas actividades en conjunto, y fomentando así la creatividad y desarrollo de los niños y niñas. Estos tipos de escuelas, denominadas Centros Rurales Agrupados (CRA, en adelante), gestionan los proyectos educativo y curricular, así como la programación anual y el presupuesto de cada una de las aulas. Aragón cuenta con 74 CRA, 21 en Huesca, 27 en Teruel y 26 en Zaragoza, que dispusieron de aulas en 306 localidades para el curso 2019-2020, de acuerdo con las últimas actualizaciones disponibles (Consejo Escolar de Aragón, 2022). Un ejemplo de CRA, sería el localizado en Cinca-Cinqueta, compuesto por las escuelas de Bielsa, Gistaín, Laspuña, Plan, San Juan de Plan y Saravillo. Además de acudir alumnado de Ceresa, Hospital de Tella, Javierre, Lafortunada, y Lamiana y Parzán.

Estos problemas, relativos a la apertura y mantenimiento de los centros escolares, se multiplican conforme llegan las etapas educativas superiores. De acuerdo con el Consejo Escolar de Aragón (2022), se clasifican como Institutos de Enseñanza Secundaria en territorio rural a los centros localizados en municipios de hasta 5.000 habitantes. En la provincia de Huesca hay únicamente 9 centros, otros 11 en Teruel y 17 en la provincia de Zaragoza. La mayoría, además, no cuenta con Bachillerato o Formación Profesional Básica, por no hablar de la enseñanza universitaria, para lo cual es imprescindible su traslado a las capitales de provincia, en el caso de querer cursar un grado universitario de manera presencial en una institución pública.

Durante el periodo de educación obligatoria, tanto la instauración de rutas de transporte escolar gratuito como las opciones de comedor e internado, son servicios complementarios, que forman parte de las competencias autonómicas (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación), y que contribuyen a suprimir posibles desigualdades a la hora de garantizar el libre acceso a la red educativa. No obstante, cabe puntualizar que, con el Decreto 114/2022, de 27 de julio, del Gobierno de Aragón, la Administración autonómica delegó en un total de seis comarcas y un municipio las competencias en materia de transporte (Sobrarbe, La Ribagorza, La Jacetania, Alto Gállego, Cuencas Mineras, Maestrazgo y el municipio de Barbastro). De acuerdo con la justificación del Gobierno Autonómico, la proximidad de los órganos gestores municipales y comarcales facilitan la eficacia, eficiencia y coordinación de los recursos en materia educativa y social.

La necesidad de implementar rutas de transporte escolar surge en municipios como Fiscal (Huesca), donde sus doce núcleos poblacionales, localizados dentro de su término municipal, precisan del servicio de un microbús cada día de escuela. Este vehículo es el encargado de recoger, en primera instancia, a los estudiantes de educación secundaria; desde los distintos núcleos aledaños, hasta el autobús encargado de transportarlos de Fiscal a Aínsa, donde se encuentra el instituto de referencia de la

comarca. Posteriormente, el microbús repite el recorrido con los niños de educación infantil y primaria, que en este caso reciben clase en Fiscal. Asimismo, la capacidad económica del municipio de Fiscal permite asumir, mediante subvenciones comarcales y autonómicas, los costos derivados de la gestión de una escuela infantil de 0 a 3 años. Esta última medida se enmarcaría en las propuestas necesarias para contribuir localmente a la conciliación familiar, potenciando simultáneamente la atracción de núcleos familiares y el rejuvenecimiento poblacional.

Sin embargo, unas condiciones tan favorables no logran ser asequibles en aquellas zonas de Aragón extremadamente despobladas, localizadas especialmente en la provincia de Teruel. En efecto, en determinados municipios no está disponible la opción de traslado de los estudiantes de educación obligatoria a los núcleos más próximos. En el municipio de Valdelinares, por ejemplo, es necesario el traslado de los estudiantes de secundaria en vehículo particular, condicionando su residencia fuera del hogar familiar. Las causas principales tienden a ser el mal acondicionamiento de la vía, las condiciones meteorológicas durante el invierno y posiblemente la carencia del sentimiento de disputa por el territorio.

En segundo lugar, la competencia de los servicios sociales queda delegada, por parte de las Comunidades Autónomas, en las comarcas, de acuerdo con el Decreto Legislativo 1/2006, de 27 de diciembre. Este es un punto en común en toda la región. Dependiente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), las comarcas destinan la parte proporcional de su presupuesto a paliar y contribuir a mejorar el bienestar social de personas mayores, dependientes y con discapacidad, a través de actividades y centros sociales. No obstante, la tendente escasez de recursos que obliga a las comarcas a monopolizar la oferta de servicios en la cabecera comarcal, unida a una orografía compleja y la escasa red de transporte público habilitado en el medio rural aragonés, acaba posicionando a muchas personas en una situación de vulnerabilidad social.

Con el objetivo de paliar esta situación, en municipios como Urriés (Zaragoza), se recurre al presupuesto local para cubrir dichas limitaciones. No obstante, el alto nivel de burocratización limita al máximo la capacidad de acción de los municipios, bajo el argumento de una duplicidad de los servicios prestados y una consecuente ineficiencia del sistema.

Nosotros tenemos un servicio a mayores que funciona muy bien [...]. Es un proyecto que se llama “Envejecer en tu pueblo”, y que lo lleva [...] desde Artieda. Visita a los mayores, los acompaña, se les trae incluso comida a aquellos que lo requieren. Pero, sin embargo, he tenido que discutir muchísimo con los servicios sociales de la comarca, porque me decían que ese servicio ya lo hacían ellos y que no lo podía prestar. Y eso no es verdad. Ellos alguna vez vienen y alguna vez hacen una visita y cuando te pones, cuando además pues lo exigen. Pero visitas presenciales yo he visto muy pocas. Y nuestros mayores necesitan una atención presencial y diaria. Muchos porque están solos y otros porque necesitan ser atendidos. En el mundo rural, aquel que está incapacitado y que no puede levantarse de la cama, sí que se lo van a prestar desde la comarca. Pero también lo necesita aquel que está perfectamente válido, pero sin embargo tiene 90 años y necesita simplemente media hora de compañía y de conversación, y que necesita que le enseñen a manejar el móvil para poder llamar a sus hijos. Es decir, otro tipo de servicios que dan calidad de vida, que desde las comarcas de Aragón están diciendo que no podemos hacerlo porque no son de nuestra competencia. (Sujeto 8)

En tercer lugar, la vivienda es una preocupación creciente que, de nuevo, recae esencialmente sobre las autonomías. La realidad de la vivienda es tan diversa como el propio medio rural, pese a la idea preconcebida de que alquilar o comprar una casa en un pueblo es económico. Se detecta un encarecimiento de la propiedad, como resultado de la turistificación, por una parte, y, por otra, del abandono de viviendas heredadas por los familiares que migraron hacia las urbes, siendo complejo el acuerdo para la sucesión, venta o alquiler. A los altos precios de la vivienda se unen la antigüedad y las malas condiciones de habitabilidad para aquellos que deseen comprar o alquilar una propiedad, siendo considerable el coste de su acondicionamiento. En caso de alquiler, esta inversión atañe a los arrendadores, ante lo cual reiteradamente, muchos escogen dejar las viviendas vacías.

En cuarto lugar, resalta el ámbito de la digitalización y las telecomunicaciones, como parte esencial para la integración de las personas que habitan en las zonas más despobladas y peor comunicadas, a través de la progresiva instalación de servicios como la banda ancha y con objeto de cubrir la carencia de otros servicios básicos. Durante su digitalización, se desarrolla una alta dependencia de subvenciones supramunicipales. Concretamente, durante las entrevistas a representantes locales aparece la iniciativa WiFi4EU, una propuesta de la Unión Europea que ofrece a los municipios la oportunidad de solicitar bonos por valor de 15.000 euros, para la instalación de equipos Wi-Fi en espacios públicos que aún no cuentan con un punto de acceso gratuito. No obstante, cabe resaltar sobre esta subvención la carencia de requisitos relativos a los recursos económicos del municipio, la distancia con respecto a otros núcleos urbanos o su densidad poblacional. De manera que únicamente se ven beneficiados los primeros en realizar su solicitud.

En otro orden de ideas, y antes de comenzar con el siguiente epígrafe, cabría resaltar una opinión generalizada entre los representantes locales que fueron entrevistados para esta investigación. En este sentido, coincidirían en una valoración positiva hacia la creación de movimientos independientes que, partiendo del mundo rural, desarrollen propuestas, iniciativas y demandas para contribuir a una mejora en la calidad de vida de sus residentes. Si bien, algunos de ellos resaltan la importancia de valorar la heterogeneidad del territorio en el momento de trasladar propuestas o acciones desarrolladas en otra zona despoblada. También es unánime la incertidumbre respecto del salto a la política de estas mismas plataformas de la “España vaciada”; que, bajo la opinión expresada en determinadas entrevistas, carecerían de una visión general, más allá de una clara demanda en la lucha contra la despoblación. Pues sería necesario entonces un balance previo que permitiese tomar un posicionamiento claro en cuestiones clave de la agenda política, como es el salario mínimo interprofesional o la violencia de género.

Igual que no existe [...] un mundo urbano homogéneo, no existe un mundo rural homogéneo. [...] Todas estas demandas responden a modelos, modelos de desarrollo, modelos de interpretar la realidad. Y si no tenemos un modelo claro, corremos el riesgo de que lo transversal nos haga perder el futuro, nos haga perder el norte. [...] Y creo que hace falta, pues eso, un planteamiento un poco más ideológico en el sentido bonito de la palabra ideológico. La representación de las ideas o la teorización de las ideas. No hace falta definirse como derechas o izquierdas en lo tradicional, pero sí que esa ideología, como expresión de ideas esté clara [...]. (Sujeto 8)

4.2 LA SANIDAD PÚBLICA EN EL MEDIO RURAL ARAGONÉS

Los epígrafes precedentes nos conducen y allanan el camino hacia el caso de estudio de esta investigación. No obstante, será en los próximos párrafos donde se demuestren posibles deficiencias que padecen las zonas despobladas cuando surge una necesidad urgente y emergente en el ámbito de la salud, un derecho constitucional de primer orden.

