LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN EL ÁMBITO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN:

APOSTANDO POR UN BIENESTAR INTEGRAL

Director
Juan José Fernández Domínguez

Coordinadora
Henar Álvarez Cuesta

Prólogo de
Tomás Quintana López



Junta de Castilla y León
Europa impulsa nuestro crecimiento
UNIÓN EUROPEA
Fondo Europeo de Desarrollo Regional
COLEX

COLEX READER



¡Gracias por confiar en Colex!

La obra que acaba de adquirir incluye de forma gratuita la versión electrónica. Acceda a nuestra página web para aprovechar todas las funcionalidades de las que dispone en nuestro lector.

Funcionalidades eBook

Acceso desde cualquier dispositivo

Idéntica visualización a la edición de papel

Navegación intuitiva

Tamaño del texto adaptable

Puede descargar la APP «Editorial Colex» para acceder a sus libros y a todos los códigos básicos actualizados.

Available on the iPhone App Store

GET IT ON Google play

Síguenos en:

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN EL ÁMBITO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN:

APOSTANDO POR UN BIENESTAR INTEGRAL

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN EL ÁMBITO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN:

APOSTANDO POR UN BIENESTAR INTEGRAL

Director

Juan José Fernández Domínguez

Coordinadora

Henar Álvarez Cuesta

Prólogo de

Tomás Quintana López

COLEX 2023







Investigación realizada en el marco del Proyecto de Investigación LE013P20 de la Junta de Castilla y León «La prestación de servicios socio-sanitarios en el ámbito rural de Castilla y León: apostando por un bienestar integral». IP: Juan José Fernández Domínguez.

Copyright © 2023

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) garantiza el respeto de los citados derechos.

Editorial Colex S.L. vela por la exactitud de los textos legales publicados. No obstante, advierte que la única normativa oficial se encuentra publicada en el BOE o Boletín Oficial correspondiente, siendo esta la única legalmente válida, y declinando cualquier responsabilidad por daños que puedan causarse debido a inexactitudes e incorrecciones en los mismos.

Editorial Colex S.L. habilitará a través de la web www.colex.es un servicio online para acceder a las eventuales correcciones de erratas de cualquier libro perteneciente a nuestra editorial, así como a las actualizaciones de los textos legislativos mientras que la edición adquirida esté a la venta y no exista una posterior.

© Juan José Fernández Domínguez
© Henar Álvarez Cuesta

© Editorial Colex, S.L.
Calle Costa Rica, número 5, 3.º B (local comercial)
A Coruña, C.P. 15004
info@colex.es
www.colex.es

SUMARIO

PRÓLOGO

Tomás Quintana López

Prólogo 15

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE LA ESTRUCTURA TERRITORIAL DE ESPAÑA: INSTRUMENTOS Y MEDIDAS JURÍDICAS RELATIVAS A LOS PEQUEÑOS MUNICIPIOS

Dionisio Fernández de Gatta Sánchez

I. La compleja estructura territorial de España 21
II. Principales problemas de los Municipios 23
1. El progresivo aumento de las funciones y obligaciones municipales 23
2. El persistente régimen uniforme y homogéneo de la Administración Local . . 27
3. Incidencia de las crisis actuales 29
III. Reformas normativas e instrumentos para atajar los problemas municipales en la Legislación básica sobre Régimen Local 30
1. El nuevo sistema de creación y supresión de Municipios 31
2. El renovado régimen de las competencias municipales 34
3. Los regímenes municipales especiales 37
4. El régimen de las Mancomunidades municipales 38
5. Nuevas medidas: el Estatuto de los pequeños municipios 43
IV. Bibliografía 45

CAPÍTULO II

RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD Y HABITABILIDAD RURAL

Anabelén Casares Marcos

I. La promoción de la sostenibilidad urbana como contexto 51
II. La pandemia ocasionada por la Covid-19 como pretexto 55
III. La aportación de la innovación tecnológica a la habitabilidad rural 60
1. Oportunidades de la digitalización y dificultad de definir el modelo *smart* sobre el territorio 61

2. Incógnitas planteadas por el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia desde la perspectiva local 67
IV. Autonomía local y retos para la tecnología *smart* a la luz de las competencias locales 71
1. El alcance de la autonomía local constitucionalmente garantizada. 71
2. De la concreción a la constricción legislativa del ámbito competencial local. 74
V. Reflexión final 84
VI. Bibliografía 88

CAPÍTULO III

EL RÉGIMEN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN EL ÁMBITO RURAL EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN: LA APUESTA POR SU COORDINACIÓN. MEJORAS A EFECTUAR TRAS LA PANDEMIA

Miguel Ángel González Iglesias

I. Planteamiento 93
II. Conceptos: la asistencia sociosanitaria y el medio rural 95
1. Concepto de asistencia sociosanitaria 95
2. Concepto de medio rural. El problema de su despoblamiento 97
III. La gestión de la asistencia sociosanitaria 102
1. La protección de la salud y el modelo de gestión descentralizado: Estado y Comunidades Autónomas 102
2. Las competencias de los municipios en materia social y sanitaria 105
3. El contenido de la asistencia sanitaria: la asistencia sociosanitaria como prestación incluida en la cartera de servicios comunes 109
4. La estructura organizativa de los servicios sanitarios y sociales. 111
IV. Las estructuras de coordinación y la planificación sociosanitaria en Castilla y León. 115
V. Cuestiones a mejorar en atención sociosanitaria, en el medio rural, tras la pandemia 119
VI. Bibliografía 124

CAPÍTULO IV

LA DIMENSIÓN RURAL DEL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN: PERSPECTIVAS COMPARADA Y DE FUTURO

Juan José Fernández Domínguez

I. Sobre la urgencia de una planificación rural de la asistencia sanitaria. 127
II. La cuestión rural en el sistema sanitario castellano y leonés en el seno del sistema nacional de salud: una perspectiva comparada 130
1. Las variables en la combinación entre población/despoblación y dispersión/concentración: un panorama crítico en Castilla y León 131

2. La clara apuesta de Castilla y León por una opción más centralizadora en la ordenación de los servicios sanitarios y por una colaboración fluida con la iniciativa privada 137
2.1. Los diversos grados de descentralización en la ordenación de los servicios sanitarios 137
2.2. La colaboración con la iniciativa privada 152
III. La sanidad rural en los planes y estrategias de salud de Castilla y León: el *Documento Marco* 154
1. La atención a lo rural en los distintos planes y estrategias regionales 154
2. La proyección hacia el futuro a través del nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: *Documento Marco* 157

CAPÍTULO V

SERVICIOS SOCIOSANITARIOS PARA LA POBLACIÓN DE MAYOR EDAD: LA TELEASISTENCIA. ESPECIAL REFERENCIA A CASTILLA Y LEÓN

Beatriz Agra Viforcos

I. Introducción 163
II. Castilla y León como ejemplo que permite visibilizar las virtudes de la teleasistencia y la telemedicina 167
III. Concepto, orígenes y evolución de la teleasistencia en España 173
IV. Aspectos controvertidos de la teleasistencia y la telemedicina 176
V. La teleasistencia avanzada en Castilla y León 179
VI. Bibliografía 186

CAPÍTULO VI

LA ORDENACIÓN FARMACÉUTICA Y EL ACCESO AL MEDICAMENTO EN LAS ZONAS RURALES: ESPECIAL REFERENCIA A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

José Gustavo Quirós Hidalgo

I. Prestación farmacéutica vs ordenación farmacéutica 193
II. Algunos datos estadísticos nacionales y autonómicos sobre población y oficinas de farmacia 198
III. La ordenación farmacéutica sobre el número y ubicación de farmacias y su incidencia en el acceso al medicamento en las zonas rurales 200
1. Regulación vs liberalización del sector 201
2. Módulo de población para el establecimiento de farmacias 202
3. Distancia mínima entre oficinas de farmacia y otros centros sanitarios 207
IV. Alternativas adicionales para la promoción de la farmacia rural 208
V. Bibliografía 217

CAPÍTULO VII

CONFIGURACIÓN JURÍDICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN CASTILLA Y LEÓN. SU PROYECCIÓN EN LOS PEQUEÑOS MUNICIPIOS

Susana Rodríguez Escanciano

I. Asistencia social y servicios sociales. El protagonismo de las Comunidades Autónomas 223
II. Aproximación a la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León 226
III. Prestaciones esenciales. El catálogo de servicios sociales. 230
IV. El Plan Estratégico 2022-2025 235
V. La realidad social y demográfica en Castilla y León. La proliferación de municipios de escasa población. 236
VI. La prestación de servicios desagregada por colectivos. Algunos datos de interés para el ámbito rural 243
1. Centros de acción social como estructura organizativa 243
2. Personas con discapacidad 244
3. Personas mayores. 245
4. Previsiones comunes a personas mayores y personas con discapacidad . . 249
5. Infancia 251
6. Mujeres 253
7. Víctimas de violencia de género 254
8. Renta garantizada de ciudadanía 255
9. Bono social térmico 255
10. Extranjería 255
11. Protección a familias vulnerables 256
VII. Bibliografía 257

CAPÍTULO VIII

LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN CASTILLA Y LEÓN: EN PARTICULAR EN LAS ZONAS RURALES

Roberto Fernández Fernández

I. Introducción 261
II. Las principales actuaciones de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para garantizar la autonomía y prevenir la dependencia en las zonas rurales 262
1. El Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025 . 265
2. La Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021 266
III. Reflexión final 269
IV. Bibliografía 271

CAPÍTULO IX

LA PROTECCIÓN DE UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA Y DE FAMILIAS VULNERABLES EN EL MEDIO RURAL. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE LA CARTA SOCIAL EUROPEA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

M.ª de los Reyes Martínez Barroso

I. Introducción 273

II. Los derechos de las personas mayores: análisis desde el sistema de la Carta Social Europea y su protagonismo en la coordinación de las políticas sociales europeas 275

III. Instrumentos diseñados por la Carta Social Europea para garantizar el derecho de las personas de edad avanzada a su protección social y grado de consecución en el ordenamiento español, en general, y en la Comunidad de Castilla y León, en particular 278

1. La plena integración social de las personas mayores a través del fomento de su participación en la vida política, social y cultural 280

2. El respeto a la autonomía de la voluntad de los mayores para escoger el modo de vida: fomento de una vida independiente y en su entorno habitual 281

2.1. La disponibilidad de viviendas adaptadas 281

2.2. La prestación de asistencia sanitaria y sociosanitaria 283

2.3. El acceso a una atención residencial respetuosa con la vida privada y participativa 285

IV. El inevitable sesgo de género de los cuidados en el entorno familiar y las divergencias territoriales 288

V. Buenas prácticas o iniciativas autonómicas de atención a los mayores «en red» 291

VI. La atención de las familias más vulnerables en Castilla y León y los servicios sociales de atención a la infancia 292

VII. Bibliografía 296

CAPÍTULO X

REFLEXIONES ACERCA DE LAS POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE UNOS SERVICIOS SOCIALES ADECUADOS A LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LAS ZONAS RURALES DE CASTILLA Y LEÓN

Diego Megino Fernández

I. Planteamiento preliminar 301

II. La importancia de facilitar la integración social y una respuesta adecuada a las necesidades específicas 305

III. La centralidad de unos servicios sociales oportunos y suficientes 313

IV. Bibliografía 324

CAPÍTULO XI

MEDIDAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y SU APLICACIÓN EN LAS ÁREAS RURALES EN CASTILLA Y LEÓN

Javier Fernández-Costales Muñiz

I. Introducción 331
II. La discapacidad en la normativa 333
III. La discapacidad en el ámbito rural 337
IV. La discapacidad en el ámbito rural en Castilla y León 341
1. El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. 342
2. El Programa A gusto en mi casa 347
V. Bibliografía 351

CAPÍTULO XII

LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LAS ÁREAS RURALES DE CASTILLA Y LEÓN COMO OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE

M.ª Ángeles González Bustos

I. La necesidad de partir de datos a la hora de elaborar políticas públicas de igualdad 353
II. Instrumentos jurídicos adoptados en España para la igualdad en los territorios rurales 355
III. El impuso de la presencia femenina en el mundo rural y la lucha por la no discriminación en Castilla y León 362
IV. Bibliografía 369

CAPÍTULO XIII

POBREZA FEMENINA EN CASTILLA Y LEÓN: CAUSAS Y SOLUCIONES

Henar Álvarez Cuesta

I. Conceptos de pobreza 371
II Mujeres y pobreza en Castilla y León 376
III. Mecanismos de lucha contra la pobreza 377
IV. Mujeres destinatarias de las últimas redes de protección 389
V. Requisitos para acceder a la red de protección frente a la pobreza 393
VI. Cuantía y duración de las distintas prestaciones destinadas a combatir la pobreza en Castilla y León. 396
VII. Protección efectiva de las mujeres en situación de pobreza en Castilla y León 400
VIII. Bibliografía. 404

CAPÍTULO XIV

REFLEXIONES SOBRE POTENCIALES ACTUACIONES DE MEJORA DE LA SALUD EN LAS ZONAS RURALES

Rodrigo Tascón López

I. La salud de las personas en el ámbito rural: reflexión general 407
II. Algunos cauces para tratar de mejorar el estado general de salud de las personas en el entorno rural. 408
1. Fomento de una alimentación saludable por parte de la población rural . . . 413
2. Fomento de la actividad física y el deporte 416
3. Fomento del abandono de hábitos perjudiciales para la salud. 417
III. Conclusión crítica: el abandono del mundo rural y su repercusión sobre el estado de salud de sus habitantes 422
IV. Bibliografía 425

PRÓLOGO

El interés por la prestación de servicios en el medio rural que muestra el lector que tiene en sus manos este libro no se sentirá defraudado por el contenido que alberga con solo ojear el índice del mismo, pues ya permite advertir que está integrado por minuciosos estudios de un catálogo de servicios públicos, especialmente de aquellos que son más importantes para la vida de gran parte de las personas que residen en los miles de municipios rurales de nuestro país, muchas de las cuales, por sus circunstancias, pueden considerarse vulnerables.

También conviene dejar claro desde el inicio de estas breves reflexiones, realizadas a modo de prólogo de la obra, que pese a ser el estudio de los aspectos jurídicos relativos a la prestación de los servicios públicos en el medio rural de Castilla y León la referencia que guía a los autores, según indica su título, las cuestiones abordadas son, con toda seguridad, comunes a otras comunidades autónomas; es más, diría que a todas ellas, pues los problemas relacionados con la prestación de servicios a quienes residen en municipios rurales son, con muy pocas variaciones, los mismos en todas, si bien, ciertamente, la intensidad con que se manifiestan en los territorios rurales de las comunidades autónomas es muy diferente en función de la estructura geográfica y demográfica de cada una; especialmente la mayor o menor extensión del territorio rural de cada comunidad y la forma en que se distribuye la población en ellos. Dos parámetros que, además, admiten distintas combinaciones, como se pone de manifiesto si comparamos, por ejemplo, Castilla y León y Andalucía, pues si bien ambas tienen una amplia extensión territorial, el número de habitantes de una y otra en muy diferente, en favor de Andalucía, a lo que se une el también diferente número de municipios de una y otra, en este caso, abrumadoramente mayor el de Castilla y León, lo que determina que la distribución de la población entre grandes ciudades, medianos y pequeños municipios sea muy distinta en una y otra Comunidad Autónoma; es decir, la estructura demográfica no es ni tan siquiera semejante.

En línea con lo señalado, como, por otra parte, es bien conocido, Castilla y León es, entre todas, la Comunidad de mayor extensión territorial y, por ello, de

mayor espacio rural, circunstancias que, conjuntamente con la considerable población que reside en un gran número de pequeños municipios y, dentro de estos, en muchos casos en otras pequeñas localidades (entidades locales menores), determinan la escasa densidad demográfica que la caracteriza; todo lo cual justifica plenamente que la prestación de servicios en el medio rural de Castilla y León concite un especial interés en la Comunidad y, por ello, haya centrado la atención de un selecto grupo de profesores universitarios comprometidos con la búsqueda de soluciones a los problemas que afectan al disfrute de las prestaciones inherentes a los servicios públicos por muchos de sus conciudadanos, disfrute que, conviene tenerlo muy presente, es otra cara del ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución, el Estatuto de Autonomía y, en su conjunto, por el ordenamiento jurídico, a todas las personas que residen en Castilla y León, con independencia de que lo hagan en las ciudades o en los miles de municipios situados en el medio rural.

Conocedores de la Comunidad en que desarrollan su trabajo, los autores, atentos a la cuestión demográfica en el ámbito rural, son plenamente conscientes de la especial consideración que merece el estudio de los servicios sanitarios y sociosanitarios ante una realidad marcada por una población comparativamente más envejecida en los municipios rurales que la que reside en las ciudades, envejecimiento que, naturalmente, va acompañado de las habituales pluripatologías que suelen afectar a las personas mayores; así como por un alto porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad asociada a la edad avanzada, lo que las convierte en dependientes. Una población, además, dispersa en miles de pueblos, como tradicionalmente se conoce a las pequeñas localidades, a la que hay que prestar un servicio sanitario que se reclama, como siempre se ha venido prestando, de forma presencial, pese a que, ciertamente, los prestatarios hayan ido disminuyendo con el tiempo, lo que obliga a buscar fórmulas que permitan concentrar los medios humanos y materiales con los que se presta el servicio, con objeto de que sean adecuados, incluyendo el complemento imprescindible que hoy proporcionan los recursos tecnológicos; todo ello en un contexto marcado por las cada vez más evidentes dificultades para contar con personal facultativo que pueda ocuparse del servicio sanitario en los miles de centros de salud y consultorios locales existentes en el extenso territorio rural de Castilla y León.

Problemas relacionados con el servicio sanitario que aumentan por la creciente disminución de oficinas de farmacia en el medio rural, como consecuencia —una más— de la despoblación que viene sufriendo desde hace décadas, que en este caso afecta a un servicio que, como otros, progresivamente va dejándose de prestar; con el agravante de que la disposición de medicamentos en el entorno resulta fundamental debido a las dificultades para desplazarse que sufren las personas mayores por problemas de movilidad u otras patologías habituales propias de la edad avanzada, tipo de personas que son las que predominan en los municipios rurales.

Las consideraciones anteriores y, más aún, los estudios que los autores ofrecen como capítulos de la presente obra sobre diferentes cuestiones que afectan a la prestación del servicio sanitario en el medio rural, son demostrativos no solo del interés que encierran los temas tratados, sino del carácter poliédrico de la atención sanitaria a quienes residen en el medio rural. Así se puso de manifiesto también en las XXXV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas en León los días 20 y 21 de octubre de 2022[1], en las que fue objeto de estudio y debate, desde diversas perspectivas, la prestación de ese servicio público en el ámbito rural; unas jornadas de trabajo que también sirvieron para constatar de forma empírica que los problemas no son diferentes en las distintas comunidades autónomas, pues en todas ellas, como reflejaron las intervenciones de quienes participaron en representación de las Defensorías, se vienen produciendo problemas que de forma similar afectan a la prestación del servicio de sanidad, según reflejan las reiterada quejas que los ciudadanos presentan ante las correspondientes Instituciones de protección de los derechos de las personas. Si bien, ciertamente, como antes he indicado, aunque los problemas son similares en todas las comunidades autónomas, la afectación e intensidad son diferentes en función de la extensión del territorio rural de cada una de ellas y de su estructura demográfica, por lo que, atendiendo a estos parámetros, es la de Castilla y León la que seguramente haya de hacer frente a las mayores dificultades para prestar el servicio de sanidad en el medio rural, dada su extensión territorial y la dispersión de una parte importante de la población.

Además, las cuestiones que suscita la prestación sanitaria en los municipios rurales se hallan estrechamente unidas a las que plantea la asistencial, es decir, las que se refieren a la vida de las personas mayores no enfermas o afectadas por dolencias habituales en los mayores que, por su edad, ya no pueden valerse, en mayor o menor medida, por sí mismas, y que, por ello, requieren de la ayuda de terceras personas; unas cuestiones estrechamente unidas a las surgen en la prestación del servicio sanitario, pero diferentes, que se sitúan en el denominado sector de los cuidados, bien sean de los proporcionados de forma institucionalizada, es decir, en residencias de mayores, o bien en los propios domicilios. En todo caso, una y otra forma de proporcionar los cuidados que requieren las personas mayores, al tratarse de un servicio público, sea de gestión directa por la Administración o bien a través de particulares, especialmente en este último caso, la Administración no puede desentenderse de cómo se está prestando el servicio, por lo que ha de proyectar el ejercicio de sus potestades, sean de inspección e, incluso, sancionadoras en caso de que fuera necesario, para asegurar una prestación de calidad en todos los sentidos; para lo que ha de exigir el cumplimiento de las

1 Las conclusiones pueden ser consultadas en https://www.procuradordelcomun.org/documento-de-interes/3/conclusiones-de-las-xxxv-jornadas-de-coordinacion-de-defensores-del-pueblo/1/

ratios de personal conforme se halla previsto en la normativa sectorial, sea en cuanto al número de personas como a la formación necesaria que han de poseer para prestar el servicio en las mejores condiciones, exigencias cuyo cumplimiento no puede ser ajeno al ejercicio de las potestades que, como las anteriormente citadas, ostenta la Administración.

Desgraciadamente, en los municipios rurales, como una consecuencia más de la despoblación que vienen sufriendo y como reverso del predominante envejecimiento de las personas que en ellos residen, faltan personas jóvenes y con ello, en una situación marcada por la escasa natalidad en general, los nacimientos son cada vez más escasos, por lo que la prestación del servicio público de educación resulta más compleja de gestionar y, en términos económicos, más costosa de realizar, por lo que ha de reconocerse el esfuerzo que la Administración debe realizar para proporcionar, como es de justicia, un servicio que resulta fundamental para los niños y niñas que forman parte de familias que residen en municipios rurales; un servicio educativo que ha de prestarse en las mejores condiciones, un servicio público de calidad, en definitiva, que ha de incluir, para que así sea, los denominados servicios complementarios, como son el de transporte escolar y el de comedor.

Con referencia a estos servicios complementarios, puede ser conveniente, sin embargo, ir más allá de la estricta prestación básica de los mismos en aras de objetivos que también deben formar parte de los anhelos de una Administración verdaderamente comprometida con las personas que residen en el medio rural. Así, seguramente fuera oportuno que la Administración educativa se planteara extender el servicio de comedor a los escolares que viven en los pequeños municipios rurales, aun en el caso de que lo hagan en los municipios en que radiquen los centros educativos, y no solo a los que hayan de desplazarse desde sus localidades de origen para asistir a clase y realizar el resto de actividades propias del servicio educativo; en la idea de que con ello, con toda seguridad, se puede contribuir a facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral de los padres, pues es frecuente que quienes residen en pequeños municipios trabajen fuera del término municipal de residencia, por lo que, teniéndose que desplazar a sus puestos de trabajo, el servicio de comedor escolar puede satisfacer una necesidad básica de los escolares, como es la ingesta de una dieta equilibrada, y facilitar, además, que la familia desarrolle su proyecto vital en la pequeña localidad en la que tenga fijada su residencia.

Con todo, con ser fundamentales los tres grandes servicios públicos a los que me he referido, todos ellos de prestación autonómica, no podemos pasar por alto que la mayor parte de servicios que reciben quienes residen en pequeñas localidades son de la competencia municipal; algunos de ellos, por imposición legal, incluso de prestación obligatoria para los más pequeños municipios, de los que hay cientos en Castilla y León, pero también, aunque en menor número, en el resto de comunidades autónomas. Se trata de servicios tan básicos como el abastecimiento de agua en cantidad y calidad adecuadas, la evacuación de residuales, el alumbrado público, la recogida de

residuos, o la pavimentación de las vías públicas, cuyas deficiencias, algunas de ellas conocidas por nuestro trabajo desarrollado al frente de la Procuraduría del Común de Castilla y León, a través de las quejas que nos presentan los ciudadanos, constituyen desde una perspectiva general, más allá de las situaciones particulares a que responden las reclamaciones que recibimos, auténticas llamadas de atención sobre el declive del medio rural.

Por conocido, no es necesario insistir en el papel fundamental que deben desempeñar en la prestación de servicios municipales básicos, como los recordados y otros, las Diputaciones provinciales, colaborando en ello con los municipios o con las mancomunidades resultantes de su agrupación para la prestación de servicios. Pero las Instituciones provinciales, la Administración autonómica y el Estado, cada cual en el marco de sus competencias y en el ejercicio de sus funciones, deben estar también atentos a la consecución de otros empeños más novedosos cuya satisfacción resulta estrictamente necesaria para la vida ciudadana en el medio rural, porque, aunque sorprenda, no son infrecuentes las dificultades que sufren muchas personas que residen en pequeños pueblos para adquirir los alimentos y otros artículos de primera necesidad en sus localidades de residencia, dada la ausencia de establecimientos que los ofrezcan; o las deficiencias o, incluso, la falta de conectividad que también afecta a muchos pequeños municipios, que en la actualidad lastra no solo el ejercicio de las actividades productivas o comerciales, sino también las más básicas relaciones personales; o, en fin, los problemas que está generando a quienes residen en los municipios rurales los ya no menguados, sino inexistentes servicios financieros, problemas que dan lugar a situaciones imposibles de gestionar por las personas que residen en ellos, principalmente a los mayores; estos en muchos casos lastrados por dificultades de movilidad u otras limitaciones que les impiden desplazarse por sus propios medios a otras localidades en las que puedan ser atendidos o, simplemente, porque carecen de la destreza que requiere el manejo de las herramientas informáticas que imponen las entidades bancarias para relacionarse con ellas; un manejo que también se requiere para realizar muchas gestiones ante las propias Administraciones públicas, lo que a día de hoy genera igualmente grandes dificultades en el día adía de muchas de personas que residen en el medio rural.

La relación de situaciones y adversidades que lastran la vida en los pequeños municipios, y que debe ser atacada por las Administraciones mediante una eficaz gestión de los servicios públicos, podría extenderse mucho más, pero no sería recomendable que lo hiciera al amparo de la condición de prologuista que el director de la obra me ha pedido que desempeñe, por lo que con lo escrito doy por cumplido el encargo y dejo al lector en suerte ante los rigurosos estudios que han redactado los autores del libro.

Tomás Quintana López

Procurador del Común de Castilla y León
Catedrático de Derecho Administrativo

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE LA ESTRUCTURA TERRITORIAL DE ESPAÑA: INSTRUMENTOS Y MEDIDAS JURÍDICAS RELATIVAS A LOS PEQUEÑOS MUNICIPIOS

Dionisio Fernández de Gatta Sánchez
Profesor Titular de Derecho Administrativo de la Universidad de Salamanca

I. La compleja estructura territorial de España

España, según datos del Instituto Nacional de Estadística, con fecha de 1 de enero de 2023, cuenta con 8.131 Municipios, de los que 1.400 tienen menos de 100 habitantes, 5.048 tienen menos de 1.000 habitantes (sobre el 60 %), 6.827 tienen menos de 5.000 habitantes (sobre el 85 %) y 7.716 Municipios tienen menos de 20.000 habitantes (es decir, alrededor del 93 %). Por el contrario, únicamente el 6 % de los Municipios tienen más de 20.000 habitantes (417), sólo el 0,7 % de los Municipios tienen más de 100.000 habitantes (64 Municipios) y únicamente 6 Municipios (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga) cuentan con más de 500.000 habitantes.

Además, deben tenerse en cuenta los datos sobre la población española y su distribución territorial. Así, de acuerdo con los datos de la Revisión del Padrón Municipal del Instituto Nacional de Estadística, referidos al 1 de julio de 2022 (sobre la base del Real Decreto 1037/2022, de 20 de diciembre, BOE del 21), sobre los 47.615.034 de habitantes con que cuenta España actualmente, en los 5.048 Municipios con menos de 1.000 habitantes únicamente residen 1.448.557 ciudadanos, en alrededor del 85 % de los Municipios (que tienen menos de 5.000 habs.) residen 5.690.617 personas (que suponen el 15 %) y en los 7.716 Municipios con menos de 20.000 habitantes residen únicamente 14.362.511 personas (sobre el 36 %). Sin embargo, en el 6 % de los Municipios, con más de 20.000 habs., residen 33.088.284 personas (el 66 %), en el 0,7 % de los Municipios, que cuentan con más de 100.000 habitantes (que únicamente son 64) residen 19.039.677 ciudadanos (el 40,5 %) y en los 6 Municipios con más de medio millón de habitantes residen 7.750.859 ciudadanos.

Es decir, España es esencialmente una sociedad muy urbana radicada en un territorio mayoritariamente rural; teniendo problemas de dispersión de la población en Municipios muy pequeños y de una fuerte concentración en un pequeño número, pero de gran tamaño poblacional.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta la distribución de los datos anteriores en las Comunidades Autónomas, pero llamando la atención sobre su diversidad en relación con su extensión o el número de Provincias que las integran (así, p. ej., no resultan comparables, la Comunidad de Castilla y León con La Rioja o Murcia). Sobre esta base, por el número de Municipios se encuentran en primer lugar Castilla y León (2.248), la Comunidad catalana (947) y Castilla-La Mancha (919), frente a Murcia (45), Islas Baleares (67) o Asturias (78). Pero, entre ellas, algunas tienen pocos Municipios pequeños, de menos de 1.000 habitantes (como Asturias, Islas Baleares, Canarias o Murcia), y otras tienen un gran número (como Castilla y León, Castilla-La Mancha, Aragón o la Comunidad catalana); los Municipios con mayor población se sitúan en Andalucía, la Comunidad catalana y Madrid.

Finalmente, también debe llamarse la atención sobre la existencia de un gran número de otras Entidades territoriales y locales, como Comarcas, Mancomunidades municipales o Entidades Locales Menores.

En conclusión, en la situación actual (y sin conocer el negativo impacto de la crisis del coronavirus), es bien visible una inadecuación de nuestra estructura territorial y municipal, desde el punto de vista funcional, frente al reto de una Administración Pública moderna, racional, eficaz y próxima a los ciudadanos, al tener fuertes limitaciones de capacidad y sustantividad debido a su escasa dimensión, y teniendo en cuenta, como señalamos, la problemática situación general derivada de la pandemia del coronavirus.

II. Principales problemas de los Municipios

1. El progresivo aumento de las funciones y obligaciones municipales

Los Municipios son, al mismo tiempo, elementos fundamentales del sistema político-administrativo y Administraciones Públicas responsables de la prestación de servicios y del ejercicio de las funciones necesarias para satisfacer las necesidades de los vecinos. Funciones, obligaciones y servicios que han aumentado progresivamente, si bien con el tiempo se han hecho exigibles jurídicamente, provocando así algunos problemas a los Municipios, en particular a los más pequeños, por no disponer de los medios adecuados y suficientes para conseguirlos y prestarlos.

Conforme con el reconocimiento de la autonomía local establecido en la Constitución Española de 1978 (arts. 137 y 140 a 142), la 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local (BOE del 3), modificada posteriormente, establece el régimen competencial de los Municipios.

Este renovado régimen competencias municipales parte del art. 2.1.° LBRL, modificado, que establece que, «para la efectividad de la autonomía garantizada constitucionalmente a las Entidades Locales, la Legislación del Estado y la de las Comunidades Autónomas, reguladora de los distintos sectores de acción pública, según la distribución constitucional de competencias, deberá asegurar a los Municipios,…su derecho a intervenir en cuantos asuntos afecten directamente al círculo de sus intereses, atribuyéndoles las competencias que proceda en atención a las características de la actividad pública de que se trate y a la capacidad de gestión de la Entidad Local, de conformidad con los principios de descentralización, proximidad, eficacia y eficiencia, y con estricta sujeción a la normativa de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera». En ese sentido, las Leyes básicas del Estado, y la Legislación regional, deberán determinar las competencias que ellas mismas atribuyan o que, en todo caso, deban corresponder a los Entes locales en las materias que regulen.

En relación con la definición de las competencias municipales, el art. 7 LBRL establece que las competencias de los Municipios, y de otras Entidades Locales, son propias o atribuidas por delegación (por parte del Estado y de las Comunidades Autónomas). No obstante, según el nuevo art. 7.4.° LBRL, los Municipios (y las otras Entidades Locales) solo podrán ejercer competencias distintas de las propias y de las atribuidas por delegación cuando no se ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la hacienda municipal, de acuerdo con los requerimientos de la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera y no se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública.

Así pues, se establecen con claridad las competencias que pueden ejercer los Municipios, que son únicamente las propias y las delegadas, y en su caso cuándo pueden llevar a cabo otras; precisión que no puede más que redundar en beneficio de los propios Municipios, pues ahora podrán planificar y ejecutar sus actividades con mayor seguridad que antes. Clarificación de las competencias municipales que se reafirma al suprimirse el contenido del art. 28 LBRL, relativo a las actividades complementarias que antes de la reforma podían prestar los Municipios.

Seguidamente, el art. 25 LBRL establece que el Municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, podrá promover actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal en los términos previstos en este mismo artículo, y que ejercerá «en todo caso» como competencias propias, en los términos de la Legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en las siguientes materias:

- Urbanismo: planeamiento, gestión, ejecución y disciplina urbanística. Protección y gestión del Patrimonio histórico. Promoción y gestión de la vivienda de protección pública con criterios de sostenibilidad financiera. Conservación y rehabilitación de la edificación.
- Medio ambiente urbano: en particular, parques y jardines públicos, gestión de los residuos sólidos urbanos y protección contra la contaminación acústica, lumínica y atmosférica en las zonas urbanas.
- Abastecimiento de agua potable a domicilio y evacuación y tratamiento de aguas residuales.
- Infraestructura viaria y otros equipamientos de su titularidad.
- Evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.
- Policía local, protección civil, prevención y extinción de incendios.
- Tráfico, estacionamiento de vehículos y movilidad. Transporte colectivo urbano.
- Información y promoción de la actividad turística de interés y ámbito local.
- Ferias, abastos, mercados, lonjas y comercio ambulante.
- Protección de la salubridad pública.
- Cementerios y actividades funerarias.
- Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre.
- Promoción de la cultura y equipamientos culturales.
- Participar en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria y cooperar con las Administraciones educativas correspondientes

en la obtención de los solares necesarios para la construcción de nuevos centros docentes. La conservación, mantenimiento y vigilancia de los edificios de titularidad local destinados a centros públicos de educación infantil, de educación primaria o de educación especial.

- Promoción en su término municipal de la participación de los ciudadanos en el uso eficiente y sostenible de las tecnologías de la información y las comunicaciones.
- Actuaciones en la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, así como contra la violencia de género (añadido por el Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género, BOE del 4).

En efecto, esta lista ha aumentado considerablemente (en comparación con la original de la LBRL de 1985, y no digamos de la legislación histórica en materia de régimen local), haciendo bien visible la imagen de un Municipio moderno y complejo, que ejerciéndolas puede atender adecuadamente a los intereses de su comunidad vecinal, en la actualidad.

No obstante, siguiendo el modelo formal de asignación, las anteriores competencias municipales en las materias enunciadas se determinan por Ley nacional o regional, debiendo evaluarse la conveniencia de la implantación de servicios locales conforme a los principios de descentralización, eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera; de acuerdo con los requisitos y el régimen previsto en la Ley de Bases de Régimen Local.

Pero, además, la LBRL (art. 26) ha seleccionado, entre esas competencias, determinados servicios que, por su naturaleza básica y elemental para la satisfacción de las necesidades vecinales, deberán ser atendidos con carácter obligatorio por todos los Municipios y según su número de habitantes; lo que supone seguir atendiendo acertadamente a la problemática planta municipal, con algunos Municipios muy pequeños.

En este sentido, los Municipios deberán prestar, «en todo caso», los servicios siguientes:

a) En todos los Municipios: alumbrado público, cementerio, recogida de residuos, limpieza viaria, abastecimiento domiciliario de agua potable, alcantarillado, acceso a los núcleos de población y pavimentación de las vías públicas.

b) En los Municipios con población superior a 5.000 habitantes, además de los anteriores: parque público, biblioteca pública y tratamiento de residuos.

c) En los Municipios con población superior a 20.000 habitantes, además de los anteriores: protección civil, evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público.

d) En los Municipios con población superior a 50.000 habitantes, además: transporte colectivo urbano de viajeros y medio ambiente urbano.

Por otra parte, se prevé (art. 26.2.° LBRL) que, en los Municipios con población inferior a 20.000 habitantes, la Diputación Provincial coordinará la prestación de los servicios de recogida y tratamiento de residuos; abastecimiento de agua potable a domicilio y evacuación y tratamiento de aguas residuales; limpieza viaria; acceso a los núcleos de población; pavimentación de vías urbanas y alumbrado público; de acuerdo los criterios y requisitos establecidos en el propio precepto. No obstante, el Municipio puede justificar ante la Diputación que puede prestar esos servicios con un coste efectivo menor que el derivado de la forma de gestión propuesta por la misma, y asumir la prestación.

Por otra parte, el art. 27 LBRL, permite que tanto el Estado como las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, puedan delegar en los Municipios el ejercicio de sus competencias, con lo que las funciones y obligaciones de los correspondientes Municipios pueden aumentar, significativamente o no según las situaciones concretas (y…, teniendo en cuenta el interés del Estado y de las CC. AA. en realizarla); delegación que se somete a determinados criterios y requisitos, y que, en todo caso, con buen criterio (financiero y práctico), habrá de mejorar la eficiencia de la gestión pública, contribuir a eliminar duplicidades administrativas y ser acorde con la Legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

Con la finalidad de cumplir con sus funciones y obligaciones, todos los Municipios, sin atender a su población, disponen de un patrimonio propio (constituido por bienes, que pueden ser de dominio público, comunales y patrimoniales; derechos y acciones que les pertenezcan), cuya gestión, en muchas ocasiones, es compleja, en especial para los Municipios más pequeños, por su escasez de medios, principalmente, financieros y de personal (arts. 79 a 83 LBRL).

Asimismo, con la misma finalidad citada, los Municipios disponen (arts. 84 a 88 LBRL) de herramientas e instrumentos para intervenir en la actividad de los ciudadanos (tales como ordenanzas y bandos, órdenes individuales, licencias y autorizaciones u otros instrumentos más novedosos, como comunicaciones previas y declaraciones responsables, etc.), prestar y gestionar servicios públicos locales (en las formas previstas en la propia Ley), y utilizar, en su caso, la contratación pública (de acuerdo con la Ley de Contratos del Sector Público de 2017); cuya aplicación, también en muchas ocasiones, es compleja y complicada, de nuevo especialmente para los Municipios pequeños, al ser normativas no pensadas concretamente para ellos (p. ej., la nueva legislación de contratación pública, que implica problemas específicos para esos Municipios, por la novedad de su regulación, de sus instrumentos y de los procedimientos de contratación). Finalmente, sin pretender agotar las cuestiones, naturalmente, los Municipios han de establecer y gestionar su

propio personal (funcionario o no), y especialmente gestionar la Hacienda local; cuestiones asimismo de complejidad contrastada, para las que algunos Municipios encuentran problemas prácticos reales, sobre todo los más pequeños.

2. El persistente régimen uniforme y homogéneo de la Administración Local

El segundo problema histórico de la Administración Local es su tradicional régimen jurídico y administrativo uniforme y homogéneo; justificado abundantemente en la historia.

En la época constitucional actual, la Ley de Bases de Régimen Local de 1985 se articuló sobre el reconocimiento de la autonomía local y la determinación por el Estado de las bases del régimen jurídico de la Administración Local, aceptando así la uniformidad y generalización del régimen local, junto a las diversas opciones en la organización municipal a establecer por las Comunidades Autónomas y por los propios Municipios, que hacían posible apreciable diversidad en la estructura local. Posteriormente, se introduce en 2003 un nuevo Título X de la LBRL sobre «Régimen de Organización de los Municipios de Gran Población» (arts. 121 a 138), sobre la base de la población u otras circunstancias (capitales de provincia, capitales autonómicas, sedes de instituciones autonómicas y especiales circunstancias económicas, sociales, etc.), previendo aspectos organizativos y jurídicos diferentes relativos a estos Municipios, y estableciendo por tanto una diversidad bien visible. Además, y teniendo en cuenta el régimen de estos Municipios, se prevé (art. 20 LBRL) la diversidad, en cuanto a la organización municipal, en relación con los órganos de obligatoria existencia o no (Alcalde, Pleno, Junta de Gobierno Local, etc).

Por otra parte, respecto al criterio histórico relativo a la existencia de un Municipio en cada colectividad local, con el paso del tiempo, también se ha puesto en entredicho debido a las crecientes demandas sociales exigibles a los Municipios, a la constatación de la inadecuación de las estructuras municipales y a la realidad de unos recursos financieros claramente insuficientes; ya que se han evidenciado claramente los problemas derivados de la gran fragmentación municipal (aunque en las últimas décadas el número de Municipios no ha crecido mucho, en comparación con otras épocas).

El criterio de la dimensión municipal se convierte, pues, en un factor condicionante inequívoco, cada vez más oneroso cuando se desciende en los intervalos poblacionales de los Municipios y se hacen visibles las servidumbres asociadas a sus problemas de población (crisis demográfica en las áreas rurales, con los problemas que conlleva, y concentración poblacional en muy pocos Municipios, en los que se general otros problemas distintos a los anteriores) y a la incapacidad para incidir positivamente en la realidad económi-

co-social; es decir, la situación lleva a un déficit estructural de los mismos, que se traduce en la imposibilidad, en muchos casos, de desplegar sus competencias y de prestar servicios públicos adecuadamente.

La relación de proporcionalidad directa entre la debilidad del tamaño de los Municipios y el empobrecimiento funcional se refleja, efectivamente, en los problemas provocados para llevar a cabo la prestación de servicios directos a sus vecinos, a la capacidad para asumir con equilibrio y eficacia las tareas exigidas y a la disponibilidad de bienes para poner en práctica, con ciertas garantías de éxito, las opciones de desarrollo, a partir de sus propias posibilidades. Por ello, en Europa se han producido procesos de reestructuración municipal, reduciendo el número de Municipios existentes (así, en el Reino Unido, en Bélgica o en Alemania); proceso que en España no se ha producido (aunque en la actualidad la creación de Municipios nuevos se ha ralentizado mucho).

Por otra parte, de acuerdo con el art. 3.1.º LBRL, no modificado, se consideran entidades locales territoriales el Municipio, la Provincia y la Isla (en los Archipiélagos balear y canario), que son entidades de régimen común, por ser de existencia obligatoria en todo el territorio nacional y a los que se les reconocen las potestades más importantes (art. 4). Además, según el art. 3.2.º LBRL, reformado en 2013, gozan asimismo de la condición de Entidades locales (pero ya no adjetivadas como territoriales, por tener carácter dispositivo, pues su creación depende de las Comunidades Autónomas), las Comarcas u otras Entidades que agrupen a varios Municipios, instituidas por las Comunidades Autónomas de conformidad con la LBRL y los correspondientes Estatutos de Autonomía, las Áreas Metropolitanas y las Mancomunidades de Municipios.

De la lista anterior desaparecen como tales, con la reforma de 2013, las Entidades de ámbito territorial inferior al Municipio, las clásicas y extendidas Entidades Locales Menores, siendo prácticamente esta la única medida directa que afecta a la planta de Entes locales, frente a algunas de las previsiones de los textos iniciales de la reforma, que daban a entender que podían tomarse algunas medidas más drásticas en relación con la desequilibrada planta local; y, además, debe señalarse que la desaparición de esas Entidades no fue ni automática ni completa, pues se mantuvieron como tales, con su personalidad jurídica y con la condición de Entidad Local, las existentes en la fecha de entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (BOE del 30), siendo posible instar su disolución si el 31 de diciembre de 2014 no hubiesen presentado sus cuentas ante el Organismo correspondiente, y aquellas que hubieran iniciado el procedimiento de constitución como tales antes del 1 de enero de 2013, una vez constituidas, lo harán con personalidad jurídica y como Entidades Locales (DT 4.ª y 5.ª LRSAL).

En este sentido, el nuevo art. 24 bis LBRL, introducido en 2013, prevé que las Leyes regionales sobre régimen local puedan regular los Entes de ámbito territorial inferior al Municipio, sin personalidad jurídica, como forma de organización desconcentrada del mismo para la administración de núcleos de población

separados, bajo su denominación tradicional de caseríos, parroquias, aldeas, barrios, anteiglesias, concejos, pedanías, lugares anejos y otros análogos u otras que establezcan las leyes; correspondiendo la iniciativa indistintamente a la población interesada o al Ayuntamiento correspondiente, debiendo este último ser oído en todo caso. Sin embargo, se matiza que solo puedan crearse este tipo de entes si resulta una opción más eficiente para la administración desconcentrada de núcleos de población separados de acuerdo con la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera de 2012.

Por otra parte, el art. 37 LBRL reconoce las Comunidades de Tierra u otras análogas, estableciendo que continuarán rigiéndose por sus normas consuetudinarias o tradicionales y, sin perjuicio de la autonomía de que disfrutan, deberán ajustar su régimen económico a la Legislación de régimen local sobre formación de presupuestos y rendición de cuentas, liquidaciones, inventarios y balances.

3. Incidencia de las crisis actuales

La crisis económica iniciada en 2007 trajo consigo una apreciable reducción de los ingresos financieros de todas las Administraciones Públicas, y notablemente de las Entidades locales, así como unos mermados recursos presupuestarios. Esta problemática situación justificó la reforma del artículo 135 CE, que consagra la estabilidad presupuestaria como principio rector que debe presidir las actuaciones de todas las Administraciones Públicas, en cuyo desarrollo se aprobó la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera (BOE del 30), aún en vigor, con modificaciones posteriores, que exige nuevas adaptaciones de la normativa básica en materia de Administración Local para la adecuada aplicación de los principios de estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera o eficiencia en el uso de los recursos públicos locales; lo que, a su vez, exigió adaptar algunos aspectos de la organización y funcionamiento de la Administración Local, y especialmente mejorar su control económico-financiero.

El impacto de la crisis sanitaria del coronavirus, iniciada en China en 2019, que se ha extendido rápidamente por todo el mundo, está aún por ver, al no estar erradicado todavía el virus (aunque la vacunación ha comenzado en diciembre de 2020 y se generalizará en 2021), si bien las perspectivas económicas y sociales, tanto para el sector público como para el privado, no son nada optimistas (más bien todo lo contrario) en ningún país, y naturalmente tampoco en España; incidencia negativa que afectará a todas las Administraciones Públicas, y también a las Administraciones Locales, agravándose la misma en particular en los Municipios más pequeños, al contar con menos recursos económicos, materiales y financieros, y debiéndose tener en cuenta la gran incertidumbre que hay sobre las previsiones para 2021 y los años sucesivos.

III. Reformas normativas e instrumentos para atajar los problemas municipales en la Legislación básica sobre Régimen Local

Estos problemas, y otras cuestiones relacionadas, se tienen en cuenta en el Ordenamiento que regula la estructura territorial de España; aunque, a veces, algunos de ellos los acentúa dicha regulación jurídica, y con el tiempo se tratan de paliar mediante reformas normativas.

Conforme con el título constitucional a efectos competenciales (art. 149.1.18.ª CE), el Estado trazó un nuevo sistema normativo de la Administración Local acomodado a los artículos 137 y ss. CE, cuyo desarrollo constituye una tarea en la que la actividad legislativa de las Comunidades Autónomas han completar la regulación básica nacional. En efecto, el Estado elaboró el nuevo sistema normativo de la Administración Local, teniendo como texto principal la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local (BOE de 3 de abril y 11 de junio). Sin embargo, la LBRL se vio rápidamente desbordada por las exigencias de una vida local rica y dinámica, derivada de las importantes transformaciones sociales, económicas y culturales que han experimentado los Municipios en las últimas décadas del siglo XX; principalmente en relación con el modelo orgánico-funcional y al rígido uniformismo de su régimen, sin tener en cuenta su población o complejidad.

En relación con el primer ámbito, la Ley 11/1999, de 21 de abril (BOE del 22), modificó la LBRL en el contexto del Pacto Local del Estado, fortaleciendo algunos aspectos organizativos y ampliando las competencias y funciones a desarrollar por los Municipios. Años después, la Ley 57/2003, de 16 de diciembre, de Medidas para la Modernización del Gobierno Local (BOE del 17), profundizó más en los aspectos orgánico-funcionales del régimen local y rompió el rígido carácter uniforme de la Administración Municipal, existente hasta entonces, al regular el régimen de los Municipios de Gran Población (arts. 121 a 138 LBRL), que constituye la reforma más destacable; asimismo, introdujo reformas en materia organizativa. Finalmente, la LBRL fue modificada, de forma importante y adecuada, por la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local de 2013, cuyos objetivos básicos, enfocados en la buena dirección, son clarificar las competencias municipales para evitar duplicidades con las de otras Administraciones, racionalizar la estructura organizativa de la Administración Local de acuerdo con los principios de eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera, garantizar un control financiero y presupuestario más riguroso, y favorecer la iniciativa económica privada evitando intervenciones administrativas desproporcionadas.

Los problemas municipales mencionados (salvo el relativo a la incidencia de las crisis actuales, que se tienen que poner en relación con el tiempo real en que se producen, y las normas generadas para atajarlas) eran ya conocidos al aprobarse la LBRL en 1985, planteándose ya algunas medidas

e instrumentos que trataban de paliar los mismos; posteriormente, ante el aumento de tales problemas, las reformas de la LBRL de 1999, 2003 y en particular de 2013 han introducido más medidas e instrumentos de carácter administrativo para hacer frente a los problemas citados, y se han propuesto algunas nuevas.

1. El nuevo sistema de creación y supresión de Municipios

Dada la desequilibrada estructura de la planta municipal, y aunque estimamos que las medidas de supresión de Municipios deberían de haberse adoptado hace muchos años, como en otros países europeos, parecía, ya desde la situación económica planteada por la crisis financiera de 2007, agudizada por las actuales del COVID-19 y la invasión de Ucrania, que era adecuado reflexionar y, en su caso, adoptar medidas en relación con la fusión y supresión de Municipios, y así se reflejó, aunque no directamente, en los documentos en que se planteaba la reforma de la Legislación de régimen local, en esa época; si bien, finalmente, la LRSAL de 2013 no adoptaría medidas drásticas en esta materia (ciertamente no fáciles de aprobar, por diversas razones, aunque estuvieran justificadas; y continúan estándolo), salvo lo relativo a las Entidades de ámbito inferior al Municipio; no obstante, esta Ley sí establece medidas para, al menos, desincentivar la creación de nuevos Municipios.

En efecto, el reformado art. 13 LBRL establece que la creación o supresión de Municipios, así como la alteración de términos municipales, se regularán por la legislación de las Comunidades Autónomas sobre régimen local, sin que la alteración de sus términos municipales pueda suponer, en ningún caso, la modificación de los límites provinciales; procesos que requerirán en todo caso audiencia de los municipios interesados y dictamen del Consejo de Estado o del órgano equivalente de las Comunidades Autónomas, si existiere, así como informe de la Administración que ejerza la tutela financiera (que se añade con buen criterio en la reforma), y simultáneamente a la petición de este dictamen se dará conocimiento a la Administración General del Estado.

Frente a lo establecido en la legislación anterior, se prevén algunas limitaciones (tampoco muy restrictivas, hay que decirlo; pero adecuadas en todo caso), al establecerse que la creación de nuevos Municipios solo podrá realizarse sobre la base de núcleos de población territorialmente diferenciados, de al menos 5.000 habitantes (que es una de las condiciones nuevas) y siempre que los Municipios resultantes sean financieramente sostenibles (también incluida como novedad, y que en la filosofía de la Ley tiene todo su sentido), cuenten con recursos suficientes para el cumplimiento de las competencias municipales y no suponga disminución en la calidad de los servicios que venían siendo prestados.

Por otra parte, como destaca la propia EM-LRSAL, «por primera vez se introducen medidas concretas para fomentar la fusión voluntaria de municipios de forma que se potencie a los municipios que se fusionan ya que contribuyen a racionalizar sus estructuras y superar la atomización del mapa municipal», y, entre las medidas incentivadoras, se incluyen «el incremento de su financiación, la preferencia en la asignación de planes de cooperación local o de subvenciones, o la dispensa en la prestación de nuevos servicios obligatorios como consecuencia del aumento poblacional. Además, si se acordara entre los municipios fusionados alguno de ellos podría funcionar como forma de organización desconcentrada, lo que permitiría conservar la identidad territorial y denominación de los municipios fusionados, aunque pierdan su personalidad jurídica. Por último, estas medidas de fusiones municipales incentivadas, que encuentran respaldo en la más reciente jurisprudencia constitucional, STC 103/2013, de 25 de abril, supondrán, en definitiva, que los municipios fusionados percibirán un aumento de la financiación en la medida en que los municipios de menor población recibirán menos financiación».

