

Valoración territorial de la propuesta de traslado de una oficina de farmacia en Galicia. Un estudio de caso de Geografía Aplicada

Ángel Miramontes Carballada*

Universidade de Santiago de Compostela – Facultade de Xeografía e Historia

Recibido: 24 de agosto de 2020 / Aceptado: 19 de noviembre de 2020

Resumen

La creación o traslado de un servicio siempre tiene una serie de repercusiones territoriales, pero si además se trata de una farmacia que para ejercer su actividad tiene que cumplir una serie de condicionantes vinculados al número de habitantes, a la distancia, etcétera, las consecuencias territoriales pueden ser variadas. Por ello, la finalidad de este trabajo es mostrar la repercusión territorial que ocasionaría el traslado voluntario de una oficina de farmacia dentro del Ayuntamiento de A Estrada (Pontevedra), entendiendo como repercusión territorial su influencia en las características demográficas, sociales, económicas y de movilidad de la población de este espacio del interior de Galicia, así como sobre el servicio básico de distribución de medicamentos a la población. Para alcanzar este objetivo, se realizó un exhaustivo trabajo de campo y un análisis de toda la información territorial disponible sobre las actuaciones que se realizarán, desde el punto de vista de planificación y desarrollo territorial, en el ayuntamiento. Una de las conclusiones alcanzadas fue comprobar como los límites o las fronteras que se crean en ocasiones desde la Administración no siempre son las más eficientes en relación con las características del territorio ni dan el mejor servicio a la población (áreas educativas, farmacéuticas o sanitarias).

Palabras clave

Geografía / Salud / Farmacia / Territorio / Galicia.

Territorial assessment for moving a chemist's in Galicia. A case study of Applied Geography

Abstract

The creation or transfer of a service always has a series of territorial repercussions. However, if, in addition, the service is a chemist's that, to do business, must meet a series of conditions (the number of inhabitants and distances among others,) the territorial consequences may be several. The purpose of this work is to show how the voluntary transfer of a chemist's would affect the municipality of A Estrada (Pontevedra). The territorial repercussion would influence the demographic, social, economic and mobility characteristics of the population in this area in the interior of Galicia. The basic service of distributing medicine to the population would also be affected. To achieve this objective, exhaustive fieldwork was carried out along with an analysis of all available territorial information on the actions to be carried out, considering planning and territorial development in the municipality. One of the conclusions reached was to verify how the boundaries or borders that are sometimes created by the administration are not always the most efficient in relation to the characteristics of the territory, nor do they provide the best service to the population (educational, health or pharmaceutical).

Keywords

Geography / Health / Chemist's/ Territory / Galicia.

JEL Codes: R50.

* Correspondencia autor: angel.miramontes@usc.es

1. Introducción

Los primeros trabajos de Geografía de la Salud con una estructura similar a los actuales datan de las primeras décadas del siglo XX. No obstante, el origen de la Geografía Médica se puede situar en el siglo XIX de la mano de los trabajos de John Snow, entre los que destaca el análisis del comportamiento del cólera en Londres por medio de análisis urbanos (John Snow Society, 2020). De todas formas, a comienzos del siglo XX se centraban en la difusión espacial de las enfermedades a diferentes escalas, principalmente la mundial y la regional. Con el paso de las décadas, las temáticas se diversificaron en cuestiones relacionadas con las desigualdades, las políticas, el uso y el acceso a los servicios o las políticas de la salud. La mayoría de estos estudios se realizaron desde países como Reino Unido, Francia, Alemania o EE.UU. (Bailly y Périat, 1995; Crooks, Andrews y Pearce, 2018; Gatrell, 1998, 2002; Haynes, 2016; Howe, 1977; Hunter, 1974; Jones, Gould y Duncan, 2000; Jones y Moon, 1987; Lewis y Mayer, 1988; Pacione, 1986; Pyle, 1980, 1986). A su vez, también es importante destacar que la Geografía de la Salud siempre se encontró integrada por aspectos relacionados con variables demográficas, sociales, económicas y medioambientales, por lo que se convierte en una de las áreas de estudio de la Geografía donde las metodologías son más multidimensionales, tomando préstamo de economistas, sociólogos o médicos (Gesler y Kearns, 2002; Gould, 1993; Graham, 2000; Santana, 2005; Serrano, 2016; Whitehead, 1988; Wilkinson, 1996). No obstante, sobre el objetivo de la Geografía de la Salud existe bastante consenso, y este se centra en generar conocimiento sobre el análisis del resultado de políticas sanitarias y de la organización de los servicios en la salud de las poblaciones y en el desarrollo del territorio (Santana, 1995, 2005).

De ahí que la figura del geógrafo se entienda como fundamental dentro de los frecuentes cambios de localización o privatización de servicios de la salud a escala mundial, debido a que el territorio es una causa y un efecto de los problemas de la salud. Las nociones de distancia, estructura socioeconómica, accesibilidad o servicios de salud son básicos dentro de la actual Geografía, y pensamos que también de la Economía. De todos modos, también se percibe que es necesario realizar más estudios a escala regional, y sobre todo local, evaluando, entre otros, el acceso a la salud de la población, de los grupos más vulnerables o la localización óptima para la implantación de nuevos servicios sanitarios. Así, por ejemplo, los trabajos sobre el equilibrio entre la utilización de servicios y la salud (Davies, 1968; Harvey, 1973; Knox, 1975; Morrill y Ericson, 1970; Price y Blair, 1989; Santana, 1995; Townsend y Davison, 1988), los modelos de optimización de la localización de los servicios (McAllister, 1976; Morrill, 1974; Scott, 1970; Teitz, 1968) o las políticas de privatización y de reordenación espacial de la oferta de servicios de salud (Mohan, 1988; Navarro, 1976). La diversidad de métodos también es amplia, y algunos están muy vinculados con el empleado en el presente trabajo, como es la evaluación de las distancias recorridas por los usuarios (Mayhew, 2018; Paul, 1985) o los estudios sobre el consumidor, la accesibilidad y el flujo de enfermos (Mayhew y Leonardi, 1984). En esta línea de trabajo, Santana (1995) incide en que la accesibilidad resulta de la relación entre la localización de los bienes y la localización de los clientes, teniendo en cuenta los recursos, la existencia y las características de transporte privado y/o público, tiempo, distancia y coste. Otra tipología de variables que hay que tener presentes, y que también estudiamos en este trabajo, son las relacionadas con las características demográficas (Agbonifo, 1983).

Al estudiar la accesibilidad de un bien o servicio de salud, como es una oficina de farmacia, se debe tener en cuenta la oferta y la demanda, entendiendo como oferta la localización y las características sociales de los servicios y, relacionados con la demanda, las características de los clientes. En ambos casos surgen factores que deben tenerse muy presentes, como el capital social, el cultural o el tipo de servicios públicos y/o privados. Por tanto, siempre se deben considerar las tres dimensiones relacionadas con la accesibilidad: las características del territorio (tiempo y coste entre hogar y servicio), los clientes potenciales (género, edad, seguro médico, etcétera) y la oferta de servicios. La accesibilidad está directamente relacionada con el origen, con el destino y también con la ponderación de la distancia en tiempo y coste (Banister, 2011; Comber, Brunson y Radburn, 2011; Santana, 1995; Vas-

concellos, 2000; Zaidi, 1994). De todas maneras, la accesibilidad no solo depende de la localización, sino de la capacidad de superar ciertas barreras o malos accesos (Ferraz y Torres, 2004; Kravitz et al., 2011; Santana, 2005), por lo que es muy importante conocer el área de influencia real de un determinado servicio sociosanitario (Garb y Wait, 2011; Josep y Phillips, 1984; Knox, 1978). De hecho, existen afirmaciones de mediados de la década de los 80 del siglo XX que argumentan que las personas que tienen que hacer desplazamientos superiores a los 4 km hasta los servicios de salud tienen una situación de desventaja. Sin embargo, no existe una relación uniforme entre el aumento de la distancia y la disminución del empleo de servicios de la salud como una farmacia. Así, en ocasiones el efecto negativo de la distancia se puede contrarrestar con el tamaño, la calidad de la atención, la imagen o los horarios, entre otros factores (Kleindorfer, Xu, Moomaw, Khatri, Adeoye y Hornung, 2009; McLaren, Ardington y Leibbrandt, 2013; Moïsi et al., 2011).

Una realidad que guarda relación con el objetivo de este trabajo es la confirmación de que los servicios sociosanitarios atraen la población de su área directa de influencia, pero también de otras áreas en función de sus condiciones específicas, y sin importar otro tipo de límites o fronteras como puede ser el cambio de un municipio a otro.

Por otro lado, también es muy importante tener en cuenta que la distribución de los locales o servicios en el territorio, además de gobernarse por criterios mercantilistas y capitalistas, siguen una lógica de localización en función del punto de vista de la Geografía. Dentro de esta ciencia, existen los denominados modelos espaciales, que combinan la economía y el territorio, entre los que destacan los modelos tradicionales de von Thünen (1876), Weber (1909), Christaller (1933), Lösch (1940), Isard (1956) o Krugman (1992) (Fujita y Krugman, 2004). El entendimiento de la dinámica espacial en economía sirve no solo para satisfacer las necesidades de los clientes, sino también como instrumento para un ordenamiento territorial en las ciudades o poblaciones donde se produzcan este tipo de focos de acumulación y circulación de bienes y servicios; y más aún cuando en Galicia, desde mediados del siglo XX, existe el consenso de que dejó de ser una sociedad rural para convertirse en un territorio que debe de ser interpretado a partir de sus espacios urbanos, tanto las ciudades como los núcleos que actúan como cabecera de ámbito comarcal. En consecuencia, dentro de la estructura territorial de Galicia diferenciamos un conjunto de espacios centrales, definidos por una concentración de actividades económicas y demográficas, y otro, de espacios periféricos en los que predomina el proceso de abandono, envejecimiento y escaso dinamismo económico (Lois, 1993, 2005; Precedo, 1974, 1987; Rodríguez, 1997, 1999). En este sentido, los estudios más significativos dentro de la Geografía de la Salud a escala gallega se centran en la figura del catedrático Jesús Manuel González Pérez, que comenzó con su especialización en este tema con la tesis doctoral *Introducción al estudio de la geografía de la salud en Galicia: las provincias de Pontevedra y Ourense*, y con obras posteriores en las que se discute la ordenación territorial de la salud (entre otras, González Pérez, 2001).