La regulación y acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud quedan en manos del Estado y las Comunidades Autónomas, por ser una competencia compartida entre ambos niveles de gobierno. Con la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a las Comunidades se les concede la competencia para regular y ejecutar normativa sanitaria, reteniendo para sí las bases y la coordinación general de la sanidad. Por una parte, la asunción de competencias por las Comunidades Autónomas aproxima la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano, con objeto de garantizar unos niveles adecuados de equidad, calidad y participación (Ley 16/2003¹²). Por otra, la configuración del Sistema Nacional de Salud procura la igualdad efectiva en las condiciones de acceso y las prestaciones sanitarias para el territorio.

Por tanto, si bien ha sido necesario delimitar territorialmente el análisis de este caso de estudio a una región determinada, la existencia de unos parámetros comunes de calidad (Ley 16/2003) facilita la elaboración de conclusiones que nos aproximen a la realidad nacional. Asimismo, retomando la idea desarrollada en el apartado introductorio, la selección de la Comunidad Autónoma de Aragón como objeto de estudio radica en el símil realizado por algunos politólogos como el “Ohio español” (Equipo Piedras de Papel, 2015). Y es que las grandes disparidades encontradas en su orografía y demografía permean tanto en los recursos disponibles como en la productividad, un contraste análogo a la realidad del territorio nacional.

Como consecuencia de la descentralización de competencias, se crea en 1989 el Servicio Aragonés de Salud¹³, comúnmente referenciado como Salud, un organismo autónomo con personalidad jurídica propia y plena para obrar y disponer de patrimonio y recursos financieros y materiales. Desde su fundación, es el encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Autónoma de Aragón. Dentro de su estrategia de planificación y gestión, la división del territorio aragonés en un mapa sanitario con demarcaciones territoriales, armonizadas con las comarcas preestablecidas, se constituye como la columna vertebral de la estructura organizativa del Salud (Decreto Legislativo 2/2004)¹⁴. Su actual división en ocho áreas de salud (Tabla 2)¹⁵, gestionadas por Gerencias de Sector descentralizadas, permite la delimitación territorial de las funciones de dirección, gestión y control de los Servicios de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Atención Sociosanitaria (Decreto 174/2010¹⁶).

¹² Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

¹³ El Servicio Aragonés de Salud se crea por la Ley 2/1989, de 21 de abril, del Servicio Aragonés de Salud; la cual queda derogada en 2004, con la entrada en vigor del Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

¹⁴ Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.

¹⁵ Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón.

¹⁶ La actual configuración en ocho áreas de salud queda consolidada, con posteriores actualizaciones, a través del Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón.

Tabla 2 Áreas de salud de Aragón

Huesca	Área de Salud Huesca	Atención Especializada	- Hospital General San Jorge - Hospital Sagrado Corazón de Jesús - Consorcio Salud - Hospital Alta Resolución Pirineo - Centro Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros
		Atención Primaria	- 14 Centros de Salud
		Atención Sociosanitaria Salud Mental	- Hospital Sagrado Corazón de Jesús - 3 Unidades de Salud Mental
Teruel	Área de Salud Barbastro	Atención Especializada	- Hospital de Barbastro - Centro Sanitario Bajo Cinc-Baix Cinca de Fraga - 1 Centro de Especialidades Médicas
		Atención Primaria	- 15 Centros de Salud
		Salud Mental	- 2 Unidades de Salud Mental
Teruel	Área de Salud Teruel	Atención Especializada	- Hospital Obispo Polanco - Hospital San José - Centro de Rehabilitación Psicosocial San Juan de Dios
		Atención Primaria	- 16 Centros de Salud
		Atención Sociosanitaria Salud Mental	- Hospital San José - 1 Unidad de Salud Mental
Zaragoza	Área de Salud Alcañiz	Atención Especializada	- Hospital de Alcañiz
		Atención Primaria	- 12 Centros de Salud
		Salud Mental	- 1 Unidad de Salud Mental
Zaragoza	Área de Salud Zaragoza I	Atención Especializada	- Hospital Royo Villanova - Hospital Nuestra Señora de Gracia - 1 Centro de Especialidades Médicas
		Atención Primaria	- 13 Centros de Salud
		Salud Mental	- 5 Unidades de Salud Mental
Zaragoza	Área de Salud Zaragoza II	Atención Especializada	- Hospital Universitario Miguel Servet - 2 Centro de Especialidades Médicas
		Atención Primaria	- 20 Centros de Salud
		Atención Sociosanitaria Salud Mental	- Hospital San Juan de Dios - 8 Unidades de Salud Mental
Zaragoza	Área de Salud Zaragoza III	Atención Especializada	- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa - Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar - 3 Centros de Especialidades Médicas
		Atención Primaria	- 22 Centros de Salud
		Salud Mental	- 4 Unidades de Salud Mental
Zaragoza	Área de Salud Calatayud	Atención Especializada	- Hospital Ernest Lluch
		Atención Primaria Salud Mental	- 10 Centros de Salud - 1 Unidad de Salud Mental

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por el Gobierno de Aragón, con fecha del 23 de febrero de 2023.

Adicionalmente, la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 Aragón (061 Aragón, en adelante) gestiona la red de recursos específicos para la atención de las urgencias y emergencias sanitarias de toda la Comunidad Autónoma, coordinándose con el resto de gerencias previamente mencionadas, así como con todas las entidades y organismos sanitarios y no sanitarios participantes, como el 112, Guardia Civil, o Protección Civil. A través de su Centro Coordinador de Urgencias (CCU-061) moviliza en cada caso el recurso que se estime más adecuado atendiendo a criterios de gravedad, proximidad y disponibilidad.

La actual estructura de gestión y coordinación, si bien procura el acceso equitativo a la atención sanitaria integral y de calidad, evidencia grandes discrepancias entre cada sector. Una de sus muestras más representativas sería la diferencia poblacional que debe

gestionar cada Área de Salud. Tomando como referencia el número de usuarios de la Sanidad Pública en Aragón¹⁷, la carga asistencial asumida por el Sector Zaragoza II (390.684 usuarios) se quintuplica con respecto a la asumida en el Sector de Alcañiz (71.657) o, incluso, octuplica la de Calatayud (48.388)¹⁸. En contrapartida, los únicos dos grandes hospitales de referencia (Anexos I y II)¹⁹ de Aragón (Hospital Universitario “Miguel Servet” [HUMS] y Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” [HCULB]) se concentran en la capital autonómica y a tan solo 1,4 kilómetros de distancia. Una cuestión donde, especialmente en las situaciones urgentes y emergentes, el lugar de residencia marca la diferencia. Pues, es únicamente en Zaragoza donde se localizan servicios como cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía cardíaca, cirugía torácica, neurocirugía, inmunología o medicina nuclear, y unidades específicas como hemodinámica.

Son dos los hospitales potentes que tienen prácticamente todos los servicios [...]. Si el resto tuvieran todos los servicios sería imposible. Pero, o sea, tú no puedes tener dos hospitales, los máximos de Aragón, a 800 metros el uno del otro. (Sujeto 6)

A ello se suma otra grave problemática referenciada en la literatura, relativa a la ausencia de especialistas en los pequeños municipios. A título de ejemplo, hace poco saltó a los medios que la comarca de Sobrarbe carece de atención pediátrica para los más de 700 pacientes menores de 14 años. De acuerdo con uno de los entrevistados, el hecho de que los centros de salud de Aínsa y La Afortunada no cuenten con un especialista en pediatría repercute, no solamente en los niños y sus familias, sino en todos; al obligar al típicamente referenciado como “médico generalista” a destinar parte de su tiempo a los menores (Sujeto 1). Esto podría deberse, en parte, por la falta de incentivos y facilidades que puedan encontrar los profesionales en el medio rural, y simultáneamente por la escasa orientación hacia la Atención Primaria durante su periodo formativo en la Universidad. De acuerdo con algunos entrevistados del ámbito de la salud, resulta un hándicap la dificultad que experimentan los alumnos para ejercer parte de su periodo formativo en el ámbito rural, de manera que resulta más complejo despertar en ellos un interés por la medicina rural.

Yo he negociado con alcaldes para que le pongan un taxi a una pediatra para ir a pasar consulta a un pueblo que no tenía coche. O un alcalde le ha buscado una casa a un médico que iba solo dos meses y no tenía dónde quedarse; u otro alcalde le ha pagado un hotel diez días a un médico porque no tenían médico o han hablado entre los vecinos, o con otros pueblos de la zona básica de salud para que alguien les alquile a un precio razonable, pues un apartamento o algo. Es que eso nosotros como servicios de salud no lo podemos facilitar, pero las entidades locales

¹⁷ La fuente administrativa a partir de la que se obtiene el número de usuarios del SALUD es el Registro de tarjetas sanitarias facilitado por el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón (Dirección General de Planificación y Aseguramiento).

¹⁸ Instituto Aragonés de Estadística (s.f.). *Estadísticas de tarjetas sanitarias*.

¹⁹ De acuerdo con la clasificación Clúster por grupos de hospitales (enumerados del 1 al 5), empleada en la Norma Estatal de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico -GRD- (AP GRD V23), los únicos dos hospitales aragoneses pertenecientes a los Grupos 4 y 5 son el Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” y el Hospital Universitario “Miguel Servet”, debido a su amplia cartera de servicios, sus más de 800 y 1100 camas, respectivamente, o los más de 600 profesionales médicos de cada plantilla. A la hora de distribuir los hospitales públicos españoles en estas cinco categorías se tienen en cuenta diferentes variables de dotación, oferta de servicios, actividad, complejidad e intensidad docente.

deberían de ser conscientes de que si quieren tener servicios deben de colaborar un poco. (Sujeto 7)

Estas carencias en términos de personal sanitario se han intentado paliar a través de la telemedicina, un recurso extendido con la COVID-19. Desde las jefaturas medias de la Atención Primaria, la telemedicina o consulta no presencial tiende a valorarse positivamente, contemplándola como un tipo de asistencia complementaria a las consultas convencionales (Sujeto 7). De facto, la COVID-19 favoreció la rápida implementación de las consultas no presenciales, una cuestión que llevaba años sobre la mesa en la Atención Primaria. La incertidumbre y el miedo de los meses más angustiosos de la pandemia derivaron en un abuso de la misma, siendo incluso complicado para algunos profesionales volver de nuevo a la “normalidad”. Si bien, varios entrevistados reconocen que, a pesar de los beneficios de las nuevas tecnologías, son muchas las patologías que deben ser tratadas presencialmente.