Efectivamente, frente a la escueta redacción de esta cuestión en el texto original de la LBRL, el reformado art. 13.4.° a 6.° LBRL establece el nuevo régimen de la fusión. Así, se prevé que, con independencia de su población, los Municipios colindantes dentro de la misma Provincia podrán acordar su fusión mediante un convenio de fusión, sin perjuicio del procedimiento previsto en la normativa autonómica; proceso que tiene ahora una condición temporal destacable, pues el nuevo Municipio resultante de la fusión no podrá segregarse hasta transcurridos diez años desde la adopción del convenio de fusión.

El régimen aplicable al Municipio resultante de esta fusión, de marcado carácter económico-financiero, incluye:

- el coeficiente de ponderación que resulte de aplicación de acuerdo con el art. 124.1.° TRLHL, sobre participación de los Municipios en los tributos del Estado, se incrementará en 0,10;
- el esfuerzo fiscal y el inverso de la capacidad tributaria que le corresponda en ningún caso podrá ser inferior al más elevado de los valores previos que tuviera cada Municipio por separado antes de la fusión, de acuerdo con el mismo precepto mencionado;
- su financiación mínima será la suma de las financiaciones mínimas que tuviera cada municipio por separado antes de la fusión de acuerdo con el art. 124.2.° TRLHL;
- de la aplicación de las reglas contenidas en las letras anteriores no podrá derivarse, para cada ejercicio, un importe total superior al que resulte de lo dispuesto en el art. 123 TRLHL, sobre determinación del importe total de la participación;

- se sumarán los importes de las compensaciones que, por separado, corresponden a los Municipios que se fusionen y que se derivan de la reforma del Impuesto sobre Actividades Económicas de la Disp. Ad. 10.ª de la Ley 51/2002, de 27 de diciembre, de Reforma de la Ley 39/1988, de 28 de diciembre, reguladora de las Haciendas Locales (BOE del 28), actualizadas en los mismos términos que los ingresos tributarios del Estado en cada ejercicio respecto a 2004, así como la compensación adicional, regulada en la Disp. Ad. 2.ª de la Ley 22/2005, de 18 de noviembre (BOE del 19), actualizada en los mismos términos que los ingresos tributarios del Estado en cada ejercicio respecto a 2006;
- queda dispensado de prestar nuevos servicios mínimos de los previstos en el artículo 26 que le corresponda por razón de su aumento poblacional (siendo esta previsión muy significativa desde el punto de vista administrativo), y
- durante, al menos, los cinco primeros años desde la adopción del convenio de fusión, el Municipio resultante tendrá preferencia en la asignación de los Planes de cooperación local, subvenciones, convenios u otros instrumentos basados en la concurrencia; plazo que podrá prorrogarse por la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Por otra parte, la fusión de los Municipios conllevará:

- la integración de los territorios, poblaciones y organizaciones de los Municipios, incluyendo los medios personales, materiales y económicos, del Municipio fusionado, y, a estos efectos, el Pleno de cada Corporación aprobará las medidas de redimensionamiento para la adecuación de las estructuras organizativas, inmobiliarias, de personal y de recursos resultantes de su nueva situación; prescribiéndose, asimismo, que la ejecución de las citadas medidas no pueda derivarse incremento alguno de la masa salarial en los municipios afectados;
- el nuevo órgano del gobierno municipal resultante estará constituido transitoriamente por la suma de los concejales de los municipios fusionados en los términos previstos en la Ley Orgánica del Régimen Electoral General;
- el convenio de fusión de los Municipios debe ser aprobado por mayoría simple de cada uno de los plenos municipales fusionados, y, en su caso, la adopción de los acuerdos previstos en el art. 47.2.° LBRL, siempre que traigan causa de una fusión, será por mayoría simple de los miembros de la Corporación.
- si se acordara en el Convenio de fusión, cada uno de los Municipios fusionados, o alguno de ellos, podrá funcionar como forma de organización desconcentrada de conformidad con lo previsto en el art. 24 bis LBRL, relativo a los entes de ámbito inferior al Municipio, desconcentrados, ya sin personalidad jurídica;

- el nuevo Municipio se subrogará en todos los derechos y obligaciones de los anteriores, sin perjuicio de lo previsto en el siguiente párrafo;
- si uno de los Municipios fusionados estuviera en situación de déficit se pueden integrar, por acuerdo de los fusionados, las obligaciones, bienes y derechos patrimoniales que se consideren liquidables en un fondo, sin personalidad jurídica y con contabilidad separada, adscrito al nuevo Municipio, que designará un liquidador al que le corresponderá la liquidación de este fondo; la cual debe llevarse a cabo durante los cinco años siguientes desde la adopción del convenio de fusión, sin perjuicio de los posibles derechos que puedan corresponder a los acreedores, y correspondiendo la aprobación de las normas de contabilidad del fondo al Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, a propuesta de la Intervención General de la Administración del Estado; y finalmente
- el Municipio resultante aprobará un nuevo presupuesto para el ejercicio siguiente a la adopción del convenio de fusión.

Las Diputaciones Provinciales, en colaboración con la Comunidad Autónoma correspondiente, deben coordinar y supervisan la integración de los servicios resultantes del proceso de fusión.

2. El renovado régimen de las competencias municipales

Ciertamente, hay que señalar que el régimen de las competencias municipales es uno de los temas que fue modificado de forma importante por la LRSAL de 2013, ya que, al tener esta Ley como objetivo, entre otros, clarificar las competencias locales y avanzar en el principio «una Administración una competencia», trata de evitar los problemas existentes de solapamientos competenciales entre Administraciones.

En este sentido, la Exposición de Motivos-LRSAL precisa con claridad su importante incidencia en el régimen competencias de los Municipios, al señalar que «[l]as Entidades Locales no deben volver a asumir competencias que no les atribuye la ley y para las que no cuenten con la financiación adecuada. Por tanto, solo podrán ejercer competencias distintas de las propias o de las atribuidas por delegación cuando no se ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, y no se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública. De igual modo, la estabilidad presupuestaria vincula de una forma directa la celebración de convenios entre administraciones y la eliminación de duplicidades administrativas», y que «la delegación de competencias estatales o autonómicas en los Municipios debe ir acompañada de la correspondiente dotación presupuestaria, su duración no será inferior a los

5 años y la Administración que delega se reservará los mecanismos de control precisos para asegurar la adecuada prestación del servicio delegado».

De acuerdo con lo ya señalado, el nuevo régimen competencial de los Municipios parte del art. 2.1.° LBRL, modificado en 2013, cuya novedad en relación con el texto original es la referencia a los principios de eficacia y eficiencia y la tajante mención a la sujeción a las normas sobre estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, lo cual deriva adecuadamente de la reforma constitucional del art. 135 y de la legislación de desarrollo.

En relación con la definición de las competencias municipales, el nuevo art. 7 LBRL establece que las competencias de los Municipios, y de otras Entidades locales, son propias o atribuidas por delegación. Las competencias propias solo podrán ser determinadas por ley y se ejercen en régimen de autonomía y bajo la propia responsabilidad, atendiendo siempre a la debida coordinación en su programación y ejecución con las demás Administraciones Públicas. Por otra parte, se prevé que el Estado y las Comunidades Autónomas puedan delegar en los Municipios (y también en otras Entidades locales) el ejercicio de sus competencias; las cuales se ejercerán en los términos establecidos en la disposición o en el acuerdo de delegación, según corresponda, y con sujeción a las reglas establecidas en el artículo 27 LBRL, y se exige que prevean técnicas de dirección y control de oportunidad y eficiencia.

No obstante, y esto es una de las novedades más destacables, y que parece apuntar de la buena dirección, según el art. 7.4.° LBRL, los Municipios, y las otras Entidades locales, solo podrán ejercer competencias distintas de las propias y de las atribuidas por delegación cuando no se ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, de acuerdo con los requerimientos de la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera y no se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública; considerándose necesarios y vinculantes, a estos efectos, los informes previos de la Administración competente por razón de materia, en el que se señale la inexistencia de duplicidades, y de la Administración que tenga atribuida la tutela financiera sobre la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias. Además, por si hubiera dudas, se prevé que, en todo caso, el ejercicio de las competencias delegadas deberá realizarse en los términos previstos en la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Así pues, se establecen con claridad las competencias que pueden ejercer los Municipios (que son únicamente las propias y las delegadas), y en su caso cuándo pueden llevar a cabo otras; precisión que no puede más que redundar en beneficio de los propios Municipios, pues ahora podrán planificar y ejecutar sus actividades con mayor seguridad que antes. Clarificación de las competencias municipales que se reafirma al suprimirse el contenido del art. 28 LBRL, relativo a las actividades complementarias que antes de la reforma podían prestar los Municipios.

Sin afectar al sistema formal de asignación competencial establecido en la LBRL (aunque sí a su contenido material), como ya hemos señalado, el art. 25 LBRL establece que el Municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, podrá promover actividades y prestar los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad vecinal en los términos previstos en este mismo artículo, y que ejercerá en todo caso como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, en relación con una larga lista de materias, ya mencionadas; lista que ha aumentado considerablemente en comparación con la legislación anterior e histórica.

No obstante, como es sabido, las anteriores competencias municipales en las materias enunciadas se determinan por ley, nacional o regional, debiendo evaluarse la conveniencia de la implantación de servicios locales conforme a los principios de descentralización, eficiencia, estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera (lo cual supone una realista novedad en comparación con el régimen anterior a 2013, que no incluía ninguna condición). Pero, es más, se establece que la ley que fije esas competencias (y esto es muy importante) deberá ir acompañada de una memoria económica que refleje el impacto sobre los recursos financieros de las Administraciones Públicas afectadas y el cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera y eficiencia del servicio o la actividad, y debe prever la dotación de los recursos necesarios para asegurar la suficiencia financiera de las Entidades locales sin que ello pueda conllevar, en ningún caso, un mayor gasto de las Administraciones Públicas; en este sentido, los proyectos de leyes estatales se acompañarán de un informe de los Ministerios de Hacienda y Función Pública y de Política Territorial en el que se acrediten esos criterios, y, además, para evitar duplicidades competenciales, la ley citada determinará la competencia municipal propia de que se trate, garantizando que no se produce una atribución simultánea de la misma competencia a otra Administración Pública.

Sin embargo, la LBRL modificada ha seleccionado, entre esas competencias, determinados servicios que, por su naturaleza básica y elemental para la satisfacción de las necesidades vecinales, deberán ser atendidos con carácter obligatorio por todos los Municipios y según su número de habitantes; lo que supone seguir atendiendo acertadamente la problemática planta municipal, con algunos muy pequeños. Efectivamente, la LBRL, como ya hemos señalado, establece cuáles son los servicios de prestación obligatoria en los Municipios, distinguiendo entre aquellos que afectan a todos y aquellos otros cuya obligatoriedad está en función del número de habitantes (art. 26 LBRL), modificándose apreciablemente en 2013 su contenido material.

Además, frente a la previsión de la dispensa en la prestación de los servicios establecida en la legislación local original, el nuevo art. 26.2.° LBRL establece que en los Municipios con población inferior a 20.000 habitantes será la Diputación Provincial quien coordine la prestación de los servicios de recogida y

tratamiento de residuos; abastecimiento de agua potable a domicilio y evacuación y tratamiento de aguas residuales; limpieza viaria; acceso a los núcleos de población; pavimentación de vías urbanas y alumbrado público. Pero dicha coordinación no se puede realizar de cualquier forma, sino que el precepto establece los requisitos y el procedimiento (afectados por la STC 111/2016, de 9 de junio). No obstante, si el Municipio justifica ante la Diputación que puede prestar estos servicios señalados con un coste efectivo menor que el derivado de la forma de gestión propuesta por la misma, el Municipio podrá asumir la prestación y coordinación de estos servicios si la Diputación lo considera acreditado; pero, cuando sea ésta quien asuma su prestación repercutirá a los Municipios el coste efectivo del servicio en función de su uso, y si los mismos estuvieran financiados por tasas y asume su prestación la Diputación, será a esta a quien vaya destinada la tasa para la financiación de los servicios.

Además, se prevé que la asistencia de las Diputaciones a los Municipios, prevista en el art. 36 LBRL, se dirigirá preferentemente al establecimiento y adecuada prestación de los servicios mínimos, de todos los previstos en el art. 26.1.º LBRL.

Junto a las competencias propias del Municipio, de acuerdo con el art. 27 LBRL, reformado completamente, el Estado y las Comunidades Autónomas pueden delegar en los Municipios el ejercicio de sus competencias, con ciertas condiciones, más estrictas que las previstas en la LBRL original, entre las que se prevé que la misma habrá de mejorar la eficiencia de la gestión pública, contribuir a eliminar duplicidades administrativas y ser acorde con la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera; regulando con especial cuidado los aspectos económicos de la delegación de competencias, así como el régimen de la garantía de pago en el ejercicio de las competencias delegadas (nuevo art. 57 bis LBRL).

Finalmente, en estrecha relación con el ejercicio de las competencias municipales, y teniendo en cuenta las posibles dificultades en su prestación, en particular por los Municipios más pequeños, y en el papel reforzado que tienen en la LRSAL, las Diputaciones Provinciales ostentan entre sus competencias propias varias referidas a la cooperación, asistencia y ayuda a tales Municipios (art. 36 LBRL, reformado en 2013).

3. Los regímenes municipales especiales

Consciente el legislador, sin duda, de la existencia de algunos muy pequeños, la Legislación básica de 1985 estableció el régimen especial de funcionamiento de los Municipios en Concejo Abierto, justificados por diversas razones, incluyendo entre las posibles precisamente su escasa población (siendo, por cierto, este el supuesto más común en la historia).

En efecto, el art. 29 LBRL prevé que pueden funcionar en Concejo Abierto los Municipios que tradicional y voluntariamente cuenten con ese singular

régimen de gobierno y administración y aquellos otros en los que por su localización geográfica, la mejor gestión de los intereses municipales u otras circunstancias lo hagan aconsejable (siendo posible, pues, justificar este régimen en su escasa población tanto en la primera razón como, especialmente, en la segunda, al estar redactada de forma amplia). La constitución de este régimen, en el segundo caso, requiere la petición de la mayoría de los vecinos, la decisión favorable por mayoría de dos tercios de los miembros del Ayuntamiento y la aprobación por la Comunidad Autónoma correspondiente.

Tendiendo hacia un funcionamiento más sencillo, se prevé que, en el régimen de Concejo Abierto, el gobierno y la administración municipales corresponden a un Alcalde y una asamblea vecinal de la que forman parte todos los electores, y que ajustan su funcionamiento a los usos, costumbres y tradiciones locales y, en su defecto, a lo establecido en la Ley de Bases de Régimen Local y en las leyes de las Comunidades Autónomas sobre régimen local. No obstante, los Alcaldes de Municipios de menos de 100 residentes podrán convocar a sus vecinos a Concejo Abierto para decisiones de especial trascendencia para el mismo, y, si así lo hicieren, deberán someterse obligatoriamente al criterio de la Asamblea vecinal constituida al efecto.

Por su parte, los Municipios que, con anterioridad venían obligados por ley en función del número de residentes a funcionar en Concejo Abierto, podrán continuar con ese régimen especial de gobierno y administración si tras la sesión constitutiva de la Corporación, convocada la Asamblea Vecinal, así lo acordaran por unanimidad los tres miembros electos y la mayoría de los vecinos.

Además, la LBRL (art. 30) establece que las leyes regionales sobre régimen local, en el marco de la misma, podrán establecer regímenes especiales para Municipios pequeños o de carácter rural y para aquellos que reúnan otras características que lo hagan aconsejable, como su carácter histórico-artístico o el predominio en su término de las actividades turísticas, industriales, mineras u otras semejantes; con lo que se permite que las Comunidades establezcan su regulación en función de la situación real de tales Municipios, teniendo en cuenta la diversidad de la planta municipal existente en España. Opción ésta que, a pesar de algunos proyectos, no se ha puesto en marcha nunca (aunque, como veremos, en la actualidad se vuelve a hablar de esta posibilidad).

4. El régimen de las Mancomunidades municipales

Por todos son conocidas las causas que han movido, y mueven, a los Municipios a asociarse entre sí, creando Mancomunidades. De antiguo procede el interés de la doctrina por explicar dichos fenómenos, que, aún hoy, son claramente perceptibles a pesar del tiempo transcurrido.

En relación con la planta local, ya hemos subrayado que en España son visibles claramente dos tendencias: la existencia de un gran número de Municipios con escasa población, por un lado, y una fuerte concentración de la

población en Municipios con más de 10.000 habitantes y en las capitales de provincia y sus entornos, por otro lado; siendo esta última muy acusada en los últimos años, y que se ha consolidado. De estas dos tendencias, es ciertamente más preocupante la primera, debido al gran número de Municipios existente, su dispersión geográfica, su escasa población y su clara regresión económica, junto a la disminución y envejecimiento de la población, cuestiones que traen consigo que tales Municipios (pues, ésos núcleos de población conservan tal condición) no puedan en la práctica (o tengan muchas dificultades) prestar y cumplir sus obligaciones legales y servicios mínimos, es decir, no puedan autogobernar sus propios intereses.

Dada la relación de proporcionalidad directa entre la debilidad del tamaño de los Municipios y el empobrecimiento funcional, y teniendo en cuenta la estructura territorial y poblacional de España, es muy importante destacar la trascendencia de los procesos de asociación municipal para poder asumir sus obligaciones y prestar los servicios mínimos.

La importancia y el carácter práctico de las Mancomunidades Municipales en España no puede desconocerse desde el momento en que existe un excesivo número de Municipios muy pequeños, con apenas medios para prestar sus servicios, y porque existe una fuerte resistencia a la fusión de Municipios o incorporación a otros, que dificulta la puesta en marcha de una política generalizada en este sentido. Además, las Mancomunidades Municipales son entidades especialmente adecuadas por la especificidad de la problemática a solucionar y por su flexibilidad; así como porque sirven para preservar en el ámbito de la propia Administración municipal los asuntos de interés para las comunidades locales, evitando así su traslación a otros niveles administrativos, y, por tanto, la desaparición de los Municipios más pequeños, al permitirles prestar los servicios mínimos obligatorios.

En la actualidad, el régimen jurídico básico de las Mancomunidades Municipales viene establecido, tal como hemos señalado, por la Legislación Básica del Estado, con sus modificaciones, principalmente la llevada a cabo en 2003, la legislación regional y, en su caso, la normativa estatal de carácter supletorio, según lo establecido por la Constitución y los Estatutos de Autonomía.

Las Mancomunidades de Municipios son Entidades ocales no territoriales con personalidad y capacidad jurídicas propias. Materialmente, son asociaciones voluntarias de Municipios para la ejecución en común de obras y servicios determinados de su competencia; teniendo un régimen jurídico de carácter administrativo (arts. 3, 5 y 44.1.º y 2.º LBRL).

Sus características más destacables son:

a) Las Mancomunidades Municipales son Entidades locales no territoriales (art. 3.2.º, LBRL).

   Las Mancomunidades, en primer término, son entes públicos; son, pues, Administraciones Públicas, por lo que sirven con objetividad

los intereses generales (arts. 103 CE y 6 LBRL), y se consideran Entidades locales (art. 10.1.º de la Carta Europea de Autonomía Local de 1985, art. 3 LBRL y STC 103/2013, de 25 de abril. No obstante, el art. 3.2.º LBRL no las integra entre las Entidades Locales territoriales, aunque el art. 4.3.º LBRL modificado en 2013, reconoce a las Mancomunidades sus potestades y prerrogativas de una forma más directa, acercándolas, de forma destacada a las Entidades Locales territoriales.

b) Tienen carácter voluntario (arts. 44.1.º, LBRL y 10.1.º de la Carta Europea de Autonomía Local). Las Mancomunidades son asociaciones voluntarias de Municipios, por lo que su creación se vincula exclusivamente a éstos, así como la eventual retirada o salida de esta.

c) Las Mancomunidades se integran única y exclusivamente por Municipios (arts. 3.2.º, d, y 44.1.º LBRL).

d) La finalidad de las Mancomunidades es la ejecución en común de obras y servicios determinados de competencia municipal (arts. 44.1.º, LBRL), no siendo posible que asuman la totalidad de las competencias asignadas a los respectivos Municipios que las integran (arts. 35.2.º, TRRL); evitando así vaciar de competencias a los Municipios mancomunados e incidir negativamente en su autonomía local.

e) Las Mancomunidades tienen personalidad y capacidad jurídicas propias (arts. 5 y 44.2.º, LBRL), por lo que pueden adquirir, poseer, reivindicar, permutar, gravar o enajenar toda clase de bienes, celebrar contratos, etc.; es decir, pueden ser sujetos de derechos y obligaciones.

f) Los Municipios mancomunados no es necesario que pertenezcan a la misma Provincia ni que exista continuidad territorial entre ellos, si ésta no es requerida por la naturaleza de los fines de la Mancomunidad (art. 35 TRRL), con lo que no se permitía que Municipios de distintas Comunidades Autónomas se integraran en la misma Mancomunidad. Posteriormente, el art. 44.5.º LBRL, según redacción de 2003, ya permitió la integración en la misma Mancomunidad a Municipios pertenecientes a distintas Comunidades Autónomas, siempre que lo permitan las normativas de las Comunidades afectadas.

En cuanto a las prerrogativas y potestades a reconocer a las Mancomunidades deben resaltarse algunas innovaciones normativas. Como hemos señalado, por su consideración de entidades territoriales no territoriales (art. 3.2.º LBRL), las mismas no se le reconocen directamente en el art. 4.1.º LBRL, sino que el art. 4.2.º, en su redacción anterior a 2003, remitía su reconocimiento a las leyes autonómicas. Posteriormente, el nuevo art. 4.3.º LBRL, introducido por la Ley de Modernización de 2003, ya asignó a las Mancomunidades, para la prestación de sus servicios o la ejecución de obras, las potestades previstas en el citado art. 4.1.º que determinen sus estatutos,

y, en el caso de no previsión en los mismos, les corresponderán todas las potestades señaladas, siempre que sean precisas para el cumplimiento de su finalidad, y de acuerdo con la legislación aplicable a cada una de dichas potestades, en ambos casos. Ciertamente, el reconocimiento de las potestades es, ahora, mucho más directo que con la normativa anterior; acercando, en cierta manera, las Mancomunidades a su consideración como entidades locales territoriales.

Por otra parte, debe resaltarse la trascendencia de tales prerrogativas, al estar incluidas las potestades administrativas más importantes: así, la reglamentaria y de autoorganización; tributaria y financiera; programación o planificación; expropiatoria y de investigación, deslinde y recuperación de oficio de sus bienes; de legitimidad y ejecutividad de sus actos; de ejecución forzosa y sancionadora; revisión de oficio de actos y acuerdos; y las prelaciones y preferencias reconocidas a la Hacienda Pública para sus créditos, así como la inembargabilidad de sus bienes y derechos (art. 4.1.º LBRL).

La Legislación Básica del Estado hace coincidir los procesos de creación de las Mancomunidades Municipales y de aprobación de sus respectivos Estatutos (arts. 44.3.º LBRL, 35 y 36 TRRL y 33 a 35 RPDT; por su parte, la legislación autonómica regula con detalle la creación de las Mancomunidades y la aprobación de sus Estatutos).

Los Estatutos son la norma institucional básica de las Mancomunidades, tal como se desprende de los arts. 4.3.º y 44.2.º LBRL, al señalar que «las Mancomunidades (…)se rigen por sus Estatutos propios». El mismo art. 44.2.º LBRL, señala que «los Estatutos han de regular el ámbito territorial de la entidad, su objeto y competencia, órganos de gobierno y recursos, plazo de duración y cuantos otros extremos sean necesarios para su funcionamiento».

Por su parte, el art. 36 TRRL, sin tener carácter básico, establece como contenido de los Estatutos de la Mancomunidad las siguientes cuestiones: Municipios que comprende; lugar en que radiquen sus órganos de gobierno y administración; número y forma de designación de los representantes de los Ayuntamientos que han de integrar sus órganos de gobierno; fines; recursos económicos; plazo; procedimiento de modificación de estos, y causas de disolución de la Mancomunidad.

Por tanto, el contenido de los Estatutos ha de incluir, con el carácter de mínimo (pues, deben recoger todas las cuestiones necesarias para el correcto funcionamiento de la Mancomunidad), las siguientes cuestiones:

a) Ámbito territorial y Municipios que comprende la Mancomunidad; no teniendo que pertenecer ni a la misma Provincia ni a la misma Comunidad Autónoma (arts. 44.5.º LBRL y 35 TRRL).

b) Objeto, competencia y fines de la Mancomunidad (arts. 44 LBRL, 36 TRRL y 34 RPDT). En estos conceptos se alude, como hemos señalado, a la ejecución en común de obras y servicios determinados de

la competencia municipal, sin que la Mancomunidad pueda asumir la totalidad de las asignadas a dichos Municipios, pues supondría vaciar de contenido la autonomía local. Por otra parte, tal objeto debe interpretarse con cierta amplitud, de forma adecuada a la complejidad de la sociedad actual.

Una peculiaridad de las Mancomunidades es que pueden no afectar a todos los Municipios de forma igual y homogénea, siempre que exista un núcleo común; tal como parece deducirse del art. 36.2.º RPDT, de carácter supletorio, al establecer que los Municipios que se adhieran a la Mancomunidad lo hagan «para una, varias o todas las finalidades» de la misma; constituyendo, así, una especie de Mancomunidad «a dos velocidades». Esta posibilidad parece adecuada al poder así hacerse frente a las concretas situaciones de los Municipios, y actualmente a su situación económico-financiera.

Además, la delegación de competencias a las Mancomunidades se prevé en el art. 7 LBRL, reformado en 2013.

c) Órganos de gobierno y funcionamiento de las Mancomunidades (art. 44.2.º LBRL), que han de ser representativos de los Ayuntamientos que integran las Mancomunidades, constituidos habitualmente por la Asamblea de Concejales, el Consejo Directivo y el Presidente.

d) Financiación y recursos económicos (arts. 150 a 152 y 154 del Texto Refundido de la Ley de Haciendas Locales de 2004, no reformados en 2013), que son tasas, contribuciones especiales, precios públicos, aportaciones de los Municipios mancomunados y otros reconocidos a los Ayuntamientos (es decir, subvenciones, operaciones de crédito, multas e ingresos de Derecho Privado).

e) Plazo de duración, que es variable, siendo posible fijar su carácter indefinido.

f) Otros contenidos (arts. 36 TRRL y 34 RPDT), tales como la denominación, la sede o capital de la Mancomunidad, al procedimiento para modificar los propios Estatutos y sus causas de disolución.

El art. 44.4.º LBRL establece que para la modificación o supresión de las Mancomunidades se seguirá un procedimiento similar al de su aprobación. En parecido sentido, se prevé en los arts. 35.2.º y 36 RPDT, de carácter supletorio.

Finalmente, un instrumento que puede ayudar a solventar los problemas de la planta municipal en España son las Comarcas, de existencia no obligatoria, aunque su creación supone crear otro nivel administrativo más, sien su régimen completamente autonómico, ya que el art. 42 LBRL, prevé que las Comunidades Autónomas, de acuerdo con sus Estatutos, podrán crear en su territorio Comarcas u otras

entidades que agrupen varios Municipios, cuyas características determinen intereses comunes precisados de una gestión propia o demanden la prestación de servicios de dicho ámbito. La iniciativa para la creación de una comarca podrá partir de los propios Municipios interesados, pero, en cualquier caso, no podrá crearse la misma si a ello se oponen expresamente las dos quintas partes de los Municipios que debieran agruparse en ella, siempre que, en este caso, los mismos representen al menos la mitad del censo electoral del territorio correspondiente. Cuando la comarca deba agrupar a Municipios de más de una Provincia, será necesario el informe favorable de las Diputaciones Provinciales a cuyo ámbito territorial pertenezcan los mismos. La determinación de su ámbito territorial, la composición y el funcionamiento de sus órganos de gobierno, que serán representativos de los Ayuntamientos que agrupen, así como las competencias y recursos económicos que, en todo caso, se les asignen, corresponde a las correspondientes leyes regionales. Como cautela, se prevé que la creación de las Comarcas no podrá suponer la pérdida por los Municipios de la competencia para prestar los servicios de prestación obligatoria, del art. 26 LBRL, ni privar a los mismos de toda intervención en cada una de las materias señaladas en el art. 25.2.º LBRL.

5. Nuevas medidas: el Estatuto de los pequeños municipios

Los problemas de la estructura municipal de nuestro país, como hemos puesto de manifiesto, son bien visibles y conocidos desde hace mucho tiempo; lo que ha traído consigo, además de las reformas de la legislación básica mencionadas, la elaboración y presentación de algunos borradores y proyectos más específicos destinados a paliarlos y a establecer, incluso, medidas y herramientas para los pequeños Municipios.

Cuando no había finalizado aún el confinamiento general adoptado por el primer estado de alarma del COVID-19 (y que se sería declarado inconstitucional meses después), y teóricamente en el marco de las medidas para luchar contra los problemas demográficos, con fecha de 18 de junio de 2020, la Ministra de Política Territorial anunció la elaboración de un «estatuto básico de los pequeños municipios»; trabajos de elaboración que serían reafirmados por el entonces Secretario de Estado de Política Territorial y Función Pública en noviembre del mismo año. Es más, el Grupo Parlamentario Socialista presentaría, ese mismo mes, una proposición no de ley instando al Gobierno de la Nación a elaborar un estatuto para los pequeños municipios, la cual fue retirada en diciembre, y sustituida por dos proposiciones no ley (n.º 161/001839 y 161/001840, BOCG, Congreso de los Diputados, Serie D, n.º 207, 22-1-2021), que asimismo instaban al

Gobierno a elaborar ese estatuto «que contribuya a fijar la población en las áreas menos densamente pobladas garantice la calidad en la prestación de los servicios públicos» y que «contenga medidas dirigidas a mejorar la organización y el funcionamiento administrativo, procedimientos de contratación y prestación de servicios por parte de los municipios de menos de 5.000 habitantes».

Seguidamente, se han elaborado varios borradores y textos de anteproyectos, que no han trascendido oficialmente, por cauces no formales se ha conocido, con fecha 10 de enero de 2022, el «Anteproyecto de Ley del régimen de organización de los municipios de menor población o en riesgo de despoblación, de medidas de modernización administrativa y de mejora de las relaciones de colaboración de las Administraciones Públicas» (Ministerio de Política Territorial y Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, Texto APL-REF LRBRL EBPM+LEY40 10-1-22), cuya estructura y contenido, normativamente, no parecen muy adecuados, ya que, junto a varias reformas y medidas destinadas a los pequeños Municipios, regula también la Conferencia de Presidentes y las Conferencias Sectoriales, que no tienen mucho que ver con los Municipios de escasa población.

En relación con los Municipios de menor población o en riesgo de despoblación, se introduce un nuevo Título en la LBRL específico, aplicable a los Municipios con menos de 5.000 habs., o más con ciertos requisitos (así como a los Municipios que funcionen en concejo abierto), con novedades organizativas (tales como la simplificación y adaptación a sus características de la misma, así como la economía, eficacia y eficiencia de su actuación, especialmente mediante la aplicación de medios electrónicos de fácil empleo por la ciudadanía, o la simplificación de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial y sancionador, y de otros procedimientos), y materiales (se prevé la ponderación de la capacidad de gestión de la Entidad local con anterioridad a la atribución de competencias). Asimismo, se establecen varios instrumentos de colaboración con estos Municipios de menor población (la dispensa de la prestación de los servicios obligatorios previstos, sistemas de gestión colaborativa, encomienda de gestión de ciertas competencias municipales a las Diputaciones Provinciales, obligación de éstas de adoptar medidas para que los Municipios menores de 1.000 habs. presten los servicios de secretaría e intervención y adopten otras medidas para los situados en zonas remotas o de difícil acceso, y se potencian los planes provinciales y las Mancomunidades de Municipios integradas) y se adoptan medidas en materia de empleo público en tales Municipios. Por otra parte, el Anteproyecto incluye otras medidas tendentes a la misma finalidad en la regulación general de la LBRL (adopción de acuerdos, intervención administrativa y servicios públicos locales, participación ciudadana, gestión ordinaria de servicios mediante medios propios, etc.).

IV. Bibliografía

Boletín Oficial del Estado, *Código de Régimen Local*, Madrid, 2023 [https://boe.es/biblioteca_juridica/codigos/codigo.php?id=019_Codigo_de_Regimen_Local&tipo=C&modo=2].

Caballero, F., *Fomento de la población rural*, Imprenta Nacional, Madrid, 1864.

Carbonell Porras, E., «¿Un estatuto básico para los municipios pequeños?: Un comentario de urgencia», *REALA*, n.º 15, abril de 2021 [DOI: https://doi.org/10.24965/reala.i15.10922].

Domingo Zaballos, M. J. (Coord.), y otros, Comentarios a la Ley Básica de Régimen Local, 2 Vols., 3.ª ed., Ed. Thomson Reuters-Civitas, Madrid, 2013.

Fernández de Gatta Sánchez, D.:

— «Las Administraciones Locales», en González Bustos, M.ª Á. (Coord.), y otros, *Sistema básico de Derecho Administrativo. Parte general*, Ed. Atelier, Barcelona, 2022, pp. 117-145.

— «La nueva política de la Unión Europea sobre las zonas rurales», en Fernando Pablo, M. M. (Dir.), y otros, *Rural renaissance. Acción, promoción y resiliencia*, Ed. Thomson Reuters-Aranzadi, Cizur Menor (Navarra), 2022, pp. 71-96.

— «La nueva estrategia de la Unión Europea sobre las zonas rurales: pacto verde, visión a largo plazo y nueva Bauhaus», *La Ley-Unión Europea (Grupo Karnov)*, n.º 98/2021.

— «Cuando Ciudad Rodrigo fue una provincia española (1810),o quiso serlo (1843)», en EXCMO. AYUNTAMIENTO DE CIUDAD RODRIGO, *Ciudad Rodrigo. Carnaval del Toro 2013*, Salamanca, 2013.

— «El régimen jurídico de las Comunidades de Villa y Tierra: aspectos históricos y régimen vigente», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 21/2010 [https://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1215245063566/Publicacion/1272897198347/Redacción].

— «El régimen de las competencias y de los límites de los distritos en las legislaciones nacional y autonómicas», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º. 306/2008 [https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/9373/9422].

— «Fórmulas asociativas para la mejor prestación de los servicios públicos: Mancomunidades de Municipios y Consorcios», *Revista de Estudios Locales (COSITAL)*, Número Monográfico sobre «Los Servicios Públicos Locales», Julio de 2007.

— «El Acuerdo de Pacto Local de Castilla y León de 2005: Un instrumento para la consolidación de las Administraciones Locales de la Comunidad», *X Congreso de Economía de Castilla y León [Valladolid, 23 y 24 de noviembre de 2006]*, Comunicaciones, vol. I, Ed. Consejería de Economía y Empleo (Junta de Castilla y León), Valladolid, 2006 [http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/INDEX.HTM].

— «Las Mancomunidades Municipales en Castilla y León: evolución, régimen vigente y perspectivas futuras», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 296-297/2005 [https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/9252/9301].

— «La estructura municipal de Castilla y León: incidencia de la Legislación sobre Régimen Local, Urbanismo y Ordenación del Territorio», *Revista de Estudios de Administración Local*, n.º 291/2003, «Homenaje al Prof. Dr. Sebastián Martín-Retortillo» (publicado en enero de 2004) [https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/9183/9232].

— «Incidencia de las Leyes de Ordenación del Territorio, de Urbanismo y de Régimen Local sobre la estructura municipal de la Comunidad», *VII Congreso de Economía Regional de Castilla y León*, Comunicaciones, Tomo III, Ed. Consejería de Economía y Hacienda (Junta de Castilla y León), Salamanca, 2000 [http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/INDEX.HTM].

— «Los problemas de la estructura municipal de Castilla y León: Instrumentos y soluciones en la nueva Ley de Régimen Local», *El Consultor de los Ayuntamientos*, n.º 19/1999.

— «El Régimen Jurídico de las Mancomunidades intermunicipales», en Varios Autores, *Libro conmemorativo del Cincuentenario de la Escuela Social de Salamanca*, Ed. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1993.

— «El Régimen Normativo de las Mancomunidades Municipales», *Revista Vasca de Administración Pública*, n.º 37/1993 [https://apps.euskadi.eus/t59auUdaWar/R2/verArticulo?numejem=37&tipo=R&seccion=38&correlativo=1&contenido=4&locale=es].

Fernández de Gatta Sánchez, D., y **González Iglesias, M. Á.**, «Los problemas de la estructura poblacional y municipal de España: principales instrumentos y medidas para paliarlos en la Legislación básica sobre régimen local», en Rodríguez Escanciano, S., y Álvarez Cuesta, H. (Dirs.), y otros, *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, Ed. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2021, pp. 25-70.

Fernández de Gatta Sánchez, D., y **Pérez Alencart, A.**, *Manual del Alcalde*, (1.ª ed. de 1998) 2.ª ed. ampliada, Ed. Excma. Diputación

de Valladolid y Universidad de Salamanca, Valladolid, 2004. [http://www.diputaciondevalladolid.es/am/manual_alcalde.shtml?idboletin=471&idseccion=2341&idarticulo=17714].

Fuertes López, M., «La propuesta de reforma del régimen jurídico local ante el espejo», I y II, *Blog esPublico*, 6 de julio y 26 de septiembre de 2022 [https://www.administracionpublica.com/author/mercedes-fuertes/].

Galán Galán, A., *La reordenación de las competencias locales: duplicidad de Administraciones y competencias impropias*, Ed. Fundación Democracia y Gobierno Local, Madrid-Barcelona, 2012.

García de Enterría, E., *Problemas actuales del régimen local*, Ed. Thomson Reuters-Civitas, Cizur Menor (Navarra), 2007 [Ia edición original se publicó por el Instituto García Oviedo-Universidad de Sevilla en 1958].

Jordana de Pozas, L.: «Problemas de los pequeños municipios», en *Estudios en Homenaje al Prof. Jordana de Pozas*, 1.1, Ed. Instituto de Estudios de la Administración Local, Madrid, 1961.

López Ramón, F., «Políticas ante la fragmentación del mapa municipal», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 313-314/2010 (publicado en 2012).

Lora-Tamayo Vallvé, M. (Dir.), **Parada Vázquez, R.**, y otros, *Manual de Derecho Local*, 4.ª ed., Ed. Iustel, Madrid, 2020.

Martin Mateo, R.:

— *La comarcalización de los pequeños municipios*, Ed. Ministerio de la Gobernación, Madrid, 1964.

— «Fórmulas asociativas municipales. La sociedad interlocal», en Varios Autores, *XIV Congreso Interamericano de Municipios*, Ed. IEAL, Madrid, 1973.

— «Mancomunidades municipales y provinciales», en *Nueva Enciclopedia Jurídica Seix*, Tomo XV, Ed. Seix, Barcelona, 1974.

— *Entes Locales Complejos*, Ed. Trivium, Madrid, 1987.

Mozo Amo, J., «El Municipalismo. Presente y futuro del pequeño Municipio. Especial referencia a Castilla y León», *Revista de Estudios Locales (CUNAL)*, n.º 60/2002.

Muñoz Machado, S., y otros, *Tratado de Derecho Municipal*, 4 Tomos, Ed. Iustel, Madrid, 2011.

Orduña Rebollo, E.:

— *Municipios y Provincias. Historia de la Organización Territorial Española*, Ed. FEMP-INAP-CEPC, Madrid, 2003.

— «Nuevas aportaciones sobre el mapa municipal español», *Revista de Estudios de la Administración Local*, n.º 291/2003, «Homenaje al Prof. Dr. Sebastián Martín-Retortillo» [https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/9198/9247].

Ortega Gutiérrez, D., «Fusión obligatoria de municipios en España: una asignatura pendiente en la gobernanza local», *Revista General de Derecho Administrativo*, n.º 62/2023, 35 págs.

Parada Vázquez, R., *La segunda descentralización: del Estado autonómico al municipal*, Ed. Thomson-Civitas, Cizur Menor (Navarra), 2007.

Parejo Alfonso, L., «Apuntes para el debate sobre la planta y la articulación interna de la Administración local», *Cuadernos de Derecho Local (QDL)*, n.º 29/2012 (monográfico sobre «Reforma del Estado y Gobiernos Locales»).

Quintana López, T.:

— *El derecho de los vecinos a la prestación y establecimiento de los servicios públicos municipales*, Ed. Civitas, Madrid, 1987.

— *Las Mancomunidades en nuestro Derecho Local* Ed. INAP, Madrid, 1990.

— «Las Mancomunidades en nuestro Derecho Local: Evolución histórica", *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 248/1990 [https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/8657/8706].

— «Las organizaciones supramunicipales en España: Las Mancomunidades», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 254/1992 [https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/8733/8782].

— «La autonomía municipal, ¿baluarte de la inactividad administrativa?», *Revista Española de Derecho Administrativo*, n.º 77/1993.

— «El derecho de los vecinos a la prestación y establecimiento de los servicios públicos municipales en la jurisprudencia», *Repertorio de Jurisprudencia Aranzadi*, n.º 7/2007.

— «Derecho de los vecinos a la prestación de los servicios públicos», *Cuadernos de Derecho Local (QDL)*, n.º 16/2008.

Rivero Ysern, J. L., *Manual de Derecho Local*, 7.ª ed., Ed. Thomson Reuters-Civitas, Madrid, 2015.

Salvador Crespo, M., *El gobierno local en España*, Ed. M. Pons, Madrid, 2019.

Sosa Wagner, F., *Manual de Derecho Local*, 9.ª ed., Ed. Thomson-Civitas, Cizur Menor (Navarra), 2005.

Varios Autores, *Documentación Administrativa, Nueva época*, n.º 6/2019, monográfico sobre «Cuarenta años de evolución del régimen local».

Varios Autores, *Información Comercial Española*, n.º 908/2019, monográfico sobre «España ante el reto demográfico» [http://www.revistasice.com/index.php/ICE/issue/view/738].

CAPÍTULO II

RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA MEJORA DE LA SOSTENIBILIDAD Y HABITABILIDAD RURAL

Anabelén Casares Marcos
Catedrática de Derecho Administrativo
Universidad de León

I. La promoción de la sostenibilidad urbana como contexto

Como ya he subrayado en otro lugar, la aprobación por el legislador estatal de la Ley 8/2013, de 26 de junio, de Rehabilitación, Regeneración y Renovación Urbanas, y su refundición posterior en el actualmente vigente Texto Refundido de la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana, aprobado por Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre (en adelante, TRLSRU), aspira a fundar y definir las bases para una intervención sistemática en la ciudad antigua, colmando las lagunas y removiendo los obstáculos legales que hubieran podido impedir hasta el momento la puesta en práctica o, incluso, la propia viabilidad, técnica o económica, de aquellas actuaciones que, orientadas hacia los tejidos urbanos ya existentes, habrían de permitir intervenir de manera inteligente en las ciudades, tratando de generar bienestar económico y social y de garantizar, en última instancia, una mayor calidad de vida a sus habitantes[1].

1 Sobre el objeto y los fines del nuevo marco legal, *vid*. Casares Marcos, A.: «Rehabilitación, regeneración y renovación urbanas», en T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Derecho Urbanístico. Guía teórico-práctica, Valencia* (Tirant lo Blanch), 2015, pp. 618 y ss. Con mayor profundidad sobre el cambio de paradigma urbanístico promovido por el legislador, *vid*. no solo esta obra colectiva sino también T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Urbanismo sostenible, rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2016.

Certifica, de algún modo, la apuesta decidida del legislador estatal por el cambio paulatino de modelo que se había iniciado ya con anterioridad para trasladar el acento desde la producción de nueva ciudad a la conservación y, sobre todo, renovación y regeneración de la ciudad existente[2]. La crisis sistémica desatada en 2008 impulsará, a tal efecto, este nuevo rumbo en pos de una mayor sostenibilidad urbana, que enlaza, a su vez, con la preocupación global por el imparable proceso de urbanización mundial. No en vano, el Informe Brundtland había advertido ya en 1987 acerca del crecimiento exponencial de la población mundial en las ciudades entre los años 1920 y 1980, alertando sobre la propia singularidad del desarrollo urbano, que precisa una estrategia diversa para cada ciudad, sin que la adopción de modelos previamente normalizados alcance para garantizar su sostenibilidad[3].

España se encuentra inmersa también en el proceso global y sostenido de pérdida de población en el medio rural. Y así, Naciones Unidas estimó en su informe del año 2014 sobre las perspectivas mundiales de urbanización que en apenas 100 años nuestra población urbana pasaría de las 14.574.000 personas que habitaban en entornos urbanos en 1950 a las 41.601.000 que se estima que lo harán en 2050[4], previéndose, en definitiva, que para este último año el 86,3 por 100 de la población española resida en zonas urbanas[5] y abocándose, en fin, a nuestros poderes públicos, en especial a la Administración local, a lidiar con los diversos y complejos retos que semejante trasvase poblacional supone no solo para planificar esta expansión urbana sino para hacerlo, además, bien, esto es, en términos propiamente sostenibles[6].

---

2 Refiere la apertura de este debate en los países occidentales y su recepción en España bien entrados los años setenta, Quintana López, T.: «De la conservación de las edificaciones a la regeneración de la ciudad existente. Claves de la evolución», *Revista de Urbanismo y Edificación*, n.º 24, 2011, pp. 41 y ss. En idéntico sentido, Fernández de Gatta Sánchez, D.: «El régimen de la sostenibilidad medioambiental», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 25, septiembre 2011, p. 206.

3 Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, «Nuestro futuro común», de 4 de agosto de 1987, A/42/427. Elaborado para la Organización de las Naciones Unidas en 1987 por una Comisión encabezada por la —en aquel entonces— Primera Ministra de Noruega, Gro Harlem Brundtland, analiza y contrasta las políticas de desarrollo económico vigentes con el grado de protección y sostenibilidad ambiental de la época, llegando a la conclusión de que el avance socioeconómico logrado se estaba alcanzando a cambio de un coste medioambiental excesivamente elevado.

4 Department of Economic and Social Affairs. Population Division, *World Urbanization Prospects. The 2014 Revision*, United Nations, New York, 2015, ST/ESA/SER.A/366, pp. 222 y ss.

5 Department of Economic and Social Affairs. Population Division, *World Urbanization Prospects. The 2014 Revision*, *op. cit.*, p. 211.

6 Landry, C.: *The Art of City Making, New York* (Earthscan), 2006, p. 299, refiere la polémica que ha acompañado en los últimos años a la propia tarea de la planificación urbanística, incapaz de seguir el ritmo impuesto por el crecimiento y el desarrollo urbano a nivel mundial, destacando a tal efecto el debate sustanciado en Estados Unidos sobre la propia noción y sobre aquellos objetivos que habrían de perseguirse con su empleo.

A resultas de la invocación y promoción expresa en estrategias globales de todo tipo, especialmente en las ambientales, de un crecimiento inteligente, sostenible e integrado o de la implantación de una economía verde, el desarrollo sostenible ya no es simplemente un principio de carácter horizontal o transversal aplicable, entre otras, a la actividad pública urbanística, sino un auténtico título habilitante para la actuación de los poderes públicos y, señaladamente, de las Administraciones públicas. Así ha sido asumido e incorporado de forma generalizada tanto a documentos públicos estratégicos y de planificación en materia urbana *(soft law)*, como a normas de todo tipo de contenido, ambiental o no, y de procedencia diversa, europea, estatal, autonómica o local[7].

Se abre paso así con fuerza la idea de la sostenibilidad, etiqueta de moda incorporada a los propios resortes de nuestras sociedades de consumo, que nos asalta cada vez más desde planes, programas, memorandos oficiales, no solo urbanísticos, e incluso medios de comunicación y divulgación o anuncios publicitarios[8]. Pese al actual consenso generalizado sobre lo deseable de un modelo económico realmente sostenible, queda aún mucho por hacer hasta que la sociedad llegue realmente a interiorizar que su logro parte inevitablemente del conflicto y de la búsqueda de un equilibrio precario, inestable y dinámico entre las perspectivas ambiental, económica y social, profundamente interrelacionadas y llamadas no solo a coexistir en mera yuxtaposición, sino a convivir, limitarse, condicionarse, retroalimentarse e impulsarse mutuamente[9].

---

7 *Vid*., sobre la juridificación del desarrollo sostenible en la Unión Europea y en España desde una perspectiva propiamente urbana, Quintana López, T.: «Hacia un modelo de urbanismo sostenible», en T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Urbanismo sostenible. Rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2016, pp. 15 y ss. Se trata, en todo caso, de una tendencia acorde con el debilitamiento del papel del Estado Nación y su soberanía en el ámbito internacional y el ascenso como actores a tal efecto de las ciudades, *vid*., a tal efecto, Emanuel, R.: *The Nation City. Why Mayors are now running the World*, New York (Alfred A. Knopf), 2020; y, Benedicto Solsona, M. Á.: «El rol de las ciudades en la implantación de los ODS tras la Covid-19», en C. Florit Fernández, N. del Barrio Fernández y J. A. Soto Pineda: *Estudio interdisciplinario de los desafíos planteados por la Agenda 2030*, Cizur Menor (Aranzadi), 2020, pp. 141 y ss., quien se refiere, además, al impacto de las redes de ciudades en la política global.

8 Sobre sus diversas facetas y perspectivas, *vid*. Quintana López, T. (Dir.), Rodríguez Escanciano, S., y Casares Marcos, A. (Coords.): *Proyección transversal de la sostenibilidad en Castilla y León. Varias perspectivas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2019, *in toto*.

9 He llamado ya la atención, en Casares Marcos, A.: «Urbanismo e igualdad de género: el desarrollo urbano sostenible al servicio de ciudades más inclusivas», en M. A. González Bustos (Dir.) y J. L. Domínguez Álvarez (Coord.): *Agenda 2030: desarrollo sostenible e igualdad*, Cizur Menor (Thomson Reuters Aranzadi), 2021, pp. 71 y ss., sobre la tarea que corresponde, a tal efecto, a nuestros legisladores y a nuestros gobernantes, a la vista de otras experiencias y resultados del ámbito comparado, pero también de los avances e innovaciones científicas que se vayan alcanzando y, en especial, de los debates y discusiones sustanciadas al respecto en la ciencia entendida en su sentido más amplio, para con-

Así se ha plasmado en la *Agenda 2030*, que dedica su undécimo objetivo de desarrollo sostenible a alcanzar, precisamente, «ciudades y comunidades sostenibles»[10], esto es, a «lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles»[11]. La interrelación, dependencia y contribución de este objetivo al desarrollo y logro del resto resulta absolutamente innegable; por sistematizar y citar los más significativos: su contribución al acceso ciudadano a servicios públicos de calidad [salud y bienestar (ODS 3), educación (ODS 4), agua limpia y saneamiento (ODS 6), energía asequible y no contaminante (ODS 7)], a un medio ambiente más adecuado [acción por el clima (ODS 13), producción y consumo responsables (ODS 12)] o a una mayor equidad y cohesión social [trabajo decente y crecimiento económico (ODS 8), industria, innovación e infraestructura (ODS 9), reducción de las desigualdades (ODS 10), igualdad de género (ODS 5), fin de la pobreza (ODS 1)], todo ello al servicio, en fin, de la paz, justicia e instituciones sólidas (ODS 16)[12].

Pese a la dificultad que supone su concreción, ante la ausencia de una definición científicamente contrastada que pueda avalar con el rigor pertinente los contornos de este nuevo modelo urbano fundado en el desarrollo urbano sostenible[13], su realización efectiva exige indubitadamente la adopción de

cretar los instrumentos, mecanismos y garantías que permitan ponderar adecuadamente todos las facetas afectadas y, en especial, todos los derechos en conflicto, valorando las circunstancias del supuesto particular a fin de decidir cuál debe ceder y ser objeto de limitación en cada caso.

10 *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* fue adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 25 de septiembre de 2015 y pivota sobre 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que comprenden, a su vez, 169 metas de carácter integrado e indivisible con el fin de abarcar las esferas económica, social y ambiental. Como bien destaca Esteve Pardo, J.: «Presentación», en J. Esteve Pardo (Dir.): *La Agenda 2030. Implicaciones y retos para las Administraciones locales*, Madrid (Fundación Democracia y Gobierno Local), 2021, p. 11, «parece que repara prioritariamente en las ciudades» y, en concreto, en los problemas y retos que plantea la expansión de las concentraciones urbanas en amplias áreas del planeta.