De esta forma, siguiendo la línea de algunos de los trabajos comentados sobre la Geografía de la Salud, lugares centrales o migración de servicios, el objetivo principal de este trabajo es realizar la valoración territorial que supondría el traslado de un servicio sociosanitario, como es una oficina de farmacia, dentro de un mismo municipio. En este objetivo influirán tanto las características del territorio como la existencia de una normativa que limita el traslado o la apertura de este tipo de establecimientos con una serie de criterios rígidos y estándares que no tienen en cuenta los dinamisismos y las alteraciones que sufre el territorio. Por tanto, la investigación tiene dos objetivos secundarios fundamentales para alcanzar el principal: el primero, una aproximación al estudio de las variables más territoriales de la normativa farmacéutica y la distribución de las oficinas de farmacia en España; y el segundo, el análisis de las características territoriales de un municipio del interior de Galicia (población, dotación de servicios, infraestructuras, etcétera). Además, el objetivo principal tiene como característica añadida que coincide con el de una investigación "real", un estudio de caso; un claro ejemplo de un trabajo de Geografía Aplicada centrado en el área de la Geografía de la Salud.

2. Materiales y métodos

La investigación deriva de un contrato entre los titulares de una farmacia y un grupo de geógrafos para la ejecución de un informe en el que se realizara una valoración territorial de las potencialidades y debilidades que supondría el traslado de una oficina de farmacia dentro del mismo ayuntamiento. Este informe, además de para su propio conocimiento, se emplearía para la realización de un peritaje judicial y la posterior defensa por parte de los autores de este ante un tribunal. Finalmente, el documento fue presentado como informe pericial y defendido en el Tribunal Superior de Xustiza de Galicia frente a la oposición de otras oficinas de farmacia ante la posibilidad de que se produjera el traslado de dicha oficina. Se estima que, en la segunda mitad del año 2020, se sabrá lo que resuelva el alto tribunal con la propuesta de traslado.

La realización de ese informe se puede considerar como el embrión del artículo científico. A lo largo del proceso hasta la redacción final del presente trabajo, descartamos apartados del informe y, por otro lado, nos preocupamos por ampliar otros. De hecho, el artículo presenta un completo estudio sobre el estado de la cuestión de la Geografía de la Salud y, especialmente, de lo relativo a la localización de sus servicios, como pone de manifiesto la amplia referencia a su estudio en el contexto internacional. A partir del análisis de una serie de factores como demanda, oferta o accesibilidad, por citar solo algunos, se relaciona su presencia con toda una serie de repercusiones territoriales y sociodemográficas, lo que evidencia, a nuestro entender, interés geográfico y económico de este artículo científico.

En cuanto al método empleado para la ejecución del artículo, se realizó un exhaustivo trabajo de campo. En varias ocasiones nos desplazamos a la parroquia de Oca, en el municipio de A Estrada (Pontevedra), para conocer in situ la localización de la farmacia y comprobar su accesibilidad, conexión con las vías de comunicación, proximidad y acceso al centro de salud, comunicación con las entidades de población, zonas de aparcamiento, etcétera. En este análisis también comprobamos los tiempos reales caminando y en coche a las otras oficinas de farmacia próximas, así como un estudio de la parroquia de San Paio, núcleo urbano y cabecera comarcal de A Estrada, en el que se está ejecutando un gran centro de salud y para donde solicitan el traslado de la oficina de farmacia. El análisis sobre las características principales de la localización actual y la propuesta planeada lo completamos empleando técnicas cartográficas y de fotointerpretación para llegar a nuestras reflexiones finales con softwares libres y básicos como Google Maps o GeoMap (Barredo, 1997; Bosque y Franco, 1995; Bosque y Moreno, 2004; Carver, 1991; Janssen y Rietveld, 1990; Pereira y Duckstein, 1993; Voogd, 1983).

Además, manejamos las bases de datos oficiales de economía y, principalmente, de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Instituto Galego de Estatística (IGE). Los datos estadísticos oficiales nos permitieron ir completando los resultados del trabajo ejecutado en este municipio del interior de la provincia de Pontevedra, así como la consulta de toda la normativa y legislación existente relacionada con la instalación o con el traslado de una oficina de farmacia en Galicia.

La estructura del artículo es clara. En primer lugar, se realiza un estado de la cuestión donde se sintetiza a escala internacional la Geografía de la Salud. En segundo lugar, se desarrollan los contenidos del objetivo secundario, que se correspondía con el estudio de la normativa farmacéutica en España. En tercer lugar, se efectuó la caracterización territorial del estudio de caso (localización, población, infraestructuras, entre otras), que se corresponde con otro objetivo secundario, y en cuarto y último lugar, utilizando los resultados de cada uno de los objetivos secundarios, se redactaron las conclusiones y se dio respuesta al objetivo principal de este artículo, realizando un razonamiento final sobre la idoneidad o no de dicho traslado.

3. Breve exposición de la normativa farmacéutica y distribución de las oficinas de farmacia en España

En España, la apertura de una nueva farmacia se encuentra ligada a la obtención de la correspondiente autorización de instalación, que concede el departamento de sanidad competente de cada co-

munidad autónoma. Desde cada región se convocan, con cierta frecuencia, concursos de aperturas de oficinas de farmacia, según lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Más allá de estos concursos, el único modo de poner en marcha una farmacia es comprando una licencia ya existente, o por medio de una herencia. En la actualidad, el precio medio de estas licencias en España, salvo excepciones, no baja de los 600.000 euros, según los datos de diferentes empresas que se dedican a asesorar a los interesados en la compra y venta de licencias de farmacia, como FarmaQuatrium (2019) o Farmaconsulting (2019).

Además, la normativa también establece una serie de requisitos en cuanto a la localización de la farmacia, tanto de nueva creación como de traslado, siendo este último acontecimiento lo que nos concierne dentro del presente trabajo. Y es que, al estar tan reguladas y considerarse un servicio público, no se puede abrir una farmacia en cualquier lugar, sino que deben repartirse a lo largo de todo el territorio a fin de que la población esté bien abastecida y cubierta por este servicio de un modo homogéneo. De hecho, en España hay 22.028 oficinas de farmacia, lo que representa 2.121 habitantes por farmacia. No obstante, en Galicia hay 1.344 farmacias y un número menor de potenciales clientes por farmacia: 2.010 personas. De todos modos, se detecta que el tramo del número de personas por farmacia a escala regional se sitúa entre las 2.643 personas del País Vasco y las 1.077 de Navarra (más allá de los casos de Melilla o de los archipiélagos, con unos valores que superan las 3.500 personas). Esto nos indica que existe una considerable heterogeneidad entre la rentabilidad económica que puede tener un establecimiento y el servicio que le da a la población según la comunidad autónoma en la que nos encontremos (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2019).

En efecto, la homogeneidad territorial entre la población y el número de oficinas de farmacia, que pretende conseguir la normativa, no es equitativa para toda España (ver Figura 1). El motivo de este desequilibrio, sin ser en esta ocasión el objetivo del presente estudio, se encuentra detrás de la tipología de asentamientos de población y los valores de densidad demográfica. Así, las comunidades que presentan un mayor desequilibrio son, por un lado, las dos Castillas y, por el otro, Madrid y Cataluña.

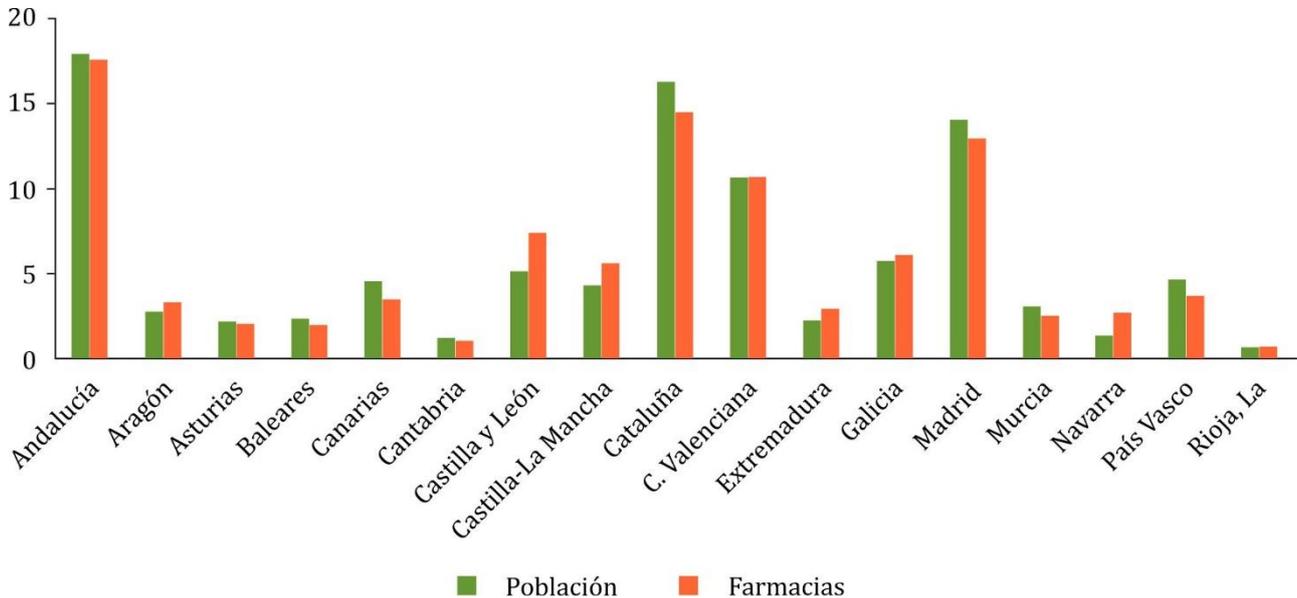


Figura 1. Porcentaje del número de habitantes y farmacias de cada una de las comunidades autónomas sobre el total de España. Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2019).

Por lo que respecta a los requisitos territoriales que se deben cumplir para abrir una farmacia, destacan:

- 1) En cada zona farmacéutica solo se podrá crear una farmacia por módulo de 2.800 habitantes.
- 2) Tan solo se podrá abrir una farmacia adicional si se supera dicha proporción, la cual se creará por la fracción superior a 2.000 habitantes.
- 3) Cada farmacia deberá respetar una distancia mínima respecto a las farmacias existentes, que, por regla general, será de 250 metros.

Una vez concedida la autorización de instalación, se deben formalizar una serie de requisitos adicionales. Estos son algunos de los más importantes: tener el título académico universitario de licenciado o graduado en Farmacia; número de colegiado o colegiada del titular dentro de alguno de los colegios oficiales de farmacéuticos (en España hay 52); escritura de compraventa del local o contrato de arrendamiento o documento que demuestre su disponibilidad, siempre dentro de las zonas delimitadas en la convocatoria (se valora habitualmente la situación y las distancias con respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como a los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista); plano del local acompañado de la memoria explicativa de la distribución de las diferentes dependencias de que consta la farmacia; plano de situación; declaración de tener los productos químicos, así como los aparatos y utensilios, tal y como ordena la Farmacopea Española IX edición, y también los medicamentos de urgencia que exige la Orden de 5 de mayo de 1965.