Las nuevas tecnologías ayudan, seguro, pero nunca como elemento de sustitución de la relación médico paciente. (Sujeto 6)

Han jugado un papel muy importante con la COVID. En el sentido de que muchas veces se ha tendido a asumir todas las consultas o un alto porcentaje de consultas por la telemedicina. Pero tenemos que ver también el nivel de mortalidad que se empieza a ver ya sobre todo en síndromes coronarios y patologías importantes. [...] mucha gente no iba al médico porque era un problema, lo primero porque solicitar consulta presencial era imposible. (Sujeto 6)

Simultáneamente, la brecha digital de la España despoblada dificultó la digitalización de las consultas en el medio rural. Por tanto, fue especialmente en las zonas menos habitadas donde algunos equipos de Atención Primaria decidieron trabajar en las mismas condiciones prepandemia, pero con los Equipos de Protección Individual (EPI) y mascarillas reglamentarias. Por tanto, en la actualidad, la continuidad de la telemedicina en los términos que se llegó a plantear durante las restricciones sociosanitarias resulta realmente complicado, especialmente en las zonas rurales, donde los problemas de conectividad y el analfabetismo digital son frecuentes.

Pues yo creo que es una de las cosas buenas que el COVID nos ha traído. [...] En la época de COVID [...] se resolvieron muchas cosas, quizá demasiado, pero porque no había otra posibilidad. [...] Hubo equipos de Atención Primaria que [...] con mascarilla siguieron trabajando exactamente igual [...], sobre todo en las zonas rurales. [...] Sobre todo por el envejecimiento poblacional, a veces se hace más complicado, ya no solo por los medios de comunicación de cada persona, sino también por los medios para transmitir, digamos, la patología. (Sujeto 7)

En otro orden de ideas, y retomando una de las ideas desarrolladas con anterioridad, la actual distribución de la cartera de servicios tiene lugar en un territorio diverso como es Aragón, donde sumado a una orografía compleja y con montañas escarpadas, existen municipios como Puertomingalvo (Teruel), localizados a casi tres horas de la capital autonómica (siempre que dicho trayecto se realice en un turismo estándar y respetando los límites de velocidad). Por ello, con objeto de promover un entorno que facilita la proximidad y el contacto entre pacientes y profesionales, así como intentar proveer a los pacientes de un adecuado nivel asistencial, y simultáneamente cumplir con una distribución eficiente de los recursos disponibles, el Sistema Aragonés de Salud recurre, bajo el cumplimiento de la Ley 14/1986, de 25 de abril, tanto a los

acuerdos de colaboración con otras Comunidades Autónomas, aludiendo al artículo 145.2 de la Constitución, como a los acuerdos de acción concertada con entidades públicas y entidades privadas sin ánimo de lucro, amparados por el Decreto 62/2017, de 11 de abril; e, incluso, a la contratación de personas físicas o jurídicas, con objeto de llevar a término una actividad determinada durante un periodo limitado en el tiempo, conforme con la Ley 11/2023, de 30 de marzo, de uso estratégico de la contratación pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.

En materia de convenios de colaboración, Aragón tiene vigentes actualmente acuerdos con las seis Comunidades Autónomas con las que limita (Navarra, La Rioja, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Cataluña). Las dificultades de comunicación desde determinados enclaves aragoneses y sus bajas densidades de población en el medio rural, con algunas concentraciones en cabeceras comarcales, reúne las condiciones favorables para la elaboración de convenios con el resto de Comunidades Autónomas, cuyos municipios limítrofes tienden a cumplir, en ocasiones, parámetros semejantes.

Un ejemplo de estos convenios colaboradores entre comunidades es la ORDEN PRE/1940/2018, de 5 de noviembre, por la que se dispone la publicación del convenio específico de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Generalitat de Catalunya, de desarrollo del convenio marco suscrito el 29 de abril de 2005, para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias en la zona limítrofe entre las dos comunidades. Pues, tras alcanzar un acuerdo marco con fecha de 2005, se han venido estableciendo convenios específicos de colaboración, tanto en la atención urgente, como en primaria y especializada. Para situaciones urgentes y emergentes, la zona geográfica de aplicación son 81 municipios, siendo posible atender a otras demandas limítrofes que no estén detalladas en el anexo al mencionado convenio. De manera que, ante una situación de alerta que se produzca en un municipio de la zona limítrofe actúen los medios asistenciales del Centro de Coordinación de Emergencias de la otra Comunidad, por inexistencia o insuficiencia en ese momento de medios asistenciales propios.

Existe un convenio de colaboración entre Cataluña y Aragón que se firmó en el 2005 y se validó en el 2008. Y que yo sepa creo que no ha habido más revisiones. [...] Tiene tres anexos. Un anexo es el de las urgencias y emergencias, donde hay mapas y se delimitan las isocronas y los distintos recursos que corresponden a cada zona. Luego hay otro anexo de Atención Primaria y otro de atención Hospitalaria. [...] Eso se negoció, y comprende partes de algunas zonas básicas de salud, tanto de ellos de Cataluña como nuestras, donde la asistencia se presta desde la otra Comunidad Autónoma y, a veces, temporalmente. Puede ser diferente el fin de semana que entre semana o no es lo mismo por la mañana que por la tarde o por la noche. Y eso en el anexo va definido localidad por localidad. Por ejemplo, [...] una parte de las zonas de Castejón de SOS es la vertiente aragonesa que da con el Noguera Ribagorzana. [...] A partir de las 15:00 de la tarde las urgencias las atienden desde Pont de Suert. Y en la zona de salud de Benabarre, que está más abajo, hay toda una ladera de montaña que es a la inversa, [...] que pertenece al municipio de Tremp, [...] y que solo atendemos nosotros en consulta. El médico es nuestro de 8 a 15, pero las urgencias también las atendemos nosotros. Entonces, es un convenio que establece contraprestaciones. (Sujeto 7)

En materia de contrataciones públicas, a mediados de este año 2023 entró en funcionamiento la previa adjudicación, con fecha del 7 de noviembre de 2022, de la contratación de Ambulancias Tenorio e Hijos S.L.U., con objeto de llevar a término el

servicio de transporte sanitario terrestre para el traslado urgente de pacientes en la Comunidad Autónoma de Aragón. Entre los múltiples contratos públicos que se llevan a cabo en el departamento de sanidad cada año, cabe destacar la repercusión que tiene sobre el territorio rural dicha gestión del transporte sanitario urgente. Pese a la breve trayectoria de la mencionada contratación, ha supuesto una reestructuración de los medios disponibles y, con ello, una sensación de desamparo y abandono para los habitantes del medio rural, por parte de la Administración Pública. Por una parte, ha favorecido la incorporación de más profesionales por cada unidad disponible, variando su cualificación en función del tipo de recurso asistencial, así como la modificación de las guardias de los sanitarios de localizadas a presenciales. En contraposición, ha conllevado la supresión de unidades asistenciales, especialmente en horario nocturno, tras la justificación de una mejora en la tipología de recursos disponibles.

Yo creo que si trasladamos que realmente lo importante es que tú garantices en todo el territorio que tienes un recurso a 15 minutos, eso, con eso es suficiente. [...] Entonces no se tiene que ver como una pérdida a nivel, se puede ver como una pérdida a nivel local, pero es una ganancia a nivel de Comunidad Autónoma. [...] a lo mejor se ha recortado en una ambulancia convencional, pero se ha puesto una ambulancia de soporte vital básico. Los propios profesionales del centro de salud se pueden montar en esa ambulancia y rápidamente atender a una urgencia que se produzca en un pueblo más pequeño. Y eso supone una ganancia con respecto a la ambulancia convencional que antes tenían, que simplemente les permitía el transporte, pero sin asistencia. Entonces, cuando eso no se explica bien, pues claro, puedes sentirlo como una pérdida, pero realmente estás ganando un recurso superior. (Sujeto 3)

Al hilo de dicha contratación, aunque adscrita a la Dirección General de Justicia e Interior del Departamento de Presidencia y dependiente del Centro Coordinador de Emergencias 112 SOS ARAGÓN, el servicio de transporte sanitario y de emergencias mediante helicóptero está adjudicado desde 2019 a la compañía Eliance Helicopter Global Services S.L. Dicho servicio consta de grandes limitaciones, con tan solo dos aeronaves que, contradiciendo el Plan Integral de Emergencias que entró en vigor en junio de 2023, únicamente ofrecen el servicio diurno. Contradiciendo la previsible complementariedad del servicio terrestre y aéreo de transporte sanitario, la entrada en vigor del nuevo Plan Integral de Emergencias ha conllevado una reducción de las unidades de transporte sanitario nocturno. Por tanto, la actual situación justifica, de nuevo, el sentimiento de desamparo del medio rural, al ver reducidos los servicios básicos de transporte sanitario terrestre durante la noche, y no poder contar con el servicio nocturno que tenía previsto asumir la compañía Eliance Helicopter Global Services S.L.

El problema de los helicópteros. [...] No pueden volar de noche, no pueden volar cuando hay mucho viento, no pueden volar cuando llueve. (Sujeto 4)

[...] Han cambiado hace poco el contrato, o sea el concierto sanitario. Y entonces, eh, es pronto para decirlo, porque el nuevo concierto realmente ha entrado ahora el 1 de junio, [...] pero hay incertidumbre o miedo a que [...] influya realmente en el código infarto.