11 La preocupación por la sostenibilidad urbana y el debate acerca de cómo materializar sus logros ha alcanzado especial predicamento durante los últimos años en el ámbito internacional como atestigua la adopción, vinculada, a su vez, a la *Agenda 2030, de la Nueva Agenda Urbana* en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Vivienda y el Desarrollo Urbano Sostenible (Hábitat III). Aprobada en Quito, Ecuador, el 20 de octubre de 2016, fue refrendada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 23 de diciembre de 2016.

12 Se trata, en definitiva, de una manifestación explícita de la ausencia de novedad real de los objetivos de la Agenda, subrayada por Esteve Pardo, J.: «Presentación», *op. cit*., p. 9, en tanto en nuestro entorno cultural más próximo no tiene «carácter disruptivo, sino generalizador e integrador a un tiempo».

13 Ramírez Sánchez, J. M.ª: «Del urbanismo de excepción al urbanismo sostenible, una respuesta a la crisis económica», *Revista de Derecho Urbanístico y Medio Ambiente*, n.º 256, 2010, pp. 14 y ss., no duda en afirmar que se ha llegado a la sostenibilidad "por la necesidad". En todo caso, la consolidación del principio ha corrido pareja al debate doctrinal

una nueva visión holística e integradora de todas las diversas facetas que confluyen y se solapan en la creación, transformación y regeneración de la ciudad[14], y el éxito depende, de manera preeminente, de la propia capacidad de los poderes públicos, en especial locales, de trascender las declaraciones puramente programáticas y los enunciados normativos hueros para profundizar en las manifestaciones concretas del principio de desarrollo sostenible en el ámbito urbano, de por sí sumamente variadas y poliédricas[15].

II. La pandemia ocasionada por la Covid-19 como pretexto

En este contexto se ha abierto paso la problemática jurídica planteada, en particular, por el fomento de la innovación tecnológica en los núcleos urbanos, con la consiguiente articulación de lo que se han dado en denominar territorios inteligentes, ciudades creativas o *smart cities*. Se trata de un asunto sin duda complejo, al que afectan cuestiones sumamente variadas, entre otras, el trasvase poblacional hacia el medio urbano y las migraciones internas habidas al efecto, la dispersión poblacional sobre el territorio, la tendencia demográfica o la acusada despoblación de amplias zonas del territorio[16]. Todas ellas inciden sobre la articulación de las políticas públicas al respecto, claves para aprovechar al máximo el potencial de las nuevas

sobre su alcance en términos propiamente jurídicos y, en particular, sobre su naturaleza jurídica y efectos. *Vid*., sobre este particular, por todos, Ramallo López, F. E.: *La planificación territorial sostenible*, Cizur Menor (Aranzadi), 2014, pp. 127 y ss., así como la doctrina allí citada.

14 En línea con las estrategias integrales y acciones coordinadas reivindicadas por la *Carta de Leipzig sobre Ciudades Europeas Sostenibles* de 2007.

15 Razona significativamente sobre ello el Tribunal Supremo en su Sentencia de 8 de junio de 2012, rec. 126/2010, fundamentos de derecho tercero y cuarto, al incidir en la progresiva e inevitable imbricación entre urbanismo y protección ambiental. Resulta asimismo ilustrativa, desde una perspectiva general, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de diciembre de 2006, rec. 765/2004, en la que se realizan consideraciones genéricas previas que sintetizan la abundante jurisprudencia habida hasta aquel momento sobre la evaluación de impacto ambiental. En concreto, sobre las exigencias anudadas por la jurisprudencia al principio de desarrollo sostenible desde una perspectiva propiamente urbanística, *vid*. Gómez Manresa, M.ª F.: «El desarrollo sostenible en la jurisprudencia contencioso-administrativa», en R. Bustillo Bolado y M.ª F. Gómez Manresa (Dirs.): *Desarrollo sostenible: análisis jurisprudencial y de políticas públicas*, Cizur Menor (Aranzadi), 2014, pp. 201 y ss.

16 Cerrillo i Martínez, A.: «La ciudad inteligente al servicio de las personas», *Práctica Urbanística*, n.º 164, 2020, pp. 6 y ss., defiende la centralidad de la persona en la ciudad inteligente, concretando esta ciudadanía digital en distintos aspectos, así, su consideración como usuarias o consumidoras de los servicios prestados en la ciudad inteligente, su función como proveedoras de datos, su titularidad de una esfera de derechos relacionados con este tipo de ciudad o su participación en su propio diseño y colaboración en la gestión de los servicios que en ella se prestan

tecnologías en la prestación efectiva de servicios a los ciudadanos en un contexto, conviene insistir sobre ello, de marcada contención del gasto público y de promoción de la eficiencia en la realización de los cometidos públicos[17].

La dificultad deriva, en primer lugar, de la propia flexibilidad del concepto de *smart city*, en buena medida difuso ante su indefinición y la pluralidad de elementos y temas claves afectados directamente por su implantación, entre otros, el gobierno, la movilidad, el medio ambiente, la población o la economía local[18]. Y, en segundo, del ingente esfuerzo presupuestario y financiero que exige su plasmación práctica y que nuestros poderes públicos, en especial, en el ámbito local, no están en condiciones de acometer por sí mismos, abocando, en consecuencia, al empleo de instrumentos que permitan la colaboración entre los sectores público y privado y acudir, en suma, a la financiación privada[19]. Pese a ello, la filosofía inherente a la propia noción de la *smart city* se asienta, precisamente, en la aplicación de una «gestión eficiente a todas las escalas»[20], de forma que sus ventajas a medio y largo plazo prometen erigirse en revulsivo que facilite la gestión no solo más sostenible y eficiente de los servicios públicos, sino su expansión, crecimiento y realización en condiciones cualitativamente mejores[21].

De ahí la oportunidad innegable que representan a tal efecto los mecanismos articulados por la Unión Europea para superar los efectos perniciosos de la pandemia ocasionada por la expansión de la Covid-19, que ha provocado no solo una situación de emergencia sanitaria sin precedentes, sino también unas consecuencias de enorme magnitud y repercusión en los ámbitos económico y social, entre otros.

---

17 Así, en opinión de Irastorza Letamendía, L.: «Ciudades inteligentes: requerimientos, desafíos y algunas claves para su diseño y transformación», *Revista de Derecho Urbanístico y Medio Ambiente*, n.º 312, 2017, p. 71, para considerar a una ciudad como «inteligente» se precisa no solo una utilización masiva y eficiente de las tecnologías disponibles para su gestión, sino que «dichas tecnologías hagan frente de forma eficiente a los desafíos que dicha ciudad tiene», en particular, «a los retos que el propio desarrollo le impone a la ciudad».

18 *Vid*., en tal sentido, la reflexión desarrollada por el *Libro Blanco. Smart Cities*, Madrid (Enerlis, Ernst & Young, Ferrovial Servicios y Madrid Network), 2012, *in toto*.

19 Cerrillo i Martínez, A.: «La ciudad inteligente al servicio de las personas», *op. cit*., p. 3, refiere cómo «la innovación puede ser impulsada por las propias ciudades pero habitualmente es adquirida del mercado», así como los riesgos que puede generar para las Administraciones públicas este recurso a proveedores externos.

20 *Libro Blanco. Smart Cities*, *op. cit*., p. 18.

21 No en vano, como recuerdan Bouskela, M., Casseb, M., Bassi, S., de Luca, C., y Facchina, M*.: La ruta hacia las Smart Cities: migrando de una gestión tradicional a la ciudad inteligente*, Nueva York (Banco Interamericano de Desarrollo), 2016, p. 29, la tecnología es «un aliado importante» para la sostenibilidad de la ciudad, de forma que la transformación de los modelos de gestión urbana tradicionales en modelos inteligentes se revela «vital para lograr la sostenibilidad de los centros urbanos a mediano y largo plazo».

El Plan de recuperación para Europa, *Next Generation EU*, dotado con 750.000 millones de euros, es un instrumento temporal concebido, en tal sentido, para impulsar la recuperación y reparar los daños económicos y sociales inmediatos causados por la pandemia. Junto con el presupuesto a largo plazo de la Unión Europea se concibe como el mayor paquete de estímulo financiado hasta el momento en Europa. Se destinarán, en total, 1,8 billones de euros a la recuperación y reconstrucción europea tras la pandemia. Más de la mitad de este importe irá dirigido a la modernización de la economía europea a fin de que sea más ecológica, digital y resiliente, favoreciendo transiciones climáticas y digitales justas y prestando especial atención a la lucha contra el cambio climático.

Destaca, como elemento central de *Next Generation EU* y, por tanto, de una estrategia europea más completa y compleja, el Mecanismo Europeo de Recuperación y Resiliencia, que comprende 672.500 millones de euros en préstamos y subvenciones disponibles para apoyar las reformas e inversiones emprendidas por los distintos países de la Unión Europea. Con esta finalidad el Consejo de Ministros de España aprobó el 27 de abril de 2021 el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la economía española, que incorpora una importante agenda de inversiones y reformas estructurales en torno a los cuatro grandes ejes transversales sobre los que pivota: la transición ecológica, la transformación digital, la cohesión territorial y social y la igualdad de género [22]. El segundo eje se dirige, en concreto, a acelerar la transición digital de España para alcanzar, de forma estructural y aprovechando las sinergias existentes con la transición verde del primero, una transformación y modernización real de la economía, garantizando la accesibilidad del conjunto de la sociedad, impulsando la digitalización de la empresa —especialmente *pymes* y *startups* —y la industria, la I+D+i, y la capacitación digital de la población.

El Plan se articula sobre estos cuatro ejes transversales, concretados y desarrollados por diez políticas palancas que integran, a su vez, treinta componentes o líneas de acción, tanto de tipo propiamente regulatorio como de impulso a la inversión. A tal efecto, el componente 2 de las inversiones y reformas del Plan español de Recuperación comprende el Plan de rehabilitación de vivienda y regeneración urbana, que tiene como objetivos principales, a su vez, «el impulso a la rehabilitación del parque edificado en España, en línea con la *Renovation Wave* europea, así como el incremento del parque de vivienda en alquiler social en edificios energéticamente eficientes, contribuyendo a la activación de este sector y a la generación de empleo y actividad en el corto plazo». Es más, «como objetivo específico busca conseguir

22 Plenamente alineados, como advierte el propio Plan, p. 56, con la Agenda 2030 y los objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, así como con las recomendaciones específicas hechas a España por parte de la Unión Europea en los años 2019 y 2020 y los pilares del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia

unas tasas de rehabilitación energética significativamente superiores a las actuales que permitan adelantar el cumplimiento de los objetivos de rehabilitación contemplados en el Plan Nacional Integrado de Energía y Clima (PNIEC) y en la Estrategia a largo plazo para la rehabilitación energética en el sector de la edificación en España (ERESEE). Para ello, se implementará la Agenda Urbana Española (www.aue.gob.es) poniendo en marcha todas las actuaciones de su plan de acción tanto en grandes áreas metropolitanas, como en las zonas rurales, así como la vivienda en alquiler social, dando respuesta al reto demográfico. En especial, impulsará la actividad de rehabilitación y regeneración urbana como pieza clave en la reactivación del sector de la construcción e inmobiliario y en el cumplimiento de los compromisos europeos y nacionales en materia de energía y clima, y de digitalización»[23]. Entre las reformas que contempla se encuentra, señaladamente, la «implementación de la Agenda Urbana Española (AUE) que forma parte del actual programa del gobierno y enmarca una serie de medidas que constituye una verdadera Política Nacional Urbana, en que la que tienen un papel fundamental los Municipios Españoles y que está alineada con los objetivos para un desarrollo rural y urbano sostenible». Con una inversión total estimada de 6.820 millones de euros constituye el segundo más cuantioso en su financiación tras el eje destinado a la movilidad sostenible[24], destacando, desde la perspectiva de la promoción de la filosofía *smart* en el ámbito urbano, la previsión de un programa de ayudas para impulsar la aprobación de planes de acción local que, además de permitir la implementación efectiva de la Agenda Urbana Española, ejemplifiquen, a modo de proyectos piloto, la metodología, el proceso seguido y el resultado final para orientar a otras entidades locales a hacer los suyos propios[25].

Se encuentra, sin duda, estrechamente relacionado con el componente 15, que responde a la iniciativa de la Estrategia de Crecimiento Sostenible Conexión *(Connect)* de la Comisión Europea. Articulado a través de dos planes fundamentales de la agenda digital del Gobierno de España (España Digital 2025[26]), aborda, como principales retos, «la mitigación de los fallos de mer-

23 *Vid*., en tal sentido, el informe especial del Procurador del Común de Castilla y León sobre *Fondos Next Generation, rehabilitación del parque inmobiliario y fomento de la eficiencia energética edificatoria en Castilla y León*, mayo 2022, disponible en https://procuradordelcomun.org/informe-especial/27/informe-especial-sobre-fondos-next-generation-rehabilitacion-del-parque-inmobiliario-y-fomento-de-la-eficiencia-energetica-edificatoria-en-castilla-y-leon/1/.

24 Integrado por los componentes 1 (Plan de choque de movilidad sostenible, segura y conectada en entornos urbanos y metropolitanos) y 6 (Movilidad sostenible, segura y conectada) con una inversión total estimada, respectivamente, de 6.536 y 6.667 millones de euros.

25 El *Plan Nacional de Ciudades Inteligentes*, julio 2015, pp. 9 y ss., se refiere a las distintas iniciativas emprendidas en relación con «este proceso inteligente de modernización», haciendo hincapié en su valor como faro o guía a este respecto.

26 En concreto, el *Plan para la Conectividad y las Infraestructuras Digitales*, de un lado, y la Estrategia de Impulso a la Tecnología 5G, de otro

cado para extender la cobertura de redes de telecomunicaciones ultrarrápidas en todo el territorio, particularmente en las zonas rurales y zonas estratégicas, contribuyendo a cerrar las actuales brechas digitales sociales, económicas, de género y territoriales», incluyendo, además, «actuaciones para el fortalecimiento de las capacidades de ciberseguridad». Con una inversión total estimada de 3.999 millones de euros, aspira a favorecer la vertebración territorial mediante el despliegue de redes, extendiendo la banda ancha ultrarrápida en las zonas con carencias y alcanzando a la totalidad de la población. Encuentra un apoyo y complemento fundamental en el Plan Nacional de Competencias Digitales *(digital skills)* que integra el componente 19, por el que se pretende «garantizar la formación e inclusión digital de la ciudadanía y los trabajadores, no dejando a nadie atrás en el proceso de transformación digital de la sociedad y la economía». Pretende cerrar, en particular, la brecha digital de género, impulsando la formación en las zonas en declive demográfico. Vertebrado, a su vez, en cuatro líneas de actuación, cuenta con una inversión total estimada de 3.593 millones de euros y se dirige a (i) la formación digital transversal para la ciudadanía (ciudadanía digital), con énfasis en la capacitación digital de mujeres y niñas, para que todas las personas puedan, entre otras acciones, comunicarse, comprar, realizar transacciones o relacionarse con las Administraciones utilizando las tecnologías digitales con autonomía y suficiencia; (ii) el desarrollo de competencias digitales para la educación, desde la digitalización de la escuela hasta la universidad, pasando por la Formación Profesional; (iii) la formación en competencias digitales a lo largo de la vida laboral (*upskilling y reskilling*, tanto de las personas desempleadas como empleadas), con foco en el desarrollo de competencias digitales para las *pymes*; y (iv) el fomento de los especialistas TIC.

Con el pretexto de los fondos europeos para la recuperación, en especial, de los programas de rehabilitación para la recuperación económica y social en entornos residenciales[27], la aspiración por revertir las consecuencias de la pandemia, sobre todo las económicas, enlaza con las demandas sociales preexistentes por lograr un mayor bienestar y calidad de vida, sobre todo en aquellas zonas territoriales más despobladas y deprimidas, así como con la necesidad de articular jurídicamente nuevas fórmulas y herramientas, operativas a la par que eficientes, en defensa y promoción de la sostenibilidad de nuestros núcleos de población[28] y de la prestación en ellos de servicios públicos adecuados, suficientes y de calidad.

---

27 Contemplados como inversión del componente 2 del *Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*, abarcan operaciones de rehabilitación, regeneración y renovación urbana de gran escala, en barrios o zonas delimitadas en función de su nivel de renta y con especial incidencia en colectivos vulnerables, incluidos en la Estrategia Nacional contra la Pobreza Energética

28 Ya sea en ámbitos urbanos que atraen movimientos migracionales o en el medio rural que, pese a la difusión de los confines entre ambos, continúa perdiendo población, como hemos destacado *supra*.

En este sentido, es mucho lo que puede aportar a la modernización e impulso de la economía española, a la reducción de las brechas socioeconómicas y al fomento de una mayor cohesión social, la inversión pública debidamente orientada a la construcción de espacios más tecnológicos, sostenibles y transitables, que permitan la evolución hacia un nuevo paradigma urbano en el que el ciudadano sea no sólo eje del cambio sino, además, su principal beneficiario[29]. Se trata, en fin, de aprovechar la inmediatez de las inversiones para mejorar la habitabilidad urbana, apoyándose en un modelo *smart* de gestión más eficiente y sostenible, aprovechando el gran volumen de información que proporcionan las nuevas tecnologías[30].

III. La aportación de la innovación tecnológica a la habitabilidad rural

Existen factores que, pese a la heterogeneidad del medio rural español, contribuyen de forma decisiva a diferenciarlo del urbano, así, la despoblación o el envejecimiento poblacional, al que se suman, además, en determinadas zonas geográficas, la fragmentación municipal, la dispersión de la población sobre el territorio o el elevado número de núcleos de población por municipio. Tanto el legislador como el resto de los poderes públicos territoriales deben tomarlos necesariamente en consideración para enfrentarlos desde múltiples y variadas perspectivas, entre las que se halla también la relativa a la adecuada atención a la trama urbana y a las edificaciones del medio rural y a la necesidad de promover su adecuada regeneración, conservación, rehabilitación y actualización, a efectos no solo de detectar y solventar situaciones de ruina edificatoria difícilmente asumibles en su inspección y disciplina para muchos municipios rurales, sino de garantizar también, en especial, una mejor habitabilidad del núcleo poblacional y, por ende, del entorno. Se trata, en suma, de asegurar unas condiciones adecuadas de confort y calidad, dentro de los parámetros europeos marcados por la senda hacia el logro

29 A título de ejemplo, la definición que ofrecen desde la perspectiva de las ciudades de América Latina y el Caribe, Bouskela, M., Casseb, M., Bassi, S., de Luca, C., y Facchina, M.: *La ruta hacia las Smart Cities: migrando de una gestión tradicional a la ciudad inteligente*, *op. cit*., pp. 29 y ss., para quienes «una ciudad inteligente es una ciudad innovadora que utiliza TIC y otros medios para mejorar la toma de decisiones, así como la eficiencia de las operaciones, los servicios urbanos y su competitividad, a la vez que se garantiza la atención a las necesidades de las generaciones actuales y futuras en relación con los aspectos económicos, sociales y medioambientales. Es atractiva para los ciudadanos, empresarios y trabajadores, y genera un espacio más seguro, con mejores servicios y con un ambiente de innovación que incentiva soluciones creativas, generando empleos y reduciendo las desigualdades. De esa manera, promueve un ciclo virtuoso que produce no solo bienestar económico y social, sino que también garantiza el uso sostenible de sus recursos y más calidad de vida a largo plazo».

30 *Vid*., en tal sentido, el *Libro Blanco. Smart Cities*, *op. cit*., p. 16.

de una mayor sostenibilidad urbana y del parque edificado tanto residencial como, en particular, público, en especial, de titularidad local, y procurar atraer población residente.

1. Oportunidades de la digitalización y dificultad de definir el modelo *smart* sobre el territorio

El Programa *Next Generation EU* ofrece una oportunidad única al respecto, en tanto instrumento temporal concebido para impulsar la recuperación en los Estados miembros tras la pandemia y progresar en la senda ya iniciada hacia un cambio de modelo socioeconómico y una Europa más ecológica, más digital y mejor adaptada a los retos actuales y futuros. Sus principales aportaciones económicas se concentran en el *Mecanismo de Recuperación y Resiliencia*, integrado por préstamos y subvenciones con los que financiar los planes de recuperación y resiliencia de los Estados miembros, complementadas, además, con la *Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa* (REACT-EU), que refuerza y amplía las medidas de respuesta y reparación contenidas en las *Iniciativas de Inversión en Respuesta al Coronavirus* (IIRC) y de Inversión en Respuesta al Coronavirus Plus (IIRC+). La ejecución de los recursos REACT-EU se realizará a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), el Fondo Social Europeo (FSE) y el Fondo de Ayuda Europea para las Personas Más Desfavorecidas (FEAD). *Next Generation EU* aporta, asimismo, recursos adicionales a otros programas o fondos europeos, entre ellos, Horizonte 2020, InvestEU, el Fondo Europeo Agrario de Desarrollo Rural (FEADER) o el Fondo de Transición Justa (FTJ).

Recae sobre las Comunidades Autónomas la gestión de muchas de las ayudas en que se concretan en nuestro país estas ayudas, en concreto, aprobar y publicar sus convocatorias o ejecutar, en su caso, por sí mismas, a través de inversiones directas, las propias actividades objeto de las subvenciones, si bien para mantener el carácter incentivador de estas últimas solo se admitirán, con carácter general, actuaciones realizadas por los destinatarios últimos con posterioridad a la fecha de registro de la correspondiente solicitud y, en el caso de inversiones autonómicas directas, aquellas que se realicen con posterioridad a la fecha de publicación de sus pliegos de licitación.

Ahora bien, se debe tomar en consideración que, pese a la premura temporal en su tramitación, las inversiones realizadas en busca de una mayor sostenibilidad y, en especial, de la digitalización del entorno urbano, conectan, inevitablemente, con el debate acerca de la implementación de nuevos modelos organizativos para el diseño, la evaluación e el impacto de las políticas públicas y, fundamentalmente, para la prestación de los servicios públicos locales, espoleado, conviene subrayarlo de inmediato, por la expansión y aceptación social indiscriminada pero también por las brechas consustanciales a la tecnología, la innovación y el riesgo. En esta última línea, el reto

enunciado bajo el rótulo «Cambios e innovaciones sociales» de la *Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020* ya sostuvo que «la introducción de las tecnologías digitales y el desarrollo de la Sociedad de la Información está impulsando la transformación de la economía y la sociedad hacia un entorno digital que avanza de forma progresiva y se implanta con carácter transversal en todos los sectores de actividad económica, convirtiéndose en el escenario dominante para las transacciones económicas, la prestación de servicios, la definición de un nuevo modelo de organización del trabajo y de relaciones sociales. A lo largo de los próximos años ningún sector podrá quedar al margen de esta transformación que modificará la forma de hacer negocios, los productos y servicios disponibles, los canales de venta o los mecanismos de relación con el consumidor. El aprovechamiento de las oportunidades industriales, comerciales y de prestación de servicios relacionados con este proceso de evolución supone una de las principales oportunidades de desarrollo para la economía del país. El cambio hacia este modelo de sociedad digital no se puede entender sin que la mayoría de ciudadanos accedan de forma habitual a Internet y se beneficien de las nuevas oportunidades. La inclusión digital, incluyendo el desarrollo de los principios de accesibilidad universal de las personas con discapacidad, la generación de nuevas capacidades y la adaptación de los modelos de formación exigen una apuesta decidida por la innovación en estos ámbitos»[31].

Nos enfrentamos, en suma, a una auténtica revolución digital que ofrece oportunidades desconocidas y, por tanto, inexploradas hasta el momento, incidiendo no solo en las formas de comunicación y relación social, sino también, señaladamente, en la propia política, en la economía y, de forma significativa, en las ciudades[32]. La actualmente vigente *Estrategia Española de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027*, ha hecho hincapié al efecto en la orientación política de la Unión Europea que reflejan el *Pacto Verde Europeo y la Estrategia para configurar el futuro digital de Europa*, invocando, asimismo, el impacto económico esperado de la estrategia *Un nuevo modelo de industria para Europa*, en la que se subraya la importancia de la I+D+i para mejorar e impulsar la competitividad de la industria europea. Sostiene, en tal

31 P. 31. Para Almonacid Lamelas, V.: «Transparencia municipal y derechos de las personas como base de los proyectos de gobierno abierto y *smart city*», *Aletheia. Cuadernos Críticos del Derecho*, n.º 2, 2015, pp. 197 y ss., se abre una nueva etapa en la evolución del Estado Social y Democrático de Derecho que califica de «Estado Tecnológico de Derecho» y al que «se podría definir como la plasmación jurídica de la realidad socio-tecnológica del siglo XXI».

32 Así lo subraya Vegara, A.: «Supercities. La inteligencia del territorio», *Revista Democracia y Gobierno Local*, n.º 37, 2017, p. 5, quien destaca la confluencia al efecto de las «cuatro megatendencias» representadas por la computación en la nube, los dispositivos móviles, las redes sociales y la inteligencia aplicada al *Big Data*, para concluir que «nunca habíamos gozado de más capacidad de computación, ni de más fácil acceso a la información, ni de mejores opciones de comunicación física y digital, y esto está cambiando la forma en la que las personas viven, trabajan, se divierten, aprenden y se relacionan».

sentido, que «España ha hecho suyas las prioridades definidas por la Comisión Europea. Por un lado, mediante la aprobación del *Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030: Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible* y, por otro, mediante la inclusión de la Transición Ecológica y el reto demográfico, la atención sanitaria, la conectividad y la digitalización, el medio rural, la economía circular y la Inteligencia Artificial como áreas fundamentales de la política de Estado. Junto a estas áreas, España ha realizado una priorización estratégica nacional propia, que además de converger con la estrategia europea, pone el foco en ámbitos específicos y en el papel orientador e incentivador de la I+D+i»[33].

Son múltiples y diversas las cuestiones problemáticas que se plantean a tal efecto en nuestro ordenamiento jurídico a causa de esta promoción del desarrollo tecnológico en el entorno urbano, tanto al optar en cada caso particular entre los modelos de sostenibilidad y prestación avanzada de servicios, comunicaciones y otras aplicaciones a implementar, como al dar respuesta concreta a los conflictos que pudieran plantearse desde la perspectiva de la ponderación, evaluación, garantía y satisfacción de los derechos de los ciudadanos afectados, derechos no solo de configuración *ex lege* sino incluso, conviene subrayarlo, fundamentales[34]. En este sentido, habrá que conectar el despliegue de la filosofía *smart* sobre el territorio, sus ventajas y múltiples prestaciones desde la perspectiva del desarrollo urbano sostenible, al principio de confianza digital y a los retos planteados al respecto en materia de ciberseguridad. No en vano, la actuación pública electrónica, en este caso en

33 P. 11.

34 Derechos clave, en todo caso, a la vista de la indiscriminada aceptación y rápida evolución de las nuevas tecnologías. *Vid*., a modo de botón de muestra, los datos que proporciona en tal sentido el documento *Temas Hábitat III. 21-Ciudades inteligentes*, Nueva York, 31 de mayo de 2015, p. 2: «Hoy, hay más de 7.000 millones de usuarios de tecnologías móviles a nivel mundial, en comparación a los 738 millones en el año 2000. Globalmente 3.200 millones de personas utilizan internet, de los cuales 2.000 millones vive en países en desarrollo. La presentación global de la banda ancha móvil está cerca de un 47 % en 2015, un valor que se ha incrementado 12 veces desde 2007. En 2015, el 69 % de la población global estará cubierta por banda ancha móvil 3G, en comparación al 45 % del año 2011». Cabe citar, asimismo, el Informe del Sistema Global para Comunicaciones Móviles (GSMA) sobre el estado de la conectividad a internet móvil, *The State of Mobile Internet Connectivity 2022*, que constata que a finales de 2021 el 95 por 100 de la población mundial vive en áreas atendidas por conectividad de banda ancha móvil, encontrándose el 55 por 100 de la población mundial conectada a internet móvil, y hace hincapié en las barreras a que se enfrentan 3.200 millones de personas, equivalentes al 40 por 100 de la población mundial, que estando cubiertas por una red de banda ancha móvil encuentran, sin embargo, impedimentos a su conexión, entre otros, falta de alfabetización y habilidades digitales, asequibilidad del terminal o de la red, acceso a contenidos y servicios relevantes o preocupaciones de seguridad y acceso. Pese a ello, el crecimiento de internet móvil ha servido para impulsar la inclusión digital, de forma que si a finales de 2021 internet móvil estaba siendo empleado por el 55 por 100 de la población mundial, a finales de 2017 tan solo lo hacía un 43 por 100.

el entorno urbano, se torna más eficiente, más sostenible en términos tanto económicos como ambientales, pudiendo diseñarse para avanzar también, gracias al empleo de la innovación tecnológica, en la vertiente social, si bien presenta una vulnerabilidad indudable al asentarse sobre la utilización de múltiples aplicaciones electrónicas que exigen del sector público un papel activo como guardián y protector de colectivos especialmente vulnerables y como centinela capaz de desarrollar entornos seguros para los derechos de los ciudadanos y, simultáneamente, interoperables, sin que lleguen a conculcarse, en ningún caso, los principios esenciales en que debe asentarse la actuación pública y el ejercicio de las potestades administrativas conforme al ordenamiento jurídico vigente[35].

En cualquier caso, uno de los principales escollos para la implementación y expansión de la smart city se encuentra, precisamente, en la dificultad para dar con una definición precisa de la expresión y en la propia indeterminación del ámbito competencial local para su impulso y materialización[36]. Las propuestas al efecto en el ámbito internacional, las medidas de fomento y promoción adoptadas, en tal sentido, en el ámbito comunitario e, incluso, nacional o autonómico, permiten enlazar la inteligencia de la ciudad con el empleo de las nuevas tecnologías al servicio de una pléyade de aspectos que resultan consustanciales al ámbito urbano, entre otros, de los edificios y la mejora edificatoria, redes de energía, transporte y movilidad, medio ambiente, administración electrónica, prestación de diversos servicios públicos, así, señaladamente, sanidad, educación, recogida de residuos, alumbrado público, abastecimiento y saneamiento de aguas, o, en fin, comercio electrónico[37].

Curiosamente, pese al debate en torno a la necesidad de implantar soluciones innovadoras dirigidas a la conversión de nuestras ciudades y territorios en «inteligentes», el fenómeno *smart* carece de tratamiento específico en el TRL-

35 Barrio Andrés, M.: «La *smart city*: versión 2.0 del municipio», *Documentación Administrativa*, n.º 3, 2016, p. 97, se ha hecho eco de la «intricada problemática» que acompaña a la figura ante la ausencia de un grupo normativo sectorial que la regule y la notable insuficiencia de las previsiones legales actualmente vigentes para dar respuesta a las «complicadas relaciones jurídicas subyacentes» al efecto. No en vano, «todo proyecto de *smart city* va cimentado sobre una pluralidad de servicios de diversa naturaleza que se prestan por sujetos distintos y, lo que resulta incluso más relevante desde la perspectiva jurídica, con arreglo a normas dispares».

36 *Vid*. Casares Marcos, A.: «Ciudades inteligentes y prestación de servicios en Castilla y León», en T. Quintana López (Dir.), S. Rodríguez Escanciano y A. Casares Marcos (Coords*.): Proyección transversal de la sostenibilidad en Castilla y León. Varias perspectivas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2019, pp. 51 y ss.

37 En idéntico sentido, Romero Tarín, A.: «El paradigma de las smart cities en el marco de la gobernanza urbana», *Gestión de Análisis de Políticas Públicas*, n.º 20, 2018, pp. 32 y ss. Asimismo, sobre la multitud de servicios públicos prestados en la ciudad inteligente y su vocación por ser inclusivos, eficientes, resilientes y sostenibles, *vid*. cerrillo i martínez, a.: «La ciudad inteligente al servicio de las personas», *op. cit*., p. 4.

SRU. Su artículo 1 resulta revelador del propósito de la legislación estatal en materia de suelo y rehabilitación urbana, estrechamente vinculado a la realización y satisfacción de cotas más elevadas en materia de desarrollo sostenible, y así, conforme a su enunciado, el Texto Refundido tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen, además de «la igualdad en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, relacionados con el suelo», «un desarrollo sostenible, competitivo y eficiente del medio urbano, mediante el impulso y el fomento de las actuaciones que conducen a la rehabilitación de los edificios y a la regeneración y renovación de los tejidos urbanos existentes, cuando sean necesarias para asegurar a los ciudadanos una adecuada calidad de vida y la efectividad de su derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada». Un tenor literal sembrado de conceptos jurídicos indeterminados de compleja concreción, así, a título de ejemplo, la dificultad de identificar previamente aquellos condicionantes y elementos mínimos adecuados para garantizar tal «desarrollo sostenible, competitivo y eficiente» del núcleo urbano o la no menos ardua y espinosa tarea de acotar lo que habría de representar una «adecuada calidad de vida» de los ciudadanos, pero en el que no se citan siquiera la innovación tecnológica, la digitalización o las soluciones electrónicas como cauce para arribar a esa sostenibilidad urbana.

Su artículo 3, dedicado al principio de desarrollo territorial y urbano sostenible, impone a los poderes públicos, en su apartado tercero, la tarea de formular y desarrollar en el medio urbano «las políticas de su respectiva competencia, de acuerdo con los principios de competitividad y sostenibilidad económica, social y medioambiental, cohesión territorial, eficiencia energética y complejidad funcional, procurando que, esté suficientemente dotado, y que el suelo se ocupe de manera eficiente, combinando los usos de forma funcional». Para ello les confía, entre otros cometidos, favorecer y fomentar «la dinamización económica y social» [apartado b)], mejorando «la calidad y la funcionalidad de las dotaciones, infraestructuras y espacios públicos al servicio de todos los ciudadanos y fomentarán unos servicios generales más eficientes económica y ambientalmente» [apartado c)]. Promoverán, además, «con las infraestructuras, dotaciones, equipamientos y servicios que sean precisos, la localización de actividades económicas generadoras de empleo estable, especialmente aquéllas que faciliten el desarrollo de la investigación científica y de nuevas tecnologías, mejorando los tejidos productivos, por medio de una gestión inteligente» [apartado d)], garantizando «el acceso universal de los ciudadanos, de acuerdo con los requerimientos legales mínimos, a los edificios de uso privado y público y a las infraestructuras, dotaciones, equipamientos, transportes y servicios» [apartado e)].

Como corolario indiscutible cabe constatar que el legislador estatal, pese a permitir el despliegue de la tecnología sobre el territorio, no ofrece un concepto cerrado de lo que constituye la *smart city* o, desde una perspectiva más amplia, el territorio inteligente, obligando a un ejercicio sumamente complejo de competencias heterogéneas y concurrentes de poderes públicos diversos

para su articulación[38]. Es mucho lo que pueden aportar, fundamentalmente desde la perspectiva de la participación ciudadana y el *open government*[39], o del empleo y provecho del *big data*, por ejemplo, entre otras, en materia de movilidad o consumos energéticos[40], de ahí que en la aproximación al concepto de smart city se hayan ido acuñando asimismo otros cercanos como, por ejemplo, *green city* o *human city*[41]. Como bien señala el *Plan Nacional de Ciudades Inteligentes*[42], «la tipología de entidades locales que forman parte de nuestra realidad es diversa, como también lo son las posibles soluciones que pueden adoptarse para la transformación que se pretende. La puesta en común de experiencias y conocimientos facilitará la creación —y el trasvase—, de soluciones comunes. De igual manera, la implementación de plataformas interoperables entre los municipios permitiría alcanzar el nivel de masa crítica necesario para que ciertas innovaciones o desarrollos sean comercialmente viables y exportables».

Precisamente por su diversidad, las ciudades inteligentes exigen un tratamiento jurídico adecuado y una actuación administrativa ajustada a sus peculiaridades y exigencias[43], destacando, entre otros temas o sectores, los de la generación de energía eléctrica, con especial atención al abastecimiento individualizado, de la constitución de redes interconectadas con circulación bidireccional de datos *(smart grids)*, de la rehabilitación edificatoria

38 El estudio efectuado a iniciativa del Parlamento Europeo, *Mapping Smart Cities in the EU*, enero 2014, IP/A/ITRE/ST/2013-02, PE 507.480, p. 10, distingue entre *«successful initiatives»* y *«successful cities»* ante el reducido número de iniciativas lo suficientemente maduras como para haber alcanzado sus objetivos contribuyendo a la materialización de los objetivos marcados por Europa 2020. Subraya que en la práctica son muchos los proyectos piloto y las experiencias *smart* pergeñadas en el ámbito urbano, si bien hay menos realidades tangibles de resultados contrastables y el número es todavía más reducido si se buscan de duración prolongada, por ejemplo, de más de diez años.

39 Sobre el gobierno abierto en la *smart city*, *vid*. Bonilla Ortega, V.: «Ciudades inteligentes. Buscando la ruta hacia ciudades gobernadas por sus propios habitantes», en L. Cotino Hueso; J. L., Sahuquillo Orozco y L. Corredoira Alfonso (eds.): *El paradigma del Gobierno Abierto. Retos y oportunidades de la participación y colaboración*, Madrid (Universidad Complutense), 2015, pp. 331 y ss.

40 *Vid*., sobre la recopilación y análisis de manera colaborativa de datos masivos o *big data*, Cerrillo i Martínez, A.: »La ciudad inteligente al servicio de las personas», *op. cit*., p. 3.

41 Se refiere a ellos Almonacid Lamelas, V.: "Transparencia municipal y derechos de las personas como base de los proyectos de gobierno abierto y *smart city*», *op. cit*., pp. 231 y ss.

42 Fechado a julio 2015, p. 12.

43 Y así, Rivero Ortega, R. y Merino Estrada, V.: «Innovación, *smart cities* y Administración electrónica aplicada al urbanismo», en J. Gifreu Font, M. Bassols Coma y A. Menéndez Rexach (Dirs.): *El Derecho de la ciudad y el territorio. Estudios en homenaje a Manuel Ballbé Prunés*, Madrid (INAP), 2016, p. 594, hacen hincapié en que «este urbanismo en el fondo no es tan novedoso», sino que «lo innovador es el uso de las oportunidades que nos ofrece la administración electrónica y el uso de las TIC para desarrollarlo de forma creativa y eficiente».

(smart buildings) y la integración en todo tipo de edificios, al margen de su titularidad concreta, y en los espacios públicos de sistemas de medición inteligentes que permitan adaptarse y ajustar la prestación del servicio correspondiente *(smart metering)* o de la implantación sobre el terreno de sensores inteligentes que no solo recopilen datos e información sino que admitan su interconexión para extraer conclusiones pertinentes e informar las decisiones a adoptar en relación con la gestión de cada subsistema *(smart sensors)*[44]. El cometido es complejo y va mucho más allá del mero despliegue material de las tecnologías de la información y la comunicación que puedan resultar pertinentes para controlar los diferentes subsistemas que integran la ciudad o el territorio inteligente[45]. Semejante diversidad de asuntos y materias aboca, necesariamente, al entrecruzamiento normativo y competencial[46]. Se solapan y afectan entre sí, en consecuencia, títulos competenciales distintos, estatales, autonómicos y locales, tratándose, precisamente por ello, de un ámbito propicio para la coordinación y la cooperación interadministrativas[47].

2. Incógnitas planteadas por el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia desde la perspectiva local

El contenido del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia y, en particular de la primera de las diez políticas palanca en torno a las que se articula, «Agenda Urbana y Rural, la lucha contra la despoblación y el desarrollo de la agricultura», afecta de forma directa y primordial a las competencias de las entidades locales. No en vano, su descripción subraya cómo «las ciudades tienen un papel fundamental en la transformación económica y social. Pero junto a las áreas metropolitanas debe tenerse en cuenta a la población que vive en otros entornos, como el rural. Resulta necesario articular

44 Sobre la importancia de los datos, *vid*. Almonacid Lamelas, V.: «Transparencia municipal y derechos de las personas como base de los proyectos de gobierno abierto y *smart city*», *op. cit*., pp. 221 y ss. En todo caso, más importante que el acceso a la información es su adecuado empleo y así, Navarro Gómez, C., y Navío Marco, J.: «De qué estamos hablando cuando hablamos de smart cities: nuevos entornos para las políticas públicas locales», Anuario de Derecho Municipal, n.º 7, 2013, p. 213, afirman que lo que convierte a la ciudad en inteligente «es el empleo de las nuevas tecnologías para optimizar la eficiencia y eficacia de los procesos, actividades y servicios de una comunidad».

45 *Vid*., a título de ejemplo, sobre los retos actuales que presenta para la ingeniería y arquitectura actuales la sustainable smart city, el número monográfico que les dedica *The Bridge. Linking Engineering and Society*, n.º 53, 2023, editada por la Academia Nacional estadounidense de Ingeniería.

46 Rivero Ortega, R. y Merino Estrada, V.: «Innovación, *smart cities* y Administración electrónica aplicada al urbanismo», *op. cit*., p. 590, concluyen que el concepto de *smart city* no termina de estar perfectamente claro precisamente «por amalgama de ideas».

47 Como lo demuestran, por otra parte, los objetivos y acciones del *Plan Nacional de Territorios Inteligentes*, diciembre 2017.

medidas específicas para la España despoblada que impulsen la innovación social y territorial y faciliten el desarrollo de nuevos proyectos profesionales, la fijación de población, la atracción de talento, la prestación de servicios, así como un uso sostenible de nuestros recursos»[48].

Precisamente por ello, la primera reunión de la Comisión Sectorial sobre la gestión del Plan, celebrada el 19 de enero de 2021, acordó la revisión de su Reglamento para dotar de mayor participación a las Comunidades Autónomas e incorporar a la Federación Española de Municipios y Provincias con derecho de voz y voto, informando durante su transcurso la Ministra de Hacienda que uno de los proyectos con mayor financiación (19 por 100) sería precisamente la Agenda Urbana y Rural y la lucha contra la despoblación, por lo que hizo un llamamiento expreso a la corresponsabilidad en tanto «el beneficiario es el conjunto del Estado y hay que alcanzar unos objetivos generales, lo que requiere un cumplimiento por parte de todas las Administraciones públicas»[49]. Sin embargo, ni el Estado ni las Comunidades Autónomas promovieron con la celeridad y profundidad necesarias las modificaciones normativas oportunas a fin de facilitar la ejecución del Plan desde la perspectiva de las singularidades propias de las entidades locales. Con ello se parece abocar a una participación local residual en un reto capital como es, precisamente, a la vista del segundo de sus componentes, el de progresar en una sociedad más sostenible a través de la ejecución de proyectos de regeneración urbana, el establecimiento de zonas de bajas emisiones, la rehabilitación energética del parque edificado o el despliegue de alumbrado público eficiente e infraestructura de recarga de vehículos eléctricos, objetivos a los que contribuye de forma significativa la expansión y profundización en la filosofía *smart* sobre el territorio y, en particular, la articulación de ciudades y espacios realmente inteligentes, innovadores e interconectados.

A tal efecto, el Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración pública y para la ejecución del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, no predetermina ni define la forma de gestión de los fondos europeos, sino que tan solo busca agilizar y simplificar la actividad administrativa, sustituyendo selectivamente algunas reglas organizativas y procedimentales específicas. Dispone diversas adaptaciones de los procedimientos administrativos habituales con la finalidad de facilitar una gestión eficaz y eficiente del Plan, que comprenden también la modulación de la gestión presupuesta-

48 *Vid*. a tal efecto, por todos, Arroyo Yanes, L. M.: «El papel de la Administración local en el impulso y fomento de la rehabilitación, la regeneración y la renovación urbanas», en T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Urbanismo sostenible, rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2016, pp. 109 y ss.

49 Nota de prensa del Ministerio de Hacienda sobre la primera reunión de la Comisión Sectorial sobre la gestión del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, celebrada el 19 de enero de 2021.

ria y de la tramitación relativa a la fiscalización en el ejercicio de la función de control. Adicionalmente, de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento (UE) 2021/241, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, y la configuración del Plan, incide en que los procedimientos específicos articulados para la gestión de los fondos deberán contemplar, con la flexibilización oportuna, los requerimientos pertinentes en relación con la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, la cohesión territorial, el respeto al medio ambiente y el incentivo a la digitalización. En la misma línea, cabe hacer mención de la incorporación específica de ciertas previsiones orientadas a luchar contra el fraude y la corrupción ante el ajuste efectuado por el Real Decreto-ley en relación con el alcance de los principios rectores de la dinámica de gestión tradicional. Asimismo, sin cerrar el paso a ninguna de las formas de actuación administrativa vigentes (contratos, subvenciones, convenios administrativos, consorcios, sociedades mercantiles, encomiendas de gestión, etc.), articula una nueva forma de colaboración público-privada, el Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE), definido por su artículo 8 como aquel «con gran capacidad de arrastre para el crecimiento económico, el empleo y la competitividad de la economía española».

Pese a que las entidades locales podrán gestionar y ejecutar proyectos y actuaciones del Plan estatal, es más, están compelidas a hacerlo en aras del interés general, tan solo podrán utilizar las medidas de simplificación establecidas en el Real Decreto-ley 36/2020, de 30 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes para la modernización de la Administración pública y para la ejecución del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, en cuanto que tengan carácter básico, referidas principalmente a la contratación pública, sin que quepa apreciar que la totalidad de las Comunidades Autónomas hayan adoptado, con la eficiencia temporal y amplitud adecuada, disposiciones de desarrollo o complementarias dirigidas a facilitar la simplificación procedimental y organizativa que pudiera reputarse necesaria para incentivar y garantizar una adecuada y eficiente participación local en este cometido. Se omite con ello un nivel territorial esencial para la gestión del medio rural y sus singularidades en nuestro ordenamiento y, en última instancia, para la lucha contra la despoblación[50]. Cabe destacar, en tal sentido, la ausencia de medidas de simplificación respecto de materias relevantes al efecto como la modificación del planeamiento urbanístico y del control previo municipal de las actuaciones urbanísticas cuando resulte necesario para la ejecución de estos proyectos.

50 Obviando, por otra parte, las reiteradas llamadas de atención al respecto, no solo desde la perspectiva regional sino, más en concreto, desde la específica relativa a las instancias territoriales locales, efectuadas por los Barómetros 2020 y 2021 del Comité de las Regiones de la Unión Europea acerca del impacto regional y local de la pandemia, *2020 Barometer of Regions and Cities y 2021 EU Regional and Local Barometer*.

Y ello a pesar de que el Preámbulo de la Orden HFP/1030/2021, de 29 de septiembre, por la que se configura el sistema de gestión del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, reconoce que la ejecución del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, conforme al marco establecido en el Reglamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de febrero de 2021, por el que se establece el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, «conlleva el diseño de instrumentos específicos y la adaptación de los procedimientos al marco que se define. Con la finalidad de hacer efectivas las iniciativas planteadas en el menor tiempo posible, las Administraciones Públicas deben adoptar múltiples medidas, entre las que se encuentran la adaptación de los procedimientos de gestión y el modelo de control, junto a la configuración y desarrollo de un Sistema de Gestión que facilite la tramitación eficaz de las solicitudes de desembolso a los Servicios de la Comisión Europea, conforme a los estándares requeridos, tanto desde el punto de vista formal como operativo».

Resultaría, sin duda, cuando menos oportuno valorar la adopción de medidas que permitieran suprimir trámites previos sin que ello redundara en una disminución indeseable o peligrosa de controles en los procedimientos correspondientes, así como la ponderación de la eventual adaptación de la regulación aplicable a la organización administrativa para facilitar la creación de estructuras de planificación y coordinación, unidades administrativas llamadas a ser de carácter provisional, reforzar las funciones de intervención, auditoría y control. A tal efecto, para la participación autonómica en el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia se revelan como instrumentos fundamentales, entre otros, las subvenciones o transferencias estatales y autonómicas, los convenios interadministrativos o incluso los consorcios con participación autonómica. La participación local, tanto en proyectos estatales como en proyectos autonómicos con financiación del Mecanismo de Recuperación y Resiliencia, se puede articular, a su vez, a través de subvenciones, convenios, consorcios y otras formas de cooperación institucionalizada.

Por lo demás, la Orden HFP/1031/2021, de 29 de septiembre, por la que se establece el procedimiento y formato de la información a proporcionar por las Entidades del Sector Público Estatal, Autonómico y Local para el seguimiento del cumplimiento de hitos y objetivos y de ejecución presupuestaria y contable de las medidas de los componentes del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, constituye, conforme a su Preámbulo, «la referencia necesaria para el ejercicio de la función de control y, en última instancia, acreditar el grado de ejecución de los componentes». Hace mención expresa al principio de lealtad institucional en las actuaciones de las Administraciones públicas, conforme a lo previsto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, para subrayar cómo «la disponibilidad de referencias normativas comunes en los ámbitos Presupuestario, Administrativo, de Contratación y de Subvenciones, garantizan la aplicación de criterios homogéneos y por lo tanto la calidad de la información del resultado de la gestión de las Reformas

e Inversiones que se prevén en el Plan, en los términos requeridos en cuanto al cumplimiento de hitos y objetivos, volumen de recursos aplicados para su consecución, así como la contribución a la transición energética, la digitalización y el avance en la economía circular».

IV. Autonomía local y retos para la tecnología *smart* a la luz de las competencias locales

Sorprende que, pese al papel fundamental que están llamados a desempeñar los entes locales en la proyección e implementación de ciudades y territorios inteligentes y, en particular, de las diversas actuaciones a subvencionar en el marco de la distribución y gestión del Fondo de Recuperación *Next Generation EU*, no se haya aprobado aún en el ámbito de la legislación estatal, ya sea urbanística o de régimen local, previsión normativa alguna orientada a facilitar y simplificar no solo el diagnóstico previo de la situación, en particular, en el medio rural, sino, en concreto, la realización y el desarrollo de actuaciones concretas promovidas y fomentadas por las diversas corporaciones locales, en especial, las de menor tamaño y más afectadas por el fenómeno de la despoblación y, además, por la falta de medios de todo tipo, materiales, humanos y financieros, así como, en particular, la acción de la Administración autonómica, a cargo de la gestión de las ayudas, dirigida, de un lado, a coordinar su posible implicación en proyectos de mayor tamaño con presencia de varias Administraciones, organismos o entidades, públicas o privadas[51], y, de otro, a inspeccionar y comprobar de forma efectiva, en última instancia, los resultados realmente obtenidos con la actuación desarrollada en términos, entre otros, de eficacia y eficiencia administrativa [52]. Se trata, en todo caso, de un silencio acorde al tratamiento que reciben las competencias locales en nuestro ordenamiento jurídico.

1. El alcance de la autonomía local constitucionalmente garantizada

El artículo 137 CE organiza territorialmente el Estado en municipios, provincias y las Comunidades Autónomas que se constituyan, reconociendo,

51 A título de ejemplo, cabe citar el papel fundamental que podrían desempeñar las ventanillas únicas, en especial a nivel local y regional, pese a la ausencia de modelo específico al respecto o de consenso pacífico acerca de su estructura, gestión y tipo de asistencia que prestan, para conectar proyectos potenciales con autoridades públicas, ciudadanos, empresas u otros agentes interesados y promotores de proyectos, en particular en cuanto a proyectos de menor escala.

52 La filosofía *smart* parte de un enfoque basado en el provecho de la innovación tecnológica para materializar el ahorro de costes y aumentar la profundidad, la calidad y el alcance de los servicios públicos que se prestan a los ciudadanos.

además, a todas estas entidades «autonomía para la gestión de sus respectivos intereses». Si bien ha de evaluarse positivamente la constitucionalización de la autonomía local, en tanto supone liberar a nuestras administraciones locales de su tradicional tutela jurídica y política por instancias superiores y, en especial, de eventuales controles de oportunidad autonómicos o, en su caso, estatales, el enunciado del precepto plantea el debate acerca del alcance de la autonomía local constitucionalizada. Y es que, a diferencia del régimen constitucional dispuesto para las nuevas Comunidades Autónomas que pudieran llegar a constituirse, la Constitución no define un ámbito competencial propio para municipios y provincias, los poderes que ostentan o los controles de legalidad a que pudieran, en su caso, quedar sujetas, ni define siquiera qué aspectos deben ser considerados esenciales en relación con la autonomía que les confiere, esto es, qué elementos básicos forman parte necesariamente de la autonomía local, con qué límites cuenta o cómo se garantiza su respeto y repara, en última instancia, su posible contravención.

Frente al silencio constitucional, la Carta Europea de Autonomía Local, de 15 de octubre de 1985, ratificada por España a través de instrumento de 20 de enero de 1988, aporta en el enunciado de su artículo 3, un concepto expreso de autonomía local y algunas precisiones acerca de su ejercicio[53]. Su artículo 4 concreta algo más, interesando especialmente a estos efectos su apartado 2, conforme al que «las entidades locales tienen, dentro del ámbito de la Ley, libertad plena para ejercer su iniciativa en toda materia que no esté excluida de su competencia o atribuida a otra autoridad». Es más, su apartado 3 dispone de forma expresa que «el ejercicio de las competencias públicas debe, de modo general, incumbir preferentemente a las autoridades más cercanas a los ciudadanos. La atribución de una competencia a otra autoridad debe tener en cuenta la amplitud o la naturaleza de la tarea o las necesidades de eficacia o economía».