Esta documentación es general para toda España, y también se solicitarán otros informes, no tan específicos para la apertura de una farmacia, como los de seguridad o incendios, entre otros, además de alguna documentación añadida que puede variar de una comunidad autónoma a otra. Por ejemplo, en Galicia nos encontramos con la reciente aprobación de una reforma de la Ley de Ordenación Farmacéutica de Galicia de 1999 mediante la actual Ley 3/2019, de 2 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Galicia. Tras 20 años de inmovilismo legal, no se introdujeron grandes cambios, pero sí un cierto interés en que el servicio llegue a toda la población, permitiendo, por ejemplo, que las farmacias puedan abrir sucursales en poblaciones que carezcan del servicio. De hecho, en la sección 4 de esta Ley se recoge la planificación y la ordenación territorial de nuevas oficinas de farmacia. No es preciso realizar un análisis exhaustivo para detectar alguna debilidad como la ausencia de criterios territoriales o de planificación territorial aplicada. Por ejemplo, en el artículo 31, "Zonas farmacéuticas", se indica que se toma como base para la planificación las unidades de atención primaria, que en muchas ocasiones se corresponden con las demarcaciones de los municipios. Sin embargo, para ordenar las zonas farmacéuticas no las tienen en cuenta, y crean a mayores tres zonas farmacéuticas:

- 1) Zonas farmacéuticas urbanas: se corresponden con los municipios con más de 30.000 habitantes.
- 2) Zonas farmacéuticas semiurbanas: se corresponden con los municipios con un número de habitantes comprendido entre 10.000 y 30.000.
- 3) Zonas farmacéuticas rurales: se corresponden con los municipios con menos de 10.000 habitantes.

Inmediatamente, tras la lectura de esta zonificación, surgen infinidad de preguntas y debilidades territoriales: ¿todos los municipios de Galicia de más de 30.000 habitantes tienen las mismas características territoriales?; ¿es lo mismo Vilagarcía de Arousa, con 37.519 habitantes, que Lugo, con 98.025?; ¿influye la llegada de turistas?; ¿y la presencia de grandes empresas o sedes de la Administración en municipios donde los trabajadores no tienen por que estar empadronados?; etcétera. A todas estas preguntas la reciente Ley responde asegurando que el Consello de la Xunta de Galicia podrá acordar la declaración de determinadas zonas farmacéuticas como especiales.

Además, se confirma que, dentro de la planificación y de la ordenación de las oficinas de farmacia, las variables de población y de distancias son las que predominan y marcan (con total potestad) la distribución territorial de este servicio sociosanitario. De hecho, el artículo 32 comienza estableciendo unos módulos para el cálculo de las oficinas de farmacia que correspondan a cada zona. Estos módulos también nos provocan una serie de dudas que comentamos, a continuación, en el análisis de las distintas zonas:

- 1) Zonas farmacéuticas urbanas: una farmacia por cada 2.800 habitantes empadronados. Se sigue el criterio que se estipula a escala de toda España, salvo que se supere esa proporción en 1.500 habitantes, supuesto en el que se podrá establecer una nueva oficina de farmacia siempre y cuando se constate un incremento neto de la población de esa zona en los últimos cinco años. Nuevamente, el criterio temporal nos transmite incertidumbre ante la efectividad de este delimitador.
- 2) Zonas farmacéuticas semiurbanas: una por cada 2.500 habitantes empadronados, salvo que se supere esa proporción en 1.500 habitantes, supuesto en el cual se podrá establecer una nueva oficina de farmacia siempre y cuando se constate un incremento neto de la población de esa zona en los últimos cinco años. De nuevo, es significativo, bajo nuestro punto de vista, el empleo de valores absolutos, como 1.500 habitantes, con lo que no se aplicaría si aumenta en 1.499, ocasionando un desequilibrio entre la rentabilidad y la carga de trabajo de las oficinas de farmacia. Por tanto, sería más correcto el manejo de tendencias o porcentajes.
- 3) Zonas farmacéuticas rurales: una por cada 2.000 habitantes empadronados, salvo que se supere esa proporción en 1.500 habitantes, supuesto en el que se podrá establecer una nueva oficina de farmacia siempre y cuando se constate un incremento neto de la población de esa zona en los últimos cinco años.

Por otro lado, el artículo también confirma que en cada ayuntamiento podrá haber, al menos, una oficina de farmacia. Se trata de una medida positiva y coherente para poder ofertar este servicio socio-sanitario a toda la población. Sin embargo, comprobamos como “contradice” el criterio delimitador del número de habitantes, pues en Galicia un 43% de los municipios tienen menos de 2.000 habitantes (IGE, 2019).

Finalmente, el artículo 32 estipula que para el cómputo de habitantes se tenga en cuenta la población que conste en la última revisión del padrón municipal vigente en el momento de iniciarse los trabajos necesarios de cara a la aprobación del mapa farmacéutico.

La otra variable más determinante dentro de la ordenación territorial de las farmacias es la variable de las distancias. El artículo 33, “Distancias entre las oficinas de farmacia”, incide en cuatro aspectos:

- 1) El establecimiento de una oficina de farmacia por razón de nueva instalación o por cambio de localización no podrá hacerse a una distancia inferior a 250 metros de otras oficinas de farmacia o de un centro público de asistencia sanitaria en funcionamiento o cuyo emplazamiento esté previsto por la consellería competente en materia de sanidad. Es la misma distancia que ya se reflejaba a escala para toda España. Este punto sí que entra en liza en lo relativo a la valoración territorial de la propuesta de traslado de la oficina de farmacia que nos concierne, pues la nueva farmacia estará muy próxima al centro de salud que se está construyendo en A Estrada. No obstante, la disposición no tendrá efecto, ya que la solicitud fue realizada antes de la licitación oficial de construcción del nuevo servicio sanitario.
- 2) Excepcionalmente, en aquellas zonas farmacéuticas que cuenten con una única oficina de farmacia, podrá no exigirse esa distancia mínima cuando concurran razones de interés general que así lo justifiquen.
- 3) Reglamentariamente se fijarán el procedimiento, las condiciones y los criterios para efectuar la medición de dichas distancias.
- 4) En los cambios de localización forzosos provisionales con obligación de retorno, las distancias mínimas a que se refiere el número 1 de este artículo se reducen a 125 metros.

En definitiva, percibimos una cierta laxitud en la fijación de los criterios de distancias, lo que deja “la puerta abierta” a la presentación de muchas razones de interés general o excepciones que debilitan la rigidez de los 250 metros de distancia.

El artículo 34 se centra en el mapa farmacéutico, e indica que los criterios de planificación farmacéutica contemplados en la presente Ley se concretarán en este mapa, que se tramitará de acuerdo con el procedimiento reglamentariamente establecido y será aprobado por el Consello de la Xunta de Gali-

cia. El primer punto del artículo nos produce satisfacción, al comprobar cómo se conceden muchas competencias a la ejecución de un mapa. De todas formas, detectamos una primera debilidad, pues el mapa farmacéutico relacionará todas las zonas farmacéuticas de la Comunidad Autónoma de Galicia según sean urbanas, semiurbanas o rurales. Además, el mapa contendrá un anexo con las nuevas oficinas de farmacia y sus delimitaciones territoriales concretas, indicando aquellas que tengan vinculado un botiquín para cubrir las necesidades de aquellos lugares en que, por carecer de entidad suficiente para la instalación de una oficina de farmacia o por tratarse de zonas especiales de difícil accesibilidad, no se pueda instalar una nueva oficina. Este es otro de los puntos que se propone dentro de la solicitud de traslado de la oficina de farmacia, dejando abierta la posibilidad de instalar un botiquín en la localización actual para dar servicio a la población de la parroquia de Oca.

El legislador “se protege” al afirmar que el mapa farmacéutico podrá ser revisado cuando se detectasen alteraciones significativas en el padrón u otras circunstancias que impliquen cambios en las necesidades de atención farmacéutica de una o varias zonas. Igualmente, establece que la Administración local o los colegios oficiales de farmacéuticos podrán instar ante la consellería competente en materia de sanidad la revisión del mapa farmacéutico.

En resumen, y aunque somos conscientes de la dificultad que existe para la planificación territorial de un servicio sociosanitario como puede ser una farmacia, percibimos una serie de debilidades claras y manifiestas que muestran el desconocimiento de las características del territorio por parte del legislador, o bien que no tuvieron en cuenta o no buscaron el asesoramiento de analistas territoriales.

4. Resultados. Caracterización territorial del área de estudio: peculiaridades, población y localización

Para la valoración territorial del traslado de la oficina de farmacia de una parroquia a otra dentro del municipio de A Estrada (Pontevedra), además de tener en cuenta toda la legislación y normativa vigentes, se realizó un análisis territorial municipal. Este análisis se dividió en tres grandes apartados. En primer lugar, una caracterización territorial del municipio; en segundo lugar, un estudio demográfico; y, en tercer lugar, un análisis de la localización territorial actual y de la localización propuesta de la oficina de farmacia. Los resultados de cada una de estas partes se exponen a continuación, y son la base de las conclusiones.

4.1. Peculiaridades básicas del municipio de A Estrada (Pontevedra)

Desde hace varias décadas, y como indicaron múltiples autores, se considera pertinente mostrar las características básicas de un territorio, pues una misma actuación y con las mismas peculiaridades, como puede ser la creación de una infraestructura o la dotación de un nuevo servicio, sobre territorios diferentes puede tener consecuencias muy dispares. No es lo mismo actuar sobre una área urbana que en una rural o periférica (Cooke, 1985; Gilbert, 1988; Massey, 1984, 1990; Miramontes Carballada (2016); Smith, 1984; Urry, 1981).

En primer lugar, es necesario recordar que A Estrada es un municipio de más de 20.000 habitantes, una cabecera comarcal que ejerce claramente su poder de atracción sobre la población de todas las parroquias del área rural y de otros municipios adyacentes como Cuntis, Silleda o Forcarei. Estos municipios limítrofes son de un rango demográfico menor y con una dotación de servicios y ofertas comerciales que tienen que complementar con la ofertada desde el núcleo urbano de A Estrada. A modo de ejemplo, es frecuente que alumnado del IES García Barros de A Estrada sea de municipios vecinos como Cuntis o Silleda. Igualmente, las carteras de clientes que tienen las tiendas de electrodomésticos o moda incluyen muchas personas de fuera de A Estrada. Por esta razón, nos encontramos con una área de influencia de servicios públicos y privados que va más allá de los límites administrativos municipales, algo que, como se verá, también sucede con las áreas de influencia de las farmacias, que abarcan más que los límites administrativos de un determinado municipio.