Han cambiado algunos sitios donde estaba la ambulancia (han quitado unos han puesto otros) y han disminuido ambulancias, UCI móviles con médicos que estaban las 24 horas del día y que ahora solo están durante el día, o sea, por la noche dejan de estar. Entonces, claro, si te da el infarto por la noche, pues a ver qué va a pasar.

Porque quizá la ambulancia que te tiene que atender está más lejos o es más probable que esté ocupada. Pero insisto, ellos dicen que eso se suple por otras cosas, pero no lo vemos claro. Queremos esperar a tener datos para poderlo afirmar. (Sujeto 2)

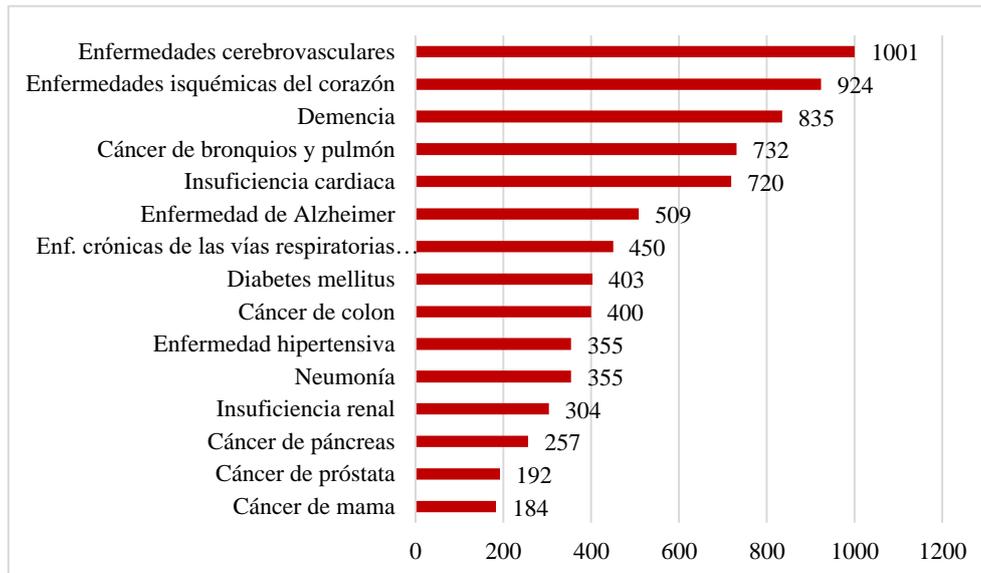
Recurriendo, de nuevo, a la literatura, los ejemplos señalados demuestran el habitual modelo de distribución bajo demanda (Robles Pellitero et al., 2023). Pues, el radio de acción tiende a ser demasiado amplio para cubrir a tiempo todas las emergencias de la zona de salud asignada. Simultáneamente, en aras de procurar la eficiencia de la sanidad aragonesa y de sus recursos se opta por recurrir a entidades privadas para la prestación de determinados servicios, de acuerdo con indicadores internos y el seguimiento de la Unidad de Análisis y Eficiencia del Gasto Sanitario (ORD SAN/618/2021).

4.2.1 La influencia del territorio el Código Infarto

El modo de abarcar la gestión sanitaria en la Comunidad Autónoma de Aragón demuestra su complejidad, tanto por la privatización de determinadas prestaciones, como por la centralización de su cartera de servicios en la capital autonómica, la implementación de la telemedicina o la creciente ausencia de profesionales sanitarios en la España despoblada. Al final, la variedad de los servicios ofertados en un territorio extenso con una demografía tan dispersa se traduce en un amplio radio de acción que requiere de un alto nivel de organización y coordinación en la persecución de tareas y procesos concretos que trabajen por la atención integral y repercutan positivamente sobre el paciente.

La definición de proceso hace referencia al conjunto de actividades interrelacionadas y sistematizadas que actúan sobre unas entradas (inputs) y que van a generar unos resultados preestablecidos (outputs) para unos usuarios identificados. Uno de los procesos más consolidados en la Comunidad Autónoma de Aragón es el Código Infarto, un programa dirigido a la atención urgente de los pacientes con diagnóstico de SCACEST con el objetivo de reducir al mínimo el tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas clínicos y el correcto diagnóstico y tratamiento, así como emplear la mejor opción terapéutica de reperfusión según el lugar y el momento, con preferencia por la ICPp siempre que esté indicada (Sociedad de Cardiología Aragonesa, s.f.).

Un motivo sustancial para analizar este programa es la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, constituyendo la segunda causa de muerte dentro de la Comunidad Autónoma de Aragón (Gráfico 4), inmediatamente por detrás de la enfermedad cerebrovascular (INE, 2021). En 2019 se registraron en Aragón un total de 406 defunciones por Infarto Agudo de Miocardio (IAM, en adelante) (INE, 2023). Concretamente, el SCA se produce por trombosis aguda sobre una placa de ateroma, derivando en un IAM si dicha trombosis ocluye una arteria coronaria y, por ende, necrosa parte del tejido miocárdico. Si, en ese momento, se realiza un electrocardiograma (ECG, en adelante) en un paciente y se observa una elevación del segmento ST en al menos 2 derivaciones contiguas, se considerará candidato a activar el Código Infarto.

Gráfico 4 Principales causas de defunción en la Comunidad Autónoma de Aragón (2019) ^a

^a Los últimos datos publicados por el INE corresponden a 2020; no obstante, las anomalías derivadas de la Covid-19 llevan a analizar el año anterior como periodo de referencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Desde 2015, año en el que se puso en marcha el Proceso de Atención en Fase Aguda del Síndrome Coronario Con Elevación Del ST (SCACEST) en Aragón, se han conseguido importantes mejoras tanto en términos de mortalidad como respecto al alcance de los tratamientos de reperfusión. En cifras, si bien, la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) de los pacientes que se han sometido a angioplastia primaria (ICPp) en Aragón continúa por encima de la media española (6,8% y 4,2%, respectivamente), en 2019 la tasa de ICPp en SCACEST por millón de habitantes en Aragón fue de 532, superior a la media española de 439, y muy lejos de la tasa aragonesa de 2013 (188 por millón de habitantes) (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2022).

Detrás de estos cambios, las evaluaciones realizadas por técnicos del sector, así como el mensaje transmitido por los sanitarios entrevistados, evidencian la clara relación entre el tiempo que la arteria permanece ocluida y la morbimortalidad. Es decir, “el número de vidas salvadas es inversamente proporcional al tiempo transcurrido hasta aplicar el tratamiento” (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2022, p. 5). Por lo tanto, el objetivo primordial debe ser siempre la reapertura a contrarreloj de la arteria ocluida, de manera que el flujo sanguíneo se restablezca lo antes posible²⁰. Así, en este proceso, las fases pre-hospitalaria y hospitalaria precoz son las más críticas y, al mismo tiempo, donde las zonas despobladas y alejadas de la capital autonómica se perciben más desamparados.

El Código Infarto es una estrategia poblacional a nivel de Comunidad Autónoma, cuyo objetivo es el tratamiento precoz y efectivo del Infarto Agudo de Miocardio. ¿Por qué? Porque, en determinados tipos, que son la mayoría, lo que ocasiona ese tratamiento es un aumento de la supervivencia de los pacientes y además salvar más cantidad de músculo cardíaco. [...] Y cuanto más músculos salvas, mejor es la calidad de vida y menor es la mortalidad también a medio y largo plazo de esos pacientes. (Sujeto 4)

²⁰ MedlinePlus (s.f.). *Angioplasty and stent placement - peripheral arteries.*

A nivel de carencias, pues tienes los hospitales lejos. No tienes un teatro en la puerta de tu casa, no tienes una gran superficie comercial en la puerta de tu casa y eso es normal. El que vive en la montaña tiene que tener claro esas cosas, ¿no? Yo lo único que he vivido y he conocido mientras he sido alcalde, es que aquí, si te da un infarto, que empiece la familia a buscar coronas porque es complicado que te salves. (Sujeto 5)

Adentrándonos en las características del Código Infarto en Aragón, resulta esencial comprender los agentes involucrados en su red asistencial, los servicios implicados y los subprocesos que lo componen; de manera que sea comprensible el alcance de su efectividad en el camino hacia la equidad de los servicios básicos entre la “España vaciada” y los municipios de mayor población en la región aragonesa.

Fruto de las particularidades de cada Comunidad Autónoma, es necesario adaptar cada programa o política pública a una serie de características poblacionales, geográficas, asistenciales y de recursos. No obstante, todas las redes de atención a pacientes con SCA con indicación de terapia de reperfusión comparten unos requisitos mínimos, con la finalidad de que la mencionada red asistencial garantice la coordinación de los recursos sanitarios disponibles y necesarios para la atención del paciente. Teniendo en cuenta que la enfermedad a tratar es cronodependiente, con una correcta coordinación y gestión del Código Infarto se pretende reducir la morbimortalidad de los pacientes con SCACEST, mejorando los tiempos de reacción e incrementando, con ello, los resultados de éxito entre los pacientes tratados, independientemente del lugar de activación del proceso.

De la mano de los servicios de Atención Primaria, Urgencias, Cuidados Intensivos, Emergencias extrahospitalarias y Cardiología, el Código Infarto en Aragón consta de cinco subprocesos, que abarcan desde que el paciente con dolor torácico solicita asistencia, hasta que recibe el alta desde su hospital de referencia.

Analizando la evolución de estos subprocesos desde la perspectiva rural que experimentan muchos ciudadanos aragoneses, el paciente solicitaría atención sanitaria desde un pequeño municipio alejado de la capital autonómica. Desde ese momento, un recurso sanitario disponible de su zona de salud será el que, en la mayoría de los casos, deberá desplazarse hasta el lugar donde se halle el paciente.