A diferencia de estas previsiones de la Carta Europea, nuestra Constitución regula de forma muy escueta la Administración local. La concisión del enunciado constitucional no equivale, sin embargo, a una ausencia completa de salvaguardia y tutela. Así lo sostiene tempranamente el Tribunal Constitucional al extender a la autonomía local el manto protector de la garantía institucional[54], que asegura no solo la existencia en sí de la citada autonomía

53 Conforme a su enunciado:
«1. Por autonomía local se entiende el derecho y la capacidad efectiva de las entidades locales de ordenar y gestionar una parte importante de los asuntos públicos, en el marco de la Ley, bajo su propia responsabilidad y en beneficio de sus habitantes.
2. Este derecho se ejerce por asambleas o consejos integrados por miembros elegidos por sufragio libre, secreto, igual, directo y universal y que pueden disponer de órganos ejecutivos responsables ante ellos mismos. Esta disposición no causará perjuicio al recurso a las asambleas de vecinos, al referéndum o a cualquier otra forma de participación directa de los ciudadanos, allí donde esté permitido por la Ley».

54 El origen de la doctrina alemana de la *Einrichtungsgarantien* se remonta a los años 20 del siglo pasado y, en concreto, a los interrogantes planteados por la Constitución de Weimar

sino, de forma más precisa, la imposición de eventuales límites al legislador sobre la base de su reconocimiento constitucional, aun cuando la Carta Magna no asegure un contenido competencial concreto a la administración local sino tan solo, de forma más amplia e indeterminada, la preservación de su autonomía de forma reconocible[55]. Pese a ello, son evidentes los interrogantes que plantea su aplicación práctica. Por una parte, acerca de la posibilidad real de que pudiera llegar a fijarse de forma objetiva ese núcleo mínimo garantizado en relación con la institución; por otra, sobre cómo abordar la tarea de determinar con exactitud su contenido. De ahí, como corolario inevitable, el papel preeminente e indiscutible de la jurisprudencia constitucional en este ámbito[56].

La autonomía local permite, por tanto, configuraciones legales diversas. Habida cuenta del «carácter bifronte» de nuestro régimen local[57], se trata, en todo caso, de una cuestión sumamente compleja, sobre la que la doctrina del Tribunal Constitucional se ha ido precisando y completando sucesivamente. Son dos los cometidos que reconoce, a tal efecto, a las bases del régimen local. De un lado, concretar la autonomía local para establecer el marco regulador del autogobierno de los entes locales previstos por la Constitución. De otro, especificar los restantes aspectos del régimen jurídico básico de todos los entes locales en tanto administraciones públicas ex artículo 149.1.18 CE.

---

respecto a la protección y garantía de los derechos fundamentales recogidos en ella. *Vid*. al respecto el estudio de Parejo Alfonso, L.: *Garantía institucional y autonomías locales*, Madrid (IEAL), 1981, pp. 31 y ss., que realiza un minucioso repaso de su nacimiento y evolución en el ámbito alemán, destacando la triple perspectiva en que se concreta la operatividad de su efecto específico de protección: dirección *(Schutzrichtung)*, intensidad *(Schutzdichte)* y dimensión temporal *(zeitlicher Schutzerstreckung)*.

55 Resulta meridianamente clara al respecto la Sentencia 32/1981, de 28 de julio, FJ 3, cuya doctrina reiteran, entre otras muchas, las SSTC 38/1983, de 16 de mayo, FJ 6; 170/1989, de 19 de octubre, FJ 9; 109/1998, de 21 de mayo, FJ 2; 51/2004, de 13 de abril, FJ 9; 83/2005, de 7 de abril, FJ 7; 252/2005, de 11 de octubre, FJ 4; 240/2006, de 20 de julio, FJ 7; 103/2013, de 25 de abril, FJ 5 b); y, 105/2019, de 19 de septiembre, FJ 4. *Vid*., por todos, Santamaría Pastor, J. A.: «Notas sobre la Sentencia de las Diputaciones Provinciales», *Revista Española de Derecho Administrativo*, n.º 34, 1982, pp. 455 y ss.

56 La fórmula de la garantía institucional se erige así en un instrumento que pretende asegurar la pervivencia y permanencia de la autonomía local, si bien, tal y como recuerda García de Enterría, E.: «Constitución, fundaciones y sociedad civil», *Revista de Administración Pública*, n.º 122, 1990, pp. 235 y ss., «una conservación no implica una petrificación», por lo que el legislador está facultado, en todo caso, para desarrollar e introducir en ella las modificaciones que pudieran resultar oportunas siempre que respete de forma efectiva su núcleo mínimo indisponible. A ello se refiere, entre otras, la STC 103/2013, de 25 de abril, FJ 5 b), reiterando lo afirmado en las SSTC 159/2001, de 5 de julio, FJ 4; 52/2004, de 13 de abril, FJ 9; y, 252/2005, de 11 de octubre, FJ 4.

57 En tanto no es intra ni extracomunitario, sino que se encuentra en consonancia con la estructura territorial que establece para España el artículo 137 CE, que concibe a municipios y provincias como elementos de división y organización del territorio del Estado (STC 82/1982, de 21 de diciembre, FJ 4).

Resulta especialmente significativa, a nuestros efectos, la primera de estas vertientes, en especial, a la vista de la línea argumental que consolida al efecto la STC 161/2013, de 26 de septiembre, FJ 3, al permitir, de forma harto palpable, el recorte del ámbito competencial local por las bases estatales[58]. Y así, afirma que «interpretar que la competencia normativa estatal empieza allí donde la legislación básica pretende incrementar esa autonomía local conduciría a concebir los artículos 149.1.18, 137, 140 y 141 CE como una suerte de garantía de irreversibilidad de las cotas de autonomía local alcanzadas mediante la ley; con ello el Estado carecería de competencia para derogar o modificar las normas previamente dictadas por él que ampliaban la autonomía local». De esta forma, ni el legislador básico ni, lógicamente, el autonómico de desarrollo, se encuentran vinculados por su concepción o regulación previa de los elementos básicos y el contenido mínimo de la autonomía local garantizada constitucionalmente.

2. De la concreción a la constricción legislativa del ámbito competencial local

Al amparo del título competencial del artículo 149.1.18 CE, conforme al que corresponde al Estado competencia exclusiva para regular las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas, se aprobaron, en su día, la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local (en adelante, LBRL), y el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de régimen local, mediante Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, que contiene, asimismo, algunas disposiciones de carácter básico. Recae sobre la primera, con sus reformas posteriores, definir el ámbito competencial propio de las entidades locales[59].

58 En línea, en todo caso, con el razonamiento de las SSTC 103/2013, de 25 de abril, FJ 3, letras e), f) y g), y 143/2013, de 11 de julio, FJ 5, sobre el régimen orgánico de los denominados «municipios de gran población» y por el que sanciona la legitimidad de la pérdida en la legislación básica estatal de parte de su capacidad decisoria en un ámbito típicamente local como es el de su organización interna.

59 Destacan, al efecto, las modificaciones operadas sucesivamente en el enunciado de los artículos 25 a 27, relativos a las competencias municipales, y 36 a 38 LBRL, sobre las provinciales, por la Ley 10/1993, de 21 de abril, de modificación del régimen de puestos de trabajo reservados a funcionarios de Administración Local con habilitación de carácter nacional, el Real Decreto-ley 7/1996, de 7 de junio, sobre medidas urgentes de carácter fiscal y de fomento y liberalización de la actividad económica, las Leyes 57/2003, de 16 de diciembre, de medidas para la modernización del gobierno local, y 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, los Reales Decretos-leyes 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género, y 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al Covid-19, así como la Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022.

Las Comunidades Autónomas han aprobado, en su mayoría, legislación en desarrollo de esas bases, si bien hay que tomar especialmente en consideración, desde la perspectiva competencial, no tanto la legislación autonómica de desarrollo en materia de régimen local cuanto la legislación sectorial que se aprueba en regulación de ámbitos materiales concretos. No en vano, la legislación básica aplicable en materia de régimen local se ha caracterizado siempre por establecer al efecto el listado de materias que integran el mínimo en el que podrán asumir competencias las administraciones públicas locales, correspondiendo al legislador sectorial, ya sea estatal o autonómico en función del reparto competencial en la materia en cuestión, ponderar, concretar y atribuir las competencias locales correspondientes.

A partir de ahí, los entes locales cuentan, en tanto Administraciones públicas, con prerrogativas y potestades dentro de la esfera de sus competencias. Así, las previstas en el artículo 4.1 LBRL por lo que se refiere a las territoriales (municipios, provincias e islas); respecto a las no contempladas de forma expresa en la Constitución, esto es, entidades territoriales de ámbito inferior al municipio, comarcas, áreas metropolitanas y demás entidades locales, aunque el artículo 4.2 quiso extenderles las previsiones del número precedente y del artículo 2, relativo al sistema de atribución de competencias, en los términos que concretara, en su caso, la legislación autonómica respecto a la identificación de las potestades que les serían de aplicación, la Sentencia del Tribunal Constitucional 214/1989, de 21 de diciembre, FJ 4 b), declaró inconstitucional la remisión al artículo 2, que venía a abrir «la posibilidad de que los criterios allí establecidos en orden a la asignación o atribución de competencias a los municipios, provincias e islas, puedan ser también aplicados a estas otras entidades locales no necesarias o contingentes».

Arribamos así a la primera distinción clave en materia de competencias locales, la que discierne entre entidades locales territoriales de existencia necesaria a tenor del enunciado constitucional y aquellas otras, en cambio, de carácter propiamente potestativo sobre cuya propia existencia decide, en última instancia, la Comunidad Autónoma. Habrá de estarse a la legislación autonómica de desarrollo en materia de régimen local que al asignar competencias a estas otras entidades no necesarias efectuará, necesariamente, una redistribución o reordenación de las competencias locales que no podrá afectar, como límite último, al contenido competencial mínimo garantizado constitucionalmente por la autonomía local reconocida a municipios, provincias e islas.

Por lo demás, una segunda diferencia importante en cuanto a la atribución de competencias a las entidades locales y, en particular, a municipios y provincias, viene marcada por un criterio propiamente temporal. La aprobación de la 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (en adelante, LRSAL), imprime, a tal efecto, un cambio

de rumbo[60], o quizá una intensificación de la trayectoria seguida hasta el momento[61], que había redundado, directa o indirectamente, en una ralentización cuando no paralización de la denominada «segunda descentralización», con la que se ansía el paso de competencias y de recursos para su desempeño desde las Comunidades Autónomas hacia las entidades locales[62]. Se suma a la reforma constitucional de 2011 y a la sujeción por el artículo 135 CE al principio de estabilidad presupuestaria de las actuaciones de todas las Administraciones públicas. Cabe destacar el llamativo agravio comparativo que supone que el nuevo apartado 2 de este precepto constitucional admita la existencia de un déficit estructural del Estado y las Comunidades Autónomas, que en ningún caso podrá superar los márgenes establecidos por la Unión Europea, frente a lo establecido, en cambio, para las entidades locales, obligadas a presentar equilibrio presupuestario de forma taxativa a partir de 2020[63].

Por lo que se refiere, en concreto, a la atribución de competencias al ámbito local, la LRSAL se traducirá en la imposición de nuevas y estrictas limitaciones económicas y financieras en detrimento de la preeminencia de otros principios como el de descentralización territorial, subsidiariedad o proximidad al ciudadano[64]. Antepuso, en definitiva, la economía, el ahorro y la eficiencia económica sobre cualquier otra consideración acerca de la nece-

60 *Vid*., por todos, Galán Galán, A.: «La consolidación del principio de vinculación negativa en el ámbito local», *Revista CEMCI*, n.º 8, 2010, *in toto*; y, con mayor profundidad, el estudio monográfico de Nieto Garrido, E.: *El estatuto constitucional de los entes locales. La autonomía local y la vinculación negativa a la Ley. Una propuesta de reforma constitucional*, Cizur Menor (Aranzadi), 2018.

61 No en vano, aunque en ocasiones la lectura de la legislación sectorial pudiera dar la sensación de amparar una intervención efectiva de nuestras entidades locales en los asuntos que afectan a sus intereses, cabe apreciar, sin embargo, cómo se trata, en la mayoría de las ocasiones, de una intervención local puramente ejecutiva o de gestión, sin que corresponda realmente al ente local un auténtico poder de decisión o un mínimo resquicio para participar de forma efectiva en su adopción allí donde confluyen intereses supralocales. *Cfr*. Nieto Garrido, E.: *El estatuto constitucional de los entes locales*…, *op. cit*., p. 138.

62 Esta descentralización se ha visto en gran medida lastrada por la necesidad de consolidar y desarrollar el nuevo Estado de la Autonomías, ocasionando, según Jiménez Asensio, R.: «Prólogo» a la obra de Zafra Víctor, M.: *La autonomía local en una Constitución reformada*, Madrid (CEPC), 2020, p. 16, «una acusada involución local en paralelo al fortalecimiento omnipresente de las Comunidades Autónomas».

63 Según Disposición adicional única de la Reforma del artículo 135 CE, de 27 de septiembre de 2011. Sobre la incidencia de la reforma constitucional de 2011 en las bases de régimen local y, en concreto, la imposición por el artículo 135 CE de la estabilidad presupuestaria a la conducta financiera de todas las Administraciones públicas, incluidas las entidades locales, mencionadas específicamente en su apartado 2, se pronuncia de forma expresa la STC 41/2016, de 3 de marzo, FJ 3 a).

64 Hasta el punto de que el artículo 10.3 LBRL dispone que la coordinación de las entidades locales tendrá por objeto asegurar, en especial, el cumplimiento de la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

sidad de aproximar el ejercicio y la gestión de la competencia a la Administración pública territorialmente más cercana al ciudadano que resulte capaz de prestarla[65].

Muta, en definitiva, el punto de apoyo del sistema competencial local. Si antes la atribución de competencias a las entidades locales pivotaba sobre «los principios de descentralización y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos», ahora el nuevo enunciado del artículo 2.1 LBRL toma como ejes «los principios de descentralización, proximidad, eficacia y eficiencia» y, por si no quedara suficientemente claro, sanciona la «estricta sujeción a la normativa de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera». El inciso devalúa en la práctica el contenido nuclear asociado desde 1985, e incluso antes, a la garantía constitucional de la autonomía local[66]. No se trata ya de hacer a la Administración y a la gestión competencial más próximas al ciudadano, sino de garantizar que la Administración pública sea más eficaz, fundamentalmente en términos presupuestarios y financieros y a corto plazo[67]. De ahí la trascendencia de la reforma avalada por el Tribunal Constitucional[68].

Tras su entrada en vigor el ámbito competencial de las entidades locales queda definido por el artículo 7 LBRL, clasificándose, en líneas generales, en competencias propias y atribuidas por delegación. Por lo que hace a las primeras, «solo podrán ser determinadas por Ley y se ejercen en régimen de

65 En aparente contradicción, por lo demás, con el enunciado del artículo 4.3 de la Carta Europea de Autonomía Local, hecha en Estrasburgo el 15 de octubre de 1985, por el que «el ejercicio de las competencias públicas debe, de modo general, incumbir preferentemente a las autoridades más cercanas a los ciudadanos», de forma que «la atribución de una competencia a otra autoridad debe tener en cuenta la amplitud o la naturaleza de la tarea o las necesidades de eficacia o economía».

66 Destaca, a tal efecto, la STC 132/2014, de 22 de julio, FJ 6, auténtico paradigma de la progresiva reducción por la doctrina constitucional del concepto de autonomía local, en tanto en lugar de potenciar el modelo de distribución y descentralización territorial del poder, lo constriñe al reducirlo a un aspecto esencial, el concreto catálogo competencial, pero no único en relación con la posición y el protagonismo constitucional que ha de corresponder a nuestras entidades locales.

67 En este mismo sentido, Salvador Crespo, M.: *El gobierno local en España*, Madrid (Marcial Pons), 2019, p. 56.

68 La evolución restrictiva de la doctrina constitucional en relación con las posibilidades, los contornos y el núcleo mínimo de la autonomía local, fundada en buena medida, como destaca Zafra Víctor, M.: *La autonomía local en una Constitución reformada*, *op. cit*., p. 166, en el aforismo *in dubio pro legislatore* ha encontrado su máxima expresión en las SSTC 41/2016, 3 de marzo, FFJJ 9 y 10, y 111/2016, de 9 de junio, FFJJ 10, 11 y 12, si bien se pronuncian asimismo sobre la constitucionalidad de diversos preceptos de la LRSAL las SSTC 168/2016, de 6 de octubre; 180/2016, de 20 de octubre; 44/2017, de 27 de abril; 45/2017, de 27 de abril; 54/2017, de 11 de mayo; 93/2017, de 6 de julio; 101/2017, de 20 de julio; y, en fin, 107/2017, de 21 de septiembre, dictada en el marco del conflicto en defensa de la autonomía local planteado por 2.393 municipios respecto de diversos artículos de la Ley.

autonomía y bajo la propia responsabilidad, atendiendo siempre a la debida coordinación en su programación y ejecución con las demás Administraciones públicas»[69]. Las atribuidas se ejercerán, en cambio, en los términos específicos de la delegación efectuada por el Estado o la respectiva Comunidad Autónoma y podrán encontrarse sujetas a técnicas específicas de dirección y de control de oportunidad y eficiencia, además de a las reglas que expresamente prevé al respecto el artículo 27 LBRL[70].

Fuera de estos supuestos, es decir, en relación con aquellos que la jurisprudencia había venido admitiendo por ser expresión de una vinculación negativa en relación con el principio de legalidad, ya sea por inacción de la Administración estatal o autonómica competente o por tratarse de actividades complementarias a las propias de otras Administraciones públicas, se constriñe al máximo el ejercicio de competencias locales. Y así, se suprime, de un lado, el artículo 28 LBRL que permitía de forma expresa a los municipios «realizar actividades complementarias de las propias de otras Administraciones Públicas y, en particular, las relativas a la educación, la cultura, la promoción de la mujer, la vivienda, la sanidad y la protección del medio ambiente». Se limita, de otro, en términos fundamentalmente económicos, la asunción de cualquier competencia local distinta de las propias y de las atribuidas por delegación. El impacto sobre el gasto público y la constatación de duplicidades competenciales se erigen ahora en los factores a valorar para permitir o, en su caso, rechazar la asunción de la nueva competencia local, que se ejercerá, en todo caso, en los términos previstos por la legislación del Estado y de la Comunidad Autónoma respectiva, sin dar cabida a otras consideraciones relativas a la eficacia y eficiencia en la prestación de la competencia, a su posible complementariedad con otras atribuidas a Administraciones públicas diversas o a la valoración de la eventual necesidad u oportunidad de acercarla al ciudadano. La autonomía local queda severamente recortada en estos supuestos y condicionada a la previa obtención de informes vinculantes procedentes de otra Administración que permitan abrir el paso al ejercicio de la competencia proyectada.

---

69 *Vid*. a tal efecto el enunciado del artículo 10 LBRL y su referencia a la sujeción de las relaciones recíprocas de las Administraciones públicas a los deberes de información mutua, colaboración, coordinación y respeto a los ámbitos competenciales respectivos, así como a la necesaria coordinación cuando las actividades o servicios locales trasciendan el interés propio de las correspondientes entidades locales, incidiendo o condicionando relevantemente los de otras Administraciones o siendo concurrentes o complementarios de los de estas. El art. 25 regula las competencias propias municipales, concretando en su apartado 2 las materias en las que las ejercerá en todo caso.

70 La STC 41/2016, de 3 de marzo, FJ 11 a), ha hecho hincapié en el cambio de finalidad política otorgada por la LRSAL a las competencias delegadas, que ya no buscan «ampliar el poder local», sino la «reducción de costes en la gestión de las competencias autonómicas y estatales».

En todo caso, el listado concreto de los servicios mínimos a prestar por el municipio permanece prácticamente invariable desde la aprobación inicial de la LBRL hasta su modificación por la LRSAL, variando sustancialmente, sin embargo, la forma en que se realizan. La reforma de 2013 establece ahora como umbral poblacional decisivo el de los 20.000 habitantes, de forma que en aquellos municipios con población inferior a ese número será la Diputación provincial, o entidad equivalente, la que coordinará los servicios mínimos y esenciales de recogida y tratamiento de residuos, abastecimiento de agua potable a domicilio y evacuación y tratamiento de aguas residuales, limpieza viaria, acceso a los núcleos de población, pavimentación de vías urbanas y alumbrado público. Con la conformidad de los municipios afectados, la Diputación coordinará la prestación proponiendo la forma concreta en que habrá de llevarse a cabo, ya sea directamente por la Diputación o mediante fórmulas compartida a través de consorcios, mancomunidades u otras, repercutiendo a los municipios el coste efectivo del servicio en función de su uso. Caso de financiarse el servicio por tasas, se destinará, además, a la Diputación o entidad equivalente que haya asumido su prestación. Es más, el municipio tan solo podrá asumir la prestación y coordinación de estos servicios esenciales si consigue justificar ante la Diputación que puede «prestar estos servicios con un coste efectivo menor que el derivado de la forma de gestión propuesta por la Diputación provincial o entidad equivalente» y esta última lo considera suficientemente acreditado. En todo caso, la asistencia provincial prevista en el artículo 36 LBRL se dirigirá preferente y prioritariamente «al establecimiento y adecuada prestación de los servicios mínimos» regulados por el artículo 27 LBRL[71].

En suma, la LRSAL se aleja de la asunción pacífica anterior por la jurisprudencia del Tribunal Supremo de que «la autonomía local no está constituida por un catálogo de competencias objetivamente determinado o que pueda determinarse sobre la base de unas características invariables, sino más bien mediante la facultad de asumir, sin título competencial especial, todas aquellas tareas que afecten a la comunidad vecinal que integra el municipio y que no hayan puesto en funcionamiento otras administraciones públicas»[72]. De algún modo se asume ahora que las competencias locales propias y específicas han sido concretadas y directamente atribuidas a las entidades locales por el legislador estatal o autonómico sobre la base de un interés clara y

71 Para la STC 111/2016, de 9 de junio, FJ 12 d), la nueva y controvertida regulación de estos servicios mínimos no desconoce la garantía constitucional de la autonomía municipal ni la pone en riesgo, en tanto «hay una posible pérdida de autonomía, pues el municipio puede quedar sujeto a la técnica de «coordinación» correspondiente y, en ese caso, solo podría revertir la situación justificando el menor coste efectivo de la gestión incondicionada. Sin embargo, esa pérdida es consentida y, en cuanto tal, no lesiva de la garantía consagrada en los arts. 137 y 141 CE».

72 Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4.ª, de 26 de julio de 2006, RJ\2006\9632, FD 5.

eminentemente local. Fuera de ese ámbito señalado nos situamos ante otro tipo de competencias de carácter más general, autoatribuidas por el propio municipio en ausencia de pronunciamiento expreso del legislador, susceptibles, por tanto, de afectar a un interés supralocal, razón que justificaría y legitimaría por sí misma controles previos de racionalización, ausencia de duplicidades y sujeción a la sostenibilidad financiera y estabilidad presupuestaria con el fin de acotar y pautar su ejercicio[73].

Algo del todo punto similar ocurre en relación con el ámbito competencial de las Diputaciones provinciales, o entidad equivalente que la sustituya[74], regulado en el Capítulo II del Título III sobre la provincia. En sus artículos 36 y 37 desgrana, de un lado, las competencias propias de la Diputación y, de otro, las previsiones aplicables a las facultades que pudieran ejercer por delegación.

El primero de estos preceptos había tenido una vigencia pacífica y sin apenas sobresaltos desde la aprobación de la redacción originaria de la LBRL. Estructurado en dos apartados, contemplaba en el primero aquellas competencias propias que correspondían, en todo caso, a la provincia, en los términos en que les fueran atribuidas por la legislación estatal y autonómica, versando fundamentalmente en torno a la coordinación de los servicios municipales entre sí para garantizar su prestación integral y adecuada, la asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica a los municipios, especialmente de menor capacidad económica y de gestión, la prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal y, en general, el fomento y administración de los intereses peculiares de la provincia; mientras dedicaba el segundo, en cambio, a concretar, en relación con las dos funciones citadas en primer lugar, la aprobación anual del Plan provincial de cooperación a las obras y servicios de competencia municipal, su contenido y requisitos mínimos, y su función esencial para asegurar «el acceso de la población de la Provincia al conjunto de los servicios mínimos de competencia municipal y la mayor eficacia y economicidad en la prestación de estos mediante cualesquiera fórmulas de asistencia y cooperación con los municipios».

---

73 Pese a la posición claramente restrictiva de la legislación básica estatal, los legisladores autonómicos han flexibilizado en muchas ocasiones la regulación del ámbito competencial atribuido a los municipios. *Vid*., en tal sentido, la cláusula general de competencia del artículo 8 y el principio de mayor proximidad a la ciudadanía que adopta el artículo 6.3 para determinar las competencias municipales en la Ley 5/2010, de 11 de junio, de autonomía local de Andalucía. En una línea similar, entre otros, los artículos 33, apartados 1 y 4, de la Ley 8/2010, de 23 de junio, de régimen local de la Comunitat Valenciana; 16 de la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi; 8 y 10 de la Ley 3/2019, de 22 de enero, de garantía de la autonomía municipal de Extremadura.

74 En efecto, conforme al artículo 38 LBRL las previsiones de la Ley para la Diputación «serán de aplicación a aquellas otras Corporaciones de carácter representativo a las que corresponda el gobierno y la administración autónoma de la Provincia».

Si bien la LRSAL respeta la estructura original del precepto, incorpora modificaciones de calado en su enunciado. Por lo que se refiere, en primer lugar, a las competencias propias de la provincia, enumeradas en el apartado 1 del precepto, se agranda el listado para incorporar nuevas atribuciones pero, sobre todo, se contemplan ciertos umbrales poblacionales por debajo de los que corresponderá necesariamente a la Diputación o entidad equivalente asumir la prestación de determinados servicios[75]. Con ello el legislador impulsa la posibilidad de que las provincias se hagan cargo de actividades municipales que hasta ese momento no le correspondían[76]. De esta forma, cuentan con las competencias propias que le atribuyan en tal concepto las leyes estatales o autonómicas en los diferentes sectores de la acción pública y, en todo caso, las que establece de forma expresa este precepto[77].

El segundo apartado del artículo 36 concreta, a su vez, en relación con las tres competencias propias citadas en los apartados a), b) y c) anteriores[78], cuatro funciones capitales que recaen sobre la Diputación o entidad equivalente[79]. En primer lugar, la aprobación anual del plan provincial de cooperación a las obras y servicios de competencia municipal, cuyo contenido incluye ahora «el análisis de los costes efectivos de los servicios de los municipios», de forma, incluso, que «cuando la Diputación detecte que los costes efectivos de los servicios prestados por los municipios son superiores

75 En concreto, se establecen como límites los umbrales de 1.000, 5.000 y 20.000 habitantes.

76 Salvador Crespo, M.: *El gobierno local en España*, *op. cit*., p. 153.

77 Como bien subraya Zafra Víctor, M.: *La autonomía local en una Constitución reformada*, *op. cit*., p. 233, «la autonomía provincial tiene un carácter instrumental y sus competencias son funciones, no se proyectan sobre materias sino sobre las competencias municipales».

78 A tenor de su enunciado:
«a) La coordinación de los servicios municipales entre sí para la garantía de la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal, tal y como establece al efecto el artículo 31.2 a) LBRL.
b) La asistencia y cooperación jurídica, económica y técnica a los Municipios, especialmente los de menor capacidad económica y de gestión, correspondiéndole garantizar, en todo caso, en los municipios de *menos de 1.000 habitantes* la prestación de los servicios de secretaría e intervención.
c) La prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal y el fomento o, en su caso, coordinación de la prestación unificada de servicios de los municipios de su respectivo ámbito territorial. En particular, ha de asumir la prestación de los servicios de tratamiento de residuos en los municipios de *menos de 5.000 habitantes*, y de prevención y extinción de incendios en los de *menos de 20.000 habitantes*, cuando éstos no procedan a su prestación».

79 Y que enlazan con esa competencia provincial o intermunicipal de asistencia que en opinión de Zafra Víctor, M.: *La autonomía local en una Constitución reformada*, *op. cit*., p. 233, debiera alcanzar, incluso, a la reforma constitucional en tanto su titularidad y ejercicio resultan claves a fin de «dotar de capacidad de gestión a los municipios para que el principio de subsidiariedad no haga saltar sus competencias a la Comunidad Autónoma».

a los de los servicios coordinados o prestados por ella, incluirá en el plan provincial fórmulas de prestación unificada o supramunicipal para reducir sus costes efectivos», inmiscuyéndose así, sin duda, en la capacidad de decisión y prestación de servicios inherente a la autonomía municipal, significativamente recortada cuando el coste efectivo del servicio excede de lo deseable y recomendable. Es más, el Estado y Comunidad Autónoma, que podrán, en su caso, sujetar sus subvenciones a determinados criterios y condiciones en su utilización o empleo, tendrán necesariamente en cuenta «el análisis de los costes efectivos de los servicios de los municipios»[80].

La Diputación o entidad equivalente asegura también, en segundo lugar, conforme al artículo 36.2 LBRL, «el acceso de la población de la Provincia al conjunto de los servicios mínimos de competencia municipal y a la mayor eficacia y economía en la prestación de estos mediante cualesquiera fórmulas de asistencia y cooperación municipal», pudiendo otorgar subvenciones y ayudas con cargo a sus recursos propios con esta finalidad, en concreto, para la realización y el mantenimiento de obras y servicios especiales, instrumentándolas a través de planes especiales u otros instrumentos específicos.

El segundo apartado del precepto, encomienda, en fin, otras dos nuevas funciones a las provincias. De un lado, garantizar «el desempeño de las funciones públicas necesarias en los Ayuntamientos», prestándoles «apoyo en la selección y formación de su personal sin perjuicio de la actividad desarrollada en estas materias por la Administración del Estado y la de las Comunidades Autónomas»; de otro, dar «soporte a los Ayuntamientos para la tramitación de procedimientos administrativos y realización de actividades materiales y de gestión, asumiéndolas cuando aquéllos se las encomienden».

El artículo 37 permite, a su vez, la delegación estatal o autonómica de competencias en las Diputaciones o entidades equivalentes[81]. La delegación estatal, previa consulta e informe de la Comunidad Autónoma interesada, afectará a competencias de mera ejecución y está prevista para aquellos supuestos en que «el ámbito provincial sea el más idóneo para la prestación de los correspondientes servicios». La autonómica, en cambio, alcanza tanto a la delegación de competencias *stricto sensu* como a la encomienda de la gestión ordinaria de servicios propios en los términos previstos en los Estatutos correspondientes, en cuyo caso, lógicamente, la Administración provincial actuará «con sujeción plena a las instrucciones generales y particulares de las Comunidades». El ejercicio provincial de las facultades dele-

80 En todo caso, la STC 111/2016, de 9 de junio, FJ 12 c), ha sancionado la constitucionalidad del tenor literal del precepto, si bien marcando los términos en los que ser rectamente aplicado, en tanto se debe interpretar «en el sentido de que precisa de complementos normativos que, en todo caso, deben dejar márgenes de participación a los municipios».

81 Llama la atención que a diferencia del artículo 27.3 LBRL, el artículo 37 no establece un listado de materias o competencias susceptibles de delegación a la Diputación provincial o entidad equivalente.

gadas no difiere, por lo demás, del municipal en supuestos de delegación de competencias estatales o autonómicas, en tanto el artículo 37.3 lo acomoda de forma expresa a lo dispuesto a tal efecto por el artículo 27 LBRL. En todo caso, el artículo 8 LBRL extiende a provincias e islas la posible gestión ordinaria de servicios propios de la Administración autonómica, de conformidad con lo dispuesto al efecto, en su caso, por los Estatutos de Autonomía y la legislación de las Comunidades Autónomas correspondientes.

El ámbito competencial de la provincia se define, por tanto, a partir del municipal, de forma que, en buena medida, la autonomía que se garantice constitucionalmente a la provincia se articulará a partir de la asegurada al municipio[82]. Por lo demás, las Diputaciones solo podrán ejercer competencias distintas de las propias y de las atribuidas por delegación en los términos dispuestos al efecto por el artículo 7.4 LBRL para el conjunto de nuestras entidades locales, con estricta sujeción, por tanto, a los principios de estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera e inexistencia de duplicidades competenciales, sin perjuicio de aquellas que aparecen expresamente recogidas a lo largo del articulado de la LBRL tras su reforma de 2013[83].

En todo caso, a la vista del complejo reparto competencial que admite nuestro texto constitucional y que posibilita la legislación básica aplicable en materia de régimen local, a enunciar y concretar, en todo caso, por la legislación sectorial estatal y autonómica que se apruebe después de forma específica, el artículo 55 de la LBRL remite al principio de lealtad institucional para sujetar en sus relaciones recíprocas a la Administración General del Estado y a las Administraciones autonómica y local, en aras a asegurar la efectiva coordinación y eficacia administrativa, al respeto del «ejercicio legítimo por las otras Administraciones de sus competencias y las consecuencias que del mismo se deriven para las propias» y a ponderar «en la actuación de las competencias propias, la totalidad de los intereses públicos implicados y, en concreto, aquellos cuya gestión esté encomendada a otras Administraciones».

---

82 De ahí la trascendencia del enunciado del artículo 10.4 LBRL cuando dispone que «las funciones de coordinación serán compatibles con la autonomía de las entidades locales». A modo de síntesis de la doctrina constitucional sobre la autonomía local garantizada y en relación con la aplicación del artículo 149.1.18 CE al régimen provincial, cabe citar el razonamiento de la STC 105/2019, de 19 septiembre, FJ 4, con abundante cita de jurisprudencia constitucional anterior.

83 Entre otras, para la coordinación y supervisión de la integración de los servicios resultantes del proceso de fusión de municipios (artículo 13.5 LBRL) o para asistir al resto de corporaciones locales y colaborar con la Administración que ejerza la tutela financiera, según corresponda, o, en su caso, proponer y coordinar las medidas que integran el plan económico-financiero, en el marco de lo dispuesto al efecto por los artículos 116 bis y 116 ter LBRL.

V. Reflexión final

Destacado de nuevo cómo, a pesar del papel fundamental que están llamados a desempeñar los entes locales en la proyección e implementación del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia de la economía española y a la propia ambición de sus propósitos y de los objetivos para los Fondos *Next Generation*, nuestros poderes públicos, en especial, el legislador, hayan dedicado tan poca atención a la especificidad de la problemática local y se hayan limitado a incorporar tan solo algunas pinceladas en algunas normas específicamente aprobadas al efecto. Se trata, en todo caso, de un silencio acorde, sin duda, a la desatención que recibe en nuestro ordenamiento jurídico la complejidad local y la profunda disparidad entre sus entes. La exasperante uniformidad del régimen jurídico que les resulta en buena medida de aplicación enlaza, en este sentido, con el tratamiento que reciben las competencias locales por parte del legislador y con la excesiva rigidez con que se han pergeñado su organización y gestión cotidianas.

Sin embargo, la implementación de los planes y medidas de recuperación presupone exigencias técnicas y administrativas especialmente cualificadas, en tanto repercute en inversiones ingentes llamadas a ejecutarse en plazos temporales singularmente breves, por lo que todos los poderes públicos, en particular, la Administración autonómica y la local, están llamados a procurar, como primera línea de actuación al efecto, la simplificación y máxima agilización en su gestión procedimental y presupuestaria, siguiendo al máximo las directrices y principios que para su ejecución puedan estar vigentes en cada momento.

A la vista de las exigencias y el potencial de la inversión en innovación tecnológica sobre el territorio, en especial, en el medio rural, es claro, a mi juicio, que se debe reflexionar sobre el grado de seguridad y control óptimos a desplegar, de forma que no vaya a repercutir, de un lado, en obstaculizar la óptima y completa disposición de los fondos económicos disponibles o a contribuir, de otro, a relajar el seguimiento hasta el punto de anular la adecuada supervisión y comprobación de las actuaciones oportunas. De ahí que se haga patente la necesidad de regular y disponer normativamente las medidas precisas para la simplificación real de los procedimientos no solo autonómicos sino, sobre todo, locales precisos para la ejecución de sus hitos y objetivos y para el despliegue real de las infraestructuras tecnológicas sobre el territorio y su gestión óptima posterior.

Resulta asimismo esencial, a mi juicio, facilitar la modernización de sus estructuras administrativas para la coordinación y gestión tanto inter- como intra-administrativa, adoptando las medidas pertinentes al efecto, en relación, entre otros aspectos, con los recursos humanos de las entidades locales, posibilitando la formación e incorporación de sus empleados públicos a unidades administrativas de naturaleza y vigencia meramente provisional, y con la digitalización de la propia Administración, de manera que se pueda garantizar la máxima racionalización en la articulación y, en especial, efi-

ciencia en el uso de los recursos y de los medios administrativos puestos a disposición de la planificación, coordinación, ejecución y control de la inversión de los fondos europeos, y, como exigencia irrenunciable, la adecuada priorización de estos expedientes para cumplir escrupulosamente con los plazos temporales previstos sin pérdida de rigor en su tramitación y control. Mal podremos implantar la filosofía *smart* sobre el territorio si la primera brecha digital a romper es la de la formación y capacitación de los empleados públicos locales llamados a aprovecharla y gestionarla.

Todo ello choca frontalmente, sin embargo, con la propia evolución de nuestras entidades locales[84]. Tras la entrada en vigor de la LRSAL se han agravado aún más las deficiencias tradicionalmente denunciadas por nuestra Administración local y que cabe cifrar sintéticamente en una hiperbólica imposición de competencias de mera ejecución o gestión por el legislador sectorial, su escasa capacidad de decidir sobre la propia esencia de su autonomía, la asfixia a causa de su disposición de recursos cada vez más limitados en términos financieros, materiales y humanos[85], la imposibilidad de abarcar de forma ágil y flexible las prestaciones y actuaciones que a pie de calle exigen y esperan los ciudadanos, la rigidez y burocracia de los procedimientos administrativos y contractuales pensados y regulados desde la perspectiva de un ministerio o consejería sin tomar en consideración la desigual posición en que se encuentra una mayoría abrumadora de las entidades locales de este país, no solo respecto de la Administración estatal o autonómica, sino incluso entre sí y respecto a las de mayor tamaño[86].

Problemas como la despoblación, la dispersión geográfica de la población, su envejecimiento, la escasez de oportunidades laborales y de actividad económica, su lejanía de grandes infraestructuras de comunicación o de centros industriales, los obstáculos orográficos que dificultan cuando no impiden la

84 *Vid*. con mayor profundidad al respecto, Carbonell Porras, E.: «Las competencias locales diez años después de la LRSAL», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 19, 2023, pp. 8 y ss., y Casares Marcos, A.: «Las competencias locales», en T. Font i Llovet (Dir.) y D. Santiago Iglesias y M. Almeida Cerreda (Coords.): *Las reformas de la legislación local en España*, 1999-2022, Barcelona (Fundación Democracia y Gobierno Local), 2022, pp. 213 y ss.

85 *Vid*. sobre el particular Velasco Caballero, F.: «Financiación de los municipios pequeños y despoblación», *Revista Galega de Administración Pública*, n.º 64, 2022, pp. 227 y ss.

86 Así lo subraya también Almeida Cerreda, M.: «Un posible régimen especial para los pequeños municipios: justificación, naturaleza, contenido y articulación», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 19, 2023, pp. 60 y ss., para quien la problemática común de todas las administraciones locales españolas «es aún más grave en el conjunto de los municipios de menores dimensiones», en tanto «reciben muchos menos fondos de los que precisan para su funcionamiento ordinario» y «se ven obligadas a ejercer las mismas competencias y a trabajar con las mismas reglas de funcionamiento que los municipios de mayores dimensiones», para los que dichas atribuciones y pautas ya resultan, en todo caso, «inadecuadas, en cuanto demasiado extensas, complejas y rígidas, lo que les aboca a operar de forma saltuaria y a obtener resultados insuficientes».

prestación eficiente de los servicios públicos, son, entre otros muchos, factores que contribuyen a diferenciar a nuestros entes locales entre sí. Sus aprietos, imposibilidad incluso, para abarcar en muchas ocasiones lo esencial es evidente, cuanto más si hablamos de articular grandes estrategias y programaciones proyectadas desde construcciones y planteamientos teóricos accesibles para la Administración estatal o autonómica, los municipios de gran población o, quizá, los de más de 50.000 habitantes, pero fuera de cualquier alcance para muchas entidades locales de menor tamaño[87].

De ahí que quepa concluir, como señala certeramente Domínguez Álvarez, que «si detenemos nuestra atención en analizar la influencia que posee el universo de normas que componen nuestro sistema normativo, mediante las cuales se pretende ordenar la vida social y resolver los conflictos de la ciudadanía, observamos con pasmosa facilidad cómo el derecho positivo, el derecho vigente, está contribuyendo extraordinariamente a agravar aún más los problemas propios de la ruralidad, dificultando cualquier intento de revitalización del medio rural y fomentando el despoblamiento»[88].

Se hace imprescindible avanzar, en consecuencia, en la coordinación entre los ámbitos administrativo autonómico y local, así como entre las Diputaciones y entidades locales de menor tamaño y músculo, reforzando el acompañamiento y el apoyo a las diversas Administraciones públicas del medio rural a efectos de garantizar el máximo aprovechamiento de las actuaciones previstas al amparo de los Planes vigentes[89]. Y ello tanto en un momento inicial, promoviendo el diagnóstico certero de las necesidades y los problemas y obstáculos que resultaría necesario remover en materia de innovación tecnológica en los entornos urbanos, en las edificaciones de titularidad pública y privada, en especial, en el ámbito rural y de su parque residencial edificado, como en un segundo estadio centrado, en cambio, en el estudio y fomento de la puesta en marcha de iniciativas locales concretas en la materia, de modo que en aplicación del régimen jurídico aprobado se pueda avanzar

87 En idéntico sentido, por todos, Almeida Cerreda, M.: «Un posible régimen especial para los pequeños municipios: justificación, naturaleza, contenido y articulación», *op. cit*., p. 60, quien sintetiza la cuestión afirmando que desde la instauración del régimen democrático de 1978 los poderes legislativos y ejecutivos, central y autonómicos, no han sido capaces de diseñar para los entes locales españoles «un marco jurídico-financiero que les permita desarrollar sus funciones, de forma eficaz y eficiente, proporcionando a sus vecinos los mejores servicios públicos posibles».

88 Domínguez Álvarez, J. L.: «La importancia del municipalismo para la consecución del nuevo resurgir de la ruralidad: la disyuntiva entre devolver el alma a los pueblos o abandonar el territorio», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 53, 2021, p. 104.

89 *Vid*. a tal efecto la interesante reflexión de Ponce Solé, J.: «El derecho a la ciudad en la gestión inteligente del territorio: planteamiento general. La transdisciplinariedad, el derecho a la ciudad y el reto de las *smart cities*», en V. Aguado i Cudolà, V. Parisio y O. Casanovas i Ibàñez (Dirs.): *El derecho a la ciudad: el reto de las smart cities*, Barcelona (Atelier), 2018, pp. 11 y ss.

hacia un mayor ahorro y la máxima eficiencia en el gasto público efectuado en el medio rural a la vez que se revitaliza e impulsa su habitabilidad con la prestación de servicios públicos de mayor calidad[90].

Así, tras el repaso a vuelapluma del traje confeccionado por la legislación de régimen local y por el legislador sectorial al ejercicio competencial y la prestación de servicios por nuestras corporaciones locales y su contraste con la realidad cotidiana de la mayoría de nuestros municipios y muchas de nuestras provincias, cabe preguntarse si en el empeño por huir del dispendio económico hubiéramos acabado vistiendo a nuestra Administración local con un traje de patrón inadecuado y tallaje excesivo para la mayoría de corporaciones locales que carecen de la corpulencia necesaria para rellenarlo y portarlo adecuadamente[91]. La estructura territorial municipal que componen los 8.131 municipios se caracteriza por ser irregular, fragmentada, diversa y dispar, tanto a nivel territorial como poblacional. En torno al 84 % de ellos tienen una población inferior a 5.000 habitantes y un presupuesto acorde[92]. Tan importante es la eficiencia en la asignación y el empleo de los recursos públicos, como la propia eficacia de la actuación administrativa. Su satisfacción exige, sin duda, desde una perspectiva pragmática, el adecuado equilibrio de los objetivos marcados en materia de sostenibilidad urbana y de los servicios

90 Resultan de interés, a tal efecto, entre otras, el apoyo a Administraciones locales para allegar la información precisa acerca de las necesidades de su entorno y servicios públicos urbanos, la realización de censos de las infraestructuras y edificaciones pertinentes, el desarrollo de las aplicaciones informáticas oportunas, la adquisición de los equipos necesarios que faciliten el trabajo, la creación de páginas web, la creación y actualización de programas y modelos, la dotación de personal especializado o el lanzamiento de campañas de información y concienciación y de cursos de formación y gestión coordinada de proyectos orientados a aprovechar la innovación tecnológica y las interrelaciones e interconexiones que permiten las soluciones *smart*. Sobre las oportunidades de las ciudades y pueblos inteligentes y la contribución de las soluciones innovadoras alumbradas en el marco de las comunidades inteligentes para la transición hacia una Europa eficiente en materia de recursos, climáticamente neutra y biodiversa, *vid*. el Dictamen del Comité Europeo de las Regiones, *Ciudades inteligentes: nuevos desafíos para una transición justa hacia la neutralidad climática. ¿Cómo cumplir los ODS en la vida real?*, 2020/C 39/17.

91 Sostiene Furió Durán, V.: «Los contratos menores en las entidades locales inferiores a 5.000 habitantes», en J. Pintos Santiago (Dir.): *Todo sobre el contrato menor. Aproximación a los procedimientos alternativos*, Madrid (Wolters Kluwer), 2019, p. 116, que «el error ha sido calificar a todas las administraciones locales por igual hablando políticamente en primer término, y segundo legislativamente también».

92 De ahí que Domínguez Álvarez, J. L.: «La importancia del municipalismo para la consecución del nuevo resurgir de la ruralidad…», *op. cit*., p. 106, haya subrayado, frente a «la rígida aplicación de una normativa administrativa desmedida, que en muchos casos surge del desconocimiento total de la realidad objeto de regulación», la necesidad de atender a la «propia idiosincrasia» del medio rural, que «representa en sí mismo una realidad totalmente diferente y alejada del ruido de las grandes ciudades».

públicos con la suficiencia y adecuación de medios y la racionalización y agilidad efectiva de los procedimientos y actividades materiales de prestación[93].

VI. Bibliografía

AA. VV.: *Libro Blanco. Smart Cities*, Madrid (Enerlis, Ernst & Young, Ferrovial Servicios y Madrid Network), 2012.

AA. VV.: *The Bridge. Linking Engineering and Society*, n.º 53, 2023.

Almeida Cerreda, M.: «Un posible régimen especial para los pequeños municipios: justificación, naturaleza, contenido y articulación», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 19, 2023, pp. 59-81.

Almonacid Lamelas, V.: «Transparencia municipal y derechos de las personas como base de los proyectos de gobierno abierto y smart city», *Aletheia. Cuadernos Críticos del Derecho*, n.º 2, 2015, pp. 193-234.

Arroyo Yanes, L. M.: «El papel de la Administración local en el impulso y fomento de la rehabilitación, la regeneración y la renovación urbanas», en T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Urbanismo sostenible, rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2016, pp. 109-172.

Barrio Andrés, M.: «La *smart city*: versión 2.0 del municipio», *Documentación Administrativa*, n.º 3, 2016, pp. 94-99.

Benedicto Solsona, M. Á.: «El rol de las ciudades en la implantación de los ODS tras la Covid-19», en C. Florit Fernández, N. del Barrio Fernández y J. A. Soto Pineda (Coords.): *Estudio interdisciplinario de los desafíos planteados por la Agenda 2030*, Cizur Menor (Aranzadi), 2020, pp. 141-156.

Bonilla Ortega, V.: «Ciudades inteligentes. Buscando la ruta hacia ciudades gobernadas por sus propios habitantes», en L. Cotino Hueso, J. L. Sahuquillo Orozco y L. Corredoira Alfonso (eds.): *El paradigma del Gobierno Abierto. Retos y oportunidades de la participación y colaboración*, Madrid (Universidad Complutense), 2015, pp. 331-337.

93 *Vid*. las reflexiones al respecto de Carbonell Porras, E.: «¿Un estatuto básico para los municipios pequeños?: Un comentario de urgencia», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 15, 2021, pp. 67 y ss., quien subraya, en relación con los pequeños municipios, cómo por pocas que sean las personas que residan en él y por complicado que resulte acceder a su núcleo, «tienen derecho a la prestación de unos servicios básicos y generales», cuyo coste será «mucho más elevado que el mismo servicio en una gran ciudad», pero que habrá que mantener «mientras exista población».

Bouskela, M., **Casseb, M.**, **Bassi, S.**, **De Luca, C.**, y **Facchina, M.**: *La ruta hacia las Smart Cities: migrando de una gestión tradicional a la ciudad inteligente*, Nueva York (Banco Interamericano de Desarrollo), 2016.

Carbonell Porras, E.:

— «¿Un estatuto básico para los municipios pequeños?: Un comentario de urgencia», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 15, 2021, pp. 58-70.

— «Las competencias locales diez años después de la LRSAL», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 19, 2023, pp. 8-28.

Casares Marcos, A.:

— «Rehabilitación, regeneración y renovación urbanas», en T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Derecho Urbanístico. Guía teórico-práctica*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2015, pp. 618-680.

— «Ciudades inteligentes y prestación de servicios en Castilla y León», en T. Quintana López (Dir.), S. Rodríguez Escanciano y A. Casares Marcos (Coords.): *Proyección transversal de la sostenibilidad en Castilla y León. Varias perspectivas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2019, pp. 51-91.

— «Urbanismo e igualdad de género: el desarrollo urbano sostenible al servicio de ciudades más inclusivas», en M. A. González Bustos (Dir.) y J. L. Domínguez Álvarez (Coord.): *Agenda 2030: desarrollo sostenible e igualdad*, Cizur Menor (Thomson Reuters Aranzadi), 2021, pp. 71-98.

— «Las competencias locales», en T. Font i Llovet (Dir.) y D. Santiago Iglesias y M. Almeida Cerreda (Coords.): *Las reformas de la legislación local en España*, 1999-2022, Barcelona (Fundación Democracia y Gobierno Local), 2022, pp. 213-268.

Cerrillo i Martínez, A.: «La ciudad inteligente al servicio de las personas», *Práctica Urbanística*, n.º 164, 2020, pp. 1-12.

Domínguez Álvarez, J. L.: «La importancia del municipalismo para la consecución del nuevo resurgir de la ruralidad: la disyuntiva entre devolver el alma a los pueblos o abandonar el territorio», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 53, 2021, pp. 73-120.

Emanuel, R.: *The Nation City. Why Mayors are now running the World*, New York (Alfred A. Knopf), 2020.

Esteve Pardo, J.: «Presentación», en J. Esteve Pardo (Dir.): *La Agenda 2030. Implicaciones y retos para las Administraciones locales*, Madrid (Fundación Democracia y Gobierno Local), 2021, pp. 9-12.

Fernández de Gatta Sánchez, D.: «El régimen de sostenibilidad medioambiental», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 25, 2011, pp. 163-218.

Furió Durán, V.: «Los contratos menores en las entidades locales inferiores a 5.000 habitantes», en J. Pintos Santiago (Dir.): *Todo sobre el contrato menor. Aproximación a los procedimientos alternativos*, Madrid (Wolters Kluwer), 2019, pp. 101-147.

Galán Galán, A.: «La consolidación del principio de vinculación negativa en el ámbito local», *Revista CEMCI*, n.º. 8, 2010, pp. 1-27.

García de Enterría, E.: «Constitución, fundaciones y sociedad civil», *Revista de Administración Pública*, n.º 122, 1990, pp. 235-258.

Gómez Manresa, M.ª F.: «El desarrollo sostenible en la jurisprudencia contencioso-administrativa», en R. Bustillo Bolado y M.ª F. Gómez Manresa (Dirs.): *Desarrollo sostenible: análisis jurisprudencial y de políticas públicas*, Cizur Menor (Aranzadi), 2014, pp. 201-222.

Irastorza Letamendía, L.: «Ciudades inteligentes: requerimientos, desafíos y algunas claves para su diseño y transformación», *Revista de Derecho Urbanístico y Medio Ambiente*, n.º 312, 2017, pp. 69-110.