El Ayuntamiento de A Estrada se sitúa en el norte de la provincia de Pontevedra, y limita al Norte con el río Ulla, que lo separa de los municipios coruñeses de Padrón, Teo, Vedra y Boqueixón; al Sur, con Campo Lameiro y Cerdedo-Cotobade; al Este, con Forcarei y Silleda; y al Oeste, con Cuntis, Pontecesures y Valga (ver Figura 2). Su extensión, 294,64 km² aproximadamente, lo convierte en uno de los más extensos de Galicia. Tiene 51 parroquias y 458 entidades de población, siendo la villa de A Estrada la entidad más importante, que se corresponde con la parroquia de San Paio.

El núcleo urbano se asienta a 287 metros de altitud y es el centro organizador de esta dispersión relativa que presenta el municipio. A Estrada posee un sistema de asentamientos de población que dificulta la gestión, dotación y distribución de los servicios públicos y privados a lo largo de todo el municipio. La parroquia de San Paio es la cabecera del partido judicial que incluye los municipios de A Estrada y Forcarei.

Según los datos actuales y oficiales del IGE (IGE, 2018), en el año 2017 A Estrada tenía 20.700 habitantes, de los que el 52% son mujeres. Al analizar la población del municipio por edades, se aprecia un envejecimiento bastante pronunciado, donde la población menor de 15 años representa el 12%, de 16 a 64 años, el 61% y los mayores de 65 años, el 27%. De todos modos, cuenta con un porcentaje de población en edad de trabajar suficiente, lo que le concede un futuro mejor que el de otros municipios gallegos. Además, como veremos en el apartado del estudio demográfico, algunas parroquias como la del núcleo urbano de A Estrada tiene valores más positivos. En esta misma parroquia, San Paio, es donde se localiza la mayoría de las 365 personas extranjeras del municipio, con las consecuencias positivas que ello supone como diversidad cultural, social e incremento de los valores demográficos (absolutos y, por lo general, de natalidad).

El movimiento natural de la población (diferencia entre nacimientos y defunciones) en el municipio fue negativo, de -112 personas. Sin embargo, el saldo migratorio es positivo en más de 64 personas que inmigraron frente a las que emigraron. Se trata este de un valor para tener muy presente a la hora de valorar el dinamismo demográfico y socioeconómico que puede llegar a tener un municipio de las características territoriales de A Estrada. Además, el porcentaje mayor de la procedencia de los inmigrantes, el 28%, es de otra provincia. Este factor es posible porque A Estrada limita al Norte con la provincia de A Coruña, con los municipios de Padrón, Boqueixón, Teo y Vedra. Esta proximidad entre municipios es la que permite los movimientos pendulares (todos los días de ida y vuelta al domicilio) de población de los municipios adyacentes al núcleo urbano de A Estrada.

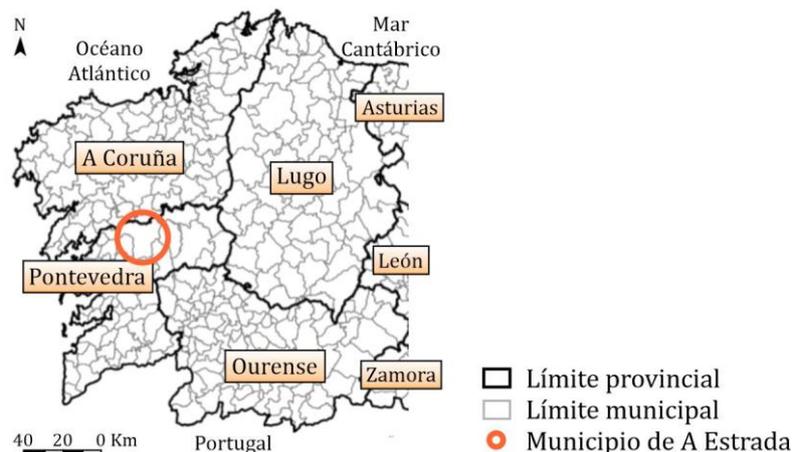


Figura 2. Localización del municipio de A Estrada en el mapa provincial y municipal de Galicia. Fuente: elaboración propia.

En cuanto a infraestructuras y vías de comunicación, el municipio de A Estrada y su parroquia urbana son atravesados por la nacional N-640 que viene del interior de la provincia de Pontevedra (Lalín,

Silleda...) y continúa hacia la ciudad de Pontevedra y a las Rías Baixas gallegas. El área oeste del municipio es atravesada por otra carretera nacional, la N-525, que viene de Ourense y va hacia Santiago de Compostela. Con un trazado similar está una carretera de pago, la AP-53. Asimismo, cuenta con los diferentes enlaces que existen con la AP-9 (la verdadera columna vertebral de comunicación del territorio gallego). En consecuencia, la población de A Estrada está muy bien comunicada por carretera, pues está a 20 minutos de Santiago de Compostela, a 40 de Pontevedra y a 60 de A Coruña, Lugo, Ourense y Vigo. Por otro lado, dispone de un aeropuerto a 30 minutos y de una estación de tren a 20 (Santiago de Compostela). No obstante, aún resulta más significativo saber que estos tiempos de desplazamiento en automóvil serán menores en el momento en que se termine la autovía que une A Estrada con la ciudad de Santiago de Compostela (en la actualidad está construido ya la mitad del trayecto).

En relación con la estructura económica del municipio de A Estrada, se detecta un claro proceso de terciarización, donde las empresas del sector servicios representan el 56% del tejido empresarial y el 68% de los afiliados laborales de todo el municipio. Además, estos porcentajes del proceso de terciarización aumentarán, con total seguridad, en los próximos años. De hecho, en la villa de A Estrada están sucediendo una serie de actuaciones centradas en la dinamización de la actividad comercial. Estos acontecimientos se pueden dividir en tres. El primero fue la creación de la infraestructura del Nuevo Mercado, que aglutina en un mismo espacio –la plaza de abastos del ayuntamiento– un vivero de empresas de nueva creación, un centro de día y un espacio de usos múltiples. La segunda actuación es la instalación de un área comercial en la parte este del trazado urbano de A Estrada (a poca distancia del nuevo centro de salud) liderada por la empresa Lidl. La tercera actuación es muy similar a la segunda, aunque con una mayor envergadura, es el asentamiento en el área oeste del núcleo urbano de una área comercial centralizada alrededor de la empresa Mercadona. En esta actuación también se crearán nuevos espacios con dotaciones, áreas residenciales de una sola familia y bloques de viviendas, lo que aumentará el porcentaje de la población de la villa respecto a la del municipio.

Otra peculiaridad que tener en cuenta fue el traslado definitivo de todo el personal del Servicio de Emerxencias de Galicia a las nuevas instalaciones inauguradas en la villa de A Estrada. En esta infraestructura se centralizan todos los servicios del 112 y del 061, dando cobertura a todo el territorio gallego. Igualmente, cabe mencionar la continua expansión de las actividades dentro de la Academia Galega de Seguridade Pública (AGASP), que también está en A Estrada, al lado del Servicio de Emerxencias. En esta academia es donde se forman y reciben cursos continuamente todos los cuerpos de seguridad: policía autonómica, guardia civil o policía municipal. Además, cuenta con servicio de residencia, infraestructuras deportivas, etcétera.

Todo esto redundará en una conclusión clara: las proyecciones de población señalan que el número de habitantes de la villa de A Estrada aumentará en el corto y medio plazo, a buen ritmo. Este incremento implica la necesidad de provisión de más servicios, como los de farmacia, para un número creciente de usuarios.

El municipio de A Estrada, y especialmente su núcleo urbano, presenta unas bases territoriales que se pueden catalogar como buenas, por lo que es posible pronosticar un futuro esperanzador basado en todas y cada una de sus peculiaridades y en la propia idiosincrasia de este territorio, en buena medida, gracias a la aprobación hace cuatro años de un Plan Xeral de Ordenación Municipal (PXOM) frente a las normas subsidiarias que lo legislaron desde 1978. Este plan facilitó la construcción del nuevo centro de salud, una nueva guardería municipal (lo que indica que la Xunta de Galicia conoce la dinámica demográfica del núcleo urbano de A Estrada) y un nuevo centro de día (público-privado). También, gracias al PXOM, se ejecutaron las comentadas áreas comerciales estratégicamente localizadas en las salidas oeste y este de la villa. A esto hay que añadir el impacto que tendrá a medio y largo plazo la presencia de los empleados y trabajadores de la Academia Galega de Seguridade Pública y de la Axencia de Emerxencias de Galicia, pues son dos infraestructuras y servicios exclusivos de A Estrada que no hay en ningún otro lugar de Galicia. De hecho, desde diferentes asociaciones locales de comerciantes, hostelería e inmobiliarias, están percibiendo el aumento de la demanda de servicios de personas foráneas al municipio.

4.2. Estudio demográfico: presente y proyecciones

El municipio de A Estrada no está exento del agudo y grave proceso de envejecimiento demográfico en el que se encuentra Galicia. Por ello, en este apartado contrastaremos esta realidad y pondremos el foco de atención en la escala parroquial y en la que afecta a la dinámica de la población más allá de un determinado límite administrativo, así como saber las consecuencias que tendrá dentro del objetivo de este trabajo (Bachiller, Gil y Molina de la Torre, 2012; Baraja Rodríguez, 2003; Fernández Fernández, López-Penabad e Iglesias, 2020; Gómez-Limón, Atance y Rico, 2007; Molinero, 2012; Oliva Denis y Aldrey Vázquez (2018); Vinuesa y Puga, 2007).

No es necesario retroceder mucho para apreciar que el ya mencionado envejecimiento de la población es una realidad preocupante. Si retrocedemos al año 2000, al inicio del siglo XXI, vemos que el descenso de la población se repite en todas las escalas, aunque con advertencias.

En efecto, el descenso de la población en el período del 2000 al 2017, a escala gallega, fue de 23.561 personas, pero con una marcada pérdida a partir de 2010. Mientras, a escala provincial, en Pontevedra la población aumentó en 30.110 personas de la mano de las ciudades y áreas de influencia de Vigo y de las Rías Baixas, pero, como sucedía a escala gallega, experimentó un descenso continuo desde 2010.

En las escalas comarcal y municipal, la pérdida de población es constante desde la llegada del siglo XXI. No obstante, es mucho más significativa a escala comarcal que municipal, pues la actividad y características socioeconómicas de la villa de A Estrada sustentan este comportamiento. La comarca perdió 5.549 habitantes, mientras que el municipio de A Estrada, 1.617 (ver Figura 3).