Dentro del protocolo no se analiza el tiempo transcurrido desde la llamada a los servicios asistenciales (061/112/centro de salud) hasta el Primer Contacto Médico (PCM)²¹. Sin embargo, si se tienen en cuenta tanto la limitación de los recursos móviles disponibles, como la extensión de zonas de salud como la de Cedrillas, con distancias internas que superan los 40 km y una oferta asistencial que abarca ocho demarcaciones municipales, una idealización del proceso en el que solo se registran los tiempos desde PCM denota una falta de eficacia en la gestión sanitaria. La falta de registros obstaculiza la investigación para estimar los tiempos de traslado desde la ubicación de la unidad sanitaria de transporte disponible en el momento en el que se recibe la solicitud de asistencia hasta la llegada al lugar donde se localiza el paciente. Por tanto, asumiendo este incremento del tiempo, y con objeto de hacer un mayor seguimiento de la evolución del paciente, los profesionales en camino tratarán de mantener el contacto vía telefónica con el ciudadano, una dificultad incrementada por los problemas en telecomunicaciones e infraestructuras detallados en los epígrafes previos.

²¹ “Momento en el que el paciente es atendido por un sanitario capaz de obtener e interpretar un ECG y ejecutar las intervenciones iniciales necesarias” (Alfonso & Sionis, 2018)

Aquí hemos hecho estudios y tardan más de 60 minutos en llegar a algunos puntos (las ambulancias). Pero más que la ambulancia en sí, lo importante es que llegue Atención Primaria, y en un cuarto de hora es imposible en el medio rural. No es posible porque si yo estoy en el Centro de Salud de Cedrillas de guardia, [...] a partir de las 15:00 o 15:15 se queda un único médico de guardia para atender a lo mejor a ocho pueblos. Ya no digo que esté haciendo otra urgencia, que esté en Cedrillas y tenga que ir a las masías de arriba de Sollavientos, a las masías del Collao. [...] Pero ni a Miravete ni a Villarroya. (Sujeto 6)

Cuando te dicen que se puede contactar con el Centro Coordinador de Urgencias del 061. [...] Explícamelo tú, ¿cómo tienes acceso a la ayuda si no tienes cobertura telefónica? [...] ¿Y eso que dicen del 112? No es que el 112 tenga un sistema de antenas específico para el 112. Te coge la señal de la compañía que sea. [...] pero si no tiene cobertura de ninguna, el 112 no funciona. (Sujeto 6)

Nuevos obstáculos aflorarán cuando, tras la interpretación del ECG y la confirmación del diagnóstico de SCACEST, con la consecuente llamada protocolaria al médico regulador del 061 Aragón para la activación del Código Infarto, deba decidirse la estrategia terapéutica de reperfusión coronaria²². Esta elección es individualizada, con objeto de aplicar la más adecuada; no solo por los criterios clínicos y el tiempo de evolución de los síntomas, sino también por el tiempo real previsto desde el “Momento cero”²³ hasta la posibilidad de realizar una ICPp, que será en un hospital dotado con una sala de hemodinámica.

Respecto a este último criterio, de acuerdo con el Informe RECALCAR 2022²⁴, Aragón cumple con el estándar de planificación recomendado respecto a la dotación de salas de hemodinámica por habitantes (1 sala : 400.000 hab.), al contar con dos salas de hemodinámica funcionando simultáneamente. No obstante, al igual que otros servicios y unidades detallados previamente, ambas se localizan en la capital autonómica (HUMS y HCULB). Por tanto, y teniendo en cuenta que, salvo contraindicación, la ICPp es el tratamiento de elección siempre que el tiempo previsto de traslado del paciente sea inferior a los 120 minutos, se excluye sistemáticamente de la primera opción terapéutica a múltiples ciudadanos que habitan la “España vaciada”.

Si tú sumas kilómetros y tiempo, [...] de 3 a 4 horas no te las quita nadie. La otra opción es que te vaya el helicóptero. [...] Pero primero que no haya tormenta. Y solo vuela en horario diurno. [...] De Zaragoza a Allepuz, al helicóptero le cuesta como mínimo media hora. Media hora de vuelo más diez minutos o un cuarto de hora desde la alerta hasta preparar para el despegue. Pero luego donde aterriza tienes que tener una superficie. ¿Y al paciente? A la helisuperficie tiene que ir en ambulancia, al menos de soporte vital básico. [...] Sale y otra media hora de viaje

²² La restauración del “flujo sanguíneo lo más rápidamente posible en la arteria coronaria ocluida, con el fin de evitar al máximo la pérdida de tejido miocárdico por necrosis” (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2022, p. 13).

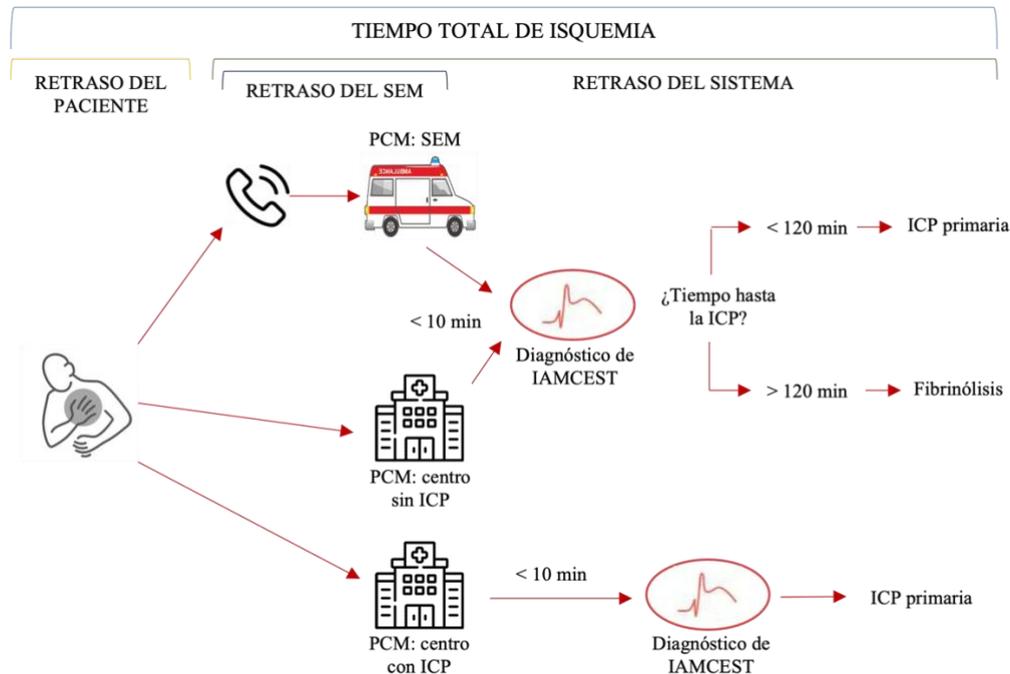
²³ “Momento en el que se realiza el diagnóstico de SCACEST mediante la realización e interpretación de un ECG” (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2022, p. 13).

²⁴ El Proyecto RECALCAR (Recursos y Calidad en Cardiología) es una iniciativa de la Sociedad Española de Cardiología que, anualmente, elabora diagnósticos de la situación sobre la asistencia cardiológica en España, desarrollando simultáneamente propuestas de mejora de la calidad y eficiencia en la atención al paciente.

y tiene que llegar. [...] Coge, baja del helicóptero, desármalo coge la bomba de perfusión, los monitores de oxígeno... [...] Ya te lo digo yo: imposible. (Sujeto 6)

Como alternativa, si se prevé superar el tiempo recomendado, se aplica preferencialmente fibrinólisis²⁵, una estrategia fármaco-invasiva, consistente en la administración, por vía intravenosa, de fármacos fibrinolíticos para conseguir la reperfusión de la arteria ocluida. Mientras se aplica dicho tratamiento, el CCU-061, como agente coordinador del Código Infarto, moviliza los recursos necesarios para el inmediato traslado del paciente hasta la Unidad de Hemodinámica de referencia, con objeto de prever la activación de una angioplastia (ICP) de rescate en los casos de ineficacia o deficiencias del tratamiento fibrinolítico.

Gráfico 5 Evolución del proceso del Código Infarto desde que el paciente presenta síntomas compatibles con SCACEST hasta que se decide la estrategia terapéutica



Fuente: Reelaborado a partir del Proceso de Atención en Fase Aguda del Síndrome Coronario con Elevación del ST (SCACEST) en Aragón (2022)

Detallados todos estos inconvenientes para los habitantes de la “España vaciada” que sufran un SCACEST, cabe volver la vista atrás al “caos” experimentado por los profesionales sanitarios y ciudadanos en el año 2020, fruto de la expansión de la COVID-19. Y es que, se presenta como un año anómalo, pues la falta de experiencia para afrontar esta desconocida enfermedad, el colapso del sistema sanitario y el miedo tanto de la ciudadanía como de los profesionales conllevaron demoras, especialmente, en el diagnóstico. De manera que cuando llegaban a las unidades de hemodinámica se había dañado, de manera irreversible, gran parte del tejido cardíaco. Asimismo, como resultado de la alteración en la calidad asistencial durante la pandemia por la COVID-19, los profesionales de la salud, tras la vuelta a la “normalidad”, también han percibido un incremento en la letalidad de este tipo de patologías.

²⁵ En función de la clínica y del tiempo transcurrido desde el “Momento cero” deberá prevalecer el criterio médico, llegando a priorizar la ICPp frente a fibrinólisis, por posibles contraindicaciones como el riesgo hemorrágico.