Jiménez Asensio, R.: «Prólogo» a la obra de Zafra Víctor, M.: *La autonomía local en una Constitución reformada*, Madrid (CEPC), 2020, pp. 11-38.

Landry, C.: *The Art of City Making*, New York (Earthscan), 2006.

Navarro Gómez, C., y **Navío Marco, J.**: «De qué estamos hablando cuando hablamos de smart cities: nuevos entornos para las políticas públicas locales», *Anuario de Derecho Municipal*, n.º 7, 2013, pp. 209-222.

Nieto Garrido, E.: *El estatuto constitucional de los entes locales. La autonomía local y la vinculación negativa a la Ley. Una propuesta de reforma constitucional*, Cizur Menor (Aranzadi), 2018.

Parejo Alfonso, L.: *Garantía institucional y autonomías locales*, Madrid (IEAL), 1981.

Ponce Solé, J.: «El derecho a la ciudad en la gestión inteligente del territorio: planteamiento general. La transdisciplinariedad, el derecho a la ciudad y el reto de las *smart cities*», en V. Aguado i Cudolà, V. Parisio y O. Casanovas i Ibàñez (Dirs.): *El derecho a la ciudad: el reto de las smart cities*, Barcelona (Atelier), 2018, pp. 11-22.

Quintana López, T.:

— «De la conservación de las edificaciones a la regeneración de la ciudad existente. Claves de la evolución», Revista de Urbanismo y Edificación, n.º 24, 2011, p. 41-60.

— «Hacia un modelo de urbanismo sostenible», en T. Quintana López (Dir.) y A. Casares Marcos (Coord.): *Urbanismo sostenible. Rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2016, pp. 15-70.

Quintana López, T. (Dir.) y **Casares Marcos, A**. (Coord.): *Urbanismo sostenible, rehabilitación, regeneración y renovación urbanas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2016.

Quintana López, T. (Dir.), **Rodríguez Escanciano, S.**, y **Casares Marcos, A.** (Coords.): *Proyección transversal de la sostenibilidad en Castilla y León. Varias perspectivas*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2019.

Ramallo López, F. E.: *La planificación territorial sostenible*, Cizur Menor (Aranzadi), 2014.

Ramírez Sánchez, J. M.ª: «Del urbanismo de excepción al urbanismo sostenible, una respuesta a la crisis económica», *Revista de Derecho Urbanístico y Medio Ambiente*, n.º 256, 2010, pp. 11-37.

Rivero Ortega, R. y **Merino Estrada, V.**: «Innovación, *smart cities* y Administración electrónica aplicada al urbanismo», en J. Gifreu Font, M. Bassols Coma y A. Menéndez Rexach (Dirs.): *El Derecho de la ciudad y el territorio. Estudios en homenaje a Manuel Ballbé Prunés*, Madrid (INAP), 2016, pp. 700-712.

Romero Tarín, A.: «El paradigma de las smart cities en el marco de la gobernanza urbana», *Gestión de Análisis de Políticas Públicas*, n.º 20, 2018, pp. 29-35.

Salvador Crespo, M.: *El gobierno local en España*, Madrid (Marcial Pons), 2019.

Santamaría Pastor, J. A.: «Notas sobre la Sentencia de las Diputaciones Provinciales», *Revista Española de Derecho Administrativo*, n.º 34, 1982, pp. 455-476.

Vegara, A.: «Supercities. La inteligencia del territorio», *Revista Democracia y Gobierno Local*, n.º 37, 2017, pp. 4-9.

Velasco Caballero, F.: «Financiación de los municipios pequeños y despoblación», *Revista Galega de Administración Pública*, n.º 64, 2022, pp. 227-268.

Zafra Víctor, M.: *La autonomía local en una Constitución reformada*, Madrid (CEPC), 2020.

CAPÍTULO III

EL RÉGIMEN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN EL ÁMBITO RURAL EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN: LA APUESTA POR SU COORDINACIÓN. MEJORAS A EFECTUAR TRAS LA PANDEMIA

Miguel Ángel González Iglesias
Profesor Titular de Universidad
Universidad de Salamanca

I. Planteamiento

Nuestra sociedad envejece, especialmente en Castilla y León[1], lo que viene acompañado de una mayor presencia de enfermedades crónicas y de

Este artículo se ha elaborado en el marco del Proyecto de Investigación: LE013P20-2021-2023-, Universidad de León, titulado: «La prestación de servicios socio-sanitarios en el ámbito rural en Castilla y León: apostando por un bienestar integral»; dirigido por el Catedrático de Derecho del Trabajo de la Universidad de León, D. Juan José Fernández Domínguez (ORDEN EDU/1192/2020, de 4 de noviembre, por la que se resuelve la convocatoria de subvenciones del programa de apoyo a proyectos de investigación cofinanciadas por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional, BOCYL del 6 de nov).

1 Como señala el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2017-2021, pp. 11-13, «El proceso de envejecimiento en Castilla y León es más acusado que el experimentado en el contexto español y europeo… Así, el grupo de personas que ha superado los 65 años asciende a 598.328 personas, lo que representa un 24,4 % de la población actual de la Comunidad, superando en casi 7 puntos porcentuales la cifra relativa de población mayor en España (18,6 %). El número de persona de 60 y más años es de 750.551 (el 30,7 %) mientras que las personas de 80 y más años suponen el 9,3 % de la población total y el 38,2 % de las personas mayores…Las proyecciones de población auguran, un incremento del grupo de personas mayores. La población mayor para el 2029, en Castilla y León, será de 708.582 personas. Esta población supondrá el 31,2 % de la población total, el panorama demográfico futuro presenta una sociedad envejecida en

la correlativa necesidad de cuidados personales de quienes las padecen. Así, la protección de la salud se ha convertido en algo más complejo fundamentalmente debido a ese envejecimiento de la población y a la necesidad de atender otros factores de carácter social más allá de la patología. Ello obliga a replantearse las vías clásicas de atención con la finalidad de otorgar a estos pacientes sociosanitarios una prestación de servicios lo más ajustada a sus necesidades particulares dentro de los recursos disponibles, con independencia del lugar en el que residan.

Ante ello, se debe situar al ciudadano con problemas de salud y de tipo social en el eje del nuevo diseño de nuestros sistemas de bienestar[2], sanitario y social, para otorgarles una atención de calidad e integral; es decir, adaptada a sus necesidades particulares[3]. De hecho, uno de los grandes desafíos de nuestro Estado del Bienestar será el de procurar que la cobertura de sus prestaciones se vea mejorada y garantizada[4]. Para ello, entre otras consideraciones, deberá garantizarse la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con enfermedades crónicas que necesiten cuidados continuados, así como desarrollar medidas orientadas a la mejora de la coordinación de los sistemas sanitario y social[5].

En realidad, la apuesta por un modelo de coordinación sociosanitaria debería servir para conseguir dos objetivos: el de optimizar los recursos públicos destinados a la atención de las personas con enfermedades crónicas o en situación de dependencia y el de procurar una atención de calidad y eficaz teniendo como eje de acción las personas y sus necesidades reales. En resumen, el sistema sanitario y el sistema social han de emprender un camino común y compartido que busque la eficiencia y la mejor rentabilidad de sus acciones[6].

---

la que tres de cada diez personas serán mayores de 65 años. Aún más destacable es el incremento de las personas octogenarias. Se estima que para 2029 habrá 246.513 personas de 80 y más años, lo que supondrá un 10,9 % de la población total y un 34.8 % de la población mayor…».

2 Así se expone en el *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*, IMSERSO, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, de 15 de diciembre de 2011, p. 11.

3 En este sentido, López Peláez, A. y Castillo de Mesa, J.: «La atención a la persona. Una visión de futuro», en Forns i Fernández, M.ª V. (ed.): *La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales. Una perspectiva interdisciplinar*, Atelier, 2020, pp. 21 a 32.

4 Sobre la necesidad de la continua actualización de las carteras de servicios sociales, Ezquerra Huerva, A.: «Algunas reflexiones jurídicas acerca del futuro de los Servicios Sociales», en Forns i Fernández, M.ª V. (ed.): *La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales. Una perspectiva interdisciplinar*, Atelier, 2020, pp. 416-436.

5 *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria* en España; p. 9.

6 Sobre la necesidad de la asistencia y coordinación sociosanitaria, me remito a González Iglesias, M. Á.: «La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y

En esencia, el liderazgo para la mejora de la calidad en los sistemas sanitario y social es una responsabilidad compartida entre todas nuestras Administraciones territoriales: Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales —en las que encuentra su acomodo el medio rural—.

II. Conceptos: la asistencia sociosanitaria y el medio rural

Efectivamente, debemos definir y acotar los dos elementos sobre los que pivota nuestro objeto de estudio: la asistencia sociosanitaria y el medio rural.

1. Concepto de asistencia sociosanitaria

La asistencia sociosanitaria, desde el punto de vista normativo, se define en el art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud —LCCSNS, en adelante—, de la siguiente manera: es aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos[7], que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales[8].

León. Aspectos a mejorar tras la pandemia»; *REALA*, nº 18, octubre de 2022, pp. 215-235; y González Iglesias, M. Á.: «El medio rural en Castilla y León: su asistencia y coordinación sociosanitaria»; *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 58, septiembre de 2022, pp. 35-76.

7 La cronicidad se define como la permanencia en el tiempo de una enfermedad que, o bien es incurable por el tipo de patología (tratamiento desconocido en la actualidad) o bien porque no es posible su curación por falta de respuesta al tratamiento completo o por la carencia de éste. Por lo tanto, estamos ante enfermedades que persisten a lo largo del tiempo y que requieren de un tratamiento constante durante toda su duración, habitualmente años o décadas, siendo su evolución poco predecible. Ello genera una gran carga social, tanto desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación como desde el punto de vista económico por la repercusión que tiene sobre los diversos servicios prestadores de asistencia social y sanitaria. En España, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios. La relación directa de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios existe; pudiendo señalarse que las mismas y la situación de dependencia que generan son actualmente un problema que dificulta y puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales si estos no son capaces de adaptarse a esta nueva situación. Así lo advertía ya el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España; pp. 229-231.

8 Análoga definición de la asistencia sociosanitaria se contiene en el art. 18 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León —BOE n.º 235, de 28 de septiembre de 2010—.

La finalidad de esta asistencia es aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social —art. 14.1 LCCSNS—[9]. En estos casos, la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes —art. 14.3 LCCSNS—. Específicamente, en el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y, en todo caso, comprenderá —art. 14.2 LCCSNS—: los cuidados sanitarios de larga duración; la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

En resumen, este concepto aparece vinculado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración que se dispensan a personas que padecen dependencia o enfermedades crónicas —muchas veces causantes de la situación de dependencia— y que, bien simultánea o sucesivamente, necesitan de cuidados personales y sanitarios[10]. La misma definición lleva ínsita la colaboración entre los sectores sanitario y social, que deberá ser abordada desde una perspectiva holística y sinérgica, garantizando un abordaje global de la situación que permita, además, la optimización de los recursos existentes. Así pues, el objetivo primordial de la atención sociosanitaria es proporcionar al paciente una atención integral, es decir, que satisfaga las necesidades que puedan plantearse a lo largo de su proceso asistencial. Con este planteamiento, el paciente se convierte en el eje sobre el que pivota la organización y el funcionamiento de los servicios, buscando la orientación de los servicios a la demanda; es decir, el cuidado social y el sanitario ha de basarse en la necesidad individual y en la diversidad que esta pueda conllevar. En definitiva, se trata de un método de atención en red que favorece un estilo de intervención asistencial basado en la coordinación de ambos sectores y en la multidisciplinariedad de profesionales y conocimientos[11].

---

9 Tal y como se señala en la Recomendación del Consejo, de 8 de diciembre de 2022, sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles (DOUE de 15 de diciembre de 2022, C 476/01), en su considerando 1: «Unos cuidados de larga duración de alta calidad accesibles y asequibles permiten a las personas que los necesitan mantener su autonomía durante el mayor tiempo posible y vivir con dignidad. Ayudan a proteger los derechos humanos, promover el progreso social y la solidaridad entre generaciones y luchar contra la exclusión social y la discriminación, y pueden contribuir a la creación de empleo».

10 No debe olvidarse que, como reivindica el considerando 3 de la Recomendación del Consejo, de 8 de diciembre de 2022, sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles (DOUE de 15 de diciembre de 2022, C 476/01): «Los servicios de cuidados de larga duración organizados por las autoridades públicas, a escala nacional, regional o local, se consideran principalmente servicios sociales de interés general, ya que desempeñan una función social clara. Facilitan la inclusión social y salvaguardan los derechos fundamentales de todas las personas que necesitan cuidados, incluidas las personas mayores».

11 Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España; pp. 245 y 246. Sobre los fundamentos del modelo de atención sociosanitaria, me remito a de Diego García, I.: «La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes»; *Revista de Administración Sanitaria,* vol. V, n.º 18, abril-junio, 2001.

Además, la realidad sociodemográfica de las zonas rurales, marcada por el fuerte peso en la población de las personas de edad avanzada y, en consecuencia, por la mayor importancia de la morbilidad crónica y los problemas de dependencia, aconseja realizar un mayor esfuerzo en términos de coordinación sociosanitaria, asegurando la continuidad asistencial[12]. En efecto, dicha coordinación, como mecanismo de gestión eficaz y eficiente de los servicios sociosanitarios, es clave dado que debe tenerse presente que la localización residencial de las personas mayores es una cuestión primordial para la organización y administración de las políticas sociales. Además, en el medio rural, la dispersión en núcleos pequeños y distantes dificulta la organización de actividades y la prestación de servicios que, además, exigen la proximidad entre el prestador de los servicios y la persona mayor que los necesita. En las zonas rurales, entonces, se debe de hacer frente a las dificultades que genera la prestación de determinados servicios tales como la salud, la dependencia, el transporte, etc.

En concreto, en Castilla y León, el envejecimiento de la población viene agravado por la fragmentación del mapa municipal, con un elevado número de municipios —2.248— de las cuales la mayoría —2.119— no llegan a los dos mil habitantes, el 94 % de ellos localizados en el medio rural, y 1.989 ni siquiera tienen mil residentes; siendo las áreas rurales las que contienen una proporción mayor de personas mayores, con tasas de sobre envejecimiento del 43,65 % y la edad media superando los 50 años[13]. Precisamente, en este contexto, es donde cobra especial importancia el mandato recogido en el art. 47 de la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León[14], cuando dispone que corresponde a la Junta de Castilla y León el establecimiento de las estructuras de coordinación sociosanitarias precisas para la mejor garantía de la atención integral, y que todas las Administraciones Públicas y entidades vinculadas a los Sistemas de Acción Social y de Salud han de facilitar el funcionamiento de las estructuras de coordinación establecidas.

2. Concepto de medio rural. El problema de su despoblamiento

Tradicionalmente, la definición de medio rural se ha concebido en oposición a lo urbano; si bien, desde la segunda mitad del siglo XX este concepto tradicional de lo «rural»[15] ha ido transformándose. En efecto, el mundo rural

12 *Informe 02/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, Consejo Económico y Social, España, p. 227.

13 *Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2017-2021*, p. 20.

14 BOE, nº 108, de 6 de mayo de 2003.

15 Caracterizado por cuatro ideas esenciales: la capacidad de explotar los recursos cercanos; la preponderancia de la actividad agraria; la intensa relación con el medio natural y la

se ha vuelto más diverso y complejo, de manera que sería mejor hablar de distintos espacios rurales, que constituyen una realidad que va desde las pequeñas aldeas que pueblan el interior del noroeste del país, hasta las villas del litoral mediterráneo o del extrarradio de las grandes capitales. Así, en cada caso, nos hallamos ante particularidades que impiden una consideración uniforme de esta realidad[16]. Ahora bien, desde el punto de vista normativo, debemos centrarnos en la definición que, sobre el medio rural, se contiene en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural —LDSMR, en adelante—.

En primer lugar, la LDSMR, en su art. 3, define el medio rural como 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 km^2.

El mismo precepto define zona rural como el ámbito de aplicación de las medidas derivadas del Programa de Desarrollo Sostenible del Medio Rural regulado por la Ley, de amplitud comarcal o subprovincial, delimitado y calificado por la comunidad autónoma competente; siendo el art. 10 LDSMR, el que clasifica dichas zonas rurales en:

- Zonas rurales a revitalizar: aquellas con escasa densidad de población, elevada significación de la actividad agraria, bajos niveles de renta y un importante aislamiento geográfico o dificultades de vertebración territorial.
- Zonas rurales intermedias: aquellas de baja o media densidad de población, con un empleo diversificado entre el sector primario, secundario y terciario, bajos o medios niveles de renta, y distantes del área directa de influencia de los grandes núcleos urbanos.
- Zonas rurales periurbanas: aquellas de población creciente, con predominio del empleo en el sector terciario, niveles medios o altos de renta y situadas en el entorno de las áreas urbanas o áreas densamente pobladas.

Y por municipio rural de pequeño tamaño debe entenderse aquel que posea una población residente inferior a los 5.000 habitantes y esté integrado en el medio rural.

presencia de fuertes vínculos sociales entre los habitantes, enclavados en colectividades de reducido tamaño y relativamente estables. *Ver: Informe 01/2018. El medio rural y su vertebración social y territorial*; Consejo Económico y Social, España, p. 15.

16 *Informe 01/2018. El medio rural y su vertebración social y territorial*; Consejo Económico y Social, España, p. 19.

Ahora bien, actualmente, el medio rural se enfrenta a un problema capital que afectará de forma inexorable a su futuro al condicionar tanto su actividad económica como su propia existencia: el de su despoblamiento. Así, siguiendo el criterio establecido en la LDSMR, en 2019 la población en el medio rural alcanzaba un volumen de 7,57 millones de personas —16 % de la población española—, viviendo en 6.678 municipios. Desde el año 2018, la población rural se ha reducido en un 3,6 % continuando con la tendencia de la última década, pero a un ritmo si cabe más acelerado[17].

Y ello se agudiza en Castilla y León, donde el llamado medio rural profundo, es decir, los núcleos más pequeños de la Comunidad —municipios de menos de 2.000 habitantes que no ejercen funciones de centros comarcales y de servicios, que representan un total de 1.970 municipios en todo el territorio— siguen desangrándose, pues perdieron un total de 7.682 habitantes al pasar de los 486.740 que había en 2019 a los 461.058 del año 2020, lo que supone una caída del 1,64 %. Esta situación provoca que el medio rural profundo, que en cuanto a extensión sobre el territorio y número de localidades agrupa la gran mayoría de Castilla y León, al suponer el 87,59 % de los municipios, represente cada vez menos porcentaje poblacional de la Comunidad, pasando del 19,52 % que suponía en 2019 al 19,24 % que representa en 2020[18]. Así es, en Castilla y León, los 16 municipios de más de 20.000 habitantes (el 0,7 % del total) concentran algo más de la mitad de la población de la Comunidad (el 52,4 %), mientras que en los 2.006 municipios menores de 1.000 habitantes (el 89,2 % del total) reside el 18,4 % de la población, lo que manifiesta el minifundismo municipal de la Comunidad[19].

En resumen, el fenómeno del despoblamiento constituye uno de los problemas más importantes en el medio rural y actualmente afecta a zonas que llevan décadas inmersas en procesos de pérdida de población, lo que imprime un carácter estructural a un fenómeno que puede abocar a la imposibilidad de mantener la actividad económica y, en último término, a la desertización. En efecto, el 60 % de los municipios no supera los 1.000 habitantes. Esta dinámica alerta del peligro de disolución de las identidades locales y de desaparición de las redes administrativas locales, con consecuencias negativas en el acceso a los servicios públicos básicos[20].

---

17 *Informe 02/2021. Un medio rural vivo y sostenible, Consejo Económico y Social*, España, p. 21.

18 *Informe del Consejo Económico y Social de Castilla y León: Situación Económica y Social, Castilla y León*, 2020, Anexo Tomo I, Población.

19 Consejo de Cuentas de Castilla y León, *Informe Anual sobre las cuentas del sector público local de Castilla y León*, ejercicio 2019, Plan anual de fiscalizaciones 2020, p. 41.

20 *Informe 02/2021. Un medio rural vivo y sostenible*, Consejo Económico y Social, España, p. 22.
En realidad, la defensa y garantía de las prestaciones y servicios públicos básicos en el medio rural debería ser una prioridad para nuestras Administraciones Públicas y servir, entre otras cuestiones, como argumento de lucha contra la despoblación, debido a que

El problema del despoblamiento del medio rural así como las propuestas para poder afrontarlo se han ido incorporando paulatinamente a la agenda política española[21].

La Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico adoptada en 2019[22], establece, como objetivo general, el sentar las bases para que en nuestro país se garantice la igualdad de oportunidades y el libre ejercicio de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio. Para ello, de entre sus siete objetivos transversales destacamos, en relación con el tema que nos ocupa, los consistentes en la consecución de la plena conectividad territorial; unos servicios básicos para todos en condiciones de equidad; la incorporación de la perspectiva territorial en la elaboración de leyes; la simplificación normativa para los pequeños municipios; y el poner en valor la imagen de los territorios con riesgo demográfico, como retos para alcanzar la cohesión y la igualdad de oportunidades.

Pues bien, en línea con esta Estrategia Nacional, se aprobó, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia[23], el nuevo Plan de

ambos son elementos imprescindibles para el logro de una población estable, además de contribuir a la conservación de un entorno clave para la vertebración del territorio en nuestro país. Y es que la despoblación del medio rural conlleva una hemorragia continua que puede llevar aparejada la desaparición de muchos municipios de nuestro interior peninsular, ya que nos encontramos con extensas áreas escasamente habitadas por una población cada vez más envejecida, sin suficientes fuentes de trabajo ni adecuado acceso a servicios básicos; entre ellos, la sanidad y los servicios sociales. Sobre ello, me remito al informe: *Pérdida de Servicios en el Medio Rural y Despoblación; Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)*, 2018, pp. 10 y 11. En consecuencia, para luchar contra este fenómeno lo trascendente sería intentar, al menos, romper el círculo vicioso: pérdida de población —desmantelamiento de servicios— pérdida de población, y sustituirlo por el consistente en: refuerzo de servicios-atracción de población-refuerzo de servicios (Cruz Roja Española: «La vulnerabilidad social en el contexto de la España Despoblada», *Boletín sobre vulnerabilidad social*, n.º 21, diciembre de 2020, p. 8). Ello exigiría, entre otros aspectos, llevar a cabo una coordinación más efectiva y una gestión más eficiente de los recursos públicos y privados existentes en dicho territorio.

21 Así, ya el Acuerdo, adoptado en el seno de la Conferencia de Presidentes, del 17 de enero de 2017, impulsó, como medida específica, la elaboración de una Estrategia ante el reto demográfico. La creación, mediante Real Decreto 40/2017, de la figura del Comisionado del Gobierno para el Reto Demográfico, supuso un paso necesario para la elaboración y desarrollo de la Estrategia Nacional. Y la nueva Secretaría General para el Reto Demográfico, dependiente del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico, pretende consolidar una estructura específica que permita abordar esta problemática desde la Administración General del Estado. Si bien, esa estructura nace en un contexto particularmente difícil provocado por la pandemia iniciada en 2020.

22 Las Directrices Generales de la Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico fueron aprobadas por el Consejo de Ministros del 29 de marzo de 2019.

23 Resolución de 29 de abril de 2021, de la Subsecretaría, por la que se aprueba el Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de abril de 2021, por el que se aprueba el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, BOE, de 30 de abril de 2021.

Medidas ante el Reto Demográfico —PMRD, en adelante— como marco de actuación transversal para establecer una agenda de igualdad y cohesión territorial, incorporando a los pequeños municipios. Así, dicho Plan de Medidas deberá afrontar el desafío de garantizar la igualdad de derechos en cuestiones tan trascendentes como el acceso a los servicios o el impulso de la actividad económica en los territorios con mayores dificultades para competir en los mercados globalizados[24].

Este PMRD se organiza en torno a 10 ejes de actuación; entre los que destacamos el séptimo, que hace referencia al necesario refuerzo de los servicios públicos e impulso de la descentralización para garantizar, especialmente, la prestación de los servicios sanitarios, y el octavo, sobre el bienestar social y la economía de los cuidados que pretende una prestación de servicios básicos, como los sanitarios y los asistenciales, próximos y en condiciones de equidad para, por ejemplo, atender a la población mayor de las áreas rurales, el impulso de la atención a los colectivos más vulnerables en las áreas rurales o el garantizar la igualdad de trato, la inclusión y la diversidad sin brechas en el territorio. En concreto, dicho PMRD propone 130 medidas orientadas hacia la consecución de la igualdad de oportunidades y la vertebración territorial, de entre las que sobresalen, para nuestro interés, la consistente en la adecuada prestación de los servicios básicos, la plena conectividad digital, el reforzamiento de los vínculos rurales y urbanos o el estímulo de la innovación[25].

Ahora bien, aun reconociendo todas estas loables medidas, lo cierto es que la irrupción de la pandemia ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de emprender reformas que garanticen el acceso en condiciones de igualdad a los servicios públicos básicos, sanitarios o sociosanitarios, a toda la población que lo necesite y con el compromiso de calidad exigible, sin importar el lugar en el que residan[26].

---

24 *Informe 02/2021. Un medio rural vivo y sostenible*, Consejo Económico y Social, España, p. 30.

25 Sobre estos ejes y medidas, me remito a: https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/medidas-reto-demografico/plan_recuperacion_130_medidas_tcm30-524369.pdf ; más específicamente, pp. 98-100.

26 Así, el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023, aprobado el 15 de diciembre de 2021, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, reconoce que la pandemia «…ha puesto de relieve la necesidad de fortalecer la Atención Primaria y ha aumentado el sentido de urgencia para priorizar la asignación de recursos económicos para hacer frente a la crisis de salud y a la crisis social»; p. 7.

III. La gestión de la asistencia sociosanitaria

1. La protección de la salud y el modelo de gestión descentralizado: Estado y Comunidades Autónomas

Dentro de los principios rectores de la política social y económica, se reconoce el derecho a la protección de la salud en el art. 43 CE[27]. Ahora bien, ¿cuál es el modelo de gestión de la asistencia sanitaria por el que se ha optado en España para preservar la salud? Nuestra CE prevé un reparto competencial en el que a las Comunidades Autónomas se le atribuye, de acuerdo con lo establecido en sus estatutos de autonomía, las competencias en materia de sanidad e higiene —art. 148.1.21 CE— mientras que al Estado se le reserva la competencia exclusiva sobre sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos —art. 149.1.16 CE—.

En concreto, la competencia del Estado prevista en el art. 149.1.16 CE, relativa a la coordinación general de la sanidad, debe concebirse como una competencia íntimamente relacionada con la competencia estatal de garantía del principio de igualdad en el ejercicio de los derechos y deberes constitucionales —art. 149.1.1 CE— y con la coordinación de la planificación general de la actividad económica —art. 149.1.13 CE—. Y la STC 32/1983, de 28 de abril resaltó que una de las competencias que más claramente correspondían al Estado era la de coordinación con las Comunidades Autónomas, pensando en clave de servicio general para el conjunto de los ciudadanos y con independencia de su ubicación territorial[28].

Asimismo, de otros preceptos del texto constitucional se deduce la exigencia de que la organización territorial del Estado no debe traducirse en desigualdades entre territorios y personas. Así, el art. 138.2 CE reconoce que las «diferencias entre los estatutos de las distintas comunidades autónomas no podrá implicar, en ningún caso, privilegios económicos y sociales»; y el art. 139.1 CE dispone que «todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado».

Pues bien, reconociendo estas premisas constitucionales, las comunidades autónomas, de forma progresiva, fueron recibiendo transferencias en

27 Sobre el derecho a la protección de la salud, Pemán Gavín, J. M.ª: «El derecho a la protección de la salud entre aspiraciones y realidades. Marco conceptual y perspectiva internacional», en Salamero Teixidó, L. (Coord.): *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Thomson Reuters Aranzadi, 2020, pp. 25 a 72.

28 Sobre ello, Trillo García, Andrés Ramón: «El impacto del COVID-19 sobre la gestión de sanidad en España. Implicaciones presentes y de futuro y papel de las entidades locales»; en Monereo Pérez, J. L.; Rivas Vallejo, P.; Moreno Vida, M.ª N.; Vila Tierno, F.; Álvarez Cortes, J. C. (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19,* Tomo I, Thomson Reuters Aranzadi, 2021, p. 492.

materia de gestión de la asistencia sanitaria. A partir de ese momento, todas las comunidades autónomas crearon sus propios servicios de salud y elaboraron normas sobre la organización y la prestación de la asistencia sanitaria, dentro de lo dispuesto por la legislación básica del Estado[29].

Por lo tanto, en la actualidad nos encontramos con una pluralidad de servicios autonómicos de salud, lo que se traduce en diferencias territoriales en materia de prestaciones sanitarias; lo cual no es sorprendente pues nuestra Constitución consagra la diversidad territorial sanitaria, lo que conlleva el que debamos admitir la heterogeneidad en la oferta de prestaciones por parte de las distintas comunidades autónomas, aunque dentro de ciertos límites. Y precisamente, en la concreción de esos límites es donde tiene especial trascendencia la labor del Estado a la hora de elaborar la legislación básica y coordinar el sistema en su conjunto. Por lo tanto, lo trascendente será la búsqueda del ansiado equilibrio, lo que exigirá un importante esfuerzo de coordinación y cohesión[30].

No obstante, dado el evidente riesgo de fragmentación y la falta de uniformidad que planeaba sobre el modelo sanitario público descentralizado, el art. 44 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad —LGS, en adelante— dispuso que todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarían el Sistema Nacional de Salud, que estaría conformado por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas[31]. Además, para garantizar el acceso igualitario y equitativo de todos los ciudadanos a la asistencia sanitaria pública, el art. 3.2 LGS recalcó que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. A mayores, la política de salud ha de estar orientada a la superación de los desequilibrios sociales y territoriales —art. 3.3 LGS—.

---

29 Así es, en el año 1981 se inició el traspaso de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD —el primero a la comunidad autónoma de Cataluña—. Posteriormente —años 1984 a 1994— se realizaron transferencias del INSALUD a seis comunidades autónomas: Andalucía, Valencia, País Vasco, Navarra, Galicia y Canarias. En el año 2002, se produjeron las transferencias a las diez comunidades autónomas regidas por el art. 143 CE. Así pues, después de veinte años de la primera transferencia del INSALUD, se ha logrado el objetivo de un Sistema Nacional de Salud totalmente descentralizado con autonomía de gestión en las diecisiete comunidades autónomas. Sobre ello, Antoñanzas Villar, F. J.: «La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud», *Gaceta Sanitaria*, vol. 17 nº 4, Barcelona, julio-agosto 2003.

30 Díaz Aznarte, M.ª T.: «La estructura de gestión de la asistencia sanitaria en España. Descentralización y papel de las Comunidades Autónomas»; en Monereo Pérez, J. L.; Rivas Vallejo, P.; Moreno Vida, M.ª N.; Vila Tierno, F.; Álvarez Cortes, J. C. (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Tomo I, Thomson Reuters Aranzadi, 2021, pp. 432 y 433.

31 Sobre las modalidades de gestión indirecta previstas en la LGS, me remito a González Suárez, G. M.ª: «Régimen jurídico de las modalidades de gestión indirecta previstas en la Ley General de Sanidad», en: *La prestación de servicios socio-sanitarios: nuevo marco de la contratación pública*; Tolívar Alas, L. y Cueto Pérez, M. (auts.); Tirant lo Blanch, 2020, pp. 269-278.

Para ello, la LGS otorgó una importancia capital a la coordinación como mecanismo de garantía de dicha asistencia sanitaria en todo el territorio nacional para los ciudadanos: específicamente, el Capítulo IV del Título III LGS se dedicaba a la coordinación general sanitaria[32] contemplando, también, el establecimiento de planes de salud conjuntos Estado-Comunidades Autónomas —arts. 70 y 71 LGS— que debían elaborarse bajo el prisma de la solidaridad interterritorial.

Ahora bien, la consolidación de la coordinación sanitaria como herramienta para combatir las desigualdades territoriales se produjo con la LCCSNS, mediante, fundamentalmente, las dos siguientes novedades: la primera, fue la de la consolidación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ya creado por la LGS, como órgano competente de coordinación de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado con el objetivo de promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado —art. 69.1 LCCSNS—; la segunda, la regulación de los denominados «servicios de referencia» —art. 28 LCCSNS—, financiados con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria, como elemento esencial para la consecución de una coordinación sanitaria de calidad, eficaz y eficiente[33]. Sin embargo, estos mecanismos de coordinación se han mostrado francamente deficientes como nos ha puesto de manifiesto la pandemia del COVID-19, sobre todo en sus primeros meses del año 2020. Por ello, actualmente, sigue sin haberse cumplido el objetivo de superar los desequilibrios territoriales y sociales para los que, en teoría, la política de salud estaba orientada —art. 3.3 LGS—, ni se han corregido las desigualdades territoriales sanitarias en el sentido previsto en el art. 12 LGS[34]. Y tampoco se ha llevado a la práctica lo previsto en el art. 81 LGS, que apunta a que la generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público se efectuará mediante una asignación de recursos financieros adecuada para corregir las desigualdades territoriales sanitarias. Evidentemente, para que

32 Debemos recordar que el art. 47 LGS creó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Comité Consultivo. Este precepto se suprimió por la Disposición Derogatoria 1.ª de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El art. 69 de esta norma define al Consejo como «el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado».

33 Díaz Aznarte, M.ª T.: «La estructura de gestión…»; *op.cit*., p. 438.

34 Según dicho art. 12 LGS: los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los arts. 9.2 y 158.1 CE.

la coordinación en materia de asistencia sanitaria sea efectiva se requiere que se asignen los recursos necesarios para ello, pues el camino contrario, la descoordinación, hemos sido conscientes, nos conduce a efectos nocivos e irreversibles para la salud de los ciudadanos[35].

2. Las competencias de los municipios en materia social y sanitaria

En la actualidad, las competencias en materia sanitaria y social pasan por un intenso proceso de descentralización hacia las Comunidades Autónomas[36] y, en parte, también, hacia las Corporaciones Locales[37].

En este contexto, tanto la redacción originaria de la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local —LBRL—, como las distintas leyes sectoriales de las Comunidades Autónomas han venido reconociendo competencias específicas a los municipios en estas materias[38].

En efecto, el art. 25 LBRL incluía dentro del ámbito de las competencias propias de los municipios las materias de prestación de servicios sociales y de

35 Díaz Aznarte, M.ª T.: «La estructura de gestión…»; *op.cit.*, p. 435.

36 En concreto, el Estatuto de Autonomía de Castilla y León —tras la reforma aprobada por la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre (BOE, n.º 288, de 1 de diciembre de 2007)— reconoce competencia exclusiva a la Comunidad en materia de asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitarios. Promoción y atención de las familias, la infancia, la juventud y los mayores. Prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia o la exclusión social —art. 70.1.10—. Y, también son de competencia exclusiva de la Comunidad, sin perjuicio de las facultades reservadas al Estado, las funciones en materia de sanidad y salud pública, la promoción de la salud en todos los ámbitos, la planificación de los recursos sanitarios públicos, la coordinación de la sanidad privada con el sistema sanitario público y la formación sanitaria especializada —art. 74—.

37 Aun reconociendo el papel fundamental que jugó el INSALUD, hasta que tuvo lugar el proceso de descentralización hacia las Comunidades Autónomas, debe señalarse, también, que, desde los inicios del Estado contemporáneo, tanto la materia de sanidad como la de servicios sociales ha sido una típica competencia municipal, situándose la Provincia como institución de segundo nivel que garantizaba buena parte de los servicios de contenido sanitario o social. Sobre ello, Tolívar Alas, L.: «Servicios sociales y competencias locales "impropias"»: *blog EsPublico*, de 17 de junio de 2009 y Font i Llovet, T.: *Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública, La Prestación de Servicios Socio-Sanitarios. Nuevo Marco de la Contratación Pública*; Tirant lo Blanch, 2020, p. 22.

38 Así, la Ley 1/1998, de 4 de junio, de Régimen Local de Castilla y León (BOE, n.º 197, de 18 de agosto de 1998), dispone que los municipios de Castilla y León ejercerán competencias, en los términos de la legislación del Estado y de las leyes de la Comunidad Autónoma, entre otras, en las materias de: l) salud pública y sanidad; y, n) acción social y servicios sociales.

promoción y reinserción social —art. 25.2, letra k)— así como en materia de participación en la gestión de la atención primaria de la salud —art. 25.2—[39].

Ahora bien, la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local —LRSAL—[40] modificó sustancialmente la atribución competencial a los municipios[41], en especial en estas dos materias: atención social y atención sanitaria[42].

En efecto, se procedió a la modificación del art. 25.2 LBRL de la siguiente manera: primero, se suprimió la posible intervención de los municipios en materia sanitaria y, segundo, se limitó la competencia municipal en materia de servicios sociales para redirigirla sólo a las funciones de evaluación e información de situaciones de necesidad social —art. 25.2, letra e)—. Y, en el caso de los municipios de más de 20.000 habitantes, se incorpora como obligatorio el servicio de atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social —art. 26.1, letra e)—, corrigiendo la anterior dicción de «prestación de servicios sociales»[43].

Además, el contenido competencial sobre estas materias se vio afectado por la LRSAL, en dos direcciones:

1. La primera tuvo lugar con la supresión del art. 28 de la LBRL, que reconocía la existencia de las mal llamadas «competencias impro-

39 Sobre ello, Almeida Cerreda, M.: «Las competencias de los municipios en materia de servicios sociales», en Muñoz Machado, S. (Dir.) *Tratado de Derecho Municipal*, 3.ª ed. 2011, Tomo III, pp. 2702 y ss; y Boix Palop, A.: «Sentido y orientación de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local: autonomía local, recentralización y provisión de servicios locales»; *REALA*, n.º 2, julio-diciembre, 2014, pp. 27-47.

40 Sobre la finalidad de la reforma local, me remito a Arenilla Sáez, M.: «Génesis y finalidad de la reforma local»; *REALA*, nº extraordinario, enero 2015, pp. 11-18.

41 Sobre la delimitación de las funciones que corresponden al legislador básico y al legislador sectorial, en lo que respecta a la aclaración de sus competencias, ver Alonso Varo, J.: «La función de la legislación básica en la determinación de las competencias municipales»; *REALA*, nº 3, enero-junio 2015, pp. 129-151.

42 Como indica del Guayo Castiella, Í., la LRSAL introduce reformas en materia de servicios públicos locales; entre ellas: se modifica la lista de servicios mínimos municipales; se refuerza el papel de las Diputaciones en la gestión de esos servicios mínimos; se introducen modificaciones en las formas de gestión los servicios públicos; en el caso de que una Corporación Local no cumpla con sus obligaciones financieras debe proceder a la gestión integrada o coordinada de los servicios obligatorios que presta la entidad local para reducir sus costes; y, por último, se prevé la obligación de proceder a la determinación del coste efectivo de los servicios, antes del 1 de noviembre de cada año. Sobre todo ello, me remito a su artículo: «Nuevo régimen jurídico de los servicios públicos locales, tras la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local»; *REALA*, nº 2, julio-diciembre 2014.

43 Arias Martínez, M.ª A.: »Las competencias locales en materia de servicios sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local», *RAP*, n.º 194, 2014, pp. 373 y ss.

pias» de los municipios[44], en cuya virtud se crearon y funcionaban muchos servicios sociales, decididos libremente por aquéllos para atender a las exigencias y las necesidades de la población como, por ejemplo, la atención a los drogodependientes, la atención a las mujeres, etc.

2. La segunda es que las disposiciones transitorias 1.ª, 2.ª y 3.ª LRSAL ordenaron el traslado de las funciones y servicios que prestaban los municipios en las materias de sanidad y servicios sociales hacia las Comunidades Autónomas, prohibiendo a éstas que pudieran atribuir como propias a los entes locales competencias en dichos ámbitos. Evidentemente, ello suponía una cercenación y un desapoderamiento competencial abusivo de los municipios.

En definitiva, estas previsiones de la LRSAL, calificadas como auténtica «mutación constitucional»[45], recibieron contestación adecuada tanto por parte de las Comunidades Autónomas como de los entes locales que plantearon varios recursos de inconstitucionalidad y un conflicto de competencias en defensa de la autonomía local, por entender que dicha legislación era inconstitucional, ya porque se vulneraban las competencias autonómicas en estas materias, bien porque se afectaba a la autonomía local. Y, precisamente, la STC 41/2016, de 3 de marzo de 2016[46], reconoció que, en materia de servicios sociales y sanitarios locales, la supresión de las competencias municipales y ese traslado a las Comunidades Autónomas en virtud de una ley estatal era inconstitucional. En efecto, el Estado carece de competencias para realizar dichas operaciones, ya que esas materias corresponden, vía estatutos respectivos, a las Comunidades Autónomas. Así pues, son las Comunidades Autónomas las que deben decidir la distribución competencial entre sus propios servicios y los servicios municipales y, por ello, el TC anula esas disposiciones transitorias. Dicha derogación, aunque fundamentada sobre la vulneración de las competencias autonómicas, ha vuelto a elevar el nivel de su garantía legal básica[47].

---

44 Font i Llovet, T.: *Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública*, *op.cit*.; Tolívar Alas, L. y Cueto Pérez, M. (Dirs.), Tirant lo Blanch, 2020, p. 24.
Como señala Tolivar Alas, no hay nada más impropio que llamar impropias a esas actividades en materia servicios sociales que son básicas y fundamentales en la actuación de los municipios; en Tolivar Alas, L.: «Servicios sociales y competencias "locales impropias"»: *blog EsPublico* 17 de junio de 2019.

45 Font i Llovet, T. y Galán Galán, A.: «La reordenación de las competencias municipales: ¿una mutación constitucional?», Anuario del Gobierno Local, 2013.

46 BOE, n.º 85, de 8 de abril de 2016.

47 Font i Llovet, T.: *Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública*, *op.cit*., p. 26.

Por el contrario, en lo que respecta a la disminución de las competencias propias de los municipios en dichas materias llevada a cabo a través de la reforma del art. 25 LBRL[48], el TC, tirando de su argumento tradicional de la garantía institucional de la autonomía local, entendió que aunque la autonomía local se ve afectada al disminuirse el ámbito de competencias propias, aun así a los municipios no se les vulnera la autonomía local, porque no se le quitan todas las competencias locales posibles. De conformidad con dicha teoría, es suficiente con que al Ayuntamiento se le reconozca alguna participación en un tema o asunto de interés local para entender que no se le ha vulnerado su autonomía. Es decir, basta que la supresión no sea absoluta y que el municipio pueda intervenir en las funciones de evaluación e información de situaciones de necesidad social, pero que luego los servicios los preste la Comunidad Autónoma, para que dicha limitación no afecte a la autonomía municipal. Con ello, el TC sólo ha reparado parcialmente el retroceso que ha significado la LRSAL.

Las Comunidades Autónomas reaccionaron ante la situación de incertidumbre en la prestación de los servicios sanitarios y sociales por parte de los municipios provocada por la LRSAL. Así, Castilla y León, aprobó el Decreto-Ley 1/2014, de 27 de marzo, de medidas urgentes para la garantía y continuidad de los servicios públicos en Castilla y León, derivado de la entrada en vigor de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local[49]. En su art. 4 reconoció que las competencias que, con carácter previo a la entrada en vigor de la LRSAL, se preveían como propias de los municipios en materia de participación en la gestión de la atención primaria de la salud e inspección sanitaria, en materia de prestación de servicios sociales, y de promoción y reinserción social, a las que se refieren las Disposiciones Adicional 15.ª y Transitorias 1.ª, 2.ª y 3.ª de la LRSAL, continuarán siendo ejercidas por los municipios en los términos previstos en las Leyes correspondientes, en tanto no hayan sido asumidas por parte de la Comunidad de Castilla y León.

Y, por último, el art. 8 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León señala que, con carácter general, en el marco de las políticas sanitarias definidas por la Junta de Castilla y León, corresponde a las Corporaciones Locales ejercer las competencias en materia sanitaria y prestar los servicios mínimos obligatorios de naturaleza sanitaria que tienen atribuidas por la legislación de régimen local y demás normativa sectorial de aplicación. En particular, corresponde a los Ayunta-

48 Sobre las competencias locales, me remito a Bello Paredes, S.: «Las competencias locales: balance de situación»; *REALA*, nº extraordinario, enero 2015, pp. 27-45.

49 BOCyL, n.° 62, de 31 de marzo de 2014. Con respecto al pretendido blindaje autonómico de las competencias municipales, ver: Navarro Rodríguez, P. y Zafgra Víctor, M.: «El pretendido blindaje autonómico de competencias municipales tras la reforma de la Administración Local»; *REALA*, nº 2, julio-diciembre 2014, pp. 49-62.

mientos, entre otras: la construcción, conservación y mantenimiento de los consultorios locales, así como participar en los órganos de dirección de las Áreas de Salud. Para el desarrollo de sus funciones, los Ayuntamientos deberán actuar de forma coordinada con el personal y los medios de los que dispongan la Administración Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León, en la forma que reglamentariamente se establezca.

3. El contenido de la asistencia sanitaria: la asistencia sociosanitaria como prestación incluida en la cartera de servicios comunes

La determinación de las prestaciones que integran el contenido de la asistencia sanitaria se lleva a cabo por la LCCSNS, bajo las premisas apuntadas en su art. 7.1. Específicamente, la delimitación de dichas prestaciones se realiza en el Catálogo de Prestaciones de Atención Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que comprende: las correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario. En consecuencia, la atención sociosanitaria aparece incluida, como prestación, en el Catálogo de Prestaciones de Atención Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

La estructura de este Catálogo se apoya sobre una herramienta básica, la Cartera de Servicios Comunes, definida por el art. 8.1 de la LCCSNS[50], como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Pues bien, esta Cartera Común de Servicios se articula alrededor de tres modalidades —art. 8.2 LCCSNS—:

1. **La Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales.** Comprende todas las actividades asistenciales que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública —art. 8.2 bis de la LCCSNS3. A toda la población cubierta, se le reconoce la garantía de accesibilidad y equidad a los servicios incluidos en dicha cartera común —art. 8 bis 2 LCCSNS—
2. **Cartera Común Suplementaria.** Incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario; en concreto: prestación farmacéu-

50 Esta cartera de servicios comunes, se definió inicialmente por el art. 8 de la LCCSNS, desarrollada por el RD 1030/2003, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización y, por último, fue modificada parcialmente por el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones

tica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos, transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica —art. 8 ter LCCSNS—.

3. **Cartera Común de Servicios Accesorios.** Abarca todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario —art. 8 quáter LCCSNS—.

Así pues, tomando como premisa la garantía de igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias incluidas en el Sistema Nacional de Salud —tal y como resulta de los arts. 3.2 y 3.3 LGS, del art. 2, letra a) LCCSNS y del art. 2.4 del Real Decreto-Ley 103/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización—, debe concluirse que lo que el legislador garantiza a los titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública es el acceso a las prestaciones recogidas en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud. Con carácter general, pues, sólo en el caso de que el servicio de salud autonómico del lugar de residencia del usuario no disponga de alguno de los servicios comprendidos en la aludida cartera, se abre la posibilidad del desplazamiento a otro territorio para recibir la asistencia sanitaria indicada[51].

Precisamente, el RD 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, creó el Fondo de Garantía Asistencial —art. 3—, con naturaleza extrapresupuestaria, cuya finalidad es la compensación entre comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de dicha condición de asegurado en sus desplazamientos temporales[52].

Por último, hemos de ser conscientes que tanto nuestro legislador —art. 8 quinques LCCSNS— como nuestro TC —STC 139/2016, de 21 de julio— comprometen la existencia de carteras de servicios complementarias de las comunidades autónomas al hecho de que exista suficiencia financiera para ello en el marco del cumplimiento de los criterios de estabilidad presupuestaria.

En resumen, el objetivo prioritario de este modelo organizativo de prestaciones sanitarias debiera ser que el Sistema Nacional de Salud configurara una cartera de servicios comunes lo más amplia, actualizada, eficaz y efi-

51 Díaz Aznarte, M.ª T.: «La estructura de gestión…»; *op.cit*., p. 445.

52 El problema es que la implementación de este Fondo de Garantía Asistencial, como figura destinada a sustituir al Fondo de Cohesión Sanitaria, se ha ido posponiendo sucesivamente durante años.

ciente posible. Ahora bien, la efectiva consecución de los principios de igualdad y equidad, como medio para combatir o corregir las posibles desigualdades territoriales, exige que en nuestro sistema sanitario descentralizado se apueste por la cohesión y la coordinación, sin que hasta la fecha se hayan alcanzado efectivamente[53].

4. La estructura organizativa de los servicios sanitarios y sociales

A nivel estatal, el acceso de la población rural a la asistencia sanitaria en sus dos principales niveles asistenciales —atención primaria y atención especializada—, en teoría, está garantizado a través de la ordenación del Sistema Nacional de Salud prevista en la LGS. En efecto, la ubicación de los recursos asistenciales se concentra en las Áreas de Salud, estructuras fundamentales del sistema sanitario, que establecen las Comunidades Autónomas teniendo presentes criterios geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, de vías de comunicación, pero, sobre todo, atendiendo a la proximidad de los servicios —art. 56.2 y 4 LGS—. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área de Salud —art. 56.5 LGS—; y, cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, como marco de referencia de la atención especializada y por los centros de especialidades adscritos al mismo —art. 65 LGS—.

Sin embargo, para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud —art. 62.1 LGS—. Así es, la Zona Básica de Salud es el marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, centros integrales de atención primaria —art. 63 LGS—, que albergarán la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales que correspondan a la población en que se ubica —art. 64 LGS—. Y, en el ámbito rural, cada Zona Básica de Salud podrá disponer de uno o más centros de atención primaria situados en varias localidades o municipios, para garantizar la accesibilidad geográfica —art. 62.2 LGS—. Ahora bien, la delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. En aplicación de estos criterios, la población protegida en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano; aunque, excepcionalmente, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen —art. 1.2 del Real

53 Díaz Aznarte, M.ª T.: *La estructura de gestión de la asistencia sanitaria en España. Descentralización y papel de las Comunidades Autónomas*, *op.cit.*, p. 447.

Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud —[54]. Además, en el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona —art. 2 del Real Decreto 137/1984—.

En definitiva, la estructura del Sistema Nacional de Salud diseñada en la LGS señala a la Atención Primaria de Salud —APS— como el eje sobre el que pivota la red integrada de servicios de salud en el territorio y le confiere las características de máxima proximidad y accesibilidad para la ciudadanía. La APS tiene una función primordial en la realización y coordinación de actividades, así como de recursos destinados a la promoción, prevención y atención de las personas con enfermedades crónicas o con necesidades de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato y su configuración en equipos multidisciplinares. No olvidemos que la continuidad asistencial es un aspecto esencial en el seguimiento de los pacientes crónicos y dependientes por el sistema sanitario y social.

Aunque como ya se resaltó por el Marco Estratégico Para la Atención Primaria y Comunitaria, de 10 de abril de 2019[55], en nuestra sociedad los problemas sanitarios, sobre todo los de naturaleza crónica y los que generan discapacidad, suelen ir acompañados de importantes necesidades en el ámbito social; sin embargo, las competencias y responsabilidades sanitarias y las de asistencia social dependen de distintas Administraciones, observándose déficits importantes de las estructuras responsables de ambos tipos de prestaciones. Por ello, es necesario revisar y fortalecer la alianza entre Salud Pública, APS, otros servicios sociosanitarios y otros sectores de la comunidad para desarrollar estrategias intersectoriales y promover y potenciar el buen funcionamiento de los Consejos de Salud de Área y de Zona y otros espacios de participación. Resumiendo, urge dar un nuevo impulso a la APS para que renueve su liderazgo como eje del sistema sanitario y como agente de la ciudadanía ante el mismo[56]. Y así se reconoce, también, en el actual Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023[57].

Respetando esta estructura básica sanitaria, la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en uso de su competencia exclusiva en materia de sanidad y salud pública —art. 74 de su Estatuto de Autonomía—, aprobó la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León[58] —LOSSCYL—, en cuyo Título III, que lleva por rúbrica: «El Sistema Sanitario

54 BOE, n.º 27, de 1 de febrero de 1984.

55 Editado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Sanidad, 2019.

56 *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*, págs. 23 y 24.

57 Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 15 de diciembre de 2021. Me remito, en concreto, a sus pp. 8, 42 y 43.