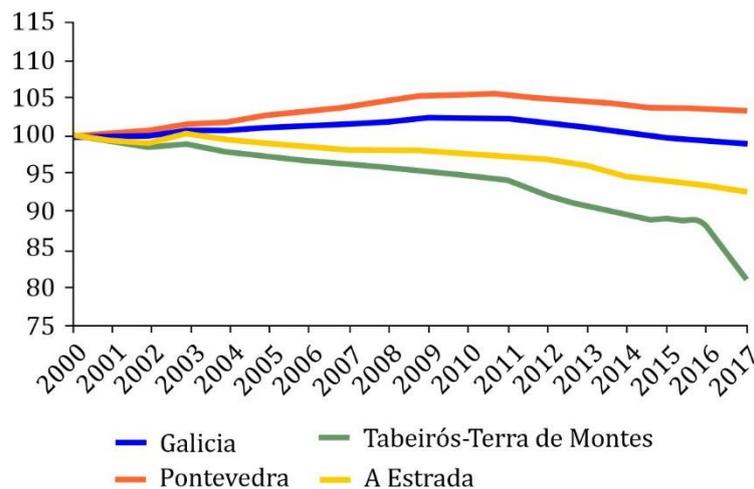


Figura 3. Evolución del número de habitantes en Galicia, en la provincia de Pontevedra, en la comarca de Tabeirós-Terra de Montes y en el municipio de A Estrada desde el 2000 al 2017 (se realiza un gráfico de la evolución del número de habitantes desde el año 2000 al 2017 en base 100, con la finalidad de comprobar las tendencias de las diferentes escalas territoriales en un mismo gráfico). Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2018) y del IGE (2018).

Donde sí tenemos un comportamiento homogéneo y de descenso permanente de población a cualquier escala territorial es en las proyecciones demográficas hacia el 2030. De hecho, a escala de toda Galicia, el número de habitantes decrecerá en 160.292 personas, rozando una población total de 2,5 millones de habitantes.

La provincia de Pontevedra, a pesar de tener varias de las áreas más dinámicas desde el punto de vista socioeconómico del territorio gallego, como es el área de influencia de la ciudad de Vigo, la de Pontevedra o la de las Rías Baixas, también descenderá su población en cerca de 50.000 personas

(47.884 según los datos del IGE (2018)). En último lugar, la comarca de Tabeirós-Terra de Montes también perderá población, 2.547 personas. De todos modos, a pesar del comportamiento negativo desde el punto de vista demográfico, la pérdida de población no es todo lo negativa que se podría esperar de un espacio rural del interior de la provincia de Pontevedra. En esta ralentización del proceso de pérdida de población, tiene mucha influencia la propia estructura socioeconómica de A Estrada, que permite dar los servicios públicos y privados a toda la comarca y a los municipios próximos.

Otro indicador interesante es la población estacional máxima, que es una estimación de la población que puede soportar un municipio. En el cálculo se incluyen las personas que tienen algún tipo de vínculo o relación con el municipio, ya sea porque residen, trabajan, estudian o pasan algún período de tiempo en él. Estos datos son publicados por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. En el caso de A Estrada, en la última década del siglo XX estaba en las 40.000 personas, pero con el descenso demográfico y los procesos de crisis como el iniciado en el año 2008, el valor de la población estacional máxima descendió. No obstante, se aprecia como el descenso es menor al número absoluto de población, como vimos en la Figura 3, pues, en este caso, del año 2000 al 2016 fue de menos 4.561, no llegando a las 37.000 personas en el año 2016.

Al centrarnos en el estudio demográfico a escala parroquial, todas las parroquias de A Estrada perdieron población desde el año 2000 al 2017, salvo la de San Paio, que se corresponde con el núcleo urbano. De hecho, las 50 parroquias rurales tuvieron en conjunto un descenso demográfico del 12%, mientras que la parroquia urbana aumentó en un 20,4% en el mismo período de tiempo (ver Tabla 1). En este corto período cronológico, en 35 de las 50 parroquias rurales tuvieron un descenso superior al 20% de su población, llegando a tener casos parroquiales con pérdidas de entre un 40% y 50% de la población, con el agravante de que son entidades de población que no llegaban a los 100 habitantes.

Tabla 1. Evolución de la población de las parroquias urbanas y rurales del municipio de A Estrada desde el año 2000 al 2017

Parroquias	2000	2017	Evolución 2000-2017
Rurales	16.477	13.275	-2.142
Urbanas	7.840	9.442	1.602
Total	24.317	22.717	-1.600

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2018) y del IGE (2018).

En relación con el objetivo de este trabajo, y valorando los datos de la evolución demográfica de las parroquias, detectamos varios factores a tener muy en cuenta.

En el supuesto de instalar una nueva farmacia dentro del municipio de A Estrada, la única parroquia que sería lógico que la acogiera sería la de San Paio, pues tan solo ella es la que tiene un constante incremento de población. Además, las otras variables socioeconómicas que vimos en los apartados anteriores también confirman que es, quizás en exclusividad, el espacio que mantendrá la actividad social y económica de este municipio y de la comarca. De hecho, su crecimiento fue continuo: de 7.840 personas en el año 2000 a 8.757 en 2007 y a 9.442 en 2017, lo que supone una evolución de 1.602 personas más en la villa de A Estrada. No obstante, para nosotros el incremento y concentración de la población que “vive” en la parroquia de San Paio es mucho mejor, pues es el destino de la actividad comercial, del ocio y de los servicios públicos como educación y sanidad de todo el municipio y de su área de influencia.

Sin embargo, la parroquia donde está en la actualidad la farmacia presenta una permanente pérdida de población. De hecho, en este período del 2000 al 2017 perdió 63 habitantes, pasando de 288 a los 225. Se trata de una situación que se mantiene en todas las parroquias próximas a la de Oca (ver Tabla 2), que en conjunto llegan a perder 433 personas.

Tabla 2. Evolución de la población de la parroquia de Oca y contiguas del año 2000 al 2017

Parroquias	2000	2007	2017	Evolución 2000-2017
Arnois (San Xiao)	434	394	364	-70
San Miguel de Castro (San Miguel)	314	269	251	-63
Loimil (Santa María)	240	218	195	-45
Oca (Santo Estevo)	288	243	225	-63
Orazo (San Pedro)	376	346	279	-97
Remesar (San Cristovo)	165	138	121	-44
Riobó (San Martiño)	249	227	198	-51

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE (2018) y del IGE (2018).

Por tanto, desde el punto de vista demográfico, no parece que el servicio que da esta farmacia en la actualidad sea muy significativo dentro del municipio de A Estrada ni que tenga un futuro muy positivo ni cubra las necesidades farmacéuticas que debería, o podría, en un espacio donde el número de personas cada vez es menor. Y ello con el factor negativo añadido de que muchas de estas parroquias tienen otra farmacia a una distancia bastante razonable.

4.3. Análisis de la localización de la oficina de farmacia: actual y propuesta

El estudio de la caracterización territorial se cierra con un doble análisis de localización territorial. En primer lugar, evaluamos las peculiaridades de la localización actual de la farmacia y, en segundo lugar, las características de la nueva propuesta de localización. Los resultados de este apartado, unidos a los anteriores, son fundamentales para esclarecer el diagnóstico sobre la valoración territorial del traslado de la oficina de farmacia.

4.3.1. Localización actual

En cuanto a la localización actual de la farmacia, consideramos como una debilidad su emplazamiento en la parroquia de Oca. Se trata de una edificación aislada, a la que es preciso ir en un medio de locomoción y que no tiene entidades de población concentradas, sino viviendas diseminadas. La farmacia no queda en una aldea, en un núcleo rural de población, sino que está radicada en un agrupamiento muy disperso de casas.

Otra debilidad clara es que está a una distancia de 1,6 km del Centro de Salud de Oca, a 24 minutos a pie, pues no existe un camino adecuado para peatones e incluso hay que cruzar la AP-53. Lo mismo sucede para el resto de los habitantes de la parroquia y de los alrededores, ya que la farmacia no está asentada en ninguna entidad de población. De hecho, una de las características inherentes a un servicio sanitario para la población es la complementariedad entre los servicios médicos y los farmacéuticos, y más al tratarse de un área rural donde predomina la población vieja que, después de desplazarse al Centro de Salud, debiera poder ir andando, con unas mínimas condiciones de accesibilidad, hasta la oficina de farmacia.

El desplazamiento en automóvil supone mucho menos tiempo, pero no deja de ser sumamente incómodo para las personas que visitan el Centro de Salud. En efecto, una vez salen del Centro de Salud y cogen de nuevo su coche, si quieren ir a la farmacia tienen que incorporarse a una carretera nacional, la N-525, para luego salir de ella. De este modo, surge el inconveniente de que, si las personas al salir del Centro de Salud de Oca continúan por esa misma carretera en dirección a Silleda, tienen una farmacia a 9 minutos en el lugar de Bandeira, y sin necesidad de desviarse de la carretera nacional. Sucede exactamente lo mismo si continúan por la N-525 en dirección a Santiago de Compostela, pues a tan solo 6 minutos del Centro de Salud hay una farmacia en Santa Cruz de Rivadulla (Vedra). Incluso las personas que vayan en dirección al núcleo de A Estrada encontrarán a 10 minutos, en la carretera

N-640, una farmacia en la parroquia de Rubín, en el lugar de O Foxo (ver Tabla 3). Por otra parte, consideramos que, desde el punto de vista de la estrategia territorial, la farmacia de O Foxo posee la potencialidad de cubrir la posible demanda de servicios farmacéuticos de todo el nordeste del municipio estradense.

Tabla 3. Distancia en metros y en minutos en coche desde el Centro de Salud hasta las farmacias de las proximidades

Nombre	Distancia (metros)	Tiempo (minutos)
Farmacia de Oca (A Estrada)	1.600	3
Farmacia Ramón Varela (Vedra)	5.600	6
Farmacia Silva (Silleda)	8.700	9
Farmacia o Foxo (A Estrada)	8.000	10

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Google Maps en el año 2019.

En definitiva, al comprobar los tiempos a que se encuentran las diferentes farmacias del Centro de Salud de Oca, en el caso del traslado de la farmacia al núcleo de A Estrada, todos los habitantes del entorno tendrían, en un radio de 10 minutos, tres oficinas de farmacia en los márgenes de las carreteras nacionales y con áreas de aparcamientos habilitadas. Por tanto, consideramos que con el traslado quedaría bien cubierto el servicio farmacéutico. Además, todas las personas que viven en esta área del municipio de A Estrada tienen que usar el automóvil para cubrir sus necesidades diarias (Administración, educación, comercio o alimentación en grandes superficies, por citar solo algunas de ellas), por lo que no cabe, en ningún caso, hablar de desatención farmacéutica de los habitantes de Oca.

Una característica territorial que no afecta solo a las variables de localización, ya mencionada en varias ocasiones, es la movilidad de la población, y más en un espacio rural donde los servicios están concentrados en determinadas áreas urbanas, como es el núcleo de A Estrada. En efecto, la población realiza desplazamientos diarios (movimientos pendulares) buscando el recorrido óptimo que cubra sus demandas. Por tanto, la población no tiene que respetar límites administrativos o áreas territoriales farmacéuticas, sino que se desplazará a la farmacia que les quede más cerca de su domicilio, de su centro de salud o, en su caso, en la ruta que habitualmente realiza para completar sus necesidades.