Existe una complicación muy infrecuente cuando se produce la muerte de toda esta zona. Hay zonas que son específicamente más débiles y el corazón se rompe, se fractura. Es una ruptura cardíaca que es mortal. [...] A lo mejor ves una rotura cardíaca en las circunstancias habituales actuales cada dos años, cada tres años. Vimos tres en dos semanas. En todos, la misma historia. Primero, me encuentro mal, me da miedo salir. Luego, cuando quiero salir, me dicen: “¿Dónde vas? Métete en una habitación y no salgas”. (Sujeto 4)

“[...] No te sabría decir cifras, pero ha habido un aumento notable de la mortalidad en patologías que antes estaban en un determinado rango, ahora han aumentado precisamente porque habían pasado desapercibidas.” (Sujeto 6)

Con todo, analizar el proceso del Código Infarto en el medio rural conlleva partir de la premisa de que la emergencia de esta enfermedad y la ardua protocolización del proceso, convierten el Código Infarto en un servicio priorizado sobre otras enfermedades y tratamientos, tal como han reiterado algunos técnicos del ámbito de la salud durante las entrevistas. Si bien, también es precisamente su protocolización lo que favorece su estudio, al tener reguladas las pautas a seguir; pues favorece la manifestación de determinadas carencias administrativas, como la tendencia centralizadora de la cartera de servicios en la capital, lo cual repercute directamente sobre el medio rural.

Cuando sufren alguna patología o alguna emergencia, por precisamente vivir en una zona despoblada, con malas conexiones y lejos de un centro de referencia, se descartan ciertos tipos de tratamiento. (Sujeto 6)

5 CONCLUSIONES

Con este trabajo se intenta aportar nitidez a las complejidades que entrañan las consecuencias de la despoblación en materia de servicios básicos. Por ello, la aspiración de esta investigación ha sido la identificación de deficiencias de la España despoblada, a partir de los conceptos y líneas teóricas planteados en el marco teórico. Posteriormente, se le ha dado continuidad a esta línea de investigación con el análisis de las entrevistas realizadas tanto a representantes políticos del medio rural, como a un cofundador de una plataforma ciudadana contra la despoblación, y a personal técnico del ámbito de la salud.

Para poder cumplir con el objetivo principal se estructuraron los epígrafes que ayudan a hallar una respuesta, lo más aproximada y fidedigna posible, a las dos preguntas de investigación. Por una parte, ¿por qué no tienden a cumplirse las expectativas locales en materia de servicios básicos? Y frente a la complejidad y posible ambigüedad de esta cuestión han ido aflorando tanto líneas teóricas como preocupaciones locales que efectivamente denotan desigualdad en la percepción de los recursos procedentes de las Administraciones Públicas, con respecto a las grandes urbes.

Estas carencias percibidas por la España despoblada se podrían argumentar y sustentar en la teoría del círculo vicioso. De acuerdo con esta teoría, la estricta dependencia de la financiación local al número de habitantes, tanto por los ingresos fiscales como por las transferencias percibidas, limita el número de infraestructuras y servicios disponibles en el medio rural, disminuyendo las oportunidades laborales de los residentes y promoviendo así la migración desde municipios típicamente masculinizados, envejecidos y focalizados en el sector primario, hacia lugares con mayores oportunidades laborales. Simultáneamente, esta pérdida de atractividad y huida hacia localidades de mayor tamaño desemboca, de nuevo, en una pérdida poblacional y, por ende, en el constante desmantelamiento de los servicios, justificado en términos de eficiencia, desde el punto de vista económico.

De acuerdo con la teoría y el análisis, la vía para asegurar determinadas prestaciones sería la cesión de algunos servicios a niveles supralocales, como el comarcal. El resultado, no obstante, es la concentración de actividades, bienes y servicios en la cabecera comarcal, y, por ende, en la necesidad de establecer una buena red de comunicaciones que facilite la continuidad de acceso a las prestaciones. Una cuestión que, por una parte, se ha contrastado que no es plausible en determinados municipios, debido al mal acondicionamiento de la vía, las condiciones meteorológicas y posiblemente por una reconocida carencia del sentimiento de disputa por el territorio. Y, por otra, el caso de estudio demostraría que, si bien una buena red de transportes facilita la atención de las urgencias tiempo-dependientes, la concentración de los servicios conlleva en ocasiones retrasos excesivos que dificultan la aplicación del tratamiento óptimo.

Por tanto, una de las principales causas que cruzaría de manera transversal los distintos ámbitos como la educación, los servicios sociales, las telecomunicaciones o la sanidad, sería la tendencia a definir el acceso a los servicios por la densidad de población y el número de habitantes del municipio. Este razonamiento deductivo validaría la hipótesis del trabajo, relativa a que “la disposición de una entidad local para ser receptora de bienes y servicios básicos es directamente proporcional a su índice poblacional”. Sin embargo, es importante señalar que esta afirmación contiene matices; ya que, si bien es cierto que los habitantes del medio rural llegan a tener grandes dificultades y obstáculos en el alcance y disfrute de servicios básicos de la Administración Pública, la estructura administrativa y legal ampara derechos universales como el acceso a la sanidad o la

educación. Por tanto, no se puede afirmar contundentemente que sea directamente proporcional la recepción de los bienes y servicios básicos al índice poblacional de un territorio. Pues frente a la limitación de los recursos municipales, se trabaja por que las comarcas y las provincias alcancen a proporcionar, en cierta medida, los servicios básicos. A pesar de potenciales carencias que se han venido reflejando a lo largo del trabajo.

Por otra parte, dada la importancia y visibilidad crecientes que han logrado las plataformas ciudadanas contra la despoblación en el último lustro, se plantea ¿cuál es la percepción sobre las plataformas contra la despoblación que trabajan por ampliar el alcance de los servicios básicos en las zonas rurales? En esta segunda pregunta, se pretendía hallar respuestas tanto de la opinión sobre el salto de dichas plataformas a los parlamentos nacional y autonómico, como del impacto real que estas plataformas y partidos logran tener sobre las deficiencias en materia de servicios públicos en la España despoblada. Para ello, gracias al eco de las formaciones políticas de Teruel Existe y Aragón Existe en la Comunidad Autónoma, se limitaron las preguntas a estos dos ejemplos con objeto de lograr concreción en las respuestas.

Podría decirse que los resultados de las entrevistas realizadas a los representantes locales coinciden de manera casi unánime en una valoración positiva hacia la creación de movimientos independientes que contribuyan a una mejora en la calidad de vida de sus residentes. Al igual que también coincide la incertidumbre respecto del salto a la política de estas mismas plataformas de la España vaciada, que carecerían de un posicionamiento claro en cuestiones clave de la agenda política, como el salario mínimo interprofesional o la violencia de género.

Respecto al caso de estudio, el análisis de un programa como el Código Infarto en una Comunidad Autónoma como Aragón ha permitido visualizar una valoración negativa de la centralización de la cartera de servicios, la distribución de los recursos según la densidad poblacional de la región, comarca o zona de salud, y las limitaciones que puede tener la telemedicina en un territorio destacado por el envejecimiento poblacional; al igual que también se percibe escepticismo en la delegación en entidades privadas de recursos de primera necesidad, como son los transportes de emergencia sanitaria. No obstante, también se descubren resultados positivos en la protocolización de los procesos. Pues, si bien parte de los obstáculos demuestran ser resultado de problemáticas como una limitación y cuestionable distribución de los recursos económicos, y de la propia demografía y geografía del territorio, la estandarización y el crédito de este proceso para el tratamiento de pacientes con síntomas compatibles con un SCACEST se ha reflejado en un incremento del 282%²⁶ en el número de pacientes a los que se les ha podido realizar una ICPp, considerada por la Sociedad Española de Cardiología como el tratamiento óptimo de reperfusión.

En contrapartida, al escoger el análisis del Código Infarto en Aragón como caso de estudio sobre la aplicación de políticas públicas en la España despoblada, también ha sido necesario asumir ciertas limitaciones en la investigación. La primera de ellas radica en una tendencia de la Administración Pública por la falta de institucionalización de la evaluación de las políticas públicas, considerado tanto un elemento clave de transparencia de los poderes públicos, como un medio para mejorar la calidad de las finanzas públicas (Andrés Jovani, 2023). En armonía con la Ley 27/2022, de 20 de diciembre, de institucionalización de la evaluación de políticas públicas en la Administración General del Estado, elaborada en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y

²⁶ El porcentaje compara las cifras dentro del territorio aragonés entre 2013, dos años antes de la implantación del Código Infarto en Aragón, y 2019, último año registrado.

Resiliencia, una evaluación intermedia del Código Infarto en Aragón por organismos, institutos o centros de investigación públicos o privados facilitaría la obtención de diagnósticos rigurosos basados en sólidos principios teóricos que determinen el correcto y eficiente funcionamiento de este proceso. Simultáneamente, la estandarización de los indicadores a nivel nacional facilitaría también un diagnóstico completo y comparado, en base a unas características comunes con otras Comunidades Autónomas, como la extensión del territorio o territorios con poca densidad poblacional, facilitando la gestión de las debilidades y fortalezas en cada subproceso.

La segunda limitación correspondería con la posible concepción que tienen los habitantes del medio rural sobre la sanidad, la cual se ha traducido en una restricción por algunos entrevistados locales al ámbito de la salud. Por parte de la población estaría asumida e integrada una noción alterada entorno a los problemas sanitarios que derivan de vivir en el medio rural, lejos de los hospitales; pues quizás esa sensación de cercanía y humanización de la atención sanitaria que se puede percibir en los pequeños consultorios transmita una falsa seguridad a los ciudadanos.

Por otro lado, es relevante puntualizar que los problemas relativos a un SCACEST no terminan al desactivar el Código Infarto, puesto que hay un porcentaje creciente de población que convive con discapacidad y cronicidad, resultado de la mayor longevidad y supervivencia de las personas que han sufrido eventos cardiovasculares agudos. Por tanto, si bien no ha tenido espacio en el cuerpo del trabajo por no estar comprendido dentro del proceso del Código Infarto, es importante especificar que los problemas de salud cardiovascular tienen un impacto directo en la calidad de vida de las personas, extendiéndose más allá del ámbito de la salud, y afectando ámbitos como el económico, o el laboral. En cifras, se estima que el nivel de su impacto en la economía alcanza el 0,7% del PIB, y tiene un coste superior a los 145 millones de euros al año por incapacidad temporal (Bayés de Luna et al., 2023).