58 BOE, n.º 235, de 28 de septiembre de 2010.

Público de Castilla y León», se lleva a cabo la ordenación territorial del sistema sanitario. Pues bien, este sistema se articula en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones Sanitarias y otras divisiones territoriales que puedan crearse en el futuro; y esta organización configura el Mapa Sanitario Público de Castilla y León, que es el instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad, que deberá adecuarse, respecto al ámbito rural, al mapa de unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio —art. 13.1 LOSSCYL—. En todo caso, la organización territorial deberá asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario, así como la eficiencia y coordinación de todos los recursos —art. 13.3 LOSSCYL—.

Así, las Áreas de Salud, estructuras fundamentales del Sistema Público de Salud de Castilla y León, son la referencia para la organización de las actuaciones sanitarias, garantizando la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales y coordinando todos los recursos que le correspondan, a fin de asegurar un sistema sanitario coordinado e integral. Para ello, cada Área de Salud contará, al menos, con un hospital o complejo asistencial que ofrecerá los servicios especializados adecuados a las necesidades de la población —art. 14, apartados 1, 2 y 3 LOSSCYL—.

Como se sabe, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud —art. 14.4 LOSSCYL—, que se delimitarán atendiendo a diversos criterios (geográficos, socioeconómicos, demográficos, etc.), aunque teniendo siempre presente la optimización en la ordenación de los recursos y la respuesta a las necesidades sanitarias de los ciudadanos —art. 15.2 LOSSCYL—. En cada Zona Básica de Salud existirá un Equipo de Atención Primaria, que contará con un coordinador de equipo —art. 15.5 LOSSCYL—. Y, cada Zona Básica de Salud contará con un Centro de Salud, que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo de Atención Primaria y, en su caso, a los Equipos de Salud Pública. Excepcionalmente, el Centro de Salud podrá situarse fuera del ámbito territorial de la Zona Básica de Salud, si con ello mejora la accesibilidad o bien se asegura una atención sanitaria de calidad a la población adscrita —art. 15. 3 y 4 LOSSCYL—[59]. En el ámbito rural, las

59 Debe reseñarse que en el documento elaborado por la Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud, en noviembre de 2019, que lleva por título: «Nuevo modelo de la asistencia sanitaria en el medio rural: documento marco», se preveían toda una serie de actuaciones calificadas como necesarias, para acometer la reordenación de la atención en las Zonas Básicas de Salud en el ámbito rural, entre las que se disponían el concentrar la asistencia médica en el Centro de Salud y en un número pequeños de Consultorios Locales, que pasarían a denominarse Consultorio Rural de Agrupación —CRA—, con consulta médica y de profesionales de enfermería diaria. El resto de consultorios pasarían a denominarse Consultorios de Proximidad —C-PROX— con actividad periódica en función del volumen de población y según las necesidades clínicas detectadas por la propia población y el personal sanitario, sin detrimento de la atención domiciliaria necesaria.

Zonas Básicas de Salud, deberán establecerse respetando las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio —art. 15.1 LOSSCYL—.

Por su parte, las Demarcaciones Sanitarias son las estructuras de ordenación territorial en las que se realizan por los profesionales de los Equipos de Salud Pública, básicamente, las funciones de inspección y control oficial incluidas en las prestaciones de salud pública —art. 16.1 LOSSCYL—.

Ahora bien, se admite que, cuando existan razones geográficas o de racionalización y eficiencia de los servicios que lo justifiquen, se puedan crear otras divisiones territoriales con la finalidad de mejorar la organización y accesibilidad a las prestaciones sanitarias —art. 17 LOSSCYL—.

Pues bien, es en estas estructuras donde se integran y ordenan funcionalmente los niveles de: atención primaria, atención especializada, salud pública, atención de urgencia y asistencia sociosanitaria —art. 18 LOSSCYL—.

Por último, en lo que respecta a los servicios sociales apuntar que, de conformidad con lo previsto en el art. 148.1.20 CE y en uso de la competencia exclusiva que, sobre esta materia, se le reconoce en el art. 70.1.10 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, nuestra Comunidad aprobó la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León —LSSCyL—[60].

Señalar que, en relación con la organización territorial y funcional del sistema de servicios sociales, el primer nivel de atención son las Zonas de Acción Social —art. 24—, unidad básica de articulación territorial y unidad de referencia para la asignación de recursos y la planificación de los servicios sociales —art. 25.1 y 2—. Cada Zona de Acción Social se corresponderá con una demarcación, que en el medio rural estará constituida por una o varias unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales, previstas en la normativa de ordenación del territorio —art. 25.3—. En este primer nivel, desarrollan su actividad, en los Centros de Acción Social —CEAS—, los Equipos de Acción Social Básica, como unidad funcional de referencia —art. 31—, que prestan una atención generalista a toda la población. Entre sus funciones más destacadas se encuentran las de información, orientación y asesoramiento, detección y valoración de necesidades sociales, la planificación, coordinación y seguimiento del caso, y son quienes asumen el papel de profesional de referencia para el usuario, velando por su atención integral, personalizada y continuada —art. 31.4—.

El segundo nivel de atención se conforma por las Áreas de Acción Social, unidades territoriales que se constituyen como agrupaciones de Zonas de Acción Social del ámbito territorial correspondiente a cada entidad local competente en materia de servicios sociales —art. 26.1 y 2—. En este segundo nivel, desarrollan su actividad los Equipos Multidisciplinares Específicos, que

60 BOE, nº 7 de 8 de enero de 2011.

prestan una atención especializada según el tipo de necesidad —protección a la infancia, promoción y atención a la autonomía personal, inclusión social, etc.— que corresponda en su titularidad o gestión a las entidades locales con competencias en materia de servicios sociales —art. 32—.

La organización territorial del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública se instrumentará a través del Mapa de Servicios Sociales de Castilla y León que definirá, sobre la base de criterios sociodemográficos, las Áreas y Zonas, así como las divisiones territoriales cuya creación se justifique por razón de necesidades específicas, determinando las prestaciones a desarrollar en cada ámbito. En todo caso, en el medio rural, dicho mapa deberá diseñarse conforme a las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales, previstas en la normativa de ordenación del territorio —art. 28—.

En el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública se integran tanto los servicios sociales de titularidad pública como los de titularidad privada financiados total o parcialmente con fondos públicos. Por ello, partiendo de la complejidad organizativa consecuencia de la distribución de competencias entre distintas administraciones públicas, de los numerosos agentes intervinientes y de las diversas redes de recursos que confluyen en el ámbito de los servicios sociales, resulta necesario el establecimiento de mecanismos de coordinación y colaboración entre todos ellos. Así, el Título VII LSSCYL, entre los instrumentos para lograr la coordinación y cooperación administrativa, crea el Consejo de Coordinación Interadministrativa —art. 79— como órgano asesor para la coordinación y regula la atención integrada de carácter social y sanitario mediante la acción conjunta del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública y del sistema de salud —arts. 82 y 83—.

IV. Las estructuras de coordinación y la planificación sociosanitaria en Castilla y León

Ha de tenerse presente que, en España[61], el marco normativo de la coordinación sanitaria y social se constituye, además de por la variada normativa estatal[62], por toda la normativa y planes de carácter autonómico que se han ido aprobando e implantando.

61 Además, como advierte la Recomendación del Consejo, de 8 de diciembre de 2022, sobre el acceso a cuidados de larga duración de alta calidad asequibles (DOUE de 15 de diciembre de 2022, C 476/01), en su considerando 21: «La organización de los cuidados de larga duración difiere en toda la Unión. Los cuidados de larga duración se organizan en un sistema a menudo complejo de servicios de asistencia sanitaria y social y, a veces, de otros tipos de apoyo, como la vivienda y las actividades locales…».

62 Por ejemplo, la LCCSNS señala la importancia de mecanismos de integración en la aten-

Específicamente, en Castilla y León, la coordinación sociosanitaria surgió por la necesidad de dar respuesta conjunta e integral a aquellas personas con necesidades de atención compleja —aquellas que requerían la prestación, simultánea o sucesiva, de servicios sanitarios y sociales—, lo que exigía la creación de un nuevo modelo de atención sociosanitaria compartido y coordinado, y obligaba a superar el histórico funcionamiento en paralelo de los sistemas sanitario y de acción social[63], planteando la corresponsabilidad entre ambos servicios, la participación de distintas administraciones y entidades, así como la necesaria colaboración entre las administraciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil. Así pues, en el futuro debería seguirse apostando por el avance en la coordinación entre las redes social y sanitaria a través de la planificación conjunta de actuaciones, la utilización compartida de los recursos y la interconexión de sus sistemas de información.

Desde el derecho positivo, se ha venido otorgando una especial relevancia a la atención y coordinación sociosanitaria tanto en la LOSSCYL como en la LSSCYL y en la Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

En relación con el modelo de coordinación sociosanitaria adoptado por Castilla y León, debe señalarse que el mismo aglutina a los profesionales asistenciales de los servicios de salud y de los servicios sociales, aunque también a las estructuras gestoras y directivas, y se expresa o manifiesta en los Planes Sociosanitarios de Castilla y León.

Así, uno de los aspectos más positivos del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998[64], fue la puesta en marcha de las estructuras de coordinación sociosanitaria previstas en el mismo. En desarrollo de dichas previsiones, el

ción social y sanitaria, estableciendo la garantía de la continuidad del servicio mediante la coordinación de las administraciones públicas que correspondan; o el Libro Blanco de la Dependencia, de 2004, que destinaba su capítulo VII a la coordinación sociosanitaria; o la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, que crea, como organismo de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, atribuyendo a las Comunidades Autónomas la fijación de procedimientos y órganos de coordinación sociosanitaria; o, por último, el art. 22.2 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que expresa la obligación de las Administraciones sanitarias de instituir procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas, entre otras, en atención sociosanitaria.

63 Rodríguez Caldero, M.ª C., Rodríguez Losada Allende, M.; Fernández Alonso, M.ª C.; Sánchez Hernández, S.; Hernando Monge, A.: «La coordinación sociosanitaria en Castilla y León»; http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales.

64 Por Decreto 16/1998, de 29 de enero, se aprobó el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León (BOCyL, nº 22, de 3 de febrero de 1998).

Decreto 74/2000, de 13 de abril[65] creó y reguló la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, compuesta por los siguientes órganos:

1. Con carácter regional, el Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario —art. 1. 2, letra a)—, como órgano superior de la estructura de coordinación de la atención sociosanitaria, que tiene como finalidad la integración y coordinación a nivel regional de las actuaciones de los diferentes Centros Directivos Sanitarios y Sociales vinculados a los objetivos y programas de la planificación sociosanitaria —art. 2.1—.
2. En el ámbito de cada Área de Salud —art. 1. 2, letras a) b) c) y d)—: las Comisiones de Dirección del Plan Sociosanitario (de naturaleza directiva), así como las Comisiones de Coordinación de la Atención Sociosanitaria y los Coordinadores del Plan de Atención Sociosanitaria —de naturaleza técnica y asesora—.

No obstante, el transcurso del tiempo puso de manifiesto que la existencia de órganos de coordinación de ámbito regional o provincial, aunque necesaria, era insuficiente, pues si la coordinación sociosanitaria quería ser efectiva debía de comenzar desde las mismas puertas de entrada de ambos sistemas de protección social: Centros de Acción Social —CEAS— y Equipos de Atención Primaria. Por ello, se introdujeron los denominados Equipos de Coordinación de Base, como cauce formal de interrelación en el que participan los profesionales que directamente se encargan de prestar los servicios sociales y sanitarios básicos a todos los ciudadanos, a través de la modificación del Decreto 74/2000 por el Decreto 49/2003, de 24 de abril[66].

Precisamente, la implantación de dichos Equipos de Coordinación de Base es la finalidad que justifica una de las principales apuestas del II Plan Sociosanitario de Castilla y León, aprobado en el año 2003[67]. Dicho Plan apuesta por la organización de una auténtica red de estructuras de coordinación sociosanitaria en torno a, fundamentalmente, cuatro niveles de actuación: Equipos de Coordinación de Base; Comisiones de Coordinación Sociosanitaria; Comisiones de Dirección Sociosanitaria y el Consejo de Dirección Sociosanitaria. Además, en virtud de la Disposición Adicional Primera del Decreto 74/2000, en su apartado 2.º[68], todas las administraciones públicas, organismos e instituciones vinculados a los Sistemas de Acción Social y de Salud favorecerán el desarrollo de sus funciones por parte de las estructuras de coordinación sociosanitarias establecidas.

65 BOCyL n.º 77, de 19 de abril.

66 BOCyL de 30 de abril de 2003.

67 Aprobado por Decreto 59/2003, de 15 de mayo (BOCyL, n.º 95, de 21 de mayo de 2003).

68 Añadido por el Decreto 49/2003.

Ahora bien, sobre este esquema general debe establecerse tanto un flujo vertical de la información, en cuanto a la detección de problemas y la adopción de soluciones en los niveles en cada caso pertinentes —dado que las estructuras de coordinación de cada nivel pueden suponer un auténtico observatorio permanente a este respecto—, como un circuito horizontal que garantice una mínima homogeneidad y coherencia respecto a las medidas emprendidas, lo que facilitará la aplicación de las prácticas más útiles a un contexto local determinado. Así, ambos tipos de funciones permitirán detectar los problemas específicos y aportar las soluciones necesarias a las peculiaridades del ámbito rural. A su vez, se requieren dos premisas más para poder extraerse el máximo provecho de la integración funcional de los servicios[69]:

1. En primer lugar, debería dotarse a las distintas estructuras de metodologías de trabajo comunes, tanto en lo que respecta a la gestión de procesos como de casos[70]. Precisamente, para gestionar la actividad sociosanitaria se ha diseñado un sistema de información al que se ha denominado GASS —gestión de la actividad sociosanitaria—[71]. Su puesta en marcha y la integración con sistemas de la gerencia regional de salud y de la gerencia de servicios sociales simplifica los procesos y la normalización de la información gestionada, facilitando a los profesionales la detección de problemas, su análisis, la adecuación de la carga de trabajo y una evaluación continua de las actividades.
2. Y, en segundo lugar, de conformidad con el principio de participación, ha de favorecerse el contacto de las estructuras de coordinación sociosanitaria con la sociedad y con las instituciones ciudadanas, permitiendo así canalizar las aportaciones tanto de los propios usuarios como de las distintas entidades que trabajan en el ámbito de los sistemas de protección social[72].

---

69 Así se deduce del Capítulo III, Línea Estratégica 1.2, del Decreto 59/2003, que lleva por rúbrica: «Crear estructuras de coordinación sociosanitarias operativas»; pp. 26 a 29.

70 Aquí destacamos la aprobación de la *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria: equipos de coordinación de base*, editada en el año 2007, que sería el documento de trabajo multidisciplinar que utilizan los ECB para gestionar los casos sociosanitarios de especial complejidad (https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-gestion-compartida-casos-coordinacion-sociosanitaria-e) o la *Guía para el funcionamiento de las Comisiones de Coordinación Sociosanitaria* (https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/estructuras-coordinacion-sociosanitaria/comisiones-coordinacion-sociosanitaria-ccss.ficheros/1225323-Manual_funcionamiento_comisiones.pdf). Sobre ello, Rodríguez Caldero, M.ª C.; Melgosa Arcos, A.; Sánchez Hernández, S.: «Guía para la gestión de casos sociosanitarios de Castilla y León, una herramienta para la práctica»; *Gest y Eval Cost Sanit*, 2011; 12 (4); pp. 61-74.

71 https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/sistema-informacion-gass.

72 Deben destacarse, aquí, las posibilidades abiertas por la Ley 5/2021, de 14 de septiembre, de Tercer Sector de Acción Social en Castilla y León y de modificación de la Ley 8/2006, de

Aunque, en realidad, lo que urge, es la aprobación de una nueva normativa en materia de coordinación sociosanitaria —el II Plan Sociosanitario se mantuvo en vigor hasta el 31 de diciembre del año 2007[73]— si realmente creemos en estas estructuras como recurso eficaz y eficiente de prestación de servicios sociales y sanitarios y hacer llegar los mismos a toda la población de castellanos y leoneses que los necesiten. En este sentido, entre sus líneas estratégicas podrían apuntarse las de atención a las personas dependientes en el domicilio familiar, la atención a las personas que viven en centros residenciales, la atención a colectivos en situación de vulnerabilidad, el potenciar y desarrollar la coordinación sociosanitaria, la comunicación y sistemas de información y la formación conjunta de los profesionales.

V. Cuestiones a mejorar en atención sociosanitaria, en el medio rural, tras la pandemia

La irrupción de la pandemia ha servido para poner de manifiesto algunas de las carencias más importantes que afectan tanto a los servicios de salud como a los servicios sociales, y, por lo tanto, de la atención sociosanitaria, que se ven agudizadas en el medio rural.

Empezando por la atención sanitaria en el medio rural, la pandemia ha sacado a la luz algunas deficiencias del Sistema Nacional de Salud, lo que exigiría que se emprendieran las reformas oportunas en aras a garantizarse el acceso a la atención, en condiciones de igualdad y equidad, a toda la población con una calidad adecuada. Teóricamente, la mayor parte de la atención primaria de salud debería prestarse cerca del domicilio del paciente, reservando los hospitales para la atención especializada. En el medio rural, caracterizado por el mayor envejecimiento de su población, la cercanía reviste una singular importancia al facilitar el acceso a muchas personas con problemas de movilidad. No obstante, existen importantes dificultades debidas tanto a la falta de vehículos privados como a las deficiencias en el transporte público.

10 de octubre, del Voluntariado de Castilla y León (BOCYL, n.º 189, de 29 de septiembre de 2021); en particular, el papel que pueden jugar las entidades del Tercer Sector Social en el desarrollo de los servicios a las personas, especialmente las más vulnerables, así como la estrecha cooperación que debe darse entre las Administraciones Públicas y dicho Tercer Sector, así como la opción preferencial por éste, cuando se trate de desarrollar servicios a las personas, constituyéndose la nueva concertación social como el instrumento jurídico por excelencia dentro de las fórmulas idóneas de colaboración con las entidades privadas sin ánimo de lucro que conforman ese Tercer Sector Social.

73 Así se establece en el art. 2 del Decreto 59/2003, de 15 de mayo, que aprobó el II Plan Sociosanitario de Castilla y León.

Ya el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, en el año 2019, puso de manifiesto los problemas más importantes de la atención primaria en el medio rural planteando, entre otras, las siguientes necesidades: el refuerzo de los recursos humanos, la mejora de la coordinación con otros niveles de atención, la potenciación de la dimensión preventiva y el uso de las tecnologías de la comunicación y la información. En efecto, la atención primaria exige que se refuercen sus recursos humanos, especialmente en las zonas rurales, debiendo incentivarse la incorporación de médicos de familia, pediatras, geriatras y del necesario personal de enfermería[74]. El problema es que la aparición de la pandemia en 2020 trastocó todas estas previsiones dedicando los recursos, fundamentalmente, a la lucha contra el virus lo que ha incidido negativamente en el resto del sistema sanitario. Y así se reconoce, igualmente, en el actual Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS, el 15 de diciembre de 2021[75].

En el ámbito rural, la red de consultorios locales se suma a la de los centros de salud rurales jugando un papel esencial para garantizar la asistencia sanitaria adecuada a toda la población. Por ello, debería organizarse

74 También así se ha vuelto a poner de manifiesto en las Recomendaciones que, en el Área de la Economía, se han realizado por el Consejo Económico y Social de Castilla y León: *Situación Económica y Social*, Castilla y León, 2020, p. 70.

75 En él se reconoce que la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia ha agudizado los problemas identificados en el MAPyC poniendo en una situación complicada a la Atención Primaria. Por ello, la pandemia ha puesto de relieve las necesidades de fortalecerla y ha aumentado el sentido de urgencia para priorizar la asignación de recursos económicos para hacer frente a la crisis de salud y social originadas por aquélla. Así, resulta fundamental tanto la inversión en Atención Primaria para dar respuesta sanitaria y garantizarse el acceso al sistema sanitario universal desde una perspectiva integral, como el que, dentro de las reformas del SNS contempladas en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, la primera sea la relativa al fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria. Y, entre los objetivos de dicho Plan, resaltamos el del refuerzo de los recursos de la Atención Primaria de Salud como pilar esencial del SNS; el de la adopción de medidas para abordar la precariedad laboral y cubrir los puestos de trabajo poco atractivos; el del necesario impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria; y, por último, el del reordenamiento de la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios y para una mejor coordinación con los servicios sociales. Por su parte, en el ámbito rural, la red de consultorios locales ha de sumarse a la de los centros de salud rurales jugando un papel esencial para garantizar la asistencia sanitaria adecuada a toda la población. Sobre ello, también, ver las Recomendaciones (Tomo II) realizadas por el Consejo Económico y Social de Castilla y León, en su informe titulado: *La Situación Económica y Social en 2020*: https://www.cescyl.es/publicaciones/informes-anuales/informe-situacion-economica-social-2020. Por otra parte, la existencia de bajos salarios, la inestabilidad laboral así como la excesiva carga de trabajo están provocando la fuga de los médicos de atención primaria. En cifras, se estima que España sufrirá un déficit de hasta 10.000 facultativos en atención primaria en cinco años; y conviene tener presente que muchos de los que aquí se forma, con nuestros recursos, se marchan a otros destinos que ofrecen mejores condiciones de trabajo y mejor remuneración. Sobre ello me remito a: https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/03/27/64 1 edaec21efa005138b457d.html.

la atención y la agenda de los profesionales, con el objetivo de que toda la población tenga acceso a atención diaria, tanto de medicina como de enfermería[76].

En lo que respecta a la atención especializada, que, según la LGS, se lleva a cabo en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquéllos, debe señalarse que, en el medio rural, aquélla se presta en los hospitales comarcales; en general, estructuras relativamente pequeñas con recursos limitados en términos de tecnología y capacidad asistencial, si se compara con los grandes centros de referencia, aunque prestan un importante papel en términos de asistencia sanitaria pública en el medio rural. Ahora bien, las particularidades de estos centros comarcales se reflejan en algunos problemas en la asistencia a la población rural. Así, de una parte, las carencias relativas a la dotación de equipamientos y tecnología condicionan en muchos casos la capacidad diagnóstica y el abordaje terapéutico en estos hospitales; y, de otra, las deficiencias en términos de dotación de recursos humanos limitan la capacidad de atención de ciertas especialidades, lo que suele traducirse en la generación de listas de espera para consultas e intervenciones quirúrgicas difícilmente asumibles[77]. Además, la falta de atractivo de los puestos ofrecidos para los médicos especialistas, que compiten con los grandes centros hospitalarios, se traduce en deficiencias en la cobertura de plazas en muchas especialidades, por lo que deberían preverse medidas que incentiven y atraigan a dichos profesionales.

Todo ello provoca una situación de inquietud por la situación de la sanidad rural, agravada por la crisis del COVID-19, debido a que el confinamiento o las limitaciones al movimiento adoptadas se han traducido en las serias dificultades de la población que habita en este entorno para acceder a los recursos más elementales[78] como es la asistencia sanitaria. En efecto, durante las semanas más graves de la pandemia se optó por suspender la atención presencial en los consultorios locales, concentrando al personal sanitario en los centros comarcales que dedicaban casi todo su esfuerzo a la lucha contra el virus. Así, la atención se redujo a las consultas telefónicas, tramitación de recetas, urgencias y cuidados indispensables a enfermos crónicos previa

76 Ver las Recomendaciones que, en el Área de la Economía, se han realizado por el Consejo Económico y Social de Castilla y León: *Situación Económica y Social, Castilla y León*, 2020, p. 71.

77 Así se resalta en las Recomendaciones que, en el Área de la Economía, se han realizado por el Consejo Económico y Social de Castilla y León: *Situación Económica y Social*, Castilla y León, 2020, p. 72. Sobre la problemática de las listas de espera en los hospitales, me remito a Calvo Vérgez, J.: *La sanidad en España. Situación actual y perspectivas de futuro*, Dykinson, 2020, pp. 100-106.

78 *Procurador del Común de Castilla y León*, Informe Anual 2020, p. 279.

citación. También se impuso la telemedicina[79]; si bien las características de las zonas rurales —envejecimiento de la población y su escasa familiaridad con las tecnologías de la información— han dificultado el acceso a los servicios sanitarios de una parte significativa de la población, sobre todo en los núcleos rurales pequeños.

Por otro lado, han de mejorarse las fuentes estadísticas sobre la salud y la asistencia sanitaria en el medio rural ante la ausencia de información con respecto a la incidencia del coronavirus en dicho ámbito. Ahora bien, la severidad con la que la pandemia ha impactado en la población mayor de 65 años, y más aún en la que supera los 80 años, hace suponer que los núcleos más envejecidos habrán sentido de forma más importante los efectos de la expansión del virus[80].

En resumen, la garantía de la asistencia sanitaria, en condiciones de igualdad y equidad, en el medio rural exigirá de un esfuerzo considerable, debiendo reforzarse las medidas ya previstas en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, pero también incorporando al sistema los elementos positivos derivados de la gestión de la pandemia, tales como el incremento de la atención domiciliaria, la telemedicina o la coordinación con hospitales y emergencias, y siempre atendiendo a las peculiaridades del medio rural.

En este marco, la aprobación del Plan frente al Reto Demográfico abre una nueva oportunidad para abordar los retos estructurales de la atención a la salud en las zonas rurales. El Plan considera urgente procurar, a través de las políticas sociales en áreas demográficamente desfavorecidas, una especial atención a las necesidades derivadas del mayor envejecimiento de la población rural y sus implicaciones en la prestación de los servicios sociosanitarios y asistenciales a las personas mayores en condiciones de equidad.

En materia de dependencia[81], el impacto de la pandemia en la población de mayor edad se tradujo en un fuerte golpe al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, poniendo de relieve sus debilidades estructurales en todo el territorio, incluido el medio rural, donde la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia se enfrenta a retos ya conocidos

79 Sobre las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario, me remito a: González Suárez, G. M.ª: «La introducción de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario»; en: *FODERTICS 9.0: estudios sobre tecnologías disruptivas y justicia*, González Pulido, I., Bueno de Mata, F. (dirs.), 2021, pp. 167-177.

80 *Informe 02/21, Consejo Económico y Social, España: Un medio rural vivo y sostenible*, p. 112.

81 Aquí debe resaltarse la aprobación, por parte de la Comunidad de Castilla y León, de la ORDEN FAM/13/2023, de 11 de enero, por la que se modifica la Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales (BOCyL, n.º 9, de 16 de enero de 2023); corrección de errores en BOCyL, n.º 16, de 25 de enero de 2023.

que demandan, entre otros cambios, adaptar la normativa a las peculiaridades de este entorno; pero también un mayor desarrollo de infraestructuras y servicios vinculados a la atención a la dependencia, teniendo en cuenta las perspectivas demográficas, y sobre todo, reconsiderar su financiación, claramente insuficiente para dar cobertura digna a la población con necesidad de apoyo. En este sentido, el Gobierno, los agentes sociales y las Comunidades Autónomas aprobaron, con fecha 18 de enero de 2021, el Plan de Choque en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia 2021-2023, en el que acordaron el aumento de la financiación de dicho Sistema por parte de la Administración General del Estado, lo que deberá revertir en una reducción sustancial de las listas de espera y tiempos de tramitación de solicitudes; el aseguramiento de las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD; así como en la introducción de mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la adecuada atención de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad.

A mayores, la realidad sociodemográfica de las zonas rurales, marcada por el envejecimiento de su población —lo que incrementa la morbilidad crónica y los problemas de dependencia—, aconseja realizar un mayor esfuerzo en términos de coordinación sociosanitaria, asegurando la continuidad asistencial. Ello revertiría en una mayor calidad de vida para las personas y en una mayor eficiencia de los recursos, optimizando la actividad coordinada de los servicios sanitarios y los servicios sociales[82].

Para ir concluyendo, los servicios sociales comunitarios en el medio rural, y más aún en los municipios con un bajo número de habitantes, suelen ubicarse en las cabeceras de comarca, por lo que su función de llegar a toda la población vulnerable se ve afectada por la distancia, la débil red de transporte público o la brecha digital. En estos pueblos existen grandes necesidades sociales, principalmente relacionadas con el envejecimiento de la población: tramitación de solicitudes al amparo de la Ley de Dependencia, intervención en la asignación de recursos como el Servicio de Ayuda al Domicilio o la teleasistencia. En estos lugares, los servicios sociales resultan indispensables, pero son insuficientes. En caso de necesidad, los profesionales de los Servicios Sociales comunitarios tienen que derivar situaciones muy específicas a las entidades del Tercer Sector o a otros Servicios Sociales más especializados en temas específicos. Precisamente, son estos servicios especializados los más difíciles de encontrar en contextos de despoblación. Ante la necesidad de derivación, es probable que las personas sean dirigidas a servicios de intervención que se encuentran en las ciudades, lo cual resulta muy difícil para algunas personas que no tienen cómo afrontar el gasto económico de trasladarse. Así, para realizar una intervención personalizada e

82 También así, las Recomendaciones que, en el Área de la Economía, se han realizado por el Consejo Económico y Social de Castilla y León: *Situación Económica y Social*, Castilla y León, 2020, p. 80.

integral, los profesionales de los servicios sociales y del Tercer Sector deben trasladarse a cada pueblo o aldea y, para ello, necesitan transporte institucional. En este contexto, pues, los servicios sociales cuentan con un importante aliado para asegurar el bienestar de las personas: las organizaciones del Tercer Sector, que complementan las prestaciones con una gran variedad de recursos, ayudas y proyectos, financiados por Administraciones Públicas y entes privados. Esta coordinación permite llegar a más personas y en el ámbito rural resulta esencial[83].

Y, por último, pero no por ello menos importante, con carácter de urgencia debería aprobarse un nuevo Plan de Coordinación Sociosanitaria en Castilla y León, que facilitara el llevar a cabo una gestión, una coordinación, eficaz y eficiente en materia de atención sociosanitaria a toda la población castellano-leonesa que lo necesite.

VI. Bibliografía

Alonso Varo, J.: «La función de la legislación básica en la determinación de las competencias municipales»; *REALA*, n.º 3, enero-junio 2015, pp. 129-151.

Almeida Cerreda, M.: «Las competencias de los municipios en materia de servicios sociales», en Muñoz Machado, S. (Dir.) *Tratado de Derecho Municipal*, Tomo III, 3.ª ed. 2011.

Arenilla Sáez, M.: «Génesis y finalidad de la reforma local»; *REALA*, n.º extraordinario, enero 2015, pp. 11-18.

Antoñanzas Villar, F. J.: «La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud», *Gaceta Sanitaria*, vol. 17 núm. 4, Barcelona, julio-agosto 2003.

Arias Martínez, A.: «Las competencias locales en materia de servicios sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local», *RAP*, núm. 194, 2014.

Bello Paredes, S.: «Las competencias locales: balance de situación»; *REALA*, n.º extraordinario, enero 2015, pp. 27-45.

Boix Palop, A.: «Sentido y orientación de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración local: autonomía local, recentralización y provisión de servicios locales»; *REALA*, n.º 2, julio-diciembre, 2014, pp. 27-47.

83 Cruz Roja: *La vulnerabilidad social en el contexto de la España despoblada; boletín sobre vulnerabilidad social*, n.º 21, diciembre de 2020, p. 52.

Calvo Vérgez, J.: *La sanidad en España. Situación actual y perspectivas de futuro*, Dykinson, 2020.

de Diego García, I.: «La coordinación sociosanitaria y la atención a las personas dependientes»; *Revista de Administración Sanitaria*, vol. V, núm. 18, abril-junio, 2001.

del Guayo Castiella, Í.: «Nuevo régimen jurídico de los servicios públicos locales, tras la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local»; *REALA*, n.º 2, julio-diciembre 2014.

Díaz Aznarte, M.ª T.: «La estructura de gestión de la asistencia sanitaria en España. Descentralización y papel de las Comunidades Autónomas»; en Monereo Pérez, J. L..; Rivas Vallejo, P.; Moreno Vida, M.ª N.; Vila Tierno, F.; Álvarez Cortes, J. C. (Dirs.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Tomo I, Thomson Reuters Aranzadi, 2021.

Ezquerra Huerva, A.: «Algunas reflexiones jurídicas acerca del futuro de los Servicios Sociales», en Forns I Fernández, M.ª V. (ed.): *La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales. Una perspectiva interdisciplinar*, Atelier, 2020.

Font i Llovet, T. y **Galán Galán, A.**: *La reordenación de las competencias municipales: ¿una mutación constitucional?*, Anuario del Gobierno Local, 2013.

Font i Llovet, T.: *Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública, La Prestación de Servicios Socio-Sanitarios. Nuevo Marco de la Contratación Pública*; Tirant lo Blanch, 2020.

González Iglesias, M. Á.:

— «La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia»; *REALA*, n.º 18, octubre de 2022, pp. 215-235.

— «El medio rural en Castilla y León: su asistencia y coordinación sociosanitaria»; *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º. 58, septiembre de 2022, pp. 35-76.

González Suárez, G. M.ª:

— «Régimen jurídico de las modalidades de gestión indirecta previstas en la Ley General de Sanidad», en: *La prestación de servicios socio-sanitarios: nuevo marco de la contratación pública*; Tolívar Alas, L. (aut.) y Cueto Pérez, M. (aut.); Tirant lo Blanch, 2020.

— «La introducción de las nuevas tecnologías en el ámbito sanitario»; en: *FODERTICS 9.0: estudios sobre tecnologías disruptivas y justicia*, González Pulido, I., Bueno De Mata, F. (dirs.), 2021.

López Peláez, A. y **Castillo de Mesa, J.**: «La atención a la persona. Una visión de futuro"», en Forns i Fernández, M.ª V. (ed.): *La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales. Una perspectiva interdisciplinar*, Atelier, 2020.

Navarro Rodríguez, P. y **Zafra Víctor, M.**: «El pretendido blindaje autonómico de competencias municipales tras la reforma de la Administración Local»; *REALA*, n.º 2, julio-diciembre 2014, pp. 49-62.

Pemán Gavín, J. M.: «El derecho a la protección de la salud entre aspiraciones y realidades. Marco conceptual y perspectiva internacional», en **Salamero Teixidó, L.** (Coord.): *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Thomson Reuters Aranzadi, 2020

Rodríguez Caldero, C.; **Melgosa Arcos, A.**; **Sánchez Hernández, S.**: «Guía para la gestión de casos sociosanitarios de Castilla y León, una herramienta para la práctica»; *Gest y Eval Cost Sanit*, 2011; 12 (4). 61-74.

Rodríguez Caldero, C.; Rodríguez Losada Allende, M., Fernández Alonso, M.ª C.; Sánchez Hernández, S., Hernando Monge, A.: *La coordinación sociosanitaria en Castilla y León*; http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/profesionales.

Tolívar Alas, L.: «Servicios sociales y competencias locales "impropias"»: *blog EsPublico*, de 17 de junio de 2009.

Trillo García, A. R.: «El impacto del COVID-19 sobre la gestión de sanidad en España. Implicaciones presentes y de futuro y papel de las entidades locales»; en Monereo Pérez, J. L.; Rivas Vallejo, P.; Moreno Vida, M.ª N.; Vila Tierno, F.; Álvarez Cortes, J. C. (Dir.): *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19*, Tomo I, Thomson Reuters Aranzadi, 2021.

CAPÍTULO IV

LA DIMENSIÓN RURAL DEL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN: PERSPECTIVAS COMPARADA Y DE FUTURO

Juan José Fernández Domínguez
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Sobre la urgencia de una planificación rural de la asistencia sanitaria

Hay palabras que, de pronto, despiertan un inusitado interés para el investigador: «tecnología», «medioambiente», «pandemia»… son algunas de las más significativas, cuya utilización en cualquier ensayo es indicio firme de interés para gran parte de la comunidad científica, siempre pendiente de nuevos retos que abordar. Igual ocurre con el calificativo «rural», asociado a fenómenos tan variados como el equilibrio demográfico, el entorno sostenible, la conservación de tradiciones y un largo etcétera sencillo de completar, dentro del cual, curiosamente, no figuran demasiados ensayos que dirijan de manera específica su atención a la organización de los servicios sanitarios en ese ámbito.

Este bagaje escaso anima a afrontar la labor con el convencimiento de su importancia. Hacerlo tomando como referencia a la Comunidad Autónoma que financia el proyecto, atendiendo para ello a dos razones fundamentales: de un lado, el importante peso porcentual de su población rural, unido a una inquietante dinámica de abandono del medio y envejecimiento de quienes permanecen; de otro, ser una de las pocas en España que ha elaborado un plan al efecto.

La ponderación de ambos factores servirá para poner de relieve la íntima vinculación de unos servicios sanitarios de calidad con la contención de ese

movimiento demográfico casi imparable; en sentido contrario, uno de los principales motivos adicionales para trasladarse desde el campo a la ciudad suele coincidir (sobre todo en las personas de cierta edad) con un acceso más sencillo y de mejor calidad a tan vital atención.

Quizá por este motivo sorprenda más la falta de consideración específica de muchos de los gobernantes regionales en España, capaz de signar de manera indeleble un discurso comparado en el cual cabe detectar tres opciones claras:

1. En primer lugar, aquellas Comunidades Autónomas en las cuales no ha sido posible descubrir iniciativa singular alguna al respecto; más aún, incluso los propios adjetivos rural o territorial apenas si figuran de manera expresa en sus normas o documentos programáticos (Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia y País Vasco). Procederá colegir, por ende, que la preocupación por la realidad aquí y ahora analizada ha quedado embebida en los aspectos generales de planificación de la salud.
2. En un segundo bloque cabría mencionar aquellas que, sin contar como una iniciativa singular referida al campo, dedican en los documentos generales de planificación de la salud un apartado específico en el cual las zonas rurales son las destinatarias exclusivas o preferentes. Así ocurre, por ejemplo, dentro del Área 3 («Orientación hacia las personas»), con la Actuación 8 del *Plan de Salud de Aragón 2030*, la cual contiene una mención explícita a «reducir la desigualdad derivada de la despoblación y de los desequilibrios territoriales»[1]. Igual consideración cabrá prestar al Programa de apoyo intitulado «rompiendo distancias», así como al análisis del desarrollo rural y de los recursos naturales y su impacto en la salud incorporado al *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*[2]. En último extremo, procederá mentar las *Estrategias Alineadas 2021-2024 del Gobierno de La Rioja* cuando, en el Círculo Estratégico 2 («Coordinación efectiva»), dentro de su apartado 9, destacan la finalidad de «priorizar la atención primaria en el medio rural», estableciendo para ello un «Plan de Choque» que detalla tanto en medios humanos como tecnológicos[3].
3. Por último, cabrá hacer mención a aquellas Comunidades en las cuales se abordan de manera sistemática los problemas específicos de la sanidad rural.

1 https://www.aragon.es/-/plan-de-salud-de-aragon-2030.

2 https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-del-principado-de-asturias-2019-2030.

3 https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/PlanEstrategicoAP_HUSP.pdf.

Así, en primer lugar, el espacio que desde sus orígenes (allá por 1990) ha merecido la planificación territorial en el reputado modelo sanitario de Cataluña, bastando con remitir al principio 10 del *Plan de Salud de Cataluña 2016-2020*[4], o a las 115 menciones que a este respecto constan en el *Plan de Salud de Cataluña 2021-2025*[5], incluidas las alusiones específicas a la realidad rural en cuanto hace a accesibilidad, cobertura de la necesidad de profesionales o el servicio adecuado a las comunidades concernidas por la Agenda Rural. Su diseño ha visto cómo, en enero de 2021 y al calor de las medidas adoptadas para hacer frente a la crisis provocada por la COVID-19, ha lugar a una reestructuración importante de la organización a través de los «clúster» y «ejes de salud»; estructuras de nuevo cuño que trascienden a la pandemia y alcanzan un notable impacto sobre el ámbito rural, aun cuando sea a partir de la nueva relación con las zonas urbanas que figura en tal postulado integrador[6].

En segundo término, el caso de Galicia sirve para ilustrar sobre un cambio sustancial desde la opción por una ordenación donde lo rural quedaba integrado en la planificación general, a otra en la cual media una apuesta decidida por actuaciones específicas a través de los *Planes Locales de Salud para una orientación comunitaria de la Atención Primaria*, cuyas bases metodológicas quedaron sentadas en 2021, aprobándose los 14 primeros (de los 42 previstos para aquel ejercicio) en febrero de 2022. Surge, de este modo, cuanto se ha entendido como un cuadro «vivo, abierto y participativo», portador de una «radiografía de la salud de la población de referencia» que, en cuanto se trata de documentos ideados y elaborados por los propios profesionales concernidos, identifican necesidades y definen soluciones para un plazo de cuatro años, convirtiendo a la atención primaria en «elemento vertebrador» del sistema autonómico[7].

El supuesto de Madrid recoge como aspecto singular la decisión de incorporar al *Plan Integral de Mejora de Atención Primaria 2022-2023* el servicio sanitario de las zonas rurales de la Comunidad[8]. Con todo, el dato definitivo para encuadrarlo en este grupo radica en dos iniciativas en proceso de gestación: de un lado, el *Plan de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias*, dado el papel importantísimo atribuido en su seno a unos remozados Servicios de Atención

4 https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4040/pla_salut_catalunya_2016_2020_2016_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

5 https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf.

6 https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticies/2021-01-28-nova-organitzacio-territorial, y https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-plans-sanitaris/nova-organitzacio-territorial-clusters/.

7 https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan %20de %20salud_DEF.pdf

8 https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/10/06/ponemos-marcha-plan-reforzar-atencion-centros-salud.

Rural a estos efectos[9]; de otro, el *Plan de Sanidad Rural*, destinado a solventar los problemas singulares suscitados por las plazas o centros de difícil cobertura[10].

Además de la cuidada atención a los aspectos territoriales en el *Plan de Salud 2014-2020*[11], será menester dar cuenta de la orientación claramente rural (al punto de figurar en Google bajo tal encabezado) que merecieron las *Bases de la Estrategia de Atención Primaria de Salud de Navarra 2017-2019*[12], plasmadas en la actualidad en la *Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria 2019-2022*, donde se abordan cuestiones como el envejecimiento y despoblación en el medio, los problemas en la implantación tecnológica o la adecuación de la atención de las urgencias en estas zonas por medio de los Servicios de Urgencias Rurales (SUR)[13].

Por último, la Comunidad Autónoma que concita la atención del presente análisis. En ella, a partir de algunas de las premisas que ya figuraban en la Orden SAN/91/2014, de 13 de febrero, por la que se aprueba el Plan de Ordenación de Recursos Humanos para la Reestructuración de la Atención Primaria en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, ve la luz en 2019 el denominado *Nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: Documento Marco*. Sin perjuicio de no haber sido ejecutado nunca, la página oficial de la Junta de Castilla y León lo mantiene como referencia, y los planes y estrategias posteriores toman de él referencia indudable, según cabrá comprobar en el análisis sobre la proyección futura del sistema, una vez esbozada su ubicación desde una perspectiva comparada dentro de los modelos estatales.

II. La cuestión rural en el sistema sanitario castellano y leonés en el seno del sistema nacional de salud: una perspectiva comparada

El dato significado en torno a la mayor o menor atención a la singularidad rural en la planificación de la ordenación de los distintos sistemas autonómicos constituye un primer índice a ponderar a la hora de ofrecer una perspectiva comparada del modelo castellano y leonés, por cuanto tras esa decisión

9 https://www.nuevatribuna.es/articulo/sociedad/que-avecina-nuevo-plan-urgencias-emergencias-extrahospitalarias-madrid/20221001111202203372.html.

10 https://www.redaccionmedica.com/autonomias/madrid/los-medicos-presentan-5-alegaciones-al-plan-de-la-sanidad-rural-madrilena-3028.

11 http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020-html.

12 https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/defalult/files/estrategia_de_atencion_primaria_y_acciones_de_avance_enero_2018_0.pdf.

13 https://www.navarra.es/documents/48192/2450269/Estrategia+de+Atencion+Primaria+-FINAL.pdf/189fc43d-5d4b-b2ff-bbbd-0e9408285c33?t=1558538092663.

subyacen, sin duda, unos datos fácticos que aconsejan adoptar determinadas iniciativas agrupadas sistemáticamente y dirigidas a quienes viven en el campo. Entre los más destacados aparecen, por cuanto hace a los primeros, los relativos a la combinación en diversos grados entre despoblación y dispersión; entre los segundos, y condicionada por el factor precedente, la apuesta legal por una medida concentración de los recursos sanitarios en aras de una superior eficiencia en la asignación de unos recursos escasos.

1. Las variables en la combinación entre población/despoblación y dispersión/concentración: un panorama crítico en Castilla y León

Habida cuenta de que cualquier análisis comparado exige trabajar sobre modelos, la aproximación demográfica a los estudios regionales sobre población remite al siguiente elenco significativo:

1. En primer lugar, cabrá destacar la situación de tres Comunidades Autónomas en las cuales la tendencia general a la despoblación rural encuentra notoria excepción. En este sentido procederá dar cuenta del «incremento intenso de la población, con una superpoblación» que se extiende a las zonas rurales de las Islas Baleares, para llevar a «un territorio saturado», con problemas —también de salud— realmente singulares y muy alejados de los que aquejan a las zonas casi deshabitadas[14]. Un panorama semejante ofrece Canarias, en particular a partir de la inmigración extranjera; con todo, cabrá apuntar cómo los informes oficiales dejan constancia de algunos núcleos con evidente pérdida de población, ya sea por su ubicación en lugares comprometidos desde el punto de vista geográfico (sirva el ejemplo de las cumbres de las Islas), ya por problemas de comunicación y un menor apoyo al sector turístico[15]. En tercer lugar, y aun cuando las últimas estadísticas muestran un número apreciable de municipios que sufren «estrés demográfico», la comparación de los datos obtenidos del padrón de Madrid durante los últimos años permite apreciar cómo no sólo la Comunidad gana número de habitantes, sino que resulta claro el fenómeno de retorno al medio rural, capaz de beneficiar incluso a las zonas más desprotegidas de la Región[16].
2. Un dibujo diferente, menos halagüeño, pero en el cual la despoblación del medio analizado aparece bien localizada en determinadas zonas de la

14 https://www.caib.es/pidip2front/jsp/es/ficha-noticia/strongel-governnbspavanza-con-el-secretario-general-para-el-reto-demograacutefico-en-la-consideracioaucuten-de-los-desequilibrios-poblacionales-de-las-balears-en-la-estrategia-del-gobierno-de-espantildeastrong0.

15 http://www.cescanarias.org/documents/attachments/1574856889/inf_2019_01_tex.pdf.

16 https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupanual.htm.

geografía regional y la pérdida global no alcanza dimensiones exorbitantes, es la que muestran las Comunidades Autónomas costeras, excepción hecha de Andalucía, dada su extensión y notable proyección también interior. En este sentido, y siendo común el diagnóstico relativo a la acentuada pérdida de población en bastantes municipios de zonas de interior y montaña, cabrá contraponer la dispersión de las Comunidades Autónomas del norte de España (Asturias[17], Cantabria[18], Galicia[19] y País Vasco[20]), con la superior concentración en el este (Cataluña[21], Comunidad Valenciana[22] y Murcia[23]), para así definir dos escenarios coincidentes en el problema de fondo, pero con matices importantes a la hora de adoptar una decisión de gestión que resulte eficaz en el entorno concreto.

3. En esta escala descendente, apuntado queda el rasgo de concentración de habitantes en las zonas costeras (tanto urbanas como rurales), motivo por el cual Andalucía participa plenamente del rasgo significado en el grupo precedente, y más en concreto de las poblaciones situadas en la costa del Mediterráneo; con todo, su gran extensión y profundidad hace que el espacio interior sea enormemente significativo. En consideración a su importancia, cabrá establecer unas similitudes notables con Extremadura, que arrancan de la trascendencia que el Plan de Empleo Rural (PER) antes, y los Programas de Fomento del Empleo Agrario (PFEA) ahora, han tenido para lograr frenar la sangría de la despoblación en ambas Comunidades Autónomas. El hecho precedente, cuya incidencia favorable, no obstante, se aprecia más en la región andaluza que en la extremeña, viene acompañado de otro dato compartido (y diferencial) respecto del resto del territorio nacional, cual es el predominio de los municipios con un importante número de habitantes. Concentración unida a notables distancias entre localidades que da vida a un panorama característico y común a la parte interior del territorio del sur[24] y sur-oeste[25] de la Península.

17 https://www.sadei.es/mapa-zonas-rurales-de-asturias/de-interes/tipologías-de-las-zonas-rurales-de-asturias_445_5:964:0:1:in.html.

18 https://www.icane.es/c/document_library/get_file?uuid=f60755d5-84c4-44b5-a67d-bd5c-bfcd91b3&groupId=10138.

19 https://www.ige.eu/web/mostrar_actividade_estatistica.jsp?codigo=0201001009&idioma=es.

20 https://www.euskadi.eus/nucleos-de-poblacion-de-la-comunidad-autonoma-del-pais-vasco/web01-a2lanits/es/.

21 https://www.idescat.cat/indicadors/?id=aec&n=15067.

22 http://www.ces.gva.es/es/noticias/informe-sobre-el-medio-rural-en-la-comunitat-valenciana.

23 http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=24340&RASTRO=c217$m2594&IDTIPO=100.

24 https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/gradourbanizacion/informe_tecnico_2020.pdf.

25 https://redex.org/ficheros/archivos/2021_07/informe-territorio-rural-2020.pdf.

4. En último lugar de este catálogo cabrá situar al resto de las zonas de interior, donde la pérdida de personas en el campo constituye uno de los grandes desafíos, capaz de condicionar las políticas de las Comunidades Autónomas, incluida la sanitaria, que han de afrontar el problema del abandono de la población en núcleos rurales con muy escaso número de habitantes y, a menudo, separados por importantes distancias (al menos del núcleo urbano más próximo), conforme ocurre en Aragón[26], Castilla y León[27], Castilla-La Mancha[28] y Navarra[29].

Descendiendo a la realidad concreta de Castilla y León, la consulta a dos documentos que valoran la estructura de la población y su incidencia en el marco sanitario coinciden en el diagnóstico: despoblación de las zonas rurales, baja densidad y gran dispersión, a lo cual se une un notable envejecimiento. Tendencia que, además, en el transcurso de apenas 6 años desde la primera (que tiene por referencia 2011)[30] a la segunda (que lo hace con datos de 2017)[31], aparece notablemente acentuada.

De este modo, y de atender a los datos que obran en la última, la población de Castilla y León, sexta comunidad autónoma más poblada de España, está disminuyendo desde hace años y se prevé que continúe dicha tendencia en el futuro, a un ritmo de decrecimiento mayor que la media nacional. Ello se debe, en parte, a la diferencia existente entre el número de nacimientos y el de defunciones (saldo vegetativo), que tiende a incrementarse a favor de los segundos. A esta pérdida también contribuye un saldo migratorio negativo, tanto entre autonomías como a nivel internacional. Efecto al cual cabrá sumar una elevada esperanza de vida, que se encuentra entre las tres más altas de España, tanto al nacer como a los 65 años, favoreciendo todo ello un proceso de envejecimiento progresivo que sitúa a la Comunidad como la tercera más envejecida de España. Teniendo en cuenta que la población migrante es la más joven, y se corresponde con la que en general debería tener descendencia, es de esperar un incremento en la tendencia de envejecimiento y decrecimiento del número de habitantes respecto a las ratios nacionales. Asimismo, procederá añadir la complejidad para cualquier gestión derivada de la elevada dispersión territorial, donde casi

26 https://www.aragon.es/-/demografia-y-poblacion.

27 https://conocecastillayleon.jcyl.es/web/es/geografia-poblacion/poblacion.html.

28 https://www.castillalamancha.es/gobierno/agriaguaydesrur/actuaciones/plan-estrat%20%C3%20%A9gico-de-desarrollo-sostenible-del-medio-rural.

29 http://www.navarra.es/home_es/Navarra/272+Municipios/.

30 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/319121-Estrategia%20%20de%20%20Atenci%20%C3%20%B3n%20%20al%20%20Paciente%20%20Cr%20%C3%20%B3nico%20%20en%20%20Castilla_y_Le%20%C3%20%B3n.pdf.

31 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/atencion-paciente-oncologico.ficheros/1308260-Estrategia%20%20ONCYL%20%20%20%28P%20%C3%20%A1ginas%20%20completo%20%29.pdf.

9 de cada 10 municipios tiene menos de 1.001 habitantes, siendo la región con mayor extensión de España y la tercera con menor densidad.