4.3.2. Localización propuesta

Por lo que respecta a la nueva localización que se propone para la oficina de farmacia en la parroquia de San Paio, esta posee varios aspectos que se pueden catalogar como positivos, pensando en el posible servicio farmacéutico que podría ofertar a la población.

En primer lugar, teniendo en cuenta las características de movilidad de la población de las parroquias del rural de A Estrada y de otras de municipios adyacentes que realizan desplazamientos diarios al núcleo de A Estrada, el establecimiento de una nueva farmacia en esta área urbana lo consideramos como un hecho muy positivo. Es más, este espacio del área este del núcleo urbano estradense es una de las más dinámicas desde el punto de vista socioeconómico y donde se están realizando una serie de construcciones e infraestructuras. Entre ellas destacan, además de la creación de un Centro de Salud, la reciente construcción de una nueva guardería y la renovación de las instalaciones de la Casa de la Música, que alberga el Conservatorio de Música municipal y varias bandas y asociaciones de música. En esta área también están las instalaciones de los museos municipales y hay ya proyectado el desarrollo de una nueva área comercial, infraestructuras, todas ellas, que ayudarán a aglutinar un mayor volumen de población en este entorno del núcleo de A Estrada. En segundo lugar, e independientemente de la obligada necesidad de cumplir con la normativa vigente sobre las distancias de las farmacias de nueva apertura o traslado con respecto a los centros de salud, en el caso concreto de A Estrada consi-

deramos que es preciso aproximar, en la medida de lo posible, una farmacia a este espacio. Este sería el modo de aprovechar todas las potencialidades y servicios que ofrecerá el nuevo Centro de Salud, ya que la mayoría de la población que se traslade a él lo hará en automóvil, con la ventaja de que allí dispondrán de unas óptimas zonas de aparcamiento. De esta manera, una vez estacionado el vehículo, podrán acudir caminando tanto al Centro de Salud como a la farmacia y, así, tener cubiertas sus necesidades sanitarias (ver Figura 4).

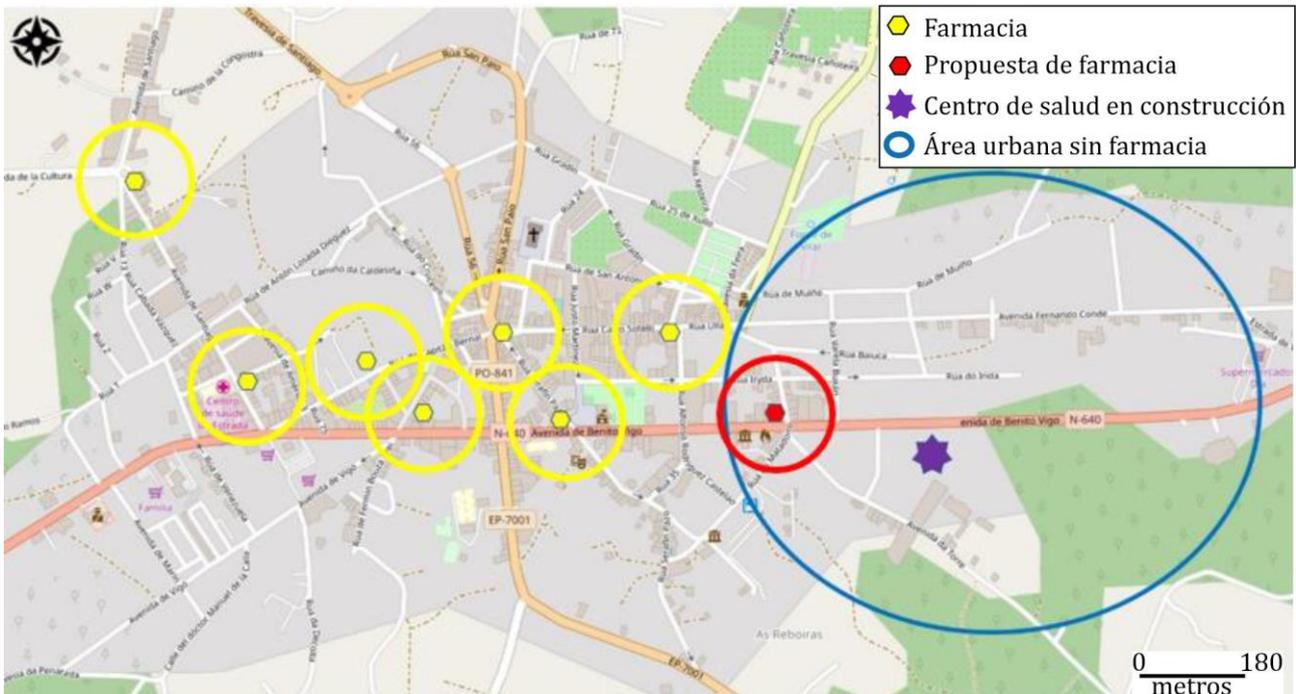


Figura 4. Localización territorial de las farmacias del núcleo urbano de A Estrada, del Centro de Salud en construcción y la situación de la propuesta de traslado de farmacia. Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por GeaMap en 2019.

Tal y como mostramos en la Tabla 4, las farmacias más próximas al nuevo Centro de Salud están a una distancia en tiempo a pie de 10 minutos, aproximadamente, esto es, de 500 a 800 metros. Esta distancia puede parecer pequeña pero, al hacer el desplazamiento de ida y vuelta hasta donde se dejó el coche una vez recibida la consulta médica, se puede transformar en un trayecto demasiado largo para personas enfermas, de movilidad reducida o invalidez.

Tabla 4. Distancia en metros y minutos caminando desde el nuevo Centro de Salud a las farmacias del centro urbano de A Estrada

Nombre	Distancia (metros)	Tiempo (minutos)
Farmacia Madriñán	500	7
Farmacia Eirín	600	8
Farmacia Fenollera	800	10
Farmacia Durán	900	12
Farmacia Outón	1.000	14
Farmacia Losada	1.200	16
Farmacia Rodríguez	1.600	21

Fuente: elaboración propia a partir de datos facilitados por Google Maps en 2019.

Esta distancia aumenta para las personas que se desplacen desde la nueva área de expansión comercial en desarrollo. Además, según la documentación municipal, muchas de las parcelas contiguas al nuevo Centro de Salud son de titularidad municipal, y en un período corto de tiempo posiblemente sean cedidas a la Administración autonómica para la construcción de los nuevos juzgados del partido judicial y otros servicios públicos como una residencia de ancianos.

5. Discusión de resultados

En este apartado se hace mención únicamente al estudio del caso analizado, sin incluirlo en un contexto internacional o en otro ámbito científico. De este modo, nos centramos en discutir sobre los resultados obtenidos y sobre cualquier otra información producida por nuestra investigación que nos permita dar respuesta a nuestro objetivo, como paso preliminar al desarrollo de las conclusiones.

El mejor modo de contrastar los resultados de nuestra valoración territorial sobre la propuesta de traslado de la oficina de farmacia es mediante una sucesión de puntos, con la consiguiente reflexión tras el análisis de los diferentes datos y de las realidades socioeconómicas del territorio que nos preocupa. Este apartado sigue la misma estructura de los contenidos del artículo.

Desde el punto de vista de su caracterización territorial, en el municipio de A Estrada existe un claro dualismo entre la evolución socioeconómica de la parroquia de San Paio, donde está el núcleo urbano, y el resto de las parroquias. Por un lado, la villa de A Estrada cada vez concentra más servicios públicos y privados, aumentando el número de habitantes, frente al resto de las parroquias, que pierden población. Existe un hecho que consideramos clave en este proceso de dinamismo actual y futuro: la aprobación del PXOM. Hasta hace cuatro años, el municipio de A Estrada tenía su ordenación del territorio “dirigida” legalmente por unas normas subsidiarias del año 1978. En consecuencia, desde que tiene una legislación territorial actual, la villa de A Estrada está resolviendo demandas del pasado, como son la creación de nuevas viviendas, una nueva guardería municipal (la Xunta de Galicia no ejecutaría esta inversión si no tuviera previsto que el servicio ya estaba cubierto), un nuevo centro de salud o las nuevas áreas comerciales.

Desde hace poco, ya están a pleno funcionamiento la Academia Galega de Seguridade Pública, espacio para los profesionales de emergencias, protección civil y seguridad de Galicia, así como la Axencia Galega de Emerxencias (AXEGA), un ente instrumental encargado del estudio y de la ejecución política autonómica en materia de protección civil y de gestión de emergencias. Por tanto, el núcleo de A Estrada está recibiendo el desplazamiento de todas aquellas personas que trabajan en estos centros, así como de aquellas que demandan parte de sus servicios formativos, reuniones... Estos profesionales generan una serie de beneficios económicos en el comercio y en la hostelería estradense. Además, existen previsiones de que algunos de estos individuos acabe desplazándose definitivamente al núcleo urbano de A Estrada por motivos laborales.

En lo que concierne estrictamente a los servicios de salud, hoy en día en la villa de A Estrada se encuentra un único Punto de Atención Continuada del territorio, donde se deben desplazar los vecinos de todas las parroquias fuera de los horarios comunes de apertura de los centros de salud. Se trata de un desplazamiento perfectamente asumido por la centralidad y la accesibilidad de la villa.

En lo relativo al análisis de la localización, la situación actual de la oficina de farmacia de Oca presenta una serie de debilidades muy claras. En primer lugar, está aislada, fuera de cualquier asentamiento de población que asegure el desplazamiento caminando de un número mínimo de población a la farmacia. En segundo lugar, aunque próxima en distancia al Centro de Salud de Oca, en cuanto al tiempo caminando está muy mal comunicada, casi inviable, siendo “obligatorio” el uso del automóvil. En tercer lugar, para llegar a la farmacia es necesario emplear algún medio de locomoción, lo que se enlaza con otra debilidad, como es la competencia de las oficinas próximas de otros municipios que están mucho mejor localizadas en los márgenes de una carretera nacional como es la N-525.

Hacemos hincapié en destacar la competencia que soporta la farmacia de Oca por parte de las farmacias de los municipios de Silleda y de Vedra, pues estas quedan a una distancia similar (en coche) y

mucho más próximas que las del núcleo urbano de A Estrada. Porque lo que debemos de tener claro es que las personas, al salir del Centro de Salud de Oca, piensan en qué farmacia les queda de camino, sin importarles en qué municipio se encuentre. Dentro de la localización territorial estratégica de las oficinas de farmacia del municipio de A Estrada, consideramos que es mucho mejor la situada en O Foxo, en la parroquia de Rubín, pues no tiene otras a poca distancia y está al lado de una carretera nacional.