Con todo, la emergencia del SCACEST y la ardua protocolización del proceso, convierten el Código Infarto en un servicio priorizado sobre otras enfermedades y tratamientos. Si bien, también es precisamente su protocolización lo que favorece su estudio; pues facilita la exposición de las carencias administrativas, tales como la tendencia centralizadora de la cartera de servicios en la capital o la falta de recogida de datos como los relativos al registro del tiempo desde la llamada del paciente a un centro de asistencia hasta el PCM.

En suma, una visión prospectiva de este trabajo permitiría destacar la protocolización de las políticas públicas, así como la importancia de contribuir en la cultura de la institucionalización de la evaluación de las mismas. Adicionalmente, cabe ensalzar el obstáculo que supone la distribución de los recursos, bienes y servicios en función de la densidad poblacional y de la cifra reflejada en el empadronamiento. Y, en contraposición, valorar la aplicación de políticas que fomenten la fijación de la población que ya habita en la España despoblada, antes de hacer un llamamiento por atraer personas de las urbes. En esta línea, pondría de nuevo en valor la idea de Inés Amézaga y Salvador Martí (2012) sobre el acrónimo Nimby *-Not in my yard-*, en base a la expresa manifestación de los movimientos ciudadanos en contra de intervenciones exteriores. Pues, posiblemente, se revierta en positivo tener en cuenta la opinión del territorio, con iniciativas y mejoras que surjan desde dentro, y que conozcan de cerca las particularidades de su zona y la población que la habita.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea de Estadística [Eurostat] (19 de abril de 2023). *Population density by NUTS 3 region* (demo_r_d3dens) [Sitio web]. Recuperado el 17 de junio de 2023, de <https://bit.ly/3tWMEfH>
- Alfonso Manterola, F. & Sionis Green, A. (19 de enero de 2018). Novedades de las Guías ESC sobre tratamiento del IAM con ascenso de ST. *Sociedad Española de Cardiología*. <https://acortar.link/TJ5mFC>
- Amézaga, I., & Martí i Puig, S. (2012). ¿Existen los Yimbis? Las plataformas de reivindicación territorial en Soria, Teruel y Zamora. *Reis*, (138), pp. 3-18. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.138.3>
- Andrés Jovani, J. M. (2023). Un nuevo impulso a la institucionalización de la evaluación de las políticas públicas en España. Problemas persistentes y retos a futuro. *Revista De Las Cortes Generales*, (115), 219-257. <https://doi.org/10.33426/rcg/2023/115/1752>
- Atkinson, P. & Coffey, A. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos: Estrategias complementarias de investigación*. Editorial Universidad de Atiopia.
- Azón, V. & Bandrés, E. (2021). La despoblación de la España interior. *Funcas*. https://www.funcas.es/documentos_trabajo/la-despoblacion-de-la-espana-interior/
- Bayés de Luna, A., Pérez-Villacastín Domínguez, J. & Rodríguez Padial, L. (29 de septiembre de 2023). *Impulsar la Estrategia de Salud Cardiovascular, clave para combatir las enfermedades cardiovasculares* [Nota de prensa]. Sociedad Española de Cardiología. <https://acortar.link/WJI0Am>
- Berardo, M. (2019). Más allá de la dicotomía rural-urbano. *Quid 16: Revista del Área de Estudios Urbanos*, 11, pp. 316-324. <https://acortar.link/FUBAAc>
- Bustos Gisbert, M. L. (2005). Envejecimiento y despoblación. Dos problemas básicos para la revitalización de la sierra de Francia (Salamanca). *Boletín de la Asociación Española de Geografía*, (40), pp. 135-151. <https://bage.age-geografia.es/ojs/index.php/bage/article/view/2012>
- Camarero, L. (2020). Despoblamiento, baja densidad y brecha rural: Un recorrido por una España desigual. *Panorama Social*, (31), pp. 47-73. <https://bit.ly/3QHULKP>
- Castellano-Alvarez, F. J., Castro-Serrano, J., & Duran-Sanchez, A. (2019). El Concepto de Medio Rural. Dificultades y Perspectivas. *Revista ESPACIOS*, 40(14), p. 16. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n14/19401416.html>
- Centro Internacional sobre el Envejecimiento (13 de abril de 2018). *Despoblación y envejecimiento: Dos amigos íntimos*. <https://cenie.eu/es/blog/despoblacion-y-envejecimiento-dos-amigos-intimos>

- Comisión Europea (2022). *Digital Economy and Society Index (DESI) 2022. Thematic chapters*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi>
- Comisión Europea (s.f.). *Configurar el futuro digital de Europa. WiFi4EU* [Sitio web]. Recuperado el 20 de junio de 2023, de <https://bit.ly/47iupjk>
- Confederación Española de Organizaciones Empresariales Aragón (CEOE) (2019). *La despoblación en Aragón: propuestas fiscales y otras propuestas. “Retener y atraer”*. <http://bit.ly/3QpkMZA>
- Consejo Económico y Social de España (7 de julio de 2021). *Informe 02/2021 sobre un Medio Rural, Vivo y Sostenible*. <https://bit.ly/3s6tgfO>
- Consejo Escolar de Aragón (25 de enero de 2022). *El sistema educativo en el territorio rural aragonés: escuelas rurales, colegios agrupados y otros centros educativos*. <https://bit.ly/40oNkqq>
- Consejo General del Poder Judicial (14 de mayo de 2020). *La violencia sobre la mujer en la estadística judicial - Anual 2019*. Poder Judicial España. <https://acortar.link/g8WGro>
- Decreto 114/2022, de 27 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se autoriza la delegación de competencias en materia de transporte escolar de la Comunidad Autónoma de Aragón a las Comarcas de Sobrarbe, La Ribagorza, La Jacetania, Alto Gállego, Cuencas Mineras, Maestrazgo y al municipio de Barbastro para el curso 2022/2023. *Boletín Oficial de Aragón*, 151, de 4 de agosto de 2022. <https://bit.ly/3FJc6Yw>
- Decreto 168/2021, de 26 de octubre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 229, de 9 de noviembre de 2021. <https://acortar.link/xfakHw>
- Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 194, de 4 de octubre de 2010. <https://acortar.link/UcGoXx>
- Decreto 62/2017, de 11 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre Acuerdos de Acción Concertada de Servicios Sanitarios y Convenios de Vinculación con Entidades Públicas y Entidades sin Ánimo de Lucro. *Boletín Oficial de Aragón*, 76, de 21 de abril de 2017. <https://bit.ly/3sio34q>
- Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud. *Boletín Oficial de Aragón*, 6, 14 de enero de 2005. <https://acortar.link/LrLc5G>
- Departamento de Sanidad (2023). *Sistema de Información Atención Especializada (E.H.A.). Aragón 2022*. Gobierno de Aragón. <https://acortar.link/xREip2>
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (2022). *Proceso de Atención de Fase Aguda del Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST) en Aragón*

- (AMF023/23). Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. https://bit.ly/codigo_infarto
- Dirección General de Vivienda y Suelo (2022). *Áreas urbanas en España, 2022*. Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana. <https://cyp.mitma.gob.es/downloadcustom/sample/3152>
- Equipo Piedras de Papel (2015). *Aragón es nuestro Ohio: Así votan los españoles*. Editorial El hombre del Tres.
- Empleo rural (s.f.). *Conoce el Proyecto +Empresas +Empleo +Rural* [Sitio web]. Recuperado el 17 de junio de 2023, de <https://empleorural.es/proyecto>
- EpData (8 de diciembre de 2021). *La España vacía: despoblación en España, datos y estadísticas*. [Conjunto de datos]. Recuperado el 17 de junio de 2023, de <https://bit.ly/3tZV469>
- Esparcia, J., Martínez Puche, A., & Querol, V. (2020). Reflexiones en torno al medio rural y la despoblación: La necesidad de superar la vieja política y avanzar hacia un enfoque transversal y una verdadera gobernanza multinivel. *Revista de Treball, Economia i Societat. Monogràfica Informe Medio Rural CES-CV*, (98), pp. 1-7. <http://hdl.handle.net/10045/121264>
- European network for Rural Development (s.f.). *LEADER/CLLD* [Sitio web]. https://ec.europa.eu/enrd/leader-clld_es.html
- Freidín, B. & Najmias, C. (2011). Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas. *Espacio Abierto*, 20(1), 51-70. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12218314003>
- García de Blas, E. (9 de octubre de 2015). Aragón, el Ohio español. *El País*. <https://bit.ly/3Mqljc9>
- García Marín, R., & Espejo Marín, C. (2019). El círculo vicioso de la despoblación en el medio rural español: Teruel como caso de estudio. *Estudios Geográficos*, 80(286), e009. <https://bit.ly/46UBFlw>
- Gobierno de Aragón (s.f.). *Sectores Sanitarios. Directorio de centros de asistencia* [Sitio web]. Recuperado el 10 de septiembre de 2023, de <https://www.aragon.es/-/sectores-sanitarios>
- Gobierno de Navarra (s.f.). Atención a las urgencias tiempo-dependientes [Sitio web]. Recuperado el 5 de julio de 2023, de <https://bit.ly/3tQyVqy>
- Godoy, T., Montañes, V., Monteros & S., Montoya, A. (25 de septiembre de 2021). La vulnerabilidad social en el contexto de la España despoblada. *Boletín sobre Vulnerabilidad Social de la Cruz Roja Española*, (21). <https://bit.ly/45Uyo4j>
- Gómez-Villarino, T., & Gómez-Orea, D. (2021). Despoblación rural extrema en España: Enfoque territorial del problema y de la forma de afrontarlo. *Ciudad y Territorio Estudios Territoriales*, 53(210). <https://doi.org/10.37230/CyTET.2021.210.01>