De entrar en mayores detalles, la densidad de población de Castilla y León en el año 2017 era de 25,75 hab./km^2, cifra muy por debajo de la media nacional, situada en 92,04 hab./km^2. En este sentido, procederá sopesar que cuenta con mayor extensión territorial de España, abarcando 94.224 km^2. A nivel interno existen diferencias significativas entre sus provincias, siendo Valladolid la que presenta la mayor densidad con 64,25 hab/km^2, y Soria la provincia con menor, con 8,63 hab./km^2, ambas por debajo de la media nacional.

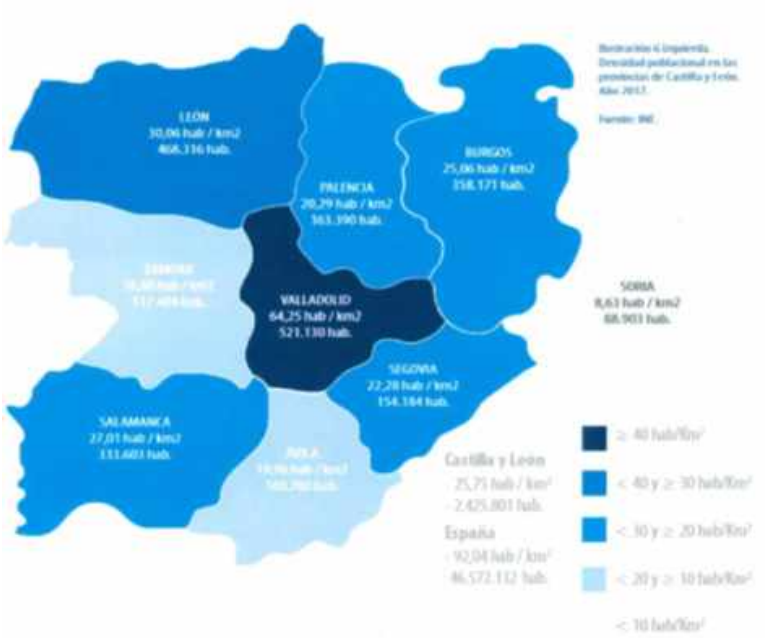


Figura 1.- Densidad de población en Castilla y León, 2017

Fuente: INE

Al igual que ha ocurrido en otras Comunidades, obra un significativo movimiento de población desde las zonas rurales hacia las capitales de provincia o ciudades de mayor número de habitantes. De esta forma, el 30,72 % de las personas se concentra en ciudades de más de 100.000 habitantes, y el 25,44 % en municipios de entre 10.001 y 100.000 habitantes. En cambio, el 43,85 % reside en núcleos de 10.000 habitantes o menos, los cuales representan el 98,98 % del total de los municipios; de preferirlo, tan solo el 50,9 % de los habitantes de Castilla y León vive en ciudades, frente al 68,1 % a nivel nacional, lo cual condiciona la distribución de las zonas básicas de salud.



Figura 2.- Dispersión de población en Castilla y León, 2017

Fuente: INE

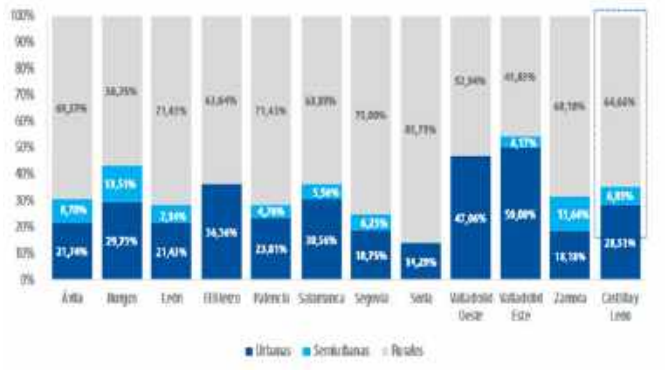


Figura 3.- Distribución de zonas básicas de salud por localización al área de salud

Fuente: SACYL (2016)

El análisis comparado de la estructura que presenta Castilla y León con la media española muestra una población envejecida en ambos casos, pero más en la concreta Comunidad examinada. De esta forma, mientras que en España el porcentaje de mayores de 64 años representa el 18,82 %, en Castilla y León es del 24,75 %. Además, se está produciendo el envejecimiento del envejecimiento, es decir, el porcentaje de población que tiene más de 84 años, con relación a los que tienen 65 o más años, alcanza el 20,62 %, siendo el promedio del estado español del 16,02 %.

El proceso de envejecimiento puede ser apreciado, de igual modo, en una pirámide que muestra cómo el grueso se concentra significativamente en los tramos medios de edad, previéndose su incorporación progresiva a los tramos de mayor edad con el paso del tiempo. Asimismo, procederá observar cómo la figura se va estrechando en la base; minorando, por tanto, los tramos de edad más jóvenes.

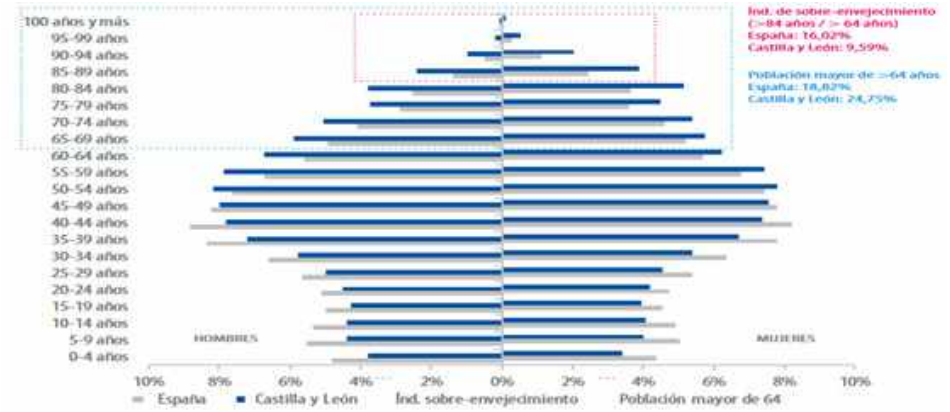


Figura 4.- Pirámide de población de Castilla y León, 2017

Fuente: INE

En fin, las predicciones apuntan a que la población total en Castilla y León continúe disminuyendo, siendo de esperar que en el año 2027 la pérdida con relación al 2017 alcance los 178.053 habitantes. A ello contribuye principalmente la evolución del saldo vegetativo, que desde el año 1988 es negativo. De esta forma, el número de defunciones anual supera al de nacimientos, habiendo fallecido, en el año 2016, 1,70 personas por cada nacida viva. Se espera que esta tendencia continúe en el futuro, contemplando para el año 2027 un índice de 2,26 fallecidos por cada nacimiento.

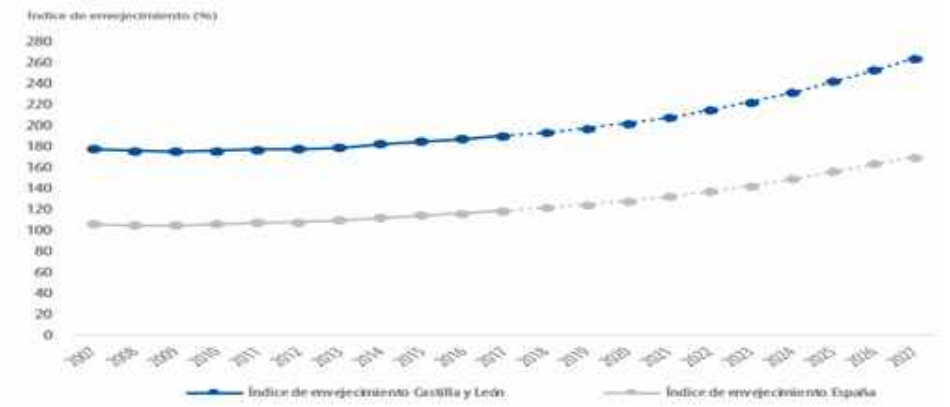


Figura 5.- Evolución y proyecciones a 10 años del índice de envejecimiento en Castilla y León y España, 2007-2027

Fuente: INE

2. La clara apuesta de Castilla y León por una opción más centralizadora en la ordenación de los servicios sanitarios y por una colaboración fluida con la iniciativa privada

La transferencia de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas ha traído consigo que el suelo de uniformidad en su día proporcionado por el RD 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, *a posteriori* mantenido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, haya ido adquiriendo paulatinamente perfiles muy variados en función de las distintas opciones políticas de cada región.

Dos índices podrán servir para el contraste y, a la par, para mostrar la respuesta territorial a las circunstancias contingentes que le afectan: de un lado, el mayor o menor grado de descentralización en la ordenación de los servicios sanitarios; de otro, la previsión normativa sobre colaboración con las organizaciones o entidades privadas.

2.1. Los diversos grados de descentralización en la ordenación de los servicios sanitarios

La necesidad de conciliar una atención cercana y personal al paciente con la de optimizar la utilización de los escasos medios disponibles ha llevado a estrategias diversas de las Comunidades Autónomas que, a través de alguna significativa modificación legal sobre el patrón nacional o introducida en el mapa sanitario a través de los instrumentos de planificación, llevan a un mosaico con las siguientes variantes más significativas:

1. En primer lugar, cabría hacer mención a aquellas Comunidades en las cuales apenas si se ha variado el planteamiento recogido en el RD 137/1984, de 11 de enero. Por este motivo, la traslación de la pauta uniforme del territorio estatal sobre cada realidad autonómica concreta llevará a adquirir sesgos de mayor descentralización en función de la realidad poblacional sobre la cual se proyecta. Cabría, así, ubicar bajo tal espacio las siguientes situaciones regionales:

   a) La Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, configura el área de salud como marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias (art. 47) y, «sin perjuicio de la posible existencia de otras demarcaciones territoriales» que no enuncia, reconoce a la zona de salud como «marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud» (art. 48). Tal esquema, si unido al principio rector de integración funcional como llamada a armonizar la ordenación territorial con la comarcalización general de Aragón [art. 2 d)], conduce a un claro marco centralizador, susceptible de

ser confirmado a través de otro doble cauce: de un lado, la Resolución de 11 de abril de 2018 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, por la que se regula la creación y funcionamiento de las Comisiones Clínicas y Grupos de Trabajo, en cuya estrategia afloran órganos gestores superiores, bien de coordinación intersectorial a través de los centros de salud (según figura en la versión actualizada de 2020), bien del Comité Técnico Interdisciplinar e Interterritorial; de otro, el Decreto 168/2021, de 26 de octubre, por el que se aprueba y regula el mapa sanitario de Aragón (incluida su modificación por Orden SAN/1074/2022, de 6 de julio), donde queda claro el eje que supone la zona básica de salud con el centro de salud al frente.

b) Quizá por sus fechas, cuando todavía regían otros planteamientos comunitarios, una cierta dirección centralizadora dimana de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, a la hora de definir la estructura de atención primaria y asentarla sobre la zona básica de salud (art. 30.3). De este modo, el carácter de «órganos desconcentrados» de las áreas de salud (bajo los términos de desarrollo en los arts. 62-73), que apunta hacia una descentralización evidente, encuentra en la zona básica de salud (arts. 74 y 76-81) y su centro de atención primaria la referencia fundamental y última (art. 75.1 y 2). En ella se adjudica a los consultorios locales el papel de «estructura física y funcional que también sirve para el desarrollo por el equipo de atención primaria de sus actividades» (art. 75.3), donde el adverbio de afirmación utilizado muestra con claridad su aspecto añadido o complementario. La impresión queda corroborada cuando la Orden de 25 de abril de 1986 procede a delimitar el territorio en zonas de salud y el Decreto 63/1987, de 24 de abril, concreta las 9 áreas de salud (dos para Tenerife y Gran Canaria y 1 para cada una de las Islas no capitalinas). Labor primera a la que subsigue la Orden de 31 de marzo de 1993, con su revisión de las zonas de salud y una particular atención a las zonas especiales caracterizadas por pocos habitantes y dispersos, bien por largas distancias o por la orografía, y en las que el transporte es, bien poco frecuente, bien inexistente. El último dato normativo destacable proviene de hace casi 30 años, el Decreto 32/1995, de 24 de febrero, que reagrupa en 7 las áreas de salud, una por cada isla.

c) A pesar de disponer de una organización territorial en la cual también la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, hace pivotar su funcionalidad sobre el área de salud (art. 9) y la zona básica de salud (art. 10), resulta capital la apertura a la modificación del esquema en favor del mapa sanitario autonómico en atención «al grado de concentración o dispersión de la población, a las distancias máximas a los núcleos de población

más alejados de los servicios y al tiempo de acceso utilizando los medios ordinarios de transporte disponibles en la zona». El resultado puede comprobarse en el desarrollo actualizado de aquél a través del Decreto 27/2011, de 31 de marzo, donde cabe percibir el desenvolvimiento armónico de centros asistenciales y consultorios incluso en las zonas de mayor dificultad, como son las de interior y montaña, para así llevar a un total aumentado (en una respecto de 2001) de 42 zonas básicas[32].

d) El hecho de ser la última norma en el tiempo no impide que en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana, aflore una opción legal claramente centralizada, pues gravita sobre los departamentos de salud, como equivalentes a las áreas de salud previstas en la legislación básica estatal, respecto de los cuales se establece que serán delimitados «atendiendo a la máxima integración de los recursos asistenciales» (art. 13.1); siempre sin perjuicio de garantizar que, «en todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un departamento de salud, el cual se podrá subdividir (…) en zonas básicas de salud» (art. 13.3). Por su parte, la actualización del mapa sanitario, concebido como instrumento estratégico para la planificación y gestión sanitaria (art. 14), ofrece un panorama bastante más dúctil y flexible en el Decreto 205/2018, de 16 de noviembre, en la medida en la cual los centros de salud ven completada la actuación de los equipos de atención primaria a través de consultorios auxiliares, fundamentales en las zonas más pobladas, aunque no precisamente en el ámbito rural de interior aquí y ahora analizado.

e) La previsión sobre descentralización como norte recogido en el art. 32.8 de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, explica cómo la estructura tradicional de áreas de salud (art. 32 a 37) y zonas de salud (art. 38 y 39) aparece enriquecida ya no sólo a partir de las indeterminadas «demarcaciones de carácter funcional a que alude el art. 32.5», sino de la propia gestión autónoma de la zona de salud a través de los Consejos contemplados en el art. 39.1. Más aún, se añade una garantía fundamental capaz de completar la singular situación demográfica de la Comunidad, con una mayoría de municipios de considerable población, pero alejados entre sí, incidiendo en el valor de los consultorios locales y de las unidades de apoyo de la atención (art. 48.3); al tiempo, estableciendo una trascendente garantía adicional o residual cuando sienta que «todos los núcleos de población superior a cincuenta habitantes dispondrán de un consultorio local» (art. 48.4). La planta resultante descubre cómo, con iguales mimbres, el resultado es notablemente descentralizador,

32 https://www.scsalud.es/mapa.

según muestra el mapa sanitario, tanto el original establecido por Decreto 166/2005, de 5 de julio, como su modificación a través de Decreto 180/2017, de 31 de octubre[33].

f) El esquema clásico de áreas de salud (art 40) y zonas de salud (art. 41) en una realidad demográfica de núcleos rurales de escasa población y dispersos, se traduce en una situación de centralización de servicios en aquellas últimas, a partir de cuanto dispone la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja. Ciertamente la norma otorga flexibilidad al titular de la Consejería competente en materia de salud para delimitar las áreas de salud (art. 40.2) y, sobre todo, las zonas básicas, «atendiendo a las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido con medios ordinarios, el grado de concentración o dispersión de la población y las características epidemiológicas de la zona y las instalaciones y recursos sanitarios dispuestos en la misma». Al calor de tal alternativa, en 2011 medió una pretensión descentralizadora evidente, con la transformación en tres áreas para gestionar las 19 zonas básicas de salud; sin embargo, no habían trascurrido dos años cuando se dictó la Orden 6/2013, de 28 de octubre, de creación y agrupación de zonas básicas de salud y delimitación de su ámbito territorial, donde a la existencia de un área única de salud de La Rioja y la creación de una zona básica nueva (con reajuste en las anteriores) se acompaña la agrupación de ocho de ellas para la atención continuada[34].

g) Coetánea de la norma canaria, la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, parte, a la hora de diseñar su organización sanitaria, de las estructuras estatales heredadas y hace gravitar sobre las áreas de salud su funcionalidad (arts. 12 a 18), con un marco territorial para la atención primaria asentado sobre la zona básica de salud (art. 19). A pesar de que la Ley admite la posibilidad de crear Consejos de Salud de Zona en aquellas «en que concurran especiales circunstancias orográficas, económicas, sociales, demográficas o sanitarias que hagan aconsejable o necesario su constitución y siempre que su demarcación territorial coincida con el término municipal» (art. 19.5), lo cual supone reconocer un potencial descentralizador evidente, una consulta al diseño vigente (Orden de 14 de mayo de 2015, por la que se modifica la Orden de 24 de abril de 2009, que establece el mapa sanitario de

33 https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXV/2009/T.%20LXV%20n.%203%202009%20sept.-dic/EJ02007.pdf.

34 https://elmedicointeractivo.com/rioja-reforma-mapa-sanitario-y-pasa-unico-area-salud-y-19-zonas-basicas-20110824221859047015/.

la Región de Murcia) refleja una evolución en la cual las estructuras permanecen en lo fundamental y con carácter general, bajo aquellos parámetros de efectos centralizadores en las tres grandes zonas rurales de la Región (Centro, Noroeste y Valle del Ricote), y en singular en las Áreas de Salud IV (Noroeste) y VI (Vega Media del Segura), donde los equipos de soporte de atención domiciliaria en muchas ocasiones cubren los vacíos operativos de los consultorios médicos en las zonas de interior y más despobladas[35].

h) La norma más veterana, la Ley 10/1990, de 3 de noviembre, de Salud de Navarra, presenta características muy similares a las hasta ahora analizadas cuando, por mor de la estructura de población a la cual se ha de prestar servicios, acaba presentando una importante nota centralizadora, pues el diseño de la región sanitaria (art. 40) aparece asentado sobre áreas básicas de salud, que únicamente en el caso de la correspondiente a Pamplona admiten subdivisión en dos comarcas sanitarias (arts. 39 y 55). Como demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco a la atención primaria de salud, cabrá dar cuenta de las zonas básicas de salud (arts. 38, 57 y 58), ordenadas conforme ya figuraban en la Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra, con las modificaciones establecidas en el art. 38.2 y el reconocimiento de las zonas básicas de especial actuación enunciadas en el art. 38.3. El mayor esfuerzo descentralizador (de eficacia ciertamente limitada, dados los condicionantes geográficos y humanos ya expuestos) aparece en los centros asistenciales a los que alude el art. 56.1.°, y que en la actualidad asciende a 234, con 47 puntos de atención continuada y urgente[36]; desarrollando, de esta forma, las 56 zonas básicas que recoge la última norma encargada de fijar con carácter general la estructura de la Atención Primaria (Decreto Foral 58/2013, de 4 de septiembre), a completar con lo dispuesto en las Órdenes Forales 21 y 55/2016, de 24 de febrero y 30 de junio.

2. En un segundo grupo cabrá dar cuenta de dos Comunidades en las cuales, existiendo novedades apreciables sobre el referente estatal, la combinación entre medidas con un claro signo descentralizador y otras que tienden a potenciar los elementos de centralidad llevan a un resultado incierto en la catalogación aquí acometida:

   a) En el caso de las Islas Baleares, la ambivalencia deriva de la regulación contenida tanto en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud, como en el Decreto 16/2015, de 10 de abril, de Ordenación Sanita-

35 https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154053&idsec=1084#.

36 http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Situacion+de+salud/ .

ria Territorial de la Comunidad Autónoma. Como elementos que llaman a una gestión y atención concentrada destaca el diseño de los órganos centrales de participación, con el relevante papel atribuido al Consejo de Salud (arts. 41 y 42), los Consejos de Salud de Área y Zona (art. 43), así como cuantos otros se recogen para ámbitos concretos de atención sanitaria (art. 44) y, en particular, el diseño de las competencias de los entes territoriales (consejos insulares —art. 47— y municipios —art. 48—), con una específica previsión de coordinación administrativa al respecto (art. 49).

El reflejo de tal patrón general muestra un correlato lógico en la ordenación territorial, donde al área de salud (arts. 87 a 89 y art. 2 Decreto 16/2015) y a la zona básica de salud, con un centro de salud en el municipio cabecera de zona (arts. 90 y 91), se añade el elemento intermedio dado por los sectores sanitarios, como «estructuras funcionales para la coordinación de los recursos sanitarios de las zonas básicas de salud»; si se prefiere, una división territorial en comarcas de las áreas de salud (art. 89.3 y 4 y art. 3 Decreto 16/2015). Todos los factores anteriores apuntan a una tendencia centralizadora a la cual procederá añadir, como elemento de contraste, la clara intención en sentido contrario que suponen las unidades básicas de salud, «con el fin de prestar una adecuada atención primaria con mayor proximidad a la población comprendida en sus límites territoriales» (art. 4.3 Decreto 16/2015). Factor de corrección que queda patente de observar el mapa de ordenación sanitaria, como instrumento dinámico llamado a definir la ordenación sanitaria territorial [art. 28 b)], donde cabrá apreciar su importancia cuantitativa, al igual que la otorgada a los centros de atención intermedia[37].

b) Similar es la valoración que cabe efectuar respecto la realidad normativa y subsiguiente planificación en la Comunidad Autónoma de Madrid. Su Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria, recibió en la disposición transitoria 1.ª la continuidad en la zonificación sanitaria establecida por Decreto 187/1998, de 5 de noviembre. Ni el contenido de los arts. 4 y 5 de la norma de principios de este siglo, ni su desarrollo ulterior a través de Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de atención primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid, pretenden alterar sustancialmente ese esquema, sino más bien reforzarlo en un doble sentido: de un lado, afirmando los elementos de centralidad que derivan de la existencia de un Área Sanitaria Única para toda la Comunidad (art. 4), en la cual actúa una Red Sanitaria Única de Utilización Pública (art. 5), completándose el

37 https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/ordenacion-sanitaria-territorial.

cuadro por vía reglamentaria a partir del reconocimiento de la zona básica de salud (art. 3) y el centro de salud (art. 4) como estructuras fundamentales de atención primaria.

Un elemento clave desde la perspectiva opuesta vendrá dado por el dinamismo reconocido en la organización de profesionales y actividad, gestión del contrato programa o evaluación del desempeño al Director del centro de salud (art. 9 Decreto 52/2010). También, y en particular, por dos documentos que aluden a una clara vocación descentralizadora a corto plazo como son, por una parte, el Proyecto para la Reorganización Asistencial de los Centros de Salud, de 5 de marzo de 2021, donde se contempla (a la par que la concentración de algunos procesos asistenciales muy concretos) la viabilidad de «impulsar y apoyar metodológicamente para que cada centro elija el modo de implantación más adecuado y con más posibilidades de éxito según sus características»[38]; por otro, la labor que desarrollan los Servicios de Atención Rural en los centros de salud de tal naturaleza, cuyas normas de funcionamiento han venido dependiendo de las direcciones asistenciales y del Director de centro, aun cuando existe un Preacuerdo de nueva configuración firmado allá por el 6 de abril de 2016[39].

3. La presencia de medidas normativas con clara vocación descentralizadora se aprecia en cuatro comunidades:

   a) La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, parte de un esquema muy vinculado a la referencia estatal, articulando la organización de los servicios sanitarios bajo las áreas como demarcación territorial de base (arts. 47 y 48). «Para alcanzar mayor eficacia», contempla que serán divididas territorialmente en zonas básicas de salud (arts. 49 y 50); remitiendo en su delimitación a la determinación que en su caso realice la Consejería de Salud (art. 53). El tenor legal es en apariencia neutro, pero se proyecta sobre una realidad poblacional que permite comprobar cómo la decisión de la Consejería competente por razón de materia ha llevado a que muchas zonas básicas coincidan con el municipio y, por tanto, al menos los de cabecera de zonas rurales dispongan de un centro de salud[40]. Queda así definida una oferta que se ve complementada con consultorios locales o auxiliares y medidas de refuerzo (ratios) y complemento cuando la dispersión geográfica o la transformación social así lo indi-

38 https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/profesionales/plan-integral-mejora-atencion-primaria.

39 https://plataformasarmadrid.com/2016/04/15/normas-de-funcionamiento-de-los-sar/.

40 https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/mapa-centros?term_node_tid_depth=11268.

que (según recoge su mapa aprobado por Orden de la Consejería de Salud de 7 de junio de 2002, actualizada por Orden de 17 de junio de 2020)[41]; opción claramente preferida a la alternativa de consultorios de agrupados, conforme figura en el *IV Plan Andaluz de Salud*[42].

b) Desde sus inicios, a través de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria, la apuesta de la Comunidad Autónoma de Cataluña es clara en orden a que su servicio de salud cuente con una organización adecuada que permita «una descentralización y desconcentración de funciones, con el objetivo de la gestión territorial de los recursos» [art. 6.2 g)]. A su calor se diseñan los consejos de participación territorial de salud, tanto a nivel de región sanitaria como, incluso, en ámbitos inferiores [art. 10 bis 5 y 10 bis 5 bis], para dar a la luz un patrón totalmente original, sin parangón posible en otras realidades autonómicas.

   Así, en los términos que más tarde aquilatará el Decreto 10/2013, de 3 de enero, de delimitación de las regiones sanitarias y de los sectores sanitarios del Servicio Catalán de Salud, a lo largo de la norma van apareciendo las grandes referencias de esos instrumentos de atención próxima, comenzando por la región sanitaria como demarcación territorial que equivale (pero no es igual) al área de salud y cuenta con notable autonomía de gestión en los términos recogidos en los arts. 21 a 29; continuando por el sector sanitario, como submodelo territorial bajo el régimen articulado en los arts. 33 a 37 y dotado de su propio Consejo de Dirección y Gerente; en fin, situado en la base, «como unidad territorial elemental» y verdadero «eje vertebrador» del sistema y ámbito en el cual desarrolla sus actividades el equipo de atención primaria, el área básica de salud con el régimen que dibujan los arts. 41 y 42.

   De sopesar, además, las competencias específicas que pudieran corresponder, en tanto forma de participación institucional o instrumento de coordinación de servicios sanitarios de nivel supramunicipal, a los Consejos Comarcales (arts. 65 y 66) y a los Ayuntamientos como garantes de los servicios sanitarios mínimos y obligatorios (arts. 67 y 68), resultará sencillo entender la fácil adaptación que supuso la estructura excepcional diseñada por el Acuerdo de Gobierno 91/2020, de 14 de julio, y su modelo descentralizado de «clústeres» y «ejes de salud», como forma de gestión territorial y funcional diseñada de manera específica para hacer frente a la COVID-19[43], pero

41 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf.

42 https://govern.cat/salapremsa/notes-premsa/394805/nova-organitzacio-territorial-front-pandemia-covid-19.

43 https://govern.cat/salapremsa/notes-premsa/394805/nova-organitzacio-territo-

cuyo éxito parece aventurar la incorporación progresiva al esquema anterior en los términos de búsqueda de la eficiencia y la sostenibilidad a que alude el *Plan de Salud de Cataluña 2021-2025*[44].

c) De conformidad con cuanto dispone la Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia, el Sistema Público de Salud de Galicia aparece ordenado territorialmente en áreas sanitarias (equivalentes a las áreas de salud de la Ley 14/1986), cuyo ámbito se establecerá en el mapa sanitario aprobado por decreto del Consejo de la Xunta (art. 68) y contará con divisiones territoriales en distritos, como marco de referencia para la coordinación de todos los dispositivos de atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria (art. 69). El papel de unidades básicas para la atención, como viene a ser tónica, corresponde a las zonas sanitarias, también establecidas en el mapa sanitario y con una división que de manera expresa remite a lo dispuesto en el art. 56 de la Ley 14/1986; incluyendo, por cuanto ahora interesa, las condiciones geográficas, demográficas, de accesibilidad y, de manera expresa, «las necesidades de la población» (art. 70).

   Las demandas de los ciudadanos son, precisamente, una de las razones invocadas en la Ley 1/2018, de 2 de abril y en el Decreto 134/2019, de 10 de octubre, para la actualización del funcionamiento de las áreas y distritos sanitarios, entre cuyos propósitos figura de manera expresa la necesidad de facilitar la accesibilidad de todos. Sin embargo, hasta ese momento la apuesta por un patrón descentralizado distaba de resultar lo concluyente que pasará a ser a partir de los ya mencionados *Planes Locales de Salud para una orientación comunitaria de la Atención Primaria*, cuya centralidad, como documento elaborado por quienes directamente prestan esa atención, hace que el ámbito rural y la mayor proximidad a sus habitantes cuente con un lugar propio, según permiten observar tanto sus presupuestos metodológicos como alguno de los 14 primeros ya aprobados[45].

d) En último término, y también con un modelo muy singular y abiertamente descentralizado desde su inicio, cabrá dar cuenta de aquel que introduce de la Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi. El art. 7.1 asienta en las áreas de salud su «base principal», pero, a renglón seguido, recibe que «en el ámbito de cada área de salud se podrá señalar la ordenación territorial inferior

rial-front-pandemia-covid-19.

44 https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/pla-de-salut-2021-2025/pla-salut-catalunya-2021-2025.pdf.

45 https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan%20local%20de%20salud_DEF.pdf.

que resulte necesaria en función de cada circunstancia territorial y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios». Siempre al servicio de «una máxima eficiencia sanitaria en la ubicación y uso de los recursos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas para el aprovechamiento de sinergias o la configuración de dispositivos de referencia» (art. 7.2). El dato anterior explica el sentido de intervención conferido a las corporaciones locales (arts. 14 y, sobre todo, 15), así como el papel referido a las direcciones territoriales de cada área, a las cuales se otorga un nivel adecuado de autonomía funcional para gestionar los contratos-programa y conciertos sanitarios. Desde tal punto de partida, cabrá analizar el de arribada en el momento actual, que cuenta con dos hitos normativos significativos, como son las normas reguladoras de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) y aquellas destinadas a la determinación de las zonas de salud.

En este sentido, procederá destacar el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las Organizaciones Sanitarias Integradas del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que ven la luz estas estructuras unificadas, en las cuales se integran la atención primaria y la hospitalaria, con una actuación presidida por la autonomía económico-financiera y de gestión (art. 1.1) y dentro de las cuales, incluso, se admite una mayor descentralización para dar vida a otras organizaciones específicas de provisión de servicios sanitarios y de gestión cuyas facultades quedarán determinadas en los Estatutos Sociales del Servicio Vasco de Salud (art 1.2). Por su parte, la Orden de 20 de abril de 2018, por la que se determinan las zonas de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco, recoge en su art. 3 un elemento de gran flexibilidad potencial, en la medida en la cual pueden ser agrupadas o fraccionadas en ámbitos superiores o inferiores, aun cuando la tendencia recogida en el *Plan de Salud de Euskadi 2013-2020* (y también el propósito que subyace en el precedente de 2002-2010) pasa por la segunda de las variantes, corrigiendo la tónica de dotar de más servicios a las zonas más pobladas; con ello, evitando que los habitantes de los municipios más pequeños deban moverse hacia aquellas para obtener unas prestaciones que adolecen de la necesaria proximidad[46].

4. En último término, procederá hacer mención a cuantas Comunidades Autónomas, ante la falta de población y su dispersión a lo largo de un territorio amplio, han acabado adoptando medidas racionales de optimización cuya introducción práctica conduce a un resultado

46 https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/plan-gubernamental/12-plan-de-salud-2013-2020/.

parecido al de las otras Comunidades de la España interior, como es el caso en concreto de Castilla y León y Castilla-La Mancha. A su lado, no deja de sorprender la alternativa adoptada por la Comunidad Autónoma de Asturias, que la aleja de manera apreciable de otras iniciativas de la costa norte de España por ofrecer una perspectiva más centralizadora.

a) Probablemente la clave, en este último supuesto, radique en el punto 15 del Preámbulo que acompaña la Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud del Principado de Asturias, cuando reconoce que «la red de comunicaciones físicas del territorio (…) se ha ampliado y modernizado de forma notable, lo que hace que se hayan reducido en muchos casos los tiempos de desplazamiento entre los diferentes puntos del territorio, facilitando la accesibilidad de los usuarios a recursos sanitarios y condicionando la distribución de los mismos». Esta mención al condicionante dado por una atención que pondere los tiempos por encima de la distancia permite comprender la articulación de la ordenación de la atención sanitaria en la más reciente de las normas autonómicas, cuando apuesta decididamente por la sectorialización de los servicios en tanto elemento de planificación territorial (art. 15). Así, al lado de las áreas de salud y órganos descentralizados del Servicio regional, crea una estructura intermedia como son los distritos de salud (cuando los factores geográficos, demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, culturales y, de nuevo, «las vías y medios de comunicación y de gestión lo aconsejen», *ex* art. 18.1), donde se integran las distintas zonas de salud (art. 17), que pueden ser básicas (art. 17.2 a 4), pero también especiales «cuando concurran singulares condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicaciones».

   El resultante aparece claro a partir de la evolución del mapa sanitario del Principado, que desde el Decreto inicial 112/1982, de 6 de septiembre, ha visto hasta ocho modificaciones, la última a través de Decreto 16/2021, de 26 de marzo, para subdividir las 8 áreas de salud (con sus cabeceras) en 68 zonas básicas y 16 zonas especiales, así como dar cabida a una realidad en la cual los consultorios locales ceden en importancia ante los periféricos, y en ambos casos se ven afectados por el progresivo cierre por motivos poblacionales en las zonas rurales del interior y de la montaña, reforzando la alternativa centralizadora derivada de los centros de salud[47].

b) Igual sentido se aprecia en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, donde «el Plan de Salud establecerá sus contenidos principales, agrupados según

47 https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/mapa-sanitario-de-asturi-1.

la tipología de las intervenciones y de acuerdo con la ordenación territorial de la Comunidad Autónoma» (art. 16.3). De esta forma, un modelo clásico de ordenación, con el área de salud como referencia fundamental integrada por zonas básicas de salud (art. 44), encuentra primer matiz de interés cuando el art. 44.4 *in fine* admite en cada área «la ordenación territorial que resulte necesaria en función de cada circunstancia geográfica y, en su caso, para cada tipología de prestaciones y servicios sanitarios». Aparecen, al margen de la norma central, los distritos de salud, con la función de prestar servicios de apoyo en salud pública a las zonas básicas. También se contempla, ahora en la Ley, la eventual constitución de zonas especiales de salud «cuando las condiciones socioeconómicas, demográficas y de comunicación dificulten la creación de zonas básicas» (art. 49.3), así como se hace pesar la atención de urgencias, en concreto, «sobre los centros y servicios sanitarios que a tal efecto se determinen».

De examinar el mapa sanitario (Decreto 13/1994, de 8 de febrero, actualizado por Orden 201/2018, de 27 de diciembre), cabrá descubrir este afán de mejora prestacional a través de la concentración en el hecho de que su visor no muestre aún las zonas básicas de salud «no funcionantes» (creadas, pero sin centro de salud), o en una ordenación que contempla centros de salud con urgencias de 24 horas y consultorios de iguales características («cuya área de influencia se determinará mediante orden de la Consejería»); por no seguir, también cabrá hacerlo en esos puntos de atención permanente a los que alude el art. 51.4 de la Ley «en el número y localización que se considere oportuno»[48].

c) En fin, y de interés específico al efecto del presente discurso, procederá señalar que la Ley 8/2010, de 3 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, es de las pocas normas (si no la única) cuyo su mapa sanitario alude de manera expresa a la realidad rural, al establecer que deberá adecuarse «al mapa de unidades básicas de ordenación y servicios rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio» (art. 13.1). De este modo, y junto al área de salud como estructura fundamental de referencia y garante de un sistema coordinado e integral (art. 14), las zonas básicas de salud asumen el papel de marco de desarrollo para las actividades sanitarias de atención primaria, contemplándose varias decisiones de interés para el discurso: en primer lugar, que habrá determinadas actividades al margen de tal demarcación, pues la norma abre su operatividad a otra realidad diferente, en la medida

48 https://www.castillalamancha.es/gobierno/sanidad/estructura/dgspoeis/actuaciones/mapa-sanitario.

en la cual fija su establecimiento «sin perjuicio de que (…) se puedan desarrollar fuera de la misma [de la zona básica] cuando existieran servicios o recursos comunes para varias zonas»; en segundo término, y repitiendo lo previsto para las áreas, que las zonas en el ámbito rural también «deberán establecerse respetando las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio»; por último, y si bien cada una de las zonas básicas contarán con un centro de salud, éste, «con carácter excepcional (…), podrá situarse fuera de la zona (…) si con ello mejora la accesibilidad, o bien para asegurar una atención sanitaria de calidad a la población adscrita» (art. 15).

Estas variantes, harto significativas, siguen admitiendo mayores matices. Así ocurre desde el momento en el cual la norma indica que, «cuando existan razones geográficas o de racionalización y eficiencia que lo justifiquen, se podrán crear otras divisiones territoriales a fin de mejorar la accesibilidad a las prestaciones sanitarias o a la propia ordenación sectorial» (art. 17). No se trata solo de la aparición posible de demarcaciones sanitarias tomando como referencia las zonas básicas de salud, «en las que se desarrollaran, fundamentalmente, las funciones de inspección y control oficial» (art. 16), ni tampoco de otros lugares donde quepa desarrollar las actuaciones de atención primaria («en los centros de salud, en los consultorios en el domicilio del paciente, en los centros donde se preste atención continuada o en cualquier otro lugar que se determine reglamentariamente», según dispone el art. 19.5); va más allá, conforme figura en la senda iniciada por aquel precepto donde se sienta cómo, «en aquellos casos en los que la carencia de profesionales dificulte la prestación de la asistencia en el ámbito de atención primaria que se desarrolla en los consultorios locales, la Gerencia Regional de Salud prestará, de forma gratuita, los servicios de transporte que sean necesarios para que los usuarios afectados puedan ser atendidos en su centro de salud o en otro consultorio local adscrito a la zona básica de salud respectiva» (disposición adicional única).

En este contexto es donde ve la luz la alternativa de centralización de recursos para su óptimo aprovechamiento que contiene el documento titulado *Nuevo Modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: Documento Marco*, al cual se dedicará específica atención en el último de los apartados del estudio pero que, en ajustado resumen, habrá de servir para dinamizar el funcionamiento de esas 11 áreas de salud y 249 zonas básicas de salud, de las cuales casi un 70 % son rurales o semiurbanas.

El panorama descrito, en los cuatro niveles abordados, admite el contraste de las cifras recogidas en la Tabla 3, donde figuran los indicadores estructurales de 2020 ordenados por Comunidades Autónomas.

Tabla 1.- Ordenación Territorial del Sistema Nacional de

CCAA	Población	NAS*	NZS*	NCS*	NCL*
Andalucía	8.464.411	34	216	407	1.110
Aragón	1.329.391	8	123	118	872
Asturias (Principado de)	1.018.784	8	84	69	144
Baleares (Islas)	1.171.543	3	61	59	104
Canarias	2.175.952	7	108	107	156
Cantabria	582.905	4	42	42	124
Castilla y León	2.394.918	11	249	247	3.665
Castilla - La Mancha	2.045.221	14	205	203	1.109
Cataluña	7.780.479	7	373	419	791
Comunidad Valenciana	5.057.353	24	241	283	567
Extremadura	1.063.987	8	113	111	415
Galicia	2.701.819	7	314	397	67
Madrid (Comunidad de)	6.779.888	7	285	262	162
Murcia (Región de)	1.511.251	9	90	85	180
Navarra (Comunidad Foral de)	661.197	3	57	59	237
País Vasco	2.220.504	13	139	159	166
Rioja (La)	319.914	1	20	20	174
Ceuta y Melilla	171.278	2	7	7	0
TOTAL ESPAÑA	47.450.795	170	2.727	3.054	10.043

Fuente: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud de Murcia. Elaboración a partir del Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de cada año y Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Salud por CC.AA. Indicadores Estructurales 2020.

Superficie	D. Pob	Hab/AS	Hab/ZS	Hab/CS	Hab/CL
87.599	96,63	248.953	39.187	20.797	7.626
47.720	27,86	166.174	10.808	11.266	1.525
10.604	96,08	127.348	12.128	14.765	7.075
4.992	234,68	390.514	19.206	19.857	11.265
7.447	292,19	310.850	20.148	20.336	13.948
5.321	109,55	145.726	13.879	13.879	4.701
79.461	30,14	217.720	9.618	9.696	653
94.224	21,71	146.087	9.977	10.075	1.844
32.113	242,28	1.111.497	20.859	18.569	9.836
23.255	217,47	210.723	20.985	17.871	8.919
41.634	25,56	132.998	9.416	9.585	2.564
29.575	91,35	385.974	8.605	6.806	40.326
8.028	844,53	968.555	23.789	25.877	41.851
11.314	133,57	167.917	16.792	17.779	8.396
10.391	63,63	220.399	11.600	11.207	2.790
7.234	306,95	170.808	15.975	13.965	13.377
5.045	63,41	319.914	15.996	15.996	1.839
32	5.352,44	85.639	24.468	24.468	0
505.989	93,78	279.122	17.400	15.537	4.725

Leyenda: NAS: N.º Área Salud. NZS: N.º Zona de Salud. NCS: N.º Centro de Salud. N.º CL Consultorios Locales. D.Pob: Densidad Población.

2.2. La colaboración con la iniciativa privada

El dibujo de los elementos que constituyen el armazón de los sistemas autonómicos de la salud no quedaría completo sin una semblanza, por somera que sea, de las relaciones que mantienen con la iniciativa privada. A este respecto, y aun cuando el contenido de la norma en muchas ocasiones no deje de ser el pálido reflejo de una realidad con grandes márgenes para la decisión política, cabrá, al menos, obtener un índice del interés del legislador y sus principales pautas de actuación.

Bajo tal afán, el examen de las diferentes leyes generales permitirá observar un primer dato que llama la atención y facilita su catalogación en dos grandes grupos: de un lado, cuantas no han estimado necesario más que recordar las posibilidades de colaboración, sin llevar a cabo un tratamiento sistemático de la misma (Aragón, Asturias, Islas Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia o País Vasco); de otro, las que dedican un conjunto de preceptos, agrupados bajo un título propio dentro de la norma, a ordenar las relaciones con la iniciativa sanitaria privada (arts. 73 a 77 Ley 2/1998 de Andalucía, arts. 82 a 85 Ley 5/2003 de Islas Baleares, arts. 85 a 91 Ley 7/2002 de Cantabria, arts. 64 a 66 Ley 8/2010 de Castilla y León, arts. 54 a 60 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha, arts. 87 a 91 Ley 8/2008 de Galicia, arts. 94 a 101 Ley 2002 de La Rioja, arts. 22 a 25 Ley 12/2001 de Madrid y arts. 77 a 82 Ley 10/1990 de Navarra).

En lógica correspondencia con el tratamiento dispensado, obrará un mayor o menor detalle sobre los asuntos que figuran entre sus previsiones. En enumeración que no pretende ser exhaustiva, pero si mostrar los ejemplos más salientes, cabría aludir a los siguientes:

a) El más común recoge la previsión de conformidad con la cual la colaboración del sistema público con la iniciativa privada se instrumentará a través de convenios singulares o conciertos sanitarios [art. 73 Ley 2/1998 de Andalucía, arts. 126 y 145 Ley 7/2019 de Aragón, arts. 82 y 83 Ley 5/2003 de Islas Baleares, art. 86 Ley 7/2002 de Cantabria, art. 65 Ley 8/2010 de Castilla y León, art. 54 Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha, art. 61 Ley 10/2001 de Extremadura, o arts. 49 G) y 77 Ley 10/1990 de Navarra], aun cuando en ocasiones la alternativa única que figura en la norma —que no en la práctica, pues el convenio singular aparece recogido en el Decreto Foral 3/2022, de 26 de enero— sean los conciertos [arts. 49 G) y 77 Ley 10/1990 de Navarra y Ley Foral 13/2017, de 16 de noviembre, de conciertos sociales en los ámbitos de la salud y servicios sociales de Navarra], o estos y los contratos programa (art. 18 Ley 8/1997 del País Vasco), los contratos de servicios sanitarios (art. 7 Ley 8/2008 de Galicia) o, con mayor amplitud y flexibilidad para evitar fórmulas que devienen obsoletas con el transcurso del tiempo, «todo tipo de acuerdos» (art. 24 Ley 4/1994 de Murcia).

   A su lado, cabrá dar cuenta de la previsión de posibles consorcios, ya de modo genérico [art. 6 j) Ley 8/2010 de Castilla y León] o ceñidos a

labores de investigación [art. 80.3 Ley 10/2014 de la Comunidad Valenciana], ya obedientes a un texto casi ritual que se reproduce para recoger otras fórmulas de gestión integrada [art. 60 s) Ley 6/2002 de Aragón, como pudiera ser la creación o participación en cualquiera otras entidades admitidas en derecho, *ex* art. 61.1 d), Ley 12/2001 de Madrid y art. 7.2 Cuarto Ley 15/1990 de Cataluña] o, sobre todo, hacerlos surgir dotados de naturaleza pública con entidades de la misma naturaleza o privadas sin afán de lucro, e intereses comunes o concurrentes que, en su caso, podrán dotarse de organismos instrumentales [art. 61.10 y 63.3 Ley 2/1998 de Andalucía, 51.2 c) Ley 11/1994 de Canarias, art. 7.2 Tercero y disp. adicional 3.ª Ley 15/1990 de Cataluña o art. 59.2 Ley 10/2001 de Extremadura; sin mención expresa a las entidades privadas sin ánimo de lucro en art. 69.4 Ley 2/2002 de La Rioja y art. 61.2 c) Ley 12/2001 de Madrid].

b) Entrando a detalle del vínculo trabado, no son pocas las leyes que acogen un catálogo de principios llamados a regular esas relaciones, cifrándose como más comunes los que aluden a cuatro fundamentales: complementariedad, optimización de recursos sanitarios propios, sujeción a las necesidades de atención en cada momento y adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos y privados (art. 74.1 Ley 2/1998 de Andalucía y art. 86.1 Ley 7/2002 de Cantabria). De todos ellos, el de complementariedad resulta ser el más reiterado [figura también en los arts. 4 a) Ley 11/1994 de Canarias, 2 n) Ley 8/2010 de Castilla y León, 50.4 y 54.1.ª Ley 8/2000 de Castilla-La Mancha o art. 32 Ley 10/2001 de Extremadura], para mostrar la esencia que acompaña habitualmente a los convenios singulares, al igual que la subsidiaridad suele hacerlo a los conciertos (Derecho Foral Navarra 3/2022), y entronca de manera natural con la optimización en utilización de servicios propios [art. 2 f) Ley 6/2002 de Aragón, art. 88 Ley 8/2008 de Galicia o art. 30 Ley 8/1997 del País Vasco], en cuanto bien se ha presentado como «una acción sinérgica» [art. 4 a) Ley 11/1994 de Islas Canarias], que para su armonía requiere de la coordinación precisa [art. 22 Ley 12/2001 de Madrid] de cuanto no deja de ser «una responsabilidad social compartida» [art. 21 Ley 10/2014 de la Comunidad Valenciana].

Un paso más allá en la concreción del vínculo aparece en cuantas previsiones no dudan de proporcionar un sentido concreto a esta relación de «colaboración» (en el término preciso delimitado por los arts. 85 y 91 Ley 5/2003 de Islas Baleares) y reconocen la integración en la organización sanitaria (tomándola en el sentido estricto que marca adecuadas diferencias con otros operadores como seguros privados o el ejercicio individual de la profesión, según matiza el art. 23 Ley 12/2001 de Madrid), ya en el conjunto de la red sanitaria [arts. 11, 12, 13 y 129.1 a) Ley 7/2019 de Asturias; arts. 95, 96 y 100 Ley 11/1994 de Islas Canarias; art. 24 Ley 8/2010 de Castilla y León; arts. 3 y 5.2.4.° Ley 12/2001 de Madrid o arts. 4 h) y 6.1 Ley 10/1990 de Navarra], ya, en concreto, en el área

básica de salud (art. 42.2 Ley 15/1990 de Cataluña). En fin, no faltan ejemplos donde se propugna de manera más específica su vinculación con algunos planes concretos, como puede ser el Plan Estratégico de Trastornos Adictivos en la Comunidad Valenciana (art. 61 Ley 10/2014), o la estricta coordinación en el campo de la seguridad e higiene alimentaria y en la determinación de las actividades de colaboración para la prevención primaria o secundaria en la Comunidad de Madrid [arts. 50 d) y 55.11 Ley 12/2001].

III. La sanidad rural en los planes y estrategias de salud de Castilla y León: el *Documento Marco*

El análisis comparado acometido sirve para poner de relieve la dimensión de lo rural en Castilla y León, pues a la importancia cuantitativa (medida en número y porcentaje de personas que reciben asistencia en ese ámbito) se ha tratado de responder con una mayor atención cualitativa no sólo en la norma —según ha quedado expuesto—, sino también en los diversos planes y estrategias diseñados y, en particular, en el que se ha convertido en referencia para cualquier iniciativa a acometer al respecto.

1. La atención a lo rural en los distintos planes y estrategias regionales

Con carácter previo al *Documento Marco*, o siguiendo su estela, distintos proyectos que trazan el futuro de la Comunidad en este ámbito analizan con una perspectiva más o menos amplia la singularidad de la sanidad rural, anticipando cuanto recogerá aquella guía fundamental o continuando sobre su filosofía.

Una visión de conjunto de las iniciativas acometidas en los últimos diez años muestra el siguiente balance final:

1. La primera en el período de tiempo acotado, la *Guía de Actuaciones para la adaptación de la Estrategia en Diabetes del SNS en Castilla y León (Directrices y recomendaciones para la implementación)*, recoge —dentro de su Directriz 4— la cobertura de cribado en las gestantes, separándolas tanto por grupo de edad como por su proveniencia del medio urbano o del rural[49].
2. La *Estrategia de Atención al paciente crónico en Castilla y León* señala en su Línea estratégica 2, Actuación de despliegue 3 c), la necesidad

49 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-actuaciones-adaptacion-estrategia-diabetes-sistema-nac.ficheros/327682-GUIA%20DIABETES%202010%20tripas%207_3_2011.pdf.

de «elaborar modelos de prestación farmacéutica según tipo de residencia (pública, privada, rural, urbana, tamaño)»[50].

3. Superando la falta de cualquier alusión en su precedente, el *IV Plan de Salud Castilla y León (Perspectiva 2020)* contiene en su Objetivo General 3, Medida 36, la de «impulsar los servicios de telemedicina y teleasistencia a través de las TIC, de los servicios on line, especialmente en el ámbito rural, con la debida adecuación a las condiciones de grupos con necesidades específicas»[51].
4. Dentro del Objetivo 1.1 («Mejorar las condiciones laborales de los profesionales»), la Acción 1.1.4 de las *Líneas Estratégicas y Objetivos Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2015-2019*, reseñaba el propósito de «incentivar los puestos de difícil cobertura, especialmente de atención primaria rural»[52].
5. La *Estrategia Regional de Atención al Paciente Oncológico en Castilla y León*, elaborada en 2018, amén de exponer las consecuencias del alcohol para los adolescentes respecto a esta enfermedad y mostrar la superior incidencia en el medio rural (46,5 %) que en el urbano (37,5 %), determina en el Proyecto 2.4.1 («Programa cuidados paliativos específico en cáncer de adultos»), dentro de su descripción de actividades, la enunciada en el ordinal romano IV, referida a «la dotación de suficientes Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP) en todas las provincias, asegurando tanto el acceso del entorno urbano como rural»[53].
6. En alusión al colectivo de personas mayores de 60 años, se considera que el «empeoramiento de la salud y de las capacidades cognitivas y la ruralidad podrían ser los desencadenantes del incremento de suicidios» en la *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025*[54].

---

50 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/319121-Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_y_Le%C3%B3n.pdf.

51 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/iv-plan-salud-castilla-leon-perspectiva-2020.ficheros/721543-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf.

52 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/lineas-estrategicas-objetivos-gerencia-regional-salud-casti.ficheros/1102254-L%C3%ADneas%20estrat%C3%A9gicas%20GRS%202015-2019.pdf.

53 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/atencion-paciente-oncologico.ficheros/1308260-Estrategia%20ONCYL%20%28P%C3%A1ginas%20completo%29.pdf.

54 https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202021-2025.pdf.

7. Con posterioridad al documento de emblemático, y dejando percibir que ha calado la propuesta de 2019 destinada al ámbito rural, el *Plan Integral de Enfermedades Raras de Castilla y León (PIERCYL) 2023-2027* hace notar, en el análisis DAFO de la atención sanitaria (apartado «atención y seguimiento»), las debilidades referidas a la cobertura de bajas médicas en zonas rurales y a la variabilidad en el acceso a recursos en función tanto de la provincia analizada, como si se trata del ámbito rural o urbano; entre las amenazas, destaca sobremanera la despoblación del campo, lo cual dificulta su atención.