En cuanto a la localización de la propuesta de traslado de la farmacia, nos parece muy adecuada a fin de cubrir la demanda segura que surgirá en el corto y medio plazo. Em efecto, como representamos en la Figura 3, en el área este del núcleo urbano de A Estrada no hay ninguna farmacia y, además del nuevo Centro de Salud, se desarrollará un área comercial, se acaba de inaugurar una guardería y están previstas otras actuaciones urbanísticas.

En la actualidad, las siete farmacias de la villa de A Estrada están localizadas en las áreas central, norte y oeste. El traslado de la farmacia a la Avenida Benito Vigo permitiría que el servicio sanitario fuera más completo para las personas que tengan consulta médica en el nuevo Centro de Salud, sin necesidad de emplear el automóvil o de recorrer una distancia considerable caminando, así como favorecer el aprovechamiento de la infraestructura y de los servicios del nuevo Centro de Salud, principalmente las áreas de aparcamiento de fácil acceso.

El estudio demográfico nos confirma que el envejecimiento demográfico no es una realidad única del municipio de A Estrada. Sin embargo, no significa que se vayan a producir actuaciones pertinentes para solucionarlo. De todas formas, la villa de A Estrada es la excepción de las 51 parroquias del municipio de A Estrada, por lo que, en el caso de crear o trasladar una farmacia, la parroquia de San Paio debería de ser el lugar escogido.

De entre las farmacias del rural estradense, aquellas que se encuentran fuera de la villa de A Estrada, la que tiene menos población es la de Oca, con 225 habitantes, frente a las 310 de San Xurxo de Veá y a las 377 de Codeseda. Por tanto, desde el punto de vista demográfico no tiene mucho sentido mantener una farmacia en esta área del municipio, aunque sí se debiera mantener un dispensario, un gabinete de medicina de farmacia.

6. Conclusiones

Con el objetivo común de realizar la valoración territorial sobre las consecuencias que tendría en la población del municipio de A Estrada el traslado de una oficina de farmacia de una parroquia a otra, tras la realización de un informe pericial y también del presente artículo científico, consideramos que se trata de un traslado positivo para el municipio, pero con un par de condicionantes.

En primer lugar, hay que reiterar que existe una normativa exclusiva sobre la creación y el traslado de oficinas de farmacia, siguiendo unos criterios establecidos de población y de distancias, que conocemos y respetamos. No obstante, en este caso parece que estos criterios no se adecúan a las características territoriales de este municipio del interior de la provincia de Pontevedra. De ahí, la necesidad de mostrar la capacidad de análisis de la Geografía para ofrecer un mejor servicio a la población, en este caso un servicio sociosanitario, farmacéutico. Por último, aclaramos que, independientemente, de la resolución final que se aplique desde la Justicia, estaremos atentos e intentaremos analizar las consecuencias de esta respuesta judicial en próximas investigaciones. Igualmente, confirmamos nuestro interés en analizar la realidad territorial del mapa farmacéutico a otras escalas, como la de la Comunidad Autónoma y la de toda España.

En segundo lugar, abogamos por que se mantenga un gabinete de medicina de farmacia para la escasa población de la parroquia de Oca, aunque sea por un tiempo limitado. De hecho, como comprobamos, el número de habitantes en pocas décadas será muy reducido. Este descenso demográfico puede suponer, incluso, el futuro cierre del Centro de Salud. Esa debiera ser la referencia temporal. Mientras exista el Centro de Salud, debería mantenerse el gabinete de medicina de farmacia. De esa manera, la población de esa parroquia rural no perdería un servicio sanitario que tuvo en las últimas décadas.

Por último, queremos hacer hincapié en destacar que la Geografía Aplicada constituye una herramienta de análisis territorial sumamente potente e incluso, nos atrevemos a decir, única frente a otras disciplinas que no tienen en cuenta todas estas variables presentes en nuestras investigaciones desde la Geografía. Este trabajo, entre otros, sirve como ejemplo de la implicación diaria y de la capacidad de solucionar conflictos territoriales que puede y debe tener la Geografía Aplicada en la sociedad actual en su más amplio sentido (localización de servicios, infraestructuras o industrias, entre otros), en este caso, relacionada con la Geografía de la Salud, así como evidenciar su afinidad y coincidencia de interés con la Economía.

Bibliografía

- Agbonifo, P. O. (1983). The state of health as a reflection of the level of development of a nation. *Social Science and Medicine*, 17(24), 2003-2006. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90140-5](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90140-5)
- Bachiller, J. M., Gil, E., y Molina de la Torre, I. (2012). Los centros comarcales de servicios. En J. M. Delgado Urrecho (Dir.), *Población y poblamiento en Castilla y León* (pp. 811-968). Valladolid: Consejo Económico y Social de Castilla y León. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/9066>
- Bailly, A., y Périat, M. (1995). *Médecimétrie. Une nouvelle approche de la santé*. Paris, France: Economica. DOI: <https://doi.org/10.7202/022611ar>
- Banister, D. (2011). The trilogy of distance, speed and time. *Journal of Transport Geography*, 19(4), 950-959. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtrangeo.2010.12.004>
- Baraja Rodríguez, E. (2003). La despoblación, un fenómeno demográfico todavía vigente en Castilla y León. En F. García Pascual (Coord.), *La lucha contra la despoblación todavía necesaria. Políticas y estrategias sobre la despoblación rural en el siglo XXI* (pp. 105-126). Zaragoza: Centro de Estudios sobre la Despoblación y el Desarrollo de Áreas Rurales (CEDDAR). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3076>
- Barredo, J. (1997). *Aplicación de técnicas de análisis espacial integrando evaluación multicriterio y sistemas de información geográfica para la realización de estudios de localización/asignación de actividades*. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=113902>
- Bosque, J., y Franco, S. (1995). Modelos de localización-asignación y evaluación multicriterio para la localización de instalaciones no deseables. *Serie Geográfica*, 5, 97-114. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/58902313.pdf>
- Bosque, J., y Moreno, A. (2004). *Sistemas de información geográfica y localización óptima de instalaciones y equipamientos*. Madrid: RA-MA. Recuperado de: https://www.ra-ma.es/libro/sistemas-de-informacion-geografica-y-localizacion-optima-de-instalaciones-y-equipamientos_48455/
- Carver, S. J. (1991). Integrating multicriteria evaluation with geographical information systems. *International Journal of Geographical Information Systems*, 5(3), 321-339. DOI: <https://doi.org/10.1080/02693799108927858>
- Christaller, W. (1933). *Die Zentralen Orte in Süddeutschland*. Jena, Germany: Gustav Fischer Verlag.
- Comber, A. J., Brunsdon, C., y Radburn, R. (2011). A spatial analysis of variations in health access: Linking geography, socio-economic status and access perceptions. *International Journal of Health Geographics*, 10, 44. DOI: <https://doi.org/10.1186/1476-072X-10-44>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2019). *Estadísticas de colegiados y farmacias comunitarias 2017*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Recuperado de: <https://www.portalfarma.com/>
- Cooke, P. (1985). Class practices as regional markers: A contribution to labour geography. En D. Gregory y J. Urry (Eds.), *Social relations and spatial structures* (pp. 213-241). London, UK: MacMillan. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-349-27935-7_10
- Crooks, V. A., Andrews, G. J., y Pearce, J. (2018). *Routledge Handbook of Health Geography*. London, UK: Routledge Handbook Online. Recuperado de: <https://www.routledge.com/Routledge-Handbook-of-Health-Geography/Crooks-Andrews-Pearce/p/book/9781138098046>
- Davies, B. P. (1968). *Social needs and resources in local services: A study of variations in provision of social services between local authority areas*. London, UK: Joseph Rowntree. Recuperado de: <https://kar.kent.ac.uk/27434/>

- Farmaconsulting. (2019). <https://www.farmaconsulting.es/>
- FarmaQuatrium. (2019). <https://www.farmaquatrium.es/>
- Fernández Fernández, M., López-Penabad, M.-C., e Iglesias Casal, A. (2020). Socio-economic challenges of demographic change. *Revista Galega de Economía*, 29(2), 1-3.
Retrieved from: <https://revistas.usc.gal/index.php/rge/article/view/7177>
- Ferraz, A. C. P., y Torres, I. G. E. (2004). *Transporte público urbano*. (2ª ed.). São Carlos, Brasil: Rima.
- Fujita, M., y Krugman, P. (2004). The new economic geography: Past, present and the future. En R. J. G. M. Florax e D. A. Plane (Eds.), *Fifty years of regional science. Advances in spatial science* (pp. 239-164) Berlin, Heidelberg, Germany: Springer. Recuperado de: https://doi.org/10.1007/978-3-662-07223-3_6
- Garb, J. L., y Wait, R. B. (2011). Using spatial analysis to improve health care services and delivery at baystate health. *Journal of Map & Geography Libraries*, 7(3), 190-208.
DOI: <https://doi.org/10.1080/15420353.2011.599768>
- Gatrell, A. C. (1998). Structures of geographical and social space and their consequences for human health. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 79(3), 141-154.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.0435-3684.1997.00014.x>
- Gatrell, A. C. (2002). *Geographies of health: An introduction*. Oxford, UK: Blackwell.
- GeaMap. (2019). <http://www.geamap.com/>
- Gesler, W. M., y Kearns, R. A. (2002). *Culture/Place/Health*. London, UK: Routledge.
DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203996317>
- Gilbert, A. (1988). The new regional geography in English and French-speaking countries. *Progress in Human Geography*, 12(2), 208-228. DOI: <https://doi.org/10.1177/030913258801200203>
- González Pérez, J. M. (2001). La demanda de una verdadera ordenación territorial sanitaria en Galicia. Desarrollo actual del mapa de salud: ¿cuándo y para qué? *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 29, 29-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1318661>
- Gómez-Limón, J. A., Atance, I., y Rico, M. (2007). Percepción pública del problema de la despoblación del medio rural en Castilla y León. *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, 6, 9-60. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2515508>
- Googlemaps. (2019). <https://www.google.com/maps>
- Gould, P. (1993). *The slow plague: A geography of the AIDS pandemic*. Oxford, UK: Blackwell.
DOI: <https://doi.org/10.1177/030913259401800222>
- Graham, H. (Ed.). (2000). *Understanding health inequalities*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Harvey, D. (1973). *Social Justice, and the City*. London, UK: Edward Arnold.
DOI: <https://doi.org/10.1017/S0047279400001094>
- Haynes, R. (2016). *The geography of health services in Britain*. London, UK: Routledge.
- Howe, G. M. (1977). *A world geography of human diseases*. London, UK: Academic Press.
- Hunter, J. M. (1974). *The geography of health and disease*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina.
- Instituto Galego de Estatística. (2018). *Padrón Municipal de Habitantes*. Santiago de Compostela: IGE. Recuperado de: https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=gl&codigo=0201001002
- Instituto Galego de Estatística. (2019). *Padrón Municipal de Habitantes*. Santiago de Compostela: IGE. Recuperado de: https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estadistica.jsp?idioma=gl&codigo=0201001002
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Cifras de población y Censos demográficos*. Madrid: INE. Recuperado de: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- Isard, W. (1956). *Location and space economy*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Janssen, R., y Rietveld, P. (1990). Multicriteria analysis and geographical information systems: An application to agricultural land use in the Netherlands. En H. Scholten y J. Stivell (Eds.), *Geographical information systems for urban and regional planning* (pp. 129-139). Dordrecht, Netherlands: Kluwer.
DOI: https://doi.org/10.1007/978-94-017-1677-2_12
- John Snow Society. (2020). www.johnsnowsociety.org
- Jones, K., Gould, M. I., y Duncan, C. (2000). Death and deprivation: An exploratory analysis of deaths in the Health and Lifestyle Survey. *Social Science and Medicine*, 50(7-8), 1059-1079.
DOI: [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00355-X](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00355-X)
- Jones, K., y Moon, G. (1987). *Health, disease and society: An introduction to medical geography*. London, UK: Routledge & Kegan Paul. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/234015155_Health_Disease_and_Society_A_Critical_Medical_Geography