- González García, I. (2009). Un distingo constitucionalmente relevante: convenios de colaboración vs. Acuerdos de cooperación entre comunidades autónomas. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)*, 145, 97-118. <https://bit.ly/473Cvg0>
- Guerrero Bejarano, M. A. (2016). La investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 1(2), 1–9. <https://doi.org/10.33890/innova.v1.n2.2016.7>
- Instituto Aragonés de Estadística (s.f.). *Estadísticas de tarjetas sanitarias*. Gobierno de Aragón. Recuperado el 5 de septiembre de 2023, de <https://www.aragon.es/-/estadisticas-de-las-tarjetas-sanitarias>
- Instituto Nacional de Estadística (s.f.). *Aragón. Defunciones por provincia de residencia, causas (lista reducida), sexo y edad* [Conjunto de datos]. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=49925&L=0>
- Izquierdo, B. (2023). Inmigración, trabajo y arraigo rural: una ecuación imperfecta. *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*, 28(1), pp. 1-23. <http://dx.doi.org/10.6035/recerca.6503>
- Lahoz, A. (7 de junio de 2023). Cerca del 60% de las plazas en Atención Primaria se queda sin cubrir. *El Periódico*. <https://bit.ly/49hltwf>
- Ley 11/2023, de 30 de marzo, de uso estratégico de la contratación pública de la Comunidad Autónoma de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, núm. 74, de 17 de abril de 2023. <https://bit.ly/49oOPZQ>
- Ley 13/2023, de 30 de marzo, de dinamización del medio rural de Aragón. *Boletín Oficial de Aragón*, 72, de 17 de abril de 2023. <https://acortar.link/93GTRK>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 120, de 19 de mayo de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres. *Boletín Oficial del Estado*, 182, de 31 de julio de 1987. <https://www.boe.es/eli/es/l/1987/07/30/16/con>
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 128, de 9 de mayo de 2003. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
- Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. *Boletín Oficial del Estado*, 312, de 30 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/l/2013/12/27/27/con>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
- MedlinePlus (s.f.). *Angioplasty and stent placement - peripheral arteries* [Sitio web]. National Library of Medicine (US). Recuperado el 8 de octubre de 2023, de <https://medlineplus.gov/ency/article/007473.htm>

- Ministerio de Justicia (s.f.). *Cartografía de partidos judiciales* [Sitio web]. Recuperado el 17 de junio de 2023, de <https://bit.ly/3SrLEdO>
- Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (2021). *Plan de Recuperación: 130 medidas frente al Reto Demográfico*. <https://bit.ly/3Sp5Nky>
- Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (3 de julio de 2023). *Juzgados de Violencia sobre la Mujer* [Conjunto de datos]. Poder Judicial España. <https://bit.ly/3MrayGq>
- ORDEN PRE/1940/2018, de 5 de noviembre, por la que se dispone la publicación del convenio específico de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Generalitat de Catalunya, de desarrollo del convenio marco suscrito el 29 de abril de 2005, para la asistencia sanitaria en urgencias y emergencias en la zona limítrofe entre las dos comunidades. *Boletín Oficial de Aragón*, 237, de 10 de diciembre de 2018. <https://bit.ly/49oMXzZ>
- ORD SAN/618/2021, de 18 de mayo, por la que se determina la composición y el régimen de funcionamiento de la Unidad de Análisis y Eficiencia del Gasto Sanitario. *Boletín Oficial de Aragón*, 122, de 8 de junio de 2021. <https://acortar.link/Wgtz7o>
- Organización Mundial de la Salud (9 de diciembre de 2020). Las 10 principales causas de defunción [Ficha técnica]. <http://bit.ly/3QFU67V>
- Reglamento (CE) n° 1059/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, por el que se establece una nomenclatura común de unidades territoriales estadísticas (NUTS). *Diario Oficial de la Unión Europea*, L154, de 21 de junio de 2003, pp. 1-41. <http://data.europa.eu/eli/reg/2003/1059/oj>
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Editorial La Muralla.
- Pinilla, V. & Sáez, L. A. (2017). *La despoblación rural en España: Génesis de un problema y políticas innovadoras*. Centro de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo de Áreas Rurales (CEDDAR). <https://bit.ly/3MpIEe7>
- Pinyol-Jiménez, G. et al. (2020). *Situación de la población inmigrante en las zonas rurales españolas y su contribución al desarrollo rural: otra mirada al territorio*. Organización Internacional para las Migraciones. <https://acortar.link/0bNYvG>
- Plataforma de Contratación del Sector Público (4 de julio de 2023). *Anuncio de modificación de contrato. Servicio de transporte sanitario y de emergencias mediante helicóptero en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón ((A02003446)-PRE 101-2018)* [Ficha técnica]. Ministerio de Hacienda y Función Pública. <https://acortar.link/Zup7wf>
- Red PAC (1 de marzo de 2022). *Nace “Empleo Rural”, el portal que gestiona las ofertas de trabajo en el medio rural de Castilla y León* [Página web]. <https://bit.ly/3SugWAN>
- Robles Pellitero, S., Monfort Lázaro, M., & Méndez García, T. (2023). El relieve rural. *Atención Primaria*, 55(4), 102582. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102582>

- Rodríguez-Leor, O. et al. (2022). Análisis de la atención al infarto con elevación del segmento ST en España. Resultados del Registro de Código Infarto de la ACI-SEC. *Revista Española de Cardiología*, 75(8), 669-680. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.017>
- Secretaría de Estado de Telecomunicaciones e Infraestructuras Digitales (2021). *Cobertura de banda ancha en España en el año 2020. Informe*. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. <https://acortar.link/IZfbGd>
- Secretaría General de Análisis, Coordinación y Estadística (2021). *Agrinfo nº 31. Demografía de la Población Rural en 2020* [Conjunto de datos]. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. <https://bit.ly/3Qi95DD>
- Secretaría General para el Reto Demográfico (s.f.). *El reto demográfico y la despoblación en España en cifras* [Conjunto de datos]. La Moncloa. <https://bit.ly/3FFgRCD>
- Subdirección General de Información Sanitaria (2023). *Portal Estadístico SNS: Registro de altas – CMBD estatal – Atención Ambulatoria Especializada. (Manual de definiciones y glosario de términos)*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España. <https://acortar.link/bq63ND>
- Vaquero García, A., & Losa Muñiz, V. (2020). Actions from Public Administration to avoid depopulation of rural areas. What can be done by provincial government and local councils? *Revista Galega de Economía*, 29(2), 1-14. <https://doi.org/10.15304/rge.29.2.6723>
- Zurro Muñoz, J. J., & Rueda Estrada, J. D. (2018). Una nueva edad media para el mundo rural. Las políticas contra la despoblación y la incertidumbre de la desprotección. En A. Gentile (Coord.), A. L. Hernández Cordero, B. M. Larré. (Eds.), *Actas del VII Congreso de la Red Española de Política Social (REPS): "políticas sociales ante horizontes de incertidumbre y desigualdad"* (pp. 219-232). Universidad de Zaragoza. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6833574>

7 ANEXOS

7.1 ANEXO I – CLASIFICACIÓN DE HOSPITALES (CLUSTER)

Tabla 3 Clasificación de hospitales – CLUSTER ^(a)

Grupo	Descripción	Camas	Alta tecnología médica ^(b)	Médicos	MIR	Complejidad ^(c)
Grupo 1	Pequeños hospitales comarcales	Media: 148 P25: 87 P75: 214	Media: 1 Min: 0 Max: 2	Media: 86 P25: 38 P75: 135	Media: 4 P25: 0 P75: 10	Serv. Complejos: 0.20 (max 1) Case Mix ^(d) : 0.840
Grupo 2	Hospitales generales básicos	Media: 185 P25: 115 P75: 231	Media: 1.27 Min: 0 Max: 8	Media: 98 P25: 60 P75: 124	Media: 10 P25: 0 P75: 16	Serv. Complejos: 0.25 (max 2) Case Mix: 0.939
Grupo 3	Hospitales de área	Media: 488 P25: 365 P75: 570	Media: 4.20 Min: 1 Max: 10	Media: 269 P25: 216 P75: 313	Media: 62 P25: 30 P75: 92	Serv. Complejos: 1,54 Case Mix: 1,015
Grupo 4	Grupo de grandes hospitales, algunos de referencia	Media: 746 P25: 626 P75: 834	Media: 7.84 Min: 4 Max: 11	Media: 440 P25: 334 P75: 500	Media: 166 P25: 106 P75: 198	Serv. Complejos: 3,94 Case Mix: 1,204
Grupo 5	Grandes hospitales, complejos y hospitales de referencia	Media: 1226 P25: 1015 P75: 1380	Media: 13.12 Min: 7 Max: 24	Media: 684 P25: 522 P75: 822	Media: 301 P25: 231 P75: 392	Serv. Complejos: 7 Case Mix: 1,169

^(a) La última actualización proporcionada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social data de 2003.

^(b) Incluye: Acelerador de partículas + Angiografía digital + Bomba de cobalto + Resonancia magnética + Sala de Hemodinámica + TAC.

^(c) Case mix según peso español de los GRD (Grupos por el Diagnóstico, categorías de clasificación de los pacientes según diagnóstico y episodio de hospitalización)

^(d) Media ponderada de los pesos de los GDR's de todos los pacientes de un determinado hospital, grupo o proveedor. Se calcula multiplicando el número de casos de cada GDR por su peso, y dividiendo por el número total de casos de la unidad (hospital, grupo, etc.).

Fuente: Reelaborado a partir de los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

7.2 ANEXO II – CLASIFICACIÓN HUMS Y HUCLB SEGÚN MÉTODO CLUSTER (2022)

Tabla 4 Clasificación CLUSTER del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) y el Hospital Universitario Lozano Blesa (HUCLB)

Hospital	Grupo	Camas	Alta tecnología médica ^(a)	Médicos	MIR
Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS)	5	1186	13	873	316
Hospital Universitario Clínico Lozano Blesa (HUCLB)	4	808	7	637	254

^(a) Incluye: Acelerador de partículas + Angiografía digital + Bomba de cobalto + Resonancia magnética + Sala de Hemodinámica + TAC.

Fuente: Elaboración propia a partir de Departamento de Sanidad (2023)