- Joseph, A. E., y Phillips, D. R. (1984). *Accessibility & utilization. Geographical perspectives on health care delivery*. London, UK: Harper & Row. Recuperado de: <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/accessibility-and-utilization-geographical-perspectives-on-health>
- Kleindorfer, D., Xu, Y., Moomaw, C. J., Khatri, P., Adeoye, O., y Hornung, R. (2009). US geographic distribution of rt-PA utilization by hospital for acute ischemic stroke. *Stroke*, 40(11), 3580-3584. DOI: <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.554626>
- Knox, P. L. (1975). *Social well-being: A spatial perspective*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Knox, P. L. (1978). The intraurban ecology of primary medical care: Patterns of accessibility and their policy implications. *Environment and Planning A*, 10(4), 415-435. DOI: <https://doi.org/10.1068%2Fa100415>
- Knox, P. L. (1979). Medical deprivation, area deprivation and public policy. *Social Science and Medicine*, 13(2), 111-121. DOI: [https://doi.org/10.1016/0160-8002\(79\)90057-1](https://doi.org/10.1016/0160-8002(79)90057-1)
- Kravitz, R. L., Paterniti, D. A., Epstein, R. M., Rochlen, A. B., Bell, R. A., Cipri, C., Fernández y García, E., Feldman, M. D., y Duberstein, P. (2011). Relational barriers to depression help-seeking in primary care. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 207-213. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.pec.2010.05.007>
- Krugman, P. (1992). *Geografía y comercio*. Barcelona: Antoni Bosch.
- Lewis, N. D., y Mayer, J. D. (1988). Disease as natural hazard. *Progress in Human Geography*, 12(1), 15-33. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F030913258801200102>
- Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. Legislación consolidada. Jefatura del Estado. *Boletín Oficial del Estado*, 100, de 26 de abril de 1997. Referencia: BOE-A-1997-9022. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-9022>
- Ley 3/2019, de 2 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, 130, de 10 de julio de 2019. Recuperado de: https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2019/20190710/AnuncioC3B0-050719-0001_es.html
- Lois, R. C. (1993). Problemas para a delimitación dos espazos urbanos e rurais. En Asociación Galega de Historiadores, *Concepcións espaciais e estratexias na Historia de Galicia* (pp. 201-223). Santiago de Compostela: Tórculo. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=446571>
- Lois, R. C. (2005). Desenvolvemento e planeamento urbanos en Galicia. En M. A. Fernández (Coord.), *Planificación do territorio, urbanismo e educación ambiental* (pp. 15-41). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Lösch, A. (1940). *Die Räumliche Ordnung der Wirtschaft*. Jena, Germany: Gustav Fischer Verlag.
- Massey, D. (1984). *Spatial divisions of labour: Social structures and the geography of production*. London, UK: MacMillan. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446213742.n10>
- Massey, D. (1990). L' «estudi de localitats» en Geografía Regional. *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 21, 73-87. Recuperado de: <https://publicacions.iec.cat/repository/pdf/00000081/00000074.pdf>
- Mayhew, L. (2018). *Urban hospital location*. London, UK: Routledge. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/326010380_Urban_Hospital_Location
- Mayhew, L. D., y Leonardi, G. (1984). Resource allocation in multilevel spatial health care systems. En M. Clarke (Ed.), *Planning and analysis in Health Care Systems* (pp. 194-209). London, UK: Pion. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/328718641_Resource_allocation_in_multilevel_spatial_health_care_systems
- McAllister, D. M. (1976). Equity and efficiency in public facility location. *Geographical Analysis*, 8, 47-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1538-4632.1976.tb00528.x>
- McLaren, Z., Ardington, C., y Leibbrandt, M. (2013). Distance as a barrier to health care access in South Africa. *Working Paper Series*, 97. Cape Town, Southern Africa: South Africa Labour and Development Research Unit. Recuperado de: https://econpapers.repec.org/scripts/redirector.php?u=http%3A%2F%2Fwww.opensaldru.uct.ac.za%2Fbitstream%2Fhandle%2F11090%2F613%2F2013_97.pdf%3Fsequence%3D1:h=repec:ldr:wpaper:097
- Miramontes Carballada, A. (2016). Reseña bibliográfica de *A Galicia urbana*. *Revista Galega de Economía*, 25(1), 183-184. Recuperado de: <https://revistas.usc.gal/index.php/rge/article/view/3039>
- Mohan, J. (1988). Restructuring privatization and the geography of health care provision in England, 1983-1987. *Transactions of the Institute of British Geographers*, 13(4), 449-465. DOI: <http://doi.org/10.2307/622741>
- Moisi, J. C., Nokes, D. J., Gatakaa, H., Williams, T. N., Bauni, E., Levine, O. S., y Scott, J. A. G. (2011). Sensitivity of hospital-based surveillance for severe disease: A geographic information system analysis of access to care in Kilifi district, Kenya. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 102-111. DOI: <http://doi.org/10.2471/BLT.10.080796>

- Molinero, F. (2012). Las intensas transformaciones del mundo rural castellano-leonés: la marcha hacia el cuarto paradigma de desarrollo rural. En J. M. Delgado Urrecho (Dir.), *Población y poblamiento en Castilla y León* (pp. 557-636). Valladolid: Consejo Económico y Social de Castilla y León.
Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/9066>
- Morrill, R. L. (1974). *The spatial organisation of society*. Belmont, MA: Duxburg Press.
- Morrill, R. L., y Erickson, R. J. (1970). Priest factors influencing distances traveled to hospitals. *Economic Geography*, 46(2), 161-172.
- Navarro, V. (1976). *Medicine under capitalism*. New York, NY: Prodist.
- Oliva Denis, R. D., y Aldrey Vázquez, J. A. (2018). Padróns de distribución territorial da poboación estranxeira en Galicia, 1997-2017. *Revista Galega de Economía*, 27(2), 49-60.
Recuperado de: <https://revistas.usc.gal/index.php/rge/article/view/5657>
- Pacione M. (Ed.) (1986). *Medical geography: Progress and prospect*. London, UK: Routledge.
- Paul, G.K. (1985). Approaches to Medical Geography: An historical perspective. *Social Science and Medicine*, 20(4), 399-409. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(85\)90015-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90015-2)
- Pereira, J. M. C., y Duckstein, L. (1993). A multiple criteria decision-making approach to GIS-based land suitability evaluation. *International Journal of Geographical Information Systems*, 7(5), 407-424.
DOI: <https://doi.org/10.1080/02693799308901971>
- Price, D. G., y Blair, A. M. (1989). *The changing geography of the service sector*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Precedo, A. J. (1974). Galicia: red urbana y desarrollo regional. *Boletín de la Real Sociedad Geográfica*, 110, 161-220. Madrid: Real Sociedad Geográfica.
- Precedo, A. J. (1987). *Galicia: estructura del territorio y organización comarcal*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Pyle, G. F. (1980). *New directions in medical geography*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Pyle, G. F. (1986). *The diffusion of influenza: Patterns and paradigms*. London, UK: Rowman & Littlefield.
- Barcellos, C., y Santos, S. M. (Eds.). (2006). *Abordagens espaciais na saúde pública*. (Serie Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde, volume 1). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/serie_geoproc_vol_1.pdf
- Rodríguez, R. (1997). *La urbanización del espacio rural en Galicia*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Rodríguez, R. (1999). *De aldeas a ciudades*. Vigo: Ir Indo.
- Santana, A. P. (1995). *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em geografia da saúde*. (Tesis doctoral en Letras (Geografía Humana)). Coimbra, Portugal: CCRC/ARSC.
Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10316/631>
- Santana, A. P. (2005). *Geografias da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendências em Portugal*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Scott, A. J. (1970). Location-Allocation systems: A review. *Geographical Analysis*, 2(2), 95-119.
DOI: <http://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1970.tb00149.x>
- Serrano, A. (2016). *Geografía de la salud*. Bloomington, IN: Palibrio.
- Smith, N. (1984). *Uneven development: Nature, capital and the production of space*. Oxford, UK: Blackwell.
- Teitz, M. B. (1968). Towards a theory of urban facility location. *Papers of the Regional Science Association*, 21(1), 35-51. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1435-5597.1968.tb01439.x>
- Townsend, P., y Davidson, N. (1988). The Black Report. En P. Townsend y N. Davidson (Eds.), *Inequalities in Health*. Suffolk, UK: Penguin.
- Urry, J. (1981). Localities, regions and social classes. *International Journal of Urban and Regional Research*, 5(4), 455-473. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2427.1981.tb00563.x>
- Vasconcellos, E. A. (2000). *Transporte urbano nos países em desenvolvimento*. São Paulo, Brasil: Annablume.
- Vinuesa, J., y Puga, D. (2007). *Técnicas y ejercicios de demografía*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Voogd, H. (1983). *Multicriteria evaluation for urban and regional planning*. London, UK: Pion. Recuperado de: <https://pure.tue.nl/ws/files/3744610/102252.pdf>
- von Thünen, J. H. (1826). *Der Isolierte Staat in Beziehung auf Landschaft und Nationalökonomie*. Hamburg, Germany.
- Weber, A. (1909). *Über den Standort der Industrien*. Tübingen, Germany: J. C. B. Mohr.
- Whitehead, M. (Ed.). (1988). *Inequalities in health*. Suffolk, UK: Penguin.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London, UK: Routledge.
- Zaidi, S. A. (1994). Planning in the health sector: For whom, by whom? *Social Science and Medicine*, 39(9), 1385-1393. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90369-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90369-7)