   Por su parte, dentro de la Línea Estratégica 4, Acción 4.1.1, alude a la intención de «favorecer la implantación de telefarmacia y dar continuidad a la dispensación de la medicación hospitalaria a domicilio (…), permitiendo un mejor acceso a determinados pacientes con problemas de movilidad y/o transporte, especialmente en el ámbito rural»; al tiempo, la Línea Estratégica 5, Acción 5.1.3, significa a la necesidad de «garantizar el acceso del Servicio de Atención Temprana a los niños/as con ER y sus familias en las condiciones y plazos establecidos en el Protocolo de Coordinación Interadministrativa de Atención Temprana en Castilla y León, con especial consideración al ámbito rural».

   Por último, en el Anexo E, donde se describe el modelo regional de atención temprana en Castilla y León, dentro del apartado relativo a la intervención y seguimiento en las Unidades de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad (UVAD), se menciona la necesidad de contar con equipos itinerantes de entidades colaboradoras fuera de las áreas urbanas.

8. En fin, en el contexto del Componente 15 de las actuaciones financiadas con fondos europeos *(Next Generation EU)* figuran las *Acciones de refuerzo de conectividad de centros sanitarios*, dedicando su atención a impulsar la conectividad digital, las tecnologías 5G y de ciberseguridad. El Plan contempla, entre otros objetivos, el de garantizar una conectividad digital adecuada para el 100 % de la población, promoviendo así la desaparición de la brecha digital entre zonas rurales y urbanas que, en el contexto aquí examinado, conlleva actuaciones en todos los centros sanitarios «con el fin de mejorar las infraestructuras telemáticas, tanto pasivas como activas, que permitan la instalación de una red de comunicaciones electrónicas de alta velocidad que habilite una conectividad de los centros sanitarios que permita prestar servicios a localidades de, al menos, 1 Gbps»[55].

55 https://www.saludcastillayleon.es/es/mrr/inversiones/c15-i02-acciones-refuerzo-conectividad-centros-sanitarios.

2. La proyección hacia el futuro a través del nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: *Documento Marco*

El 19 de noviembre de 2019 se presentó oficialmente un documento llamado a proporcionar respuesta a alguno de los principales retos a los que debe hacer frente el sistema autonómico de salud, convenientemente destacados en las páginas precedentes: «a circunstancias ya existentes previamente como la disposición geográfica, se añade la pérdida de población, el envejecimiento de la misma o el aumento de las enfermedades crónicas». El *Nuevo modelo de asistencia sanitaria en el medio rural: Documento Marco* trata de aprovechar «las nuevas tecnologías o la alta cualificación del personal sanitario» para llevar a cabo una reordenación de los recursos en cada zona básica de salud, «zona a zona», teniendo en cuenta las peculiaridades de cada una y bajo la pretensión de conformar un sistema dinámico y adaptar la organización y los equipos de forma ágil. A la postre, cifra en cinco los grandes objetivos del nuevo sistema: «proporcionar una mayor calidad asistencial; adecuarse a las necesidades sanitarias que tiene la población en la actualidad; organizar, de forma eficiente, la dotación de profesionales; fomentar el mantenimiento de la competencia profesional; y, por último, garantizar la accesibilidad y la equidad en la prestación sanitaria para la ciudadanía».

La gran ventaja que presenta es su diseño participado, lo cual augura (pese a no haber entrado en vigor) que aparezca preñado de futuro, no en vano obedece a un consenso general básico. En este sentido, trae causa en el documento titulado «*Propuestas para la mejora de la Atención Primaria en Castilla y León*»[56], fruto de las deliberaciones y acuerdos de los integrantes de los tres grupos técnicos puestos en marcha desde la Consejería de Sanidad, en los que estuvieron representados integrantes del Consejo Regional de Salud (sindicatos, colegios profesionales, asociaciones de pacientes y familiares, de consumidores y de vecinos y Federación de Municipios y Provincias), grupos parlamentarios y plataformas sanitarias, desarrollando su labor entre enero y abril de 2019 a partir de los documentos aportados por sociedades científicas, colegios, consejos profesionales y plataformas.

Las propuestas, articuladas en el trabajo de tres los tres grupos mencionados, versaron sobre «Planificación Estatutaria de la Atención Primaria» (Grupo 1), «Organización de la Atención Primaria» (Grupo 2) y «Atención Continuada, formación e incentivación» (Grupo 3). Su idea prendió y adquirió un perfil definido cuando, el 7 de mayo de 2019, el Boletín Oficial del Estado publicó la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de

56 https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100Detalle/1284663638052/_/1285008614204/Comunicacion

Sanidad y Consumo, por la que ve la luz el *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*, entre cuyas conclusiones se alza una con especial pujanza: «urge dar un nuevo impulso a la Atención Primaria de Salud, para que renueve su liderazgo como eje del sistema sanitario y como agente de la ciudadanía ante el mismo».

Decanta, de este modo, alguna de las bases de cuanto más tarde figurará en el Documento Marco, pues cabe ya leer iniciativas donde se destaca la necesidad de acometer los «cambios normativos necesarios para definir un nuevo ámbito de Atención Primaria y Comunitaria de Salud»; entre otros, los atenientes a personal y organización administrativa. Dentro de los primeros, la necesidad de «definir perfiles profesionales sanitarios y no sanitarios, funciones y servicios a desarrollar y ratios aceptables de coordinación»; potenciar «el trabajo colaborativo con agentes de salud comunitarios, como pueden ser las/os farmacéuticas/os, comunitarias/os y otras/os»; fijar «criterios sobre el número de personas adscritas a un Equipo de Atención Primaria (EAP), teniendo en cuenta principalmente las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población»; establecer «procedimientos normalizados de gestión de la demanda según el motivo de consulta, que permitan potenciar el principio de subsidiaridad a cada EAP»; en fin, promover «acuerdos interprofesionales explícitos acerca de la distribución de roles en el seno de los EAP». Entre los segundos, la clasificación de los consultorios locales en consultorios rurales de agrupación y consultorios de proximidad, sin detrimento de la atención domiciliaria y con la imprescindible colaboración de distintas consejerías, ayuntamientos, diputaciones y otras entidades.

Una presentación del contenido del *Documento Marco* que sintetice sus aspectos más destacados llevará, reformulando su esquema, a distinguir tres tipos de actuaciones fundamentales:

1. En el marco de las organizativas, la más trascendente consiste en concentrar la asistencia médica en el centro de salud y en un número pequeño de consultorios locales, que pasarán a denominarse consultorios rurales de agrupación (CRA), siendo conocidos los restantes como consultorios de proximidad (C-PROX).

   De este modo, en cada zona básica de salud se llevará a cabo un estudio que determine la pertinencia de establecer CRA. En el caso de que así proceda, y en función de la dispersión y la población de la zona, se decidirá el número de CRA necesarios, su ubicación, así como las localidades y C-PROX asignados a cada uno de ellos. A tal fin, procederá tener en cuenta las siguientes premisas: a) que el tiempo de desplazamiento desde las localidades donde están ubicados los C-PROX a los CRA no supere los 30 minutos; b) que tenga lugar con la mayor agregación posible para garantizar los objetivos asistenciales; y c) las circunstancias específicas de la zona.

Una vez determinados los CRA, procederá identificar en cada zona básica los consultorios locales que por sus características pueden constituirse como CRA, sopesando dos tipos de índices: en primer lugar, y como criterios principales, disponer de espacio suficiente para las consultas de medicina, enfermería y sala de espera, así como de conexión a red para impulsar la receta electrónica y trabajar *on-line* (o previsión a corto plazo de disponer de ella); en segundo término, y llamados a operar de manera secundaria (o de ajuste, a fin de que permitan perfeccionar y adecuar a las características de la zona la selección inicial), la ubicación en un enclave geográfico estratégico desde el punto de vista logístico para optimizar los desplazamientos de profesionales y pacientes, la existencia de farmacia en la localidad y otros factores diversos, tales como los demográficos, los epidemiológicos, los socioeconómicos, las características particulares de la zona (accesos, climatología o población flotante) y un etcétera que intencionadamente queda abierto.

Tras esta identificación primera, procederá la de los C-PROX, efectuando una valoración de la inversión requerida para la adecuación de las instalaciones que se habrá de acometer de forma conjunta con la entidad local responsable; procediendo, a renglón seguido, a adaptar las demarcaciones asistenciales a la nueva realidad organizativa.

Tal imprescindible elemento estructural se corresponde con el establecimiento de la nueva organización de los EAP en las zonas. Así, y amén de implantar en todas ellas el sistema de cita previa, dos cuestiones completan este intento de superar el déficit fundamental detectado y calificado como de «fragmentación asistencial»: de una parte, la garantía mínima en la atención; de otra, la concreción de las actuaciones particulares sobre el personal que se entienden imprescindible.

Por cuanto corresponde a los servicios, y siempre bajo la idea de potenciar en todos los niveles la consulta concertada (ya a través de la cita previa, ya acordada con el profesional, lo cual conlleva una implicación trascendente de las unidades administrativas), las decisiones fundamentales adoptadas son las tres siguientes: la atención continuada se ha de seguir prestando en el centro de salud; en el centro de salud y en los CRA se dispensará a diario, tanto por el personal médico como por el de enfermería; por último, la atención en los C-PROX tendrá lugar en función de las necesidades sanitarias de la población, bien a petición de los usuarios, bien por iniciativa de los profesionales, siendo su frecuencia la resultante de la conjunción de diversos parámetros, entre los cuales destaca la población con tarjeta individual asignada, la estratificación poblacional, la epidemiología o la existencia de farmacia.

En lo atinente a la organización del personal, el *Documento Marco* entiende necesario acometer un cambio en la organización de los EAP, redefiniendo sus funciones y modificando su organización. En

particular, a su coordinador se le deberá dotar de funciones de ordenación y decisorias en la organización de la actividad asistencial que deben prestar los profesionales a toda la población, configurándolo como un verdadero director de equipo. En cuanto tal, organizará la actividad (asistencial y no asistencial) de la zona, en función de los profesionales de que se disponga en cada momento, asegurando que tanto las consultas del centro de salud como las de los CRA sean atendidas y, además, se desarrollen otras actividades, asistenciales o no asistenciales, entre las cuales cabrá señalar la realización de técnicas y procedimientos (ecografía, cirugía menor, retinografía, etc.), la atención de pacientes con enfermedades crónicas y que requieran cuidados paliativos en sus domicilios o las actividades de educación para la salud e intervenciones comunitarias, así como de formación, docencia o investigación.

De este modo, cabrá aspirar al resultado pretendido de «un equipo de salud para una zona básica de salud», pues el EAP se responsabiliza de proporcionar solución satisfactoria a las necesidades asistenciales de toda la población de la zona, y cada profesional prestará atención diaria a la población que se le asigne, bien desde el centro de salud o desde el CRA, bien acudiendo a los C-PROX, siempre y cuando exista una necesidad asistencial sentida detectada por el paciente (cita previa a demanda) o por el médico o la enfermera (cita concertada); manteniéndose, en todo caso, la atención a domicilio si resultara necesaria.

2. En el ámbito asistencial dos son las finalidades pretendidas: potenciar los cuidados (con particular referencia a las enfermedades crónicas a través del personal de enfermería, acercando la atención a su entorno —en particular si precisan cuidados complejos— y dirigiendo los esfuerzos a evitar desplazamientos e ingresos hospitalarios innecesarios) y fomentar una actividad proactiva de los profesionales, procurando que toda su actividad esté previamente concertada con el paciente. Ambas actuaciones a completar con la incorporación de los cuidadores sociales a través de agentes de salud comunitarios y la colaboración con las instituciones locales.

   En este sentido, y si bien se mantienen en su configuración actual la atención a domicilio y la actividad de cuantos integran las Unidades de Área (matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales), se redefinen las correspondientes a médicos y personal de enfermería. La de los primeros se concentra en el centro de salud y en el CRA, desplazándose al C-PROX si se establece en la ocasión, siempre y cuando exista una necesidad sentida por las personas interesadas (cita previa a demanda) o detectada por el profesional (cita concertada). La de los segundos, además de la asistencia a diario en el centro de salud o CRA, contemplará la correspondiente a los C-PROX con la frecuencia

considerada más como adecuada en función del número de tarjetas y, conforme ocurre en el supuesto anterior, también si obrara cita previa a demanda o concertada.

3. En fin, y en materia de infraestructuras y equipamiento, todos los consultorios deben cumplir el doble requisito de disponer del acceso al sistema de cita previa del SACYL y asegurar unas condiciones adecuadas de climatización, limpieza y garantías de accesibilidad. Los elegidos como CRA deberán, además, disponer de espacio suficiente para las consultas de medicina, enfermería y sala de espera (ajustándose a las necesidades de cada caso y permitiendo la versatilidad en la organización de la zona), conexión a la red SACYL, un equipamiento informático adecuado y, en fin, dotación diagnóstica adecuada, entre la cual se hace mención específica a un monitor con capacidad de realizar electrocardiograma (ECG) y a un desfibrilador semiautomático (DESA), así como a aquel equipamiento que se pueda trasladar desde el centro de salud o de otra procedencia.

Ante una situación preocupante, un marco legal realista y que apuesta por la optimización de unos recursos escasos habilita algunas propuestas como las recogidas en el *Documento Marco* en materia de sanidad. Su implantación, sin exigir apenas retoques normativos, cuenta con el aval del consenso de los principales interlocutores sociales y, sin duda, constituirá una piedra basal a la hora de intentar poner freno a la despoblación de núcleos rurales bastantes dispersos, resolviendo como mayor solvencia las cuestiones candentes que suscitan, de manera significativa, el envejecimiento y el incremento de las enfermedades crónicas.

CAPÍTULO V

SERVICIOS SOCIOSANITARIOS PARA LA POBLACIÓN DE MAYOR EDAD: LA TELEASISTENCIA. ESPECIAL REFERENCIA A CASTILLA Y LEÓN

Beatriz Agra Viforcos
Profesora TU. Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Introducción

El servicio de teleasistencia domiciliaria, como tal, no debería generar especial controversia. Se trata de un instrumento que, apoyado en la tecnología, facilita a personas con alguna necesidad de cuidado (por razón de edad o de cualquier otra causa de dependencia) el permanecer en su hogar de forma segura.

En España, como en el resto del entorno próximo, la modalidad más extendida «incluye un conjunto de equipos instalados en el hogar (una terminal telefónica, un dispositivo "manos libres", detectores de caídas, etc.), que en caso de emergencia permiten enviar una alarma a una central desde donde se pueden movilizar recursos para auxiliar al usuario»[1]; prestaciones que suelen venir completadas por la geolocalización y la alarma también fuera del domicilio.

Sin embargo, las áreas donde puede servir de apoyo son mucho más amplias y variopintas, pues se desarrolla en ámbitos como la investigación, los cuidados personales y la calidad de vida, la prevención y la seguridad, la promoción de servicios de apoyo o, por no seguir, la telemedicina (diagnós-

1 Aceros, J. C.; Leal Cavalcante, M. T. y Domènech, M.: «Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso*», Ciência & Saude Colectiva*, vol. 21, n.º 8, 2016, p. 2414 o Leal Calvalcante, M.ª T.; Aceros, J. C. y Domènech, M.: «Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios», *Educación Social. Revista de Intervención. Sococioeducativa*, n.º 51, 2012, p. 92.

tico, monitorización de la salud, terapias y soporte al tratamiento —farmacológico o no—, etc.)[2]. Además, las posibilidades que ofrece crecen día a día conforme lo hace la tecnología, de forma que, a medida que avance esta, más utilidades podrá ofrecer el recurso, sobre todo en los aspectos todavía más incipientes, como son el sanitario y el de participación social, mucho menos evolucionados que los relacionados con la ayuda en actividades cotidianas o el objetivo de proporcionar seguridad[3].

Ya hoy, como servicio social dirigido a mayores es el que cuenta con un número de usuarios más elevado[4] y la valoración que merece por parte de estos resulta —salvo contadas excepciones[5]— altamente positiva, sobre todo por la independencia, el apoyo social y la sensación de seguridad y bienestar que les proporciona[6], permitiéndoles envejecer en casa y posponiendo o evitando el temido ingreso en una residencia de ancianos *(aging in place)*. Ello no obsta, empero, para que se hayan planteado algunos problemas o discusiones a lo largo de su andadura, en particular en los últimos tiempos de transición a un modelo nuevo y más avanzado —también más invasivo—, lo que ha significado un salto cualitativo en el servicio, tal y como habrá ocasión de comprobar.

Una cuestión que encuentra trabazón natural con el discurso precedente es la referente a la telemedicina, en tanto, de entender la teleasistencia en un sentido amplio, guardaría una relación género-especie con algunos de los

2 Martínez Alcalá, C. I. *et al*.: «Information and communication technologies in the care of elderby: Sistematic review of applications aimed et patients with demetia and caregivers», *JMIR Rehabilitation and Assitive Rechnologies*, vol. 3, n.º 1, 2016, p. 6.

3 Karlsen, C.; Ludvigsen, M. S.; Moe, C. E.; Haraldstad, K. y Thygesen, E.: «Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic rewiew», *JBI Database System Rev. Implent Rep*., vol. 15, n.º 12, 2017, pp. 2913-2984.

4 Lo constatan los datos del IMSERSO: *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España* (Informe a 31/12/2021). Disponible en https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana (16/01/2023).

5 En su exposición de diferentes valoraciones a la teleasistencia, expresan también la existencia de opiniones críticas que ponen de relieve sus limitaciones y los problemas que plantea, Greenhalgh, T.; Procter, R.; Wherton, J.; Sugarhood, P. y Shaws, S.: «The organising vision for telehealth and telecare: discourse análisis», *BMJ Open*, vol. 2, n.º 4, 2012, pp. 1-12

6 Agrell, H.; Dahlberg, S. y Jerant, A. F.: «Patien's perceptions regarding home telecare», *Telemed. J. e-Healt*, vol. 6, n.º 4, 2000, pp. 409-415; López, D.: «Segurizing care. Networks, inmediacy and Independence in a home telecare service», *Athenea Digit*., vol. 164, n.º 185, 2009, p. 190; Hanson, J.; Percival, J.; Aldred, H.; Brownsell, S. y Hawle, M.: «Attitudes to telecare among older people, profesional care workers and informal carers: a preventive strategy a crisis management?», *Univers. Acess. Inf. Soc*., vol. 6, n.º 2, 2007, pp. 193-205 o Bofill Poch, S.: «Cuidado formal e informal en Cataluña. Un análisis de la percepción de las mujeres mayores en relación a sus derechos y obligaciones en materia de cuidados y atención», *Etnográfica*, vol. X, n.º 2, 2006, pp. 263-281.

componentes de aquella, tales como la telepresencia, la teleconsulta paciente-médico —vía telefónica u online—, la televigilancia o telemonitoreo o el tratamiento no farmacológico de ciertas enfermedades[7].

Si bien es cierto que la teleasistencia se ha movido en el ámbito de los servicios sociales y la telemedicina en el de la asistencia sanitaria, se está produciendo una hibridación que se detecta fácilmente desde una perspectiva cronológica: la teleasistencia social progresó desde la telealarma (primera generación) hasta la teleasistencia básica y, ya incluyendo cierto enfoque sanitario, la avanzada (segunda generación) para auspiciar, en una última etapa, algunas modalidades de telemedicina (tercera generación)[8]. Por consiguiente, la telemedicina puede existir al margen de la teleasistencia, pero es de prever que cada vez se presenten más habitualmente de forma combinada en la práctica de los servicios sociosanitarios[9].

Sentado lo anterior, cabe constatar que esta telemedicina sí es fuente de superior controversia social. Algo que no puede causar extrañeza, en la medida en que, de ordinario, la visión que de ella se tiene viene limitada prácticamente a la consulta telefónica, cuya generalización a raíz de la reciente pandemia por coronavirus (COVID-19) ha venido para quedarse. Sin embargo, el potencial de esta herramienta es claramente muy superior y está aún por explorar, pudiendo jugar un rol muy relevante en el futuro. De hecho, parece que será obligado transitar esta senda, pues lo cierto es que, en un contexto de cierre de ambulatorios, asistencia sanitaria a demanda en núcleos rurales, recortes, insuficiencia de personal… esta telemedicina puede ofrecer una oportunidad para acercar la atención médica a la España vaciada (es decir, a una población envejecida, rural y dispersa) en un contexto de verdadero riesgo de desmantelamiento de la sanidad rural.

Las soluciones asistenciales basadas en telemedicina se han venido proponiendo desde hace años como forma especialmente conveniente para incrementar la accesibilidad, reduciendo las consultas físicas y el tiempo de

---

7 Componentes relevantes a los efectos de este estudio, lo que no impide recordar que también se integran dentro del concepto la telecirugía, la teleeducación o la interconsulta (consulta entre médicos), Ruiz Ibáñez, C.; Zuluaga da Cadena, A. y Trujillo Zea, A.: «Telemedicina: introducción, aplicación y principios de desarrollo», *CES Medicina*, vol. 21, n.º 1, 2007, pp. 79-81 o Sánchez Losada, J. A.: *Aspectos éticos y médico-legales de la telemedicina: la consulta médica telefónica*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria), 2011, pp. 18-19.

8 Martínez Isasi, S.: *Estudio de las condiciones sociosanitarias de una población de personas mayores usuarias de un servicio de teleasistencia*, tesis doctoral, Universidade da Coruña (Departamento de Medicina), 2013, pp. 29-30.

9 «Las aplicaciones de teleasistencia a menudo se complementan con telemedicina, ofreciendo la posibilidad de monitorizar el paciente y la comunicación con el clínico ante los cambios objetivados», Ciudad, M. J. y Sáez, I.: «Aplications de les TIC per al suport de l'envelliment i a demència: estat actual y experiencies», *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, vol. 30, n.º 1, 2012, p. 147.

traslado que implican[10]. Hoy, aunque subsisten barreras que impiden que desarrolle todo su potencial (relacionadas con la reglamentación y derivadas del factor humano, que conducen a una cierta reticencia)[11], aquella es tecnológicamente capaz de proporcionar una prestación de servicios relacionados con la salud que incluye la comunicación e intercambio de información (de forma síncrona o asíncrona), el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, la monitorización de constantes… de manera remota[12]. De hecho, se ha revelado especialmente útil no solo para detectar situaciones de riesgo y fomentar la vida autónoma en el hogar, sino también de forma específica en relación con algunos tipos de patologías; señaladamente, enfermedades crónicas de diversa etiología que se benefician de una supervisión constante y un contacto más cercano con el clínico[13] (diabetes[14], EPOC[15], hipertensión[16], insuficiencia cardíaca[17]…), así como casos de demencia o Alzheimer, ya en

10 Pérez Martínez, D. A.: *Evolución y desarrollo de una consulta médica virtual en un servicio de neurología: consulta de visita única y evaluación virtual de resultados*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid (Facultad de Medicina), 2019, p. 26.

11 Schmitz, A.: *Análisis internacional de la intención de uso de las vídeo consultas médicas: una adaptación de la teoría UTAUT2*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid (Departamento de Financiación e Investigación Comercial), 2019, p. 57.

12 «La receta electrónica, la consulta por correo electrónico de un paciente a un médico o realizada a distancia son ya ejemplos de telemedicina. Los pacientes crónicos son los usuarios que a menudo se benefician más de estos servicios», Ciudad, M. J. y Sáez, I.: «Aplications de les TIC per al suport de l'envelliment i a demència: estat actual y experiencies», *cit*., p. 147.

13 Monitorizar las enfermedades crónicas permite acceder a datos reales y fiables en relación con los hábitos de los pacientes y su adhesión a los tratamientos, lo que redundará en una mejora de la atención sanitaria y, por ende (al menos en teoría), de la salud, Paré, G.; Jaana, M. y Sicotte, C.: «Systematic review of home telemoritoring for chronic diseases: the evidence base», *Journal o the American Medical Informatics Association*, n.º 14, 2007, pp. 269-277.

14 Siriwardena, L. S. *et al*.: «A review of telemedicine interventions in diabetes care», *Journal of Telemedicine and Telecare*, n.º 18, 2012, pp. 164-168 o Polisena, J. *et al.*: «Home telehealth for diabetes management: A systematic review and meta-analysis», *Diabetes, Obesity and Metabolism*, vol. 11, n.º 10, 2009, pp. 913-930.

15 Polisena, J. *et al*.: «Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 16, n.º 3, 2010, pp. 120-127.

16 Parati, G. y Omboni, S.: «Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: An update», *Blood Pressure Monitoring*, vol. 15, n.º 6, 2010, pp. 285-295; Verberk, W. J.; Kessels, A. G. y Thien, T.: «Telecare is a valuable tool for hypertension management, a systematic review and meta-analysis», *Blood Pressure Monitoring*, vol. 16, n.º 3, 2011, pp. 149-155 o García-Lizana, F. y Sarría-Santamera, A.: «New technologies for chronic disease management and control: A systematic review», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 13, n.º 2, 2007, pp. 62-68.

17 Seto, E.: «Cost comparison between telemonitoring and usual care of heart failure: A systematic review», *Telemedicine Journal and e-Health*, vol. 14, n.º 7, 2008, pp. 679-686 o

su calidad de herramienta de apoyo a los cuidadores, ya ofreciendo la posibilidad de acceder a recursos de rehabilitación o estimulación cognitiva o social[18].

II. Castilla y León como ejemplo que permite visibilizar las virtudes de la teleasistencia y la telemedicina

Resulta ya un lugar común la afirmación relativa al problema del envejecimiento y sobreenvejecimiento[19] de la población española. También, que esta situación supone un reto para los sistemas orientados a la atención de las personas vulnerables, no en vano los ancianos se ven singularmente amenazados por el riesgo de convertirse en dependientes debido a su fragilidad, la habitual presencia de procesos patológicos crónicos o degenerativos, el superior riesgo de accidentes cerebrovasculares, etc.[20] En efecto, el proceso de envejecimiento no solo convierte a quien lo transita en especialmente sensible al padecimiento de ciertas enfermedades (en particular aquellas afecciones más usuales en esta etapa final de la vida, tales como demencias, artritis, osteoporosis, hipertensión, problemas cardíacos y circulatorios o dificultades visuales y auditivas), sino que implica en sí mismo un natural deterioro general de las funciones fisiológicas de la persona[21], lo que trae aparejadas ciertas dificultades para conservar la plena autonomía y, por ende, la necesidad de auxilio para poder permanecer en el domicilio de forma segura.

Ahora bien, lejos de tratarse de un «segmento sociológico homogéneo», presenta múltiples subvariables[22]; no ya solo en atención a edad, género o

---

Polisena, J. *et al*.: «Home telemonitoring for congestive heart failure: A systematic review and meta-analysis», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 16, n.º 2, 2010, pp. 68-76.

18 Ciudad, M. J. y Sáez, I.: «Aplications de les TIC per al suport de l'envelliment i a demència: estat actual y experiencies», *cit*., p. 147 y Klimova, B.; Valis, M. y Kuca, K.: «Exploring assistive technology as a potential beficial intervention tool for people with Alzheimer's disease – A sistematic review», *Neuropsychiatric disease and treatment*, n.º 14, 2018, pp. 3151-3158

19 «Al analizar la estructura por edades entre la población mayor, se observa que también en este intervalo… las cosas están cambiando: la vejez también envejece… las edades más avanzadas, muy minoritarias hasta hace poco, son las que hoy aumentan más rápidamente en volumen y también en proporción», Pérez Díaz, J. y Abellán García, A.: «Envejecimiento demográfico y vejez en España», *Panorama Social*, n.º 28, 2018, pp. 30-31.

20 Ciudad, M. J. y Sáez, I.: «Aplicacions de les TIC per al suport de l'envelliment i a demència: estat actual y experiencies», *cit*., p. 146.

21 Cavas Martínez, F.: «Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *Aranzadi Social*, n.º 13, 2006, p. 13 (formato electrónico).

22 Rueda Estrada, J. D.: «Las personas mayores en el mundo rural. Una ventana a la espe-

situación, sino también por razón del lugar de residencia, en tanto el binomio urbano-rural va a ser determinante para identificar dos modelos bien distintos de vejez, no en vano el entorno rural plantea superiores retos que el urbano para garantizar la asistencia sociosanitaria de los ancianos[23].

La progresiva «urbanización de la vejez» (una superior proporción del colectivo de «mayores» reside en ciudades)[24] es compatible con el fenómeno paralelo dado por el especial envejecimiento de los entornos rurales una vez el montante de población mayor es puesto en relación con la total del municipio o localidad[25]. Esta circunstancia actúa en aviesa combinación con la despoblación de estas áreas y con un particular atraso socioeconómico (conforme reconoce el Preámbulo de la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural[26]) para generar dificultades en los sistemas orientados a la atención de las personas de mayor edad o, en general, dependientes.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León puede servir como excepcional exponente de lo indicado, toda vez que, según datos del INE correspondientes a 2022[27], es la tercera comunidad autónoma con mayor índice de envejecimiento (solo por detrás de Asturias y Galicia), situándose en 211,41, muy lejos de la cifra de 133,48 correspondiente al total nacional. Es más, de atender, en exclusiva, al porcentaje de población con edad igual o superior a los 80 años, Castilla y León pasa a ser la primera de un ranking en el que le siguen las otras dos CC.AA. citadas. En fin, en caso de tomar como indicador de referencia la media de edad de la población, el resultado no dista mucho de lo hasta ahora reseñado, pues solo Asturias (donde se concreta en 48,54 años) se ubica por delante de Castilla y León (47,14 años).

---

ranza», *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, marzo, 2016, p. 27. Disponible en: http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_ra16b_jdrueda_las-personas-mayores-en-el-mundo-rural.pdf (16/01/2023).

23 Sobre estas diferencias, entre otros, Agulló-Tomás, M. S.; Zorrilla-Muñoz, V. y Gómez-García, M. V.: «Aproximación socio-espacial al envejecimiento y a los programas para cuidadoras/es de mayores», *INFAD. Revista de Psicología*, n.º 1, 2019, pp. 213-214 o Monreal Bosch, P.; Del Valle Gómez, A. y Serda Ferrer, B.: «Los grandes olvidados: las personas mayores en el entorno rural», *Intervención Psicosocial*, vol. 18, n.º 3, 2009, p. 271.

24 Pérez Díaz, J. y Abellán García, A.: «Envejecimiento demográfico y vejez en España», *cit*., pp. 26-27 y 39.

25 Tal y como reflejan los datos estadísticos, el envejecimiento es «mucho más acentuado en el mundo rural», Pérez Díaz, J.; Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D.: «Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos», *Informes Envejecimiento en red*, n.º 25, 2020, pp. 9 y 11.

26 Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2007/12/13/45/con.

27 INE: *Indicadores demográficos básicos*. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195553 (12/01/2023).

	ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	MEDIA DE EDAD DE LA POBLACIÓN	POBLACIÓN DE 80 AÑOS O MÁS (%)
Asturias	239,97	49,07 años	8,39 %
Galicia	213,54	48,01 años	8,82 %
Castilla y León	211,40 (3.ª)	48,14 años (2.ª)	9,17 % (1.ª)
Cantabria	173,04	46,43 años	7,06 %
País Vasco	164,10	46,09 años	7,34 %
Extremadura	151,99	45,14 años	6,94 %
Aragón	151,66	45,29 años	7,39 %
La Rioja	145,08	45,00 años	7,00 %
Canarias	133,86	43,68 años	4,58 %
ESPAÑA	*133,46*	*44,07 años*	*6,08 %*
Com. Valenciana	132,63	44,04 años	5,76 %
Navarra	128,07	43,83 años	6,35 %
Cataluña	123,73	43,32 años	5,92 %
Castilla-La Mancha	123,56	43,66 años	6,45 %
Madrid	117,72	43,00 años	5,54 %
Andalucía	111,82	42,71 años	4,94 %
Baleares	108,83	42,27 años	4,42 %
Murcia	92,50	41,21 años	4,70 %
Ceuta	65,50	38,66 años	3,42 %
Melilla	48,80	36,29 años	2,93 %

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

La imagen de los datos por provincia obrantes en el INE no es mucho mejor. Todas las de Castilla y León tienen un índice de envejecimiento, una media de edad y un porcentaje de habitantes de 80 años (o más) muy superiores al nacional. De hecho, de las diez provincias donde los números son más elevados, seis pertenecen a esta comunidad autónoma.

	ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO	MEDIA DE EDAD DE LA POBLACIÓN
1.º Zamora	317,69	51,33
2.º Orense	309,59	51,19
3.º Lugo	278,81	50,36
4.º León	253,17	49,56
5.º Asturias	239,97	49,07
6.º Salamanca	227,28	48,68
7.º Palencia	226,21	48,59
8.º Ávila	206,15	47,99
9.º A Coruña	204,58	47,72
10.º Soria	198,12	47,67
ESPAÑA	*133,46*	*44,07*

	POBLACIÓN DE 80 AÑOS O MÁS (%)
1.º Zamora	12,17 %
2.º Orense	12,09 %
3.º Lugo	11,41 %
4.º León	10,31 %
5.º Salamanca	10,14 %
6.º Soria	9,95 %
7.º Ávila	9,60 %
8.º Teruel	9,24 %
9.º Palencia	8,73 %
10.º Cuenca	8,66 %
ESPAÑA	*6,08 %*

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE.

También es un rasgo destacado del territorio castellano y leonés la enorme importancia del medio rural. De nuevo atendiendo a la información obrante en el INE, esta comunidad autónoma, pese a su enorme extensión, solo cuenta con dieciséis municipios de más de 20.000 habitantes. El porcentaje de los que tienen menos de 5.000 se sitúa en el 97,3 % del total autonómico, por lo que se coloca en cabeza y muy lejos de la cifra correspondiente al con-

junto de España (83,9 %)[28]. Por cuanto hace al porcentaje de población que reside en este tipo de municipios, según el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, en Castilla y León tal es la situación del 30,3 %, por detrás de Extremadura (36,1 %), frente al escaso 9,5 % nacional[29].

	PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON MENOS DE 5000 HABITANTES	PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE RESIDE EN MUNICIPIOS CON MENOS DE 5000 HABITANTES
Castilla y León	**97,3 %**	**30,3 % (2.ª)**
Aragón	96,6 %	22 % (5.ª)
La Rioja	94,8 %	17,5 % (6.ª)
Navarra	92,3 %	23,9 % (4.ª)
Castilla-La Mancha	91,6 %	26,7 % (3.ª)
Extremadura	91 %	36,1 %
ESPAÑA	*83'9 %*	*9,5 %*

Además, de conformidad con los datos proporcionados por el mentado Ministerio, aunque «solo» el 27,7 % de los municipios españoles se localizan en Castilla y León, en este territorio están el 52,5 % de municipios de España con menos de 101 habitantes. Estos pequeños núcleos poblacionales, representan el 17 % de los municipios de España y el 32,1 % de los castellano y leoneses.

En fin, con una superficie de 94.224 km^2, esta comunidad autónoma es la más grande del país, ocupando un 18,6 % del territorio; sin embargo, su población (2.370.064) solo representa el 5 % del total. Únicamente en Extremadura la densidad de población es inferior[30].

En definitiva, la población de Castilla y León se caracteriza por el envejecimiento y el sobreenvejecimiento, por un gran peso de lo rural y por una fuerte dispersión. Circunstancias todas ellas que, sin duda alguna, constituyen un enorme reto sociosanitario, pues las personas de edad avanzada residentes

28 INE: *Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2022*. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis&dh=0&capsel=1 (12/01/2023).

29 Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación: *Informe anual de indicadores agricultura, pesca y alimentación 2021*, Madrid (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación), 2022. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/indicadores_semestre.aspx (12/01/2023).

30 INE: *Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2022*. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis&dh=0&capsel=1 (12/01/2023).

en estas zonas van a encontrarse con superiores obstáculos en el acceso a los recursos y mecanismos ideados para conservar y mejorar su autonomía.

La constatación de esta circunstancia debe considerarse motivo bastante para «diseñar un modelo de atención sociosanitaria que aborde las especificidades del entorno rural y aproxime a esas personas los servicios que precisan recibir, a fin de hacer factible el principio de permanencia de la persona dependiente en el entorno en el que habitualmente desarrolla su vida»[31]. Se trata, además, de un objetivo explicitado por el legislador en la mentada Ley 45/2007, donde se concreta su voluntad de «elevar el grado de bienestar de [los] ciudadanos [del medio rural], asegurando unos servicios públicos básicos adecuados y suficientes que garanticen la igualdad de oportunidades y la no discriminación», así como los compromisos de «tomar en consideración las necesidades particulares de [estos] ciudadanos en la definición y aplicación de las políticas y medidas de protección social, adecuando los programas de atención social con el fin de garantizar su efectividad en dicho medio» y de «garantizar el derecho a que los servicios en el medio rural sean accesibles a las personas con discapacidad y las personas mayores».

Por desgracia, lo rural no se define hoy por su propia naturaleza y esencia, sino por contraposición a la ciudad, en tanto que realidad dominante[32] (no en extensión de territorio, pero sí por porcentaje de población), convertida, *de facto*, en canon de medida. Los servicios sociales no escapan a este sesgo y se diseñan siguiendo un modelo predominantemente urbano[33].

En este contexto, la teleasistencia (y también la telemedicina) está llamada a desplegar un papel fundamental en el marco de los servicios sociales y sanitarios a mayores, tal y como se ha hecho especialmente patente en los últimos tiempos. Como ya se indicó, y se podrá comprobar en las páginas

31 Y, por consiguiente, retrasando al máximo la «institucionalización» del dependiente [Cavas Martínez, F.: «Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *cit*., pp. 17 y 19]. «De nada sirve limitarse a señalar las carencias de las personas mayores que residen en las zonas rurales, así como constatar las enormes dificultades de las mismas para el acceso a unos recursos lejanos, escasos y pensados para responder a las necesidades de quienes viven en núcleos urbanos. Si tienen necesidades peculiares, precisan de actuaciones y programas diferenciados y específicos», Rodríguez Rodríguez, P.: «Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas», *IMSERSO*. *Boletín sobre el envejecimiento*, n.º 11, 2004, p. 9.

32 Rueda Estrada, J. D.: «Las personas mayores en el mundo rural. Una ventana a la esperanza», *cit*., p. 24.

33 «Es esta inexistencia o inadecuación de la oferta formal de recursos la que origina que, de manera especial en los enclaves rurales, el peso de la atención y cuidados que precisan las personas en situación de dependencia recaiga de manera abrumadora sobre la familia», la cual en muchas ocasiones ni siquiera está presente o próxima, Rodríguez Rodríguez, P.: «Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas», *cit*., pp. 3 y 7.

siguientes, se trata de un mecanismo óptimo que, junto a otros (como la ayuda a domicilio o los centros de día), puede contribuir a que la persona que envejece pueda ver satisfecha su voluntad de permanecer en su comunidad y en su domicilio, desarrollando todas sus potencialidades durante el máximo tiempo posible[34].

III. Concepto, orígenes y evolución de la teleasistencia en España

El artículo 22 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia[35], define la teleasistencia como aquel servicio, independiente o complementario al de ayuda a domicilio, que «facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento». Tal y como especifica el artículo 7 del Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)[36], sirve al objetivo de favorecer la permanencia de los usuarios en su medio habitual, para lo cual incluye medidas de accesibilidad adecuadas a cada caso.

En otras palabras, se trata de un servicio apoyado en la tecnología, dirigido a personas con alguna necesidad de cuidado (por ejemplo, por razón de edad) y que ayuda a permanecer de forma segura en el propio hogar[37]. Constituye de este modo un elemento básico de los servicios sociosanitarios diseñados por las instituciones públicas para satisfacer el objetivo del «envejecimiento en el lugar», o *aging un place*, que desde hace varios años sirve de orientación a las políticas y programas de atención a mayores[38], en lógica

34 Rojo Pérez, F. y Fernández Mayoralas, G.: «La calidad de vida en la población mayor», *Panorama Social*, n.º 28, 2018, p. 68.

35 Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con.

36 Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, disponible en: https://www.boe.es/eli/es/rd/2013/12/27/1051/con.

37 Se trata de «un servicio que implementa soluciones técnicas para envejecer exitosamente en los lugares de residencia habitual», Aceros, J. C.; Leal Cavalcante, M. T. y Domènech, M.: «Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso», *cit*., p. 2414.

38 Rowles, G. D.: «Envolving images of place in aging and "aging in place"», *Generations*, vol. 17, n.º 2, 1993, pp. 65-70; Cutchin, M. P.: «The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model», *Soc. Sci. Med*., vol. 57, n.º 6, 2003, pp. 1077-

correspondencia con el ya aludido deseo de los propios ancianos[39], deseosos de vivir en casa al menos mientras puedan[40]. Y aunque es cierto que la teleasistencia ha evolucionado mucho desde sus orígenes, esta sigue siendo su razón de ser y su fundamento último.

Aquella teleasistencia gestionada por la Cruz Roja y subsidiada por el IMSERSO desde la década de los noventa, que sería absorbida por los servicios sociales e incluida a partir de 2006 en el catálogo de mentado SAAD, ha engrosado sus prestaciones a medida que ha crecido la demanda y la tecnología lo ha permitido[41]. Ha cambiado mucho desde la originaria telealarma de los años ochenta, incorporando otras muchas prestaciones e incluyendo ya aspectos incipientes de telemedicina, aun cuando sus máximos niveles parezcan lejanos y estén llamados a desarrollarse solo en parte en el marco de la teleasistencia, dada su naturaleza mixta (asistencia sanitaria-servicio social).

El último punto de inflexión en esta transformación lo marca el paso de la teleasistencia básica a la avanzada, cuyo contenido debía ser determinado por la Comisión Delegada del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (art. 7.3 RD 1051/2013). El mandato fue cumplido en 2018, a través de la Resolución de 15 de enero, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publicó el Acuerdo del mentado Consejo sobre determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada[42].

1090; Sánchez Criado, T.: «Dwelling the telecare home. Place, location and habitability», *Sp. Cult*., vol. 12, n.º 3, 2009, pp. 343-358; o, por extenso, AA. VV. (Pastalan, L. A., Ed.): *Aging in place: the role of housing and social supports*, Nueva York (Haworth Press), 1990.

39 Es común el deseo de los ancianos de «envejecer en su propia casa y en su entorno habitual de residencia, el que ha ocupado generalmente a lo largo de su vida y compartido con los miembros de su familia" [Rojo Pérez, F. y Fernández Mayoralas, G.: "La calidad de vida en la población mayor», *cit*., p. 68]. Consideración generalizada entre la doctrina que se ha ocupado de la cuestión; entre otros, Sancho Castiello, M. y Díaz Martín, R.: «Atención a las personas mayores en su entorno: teleasistencia, ayuda a domicilio y centros de día», *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 30, 2007, p. 162 o Aceros, J. C.; Leal Cavalcante, M. T. y Domènech, M.: «Identidad de lugar en usuarios de teleasistencia: un análisis conversacional», *Revista Lationoamericana de Psicología*, vol. 45, n.º 1, 2013, p. 82.

40 La opción por el envejecimiento en casa es la alternativa deseada por la mayoría de las personas mayores, pero esta visión se complementa con su variante del envejecimiento normal o «en casa mientras pueda» y su opuesto, el envejecimiento inseguro o «la casa como entorno peligroso», Aceros, J. C.; Leal Cavalcante, M. T. y Domènech, M.: «Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso», *cit*., pp. 2415-2418.

41 Sobre sus orígenes y la posterior inclusión en el catálogo de servicios sociales, Ciudad, M. J. y Sáez, I.: «Aplicacions de les TIC per al suport de l'envelliment i a demència: estat actual y experiencies», *cit*., p. 146.

42 Resolución de 15 de enero de 2018, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y

Mientras la teleasistencia básica ha venido ofreciendo un servicio homogéneo para todos los usuarios que incluye la telealarma, información sobre cuestiones de interés, comunicaciones de seguimiento y cortesía, agenda y apoyo emocional, la avanzada aporta un plus, pues se sirve del avance tecnológico para proporcionar un apoyo personalizado en el que la interconexión con los servicios sociales y sanitarios es más intensa.

Es decir, no se aplica ya un mismo protocolo, ni se sigue un único proceso, sino que, situando a la persona como centro, los servicios prestados se adaptan a sus necesidades y preferencias, teniendo en cuenta, por ejemplo, los hábitos de vida, el estado de salud (física y psíquica), la situación personal y grado de autonomía, la posible presencia de barreras arquitectónicas, la existencia o no de convivientes, el lugar de residencia, las redes de apoyo social, etc. De esta forma, el sistema hace propio el conocido como Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP)[43], que reduce la cosificación y la despersonalización y tiene un indudable efecto en el plano psicosocial[44], al favorecer que la atención no se centre solo en las necesidades físicas y asistenciales, sino también en las relacionales, emocionales… De este modo se produce un refuerzo de la autoestima y la autoeficacia que, además, puede incrementar los niveles de lucidez y de autocuidado[45].

A tal fin, se incorporan como posible contenido de la teleasistencia avanzada prestaciones en el propio domicilio (supervisión remota —detección de patrón de actividad, generación de alertas…—, detección de riesgos o emergencias —escapes, incendios…— o detección de alteración en los hábitos e incidencias —caídas…—) y fuera de este (supervisión remota y teleasistencia móvil con geolocalización), así como otras de colaboración sociosanitaria (gestión de citas médicas; integración entre plataformas de teleasistencia y los sistemas de salud y sociales; definición de procesos y protocolos de información, derivación, actuación… en coordinación con otros servicios sociosanitarios; en fin, telediagnóstico, teleconsulta sociosanitaria, teleestimulación cognitiva y telerehabilitación). También pueden incluirse programas de atención psico-

del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada, disponible en https://www.boe.es/eli/es/res/2018/01/15/(1)

43 Sobre el origen y desarrollo de esta perspectiva, Rodríguez Rodríguez, P.: «La atención integral centrada en la persona (Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia)», *Informes Portal Mayores*, n.º 106, 2010, pp. 1-17.

44 Edvardsson, D.; Windblad, B. y Sandman, P. O.: «Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward», *The Lancet Neurology*, vol. 7, n.º 4, 2008, pp. 362-367.

45 Norman, H. K.; Norberg, A. y Asplund, K.: «Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia», *J. Adv. Nurs*, vol. 39, n.º 4, 2002, pp. 370-376 o «Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study», *J. Clin. Nurs*., n.º 14, 2005, pp. 891-896.

social, de promoción de envejecimiento activo, de prevención/detección del deterioro cognitivo y/o de telemonitorización de enfermos crónicos, así como protocolos de atención en situaciones de duelo, atención ante contingencias y catástrofes, prevención del maltrato y prevención del suicidio.

Como fácilmente cabe intuir, ello implica que deben ponerse a disposición del usuario diversos elementos tecnológicos. Así, conforme recoge la propia Resolución, detectores de caídas, escapes de gas, de agua, de fuego, convulsiones, enuresis y otras; pulsera con funciones de localización y alerta de zona; dispositivo móvil con las funcionalidades de pulsera y la posibilidad de emisión y recepción de comunicaciones (por ejemplo, videocomunicación); *smartphone* o *tablet* para la recepción de mensajes y eventos, agenda, comunicación de incidencias o envío de pictogramas y mensajes preestablecidos; aplicación móvil de teleasistencia *(app)* para gestionar o solicitar los servicios o, en fin, otras soluciones tecnológicas necesarias.

IV. Aspectos controvertidos de la teleasistencia y la telemedicina

El potencial del instrumento para permitir el envejecimiento en el domicilio no obsta, sin embargo, para que a lo largo de su andadura la teleasistencia haya planteado algunos problemas que se han superado solo en parte.

Para comenzar, se han resaltado implicaciones éticas de hondo calado. Así, los problemas que pueden generarse en la esfera de la intimidad, sobre todo a partir de la implantación de la teleasistencia avanzada, que en su máxima expresión permite una gran invasión de la esfera domiciliaria y privada. Con todo, cabe identificar la existencia de cierto equilibrio entre la restricción a la intimidad y los beneficios que con ello obtienen los usuarios. Por tanto, pese a ese componente invasivo, no debe dejarse de lado en la ponderación ni la utilidad que el servicio reporta para los beneficiarios, ni la elevada consideración que merece por parte de estos.

Tampoco cabe olvidar el riesgo de que la atención remota a los mayores de zonas rurales acabe por traer aparejado un efecto secundario contrario a lo pretendido, de forma que el limitado contacto humano que muchas veces padecen estas personas acabe viéndose todavía más restringido en el convencimiento de que están suficientemente atendidas. Por tanto, procede tener siempre presente que el paradigma del *aging in place no* «puede servir de excusa para disminuir los recursos públicos destinados al cuidado de las personas mayores», pues, si no se acompaña del ofrecimiento de otros servicios y apoyos, puede conducir a situaciones de soledad y abandono[46]. Entre otras posibles acciones, es impor-

46 Aceros, J. C.; Leal Cavalcante, M. T. y Domènech, M.: «Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso», *cit.*, p. 2419.

tante promover la realización de actividades comunes, facilitando transporte y fomentando la asistencia, así como valorar las situaciones en las que conviene combinar la teleasistencia con la ayuda a domicilio.

Desde un punto de vista meramente tecnológico (pero con innegables implicaciones en el ámbito de la igualdad y la discriminación), es preciso hacer mención la brecha digital entre el mundo urbano y el rural (siendo este último el que más beneficios podría obtener del servicio), así como la derivada de la edad[47]. De ellos son conscientes los poderes públicos, motivo por el cual se invierte en la extensión de la cobertura de internet y se intenta que los dispositivos y *apps* empleados en teleasistencia resulten amigables para las personas mayores y adaptadas a sus características. A estos efectos, procede recordar que esa amigabilidad en relación con la situación de cada usuario es reclamada por la Resolución de 2018; también, que las directrices de calidad de la teleasistencia, al albur de las pautas reclamadas por el artículo 7 del Real Decreto 1051/2013, remarcan la exigencia de la accesibilidad, entendida como «grado en los que los productos, sistemas, servicios, entornos e instalaciones pueden ser usados por los miembros de una población que tengan el espectro más amplio de características y capacidades para alcanzar una meta específica en un contexto específico» (apartado 3.1 de la Norma UNE 158401:2009, relativa a la gestión del servicio de teleasistencia).

En los planos jurídico y de gestión también se han detectado estos años algunos obstáculos. El primero, la coexistencia de dos vías de acceso, pues, según ya se indicó, la prestación, desarrollada en el marco de los servicios sociales desde los noventa, fue incorporada al catálogo de servicios de la Ley 39/2006, aunque condicionando el disfrute al reconocimiento de un grado de dependencia. El resultado ha sido la coexistencia de dos vías de acceso: la tradicional y la prestada a través del SAAD, a consecuencia de lo cual, siendo la población diana idéntica, han venido variando, empero, los requisitos. Además, existe una gran disparidad territorial, pues las CC.AA. ofrecen distintas formas de gestión (sea en su catálogo de servicios sociales, sea como prestaciones del SAAD) y diferentes previsiones respecto a los potenciales beneficiarios o a la financiación (con efectos para los usuarios, que pueden serlo gratuitamente o bajo copago), a lo que se añade la máxima disparidad a nivel municipal[48]. Esta situación ha generado a lo largo del tiempo duplici-

47 «En el conjunto de la población nos encontramos con un colectivo que, *a priori*, podría ser susceptible de exclusión social respecto a las TIC al presentar unas menores tasas de conocimiento, accesibilidad, acceso económico, estereotipos y actitudes como son las personas mayores», las cuales, de hecho, aunque ven con buenos ojos estas mejoras tecnológicas que pueden redundar en una mayor autonomía y mejor salud, también «muestran preocupación por la facilidad de uso» y por «la formación para su uso», Martínez Isasi, S.: *Estudio de las condiciones sociosanitarias de una población de personas mayores usuarias de un servicio de teleasistencia*, *cit*., pp. 29-30.

48 Leal Calvalcante, M. T.; Aceros, J. C. y Domènech, M.: «Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios», *cit*., pp. 92 y 96-97.

dades, yuxtaposición de trámites o distintos problemas de descoordinación entre administraciones; problemática agravada por cierta falta de armonía entre los sistemas público y privado y entre los espacios de cuidado formal e informal[49].

La valoración crítica de la telemedicina, por su parte, plantea también aspectos específicos abiertos a la reflexión. Para empezar, la constatación de un hecho innegable: apurar las posibilidades ofrecidas por este instrumento exige formación y una intervención tecnológica considerable, tanto en los centros sanitarios como a disposición de los potenciales beneficiarios[50], algo que parece todavía lejano.

Además, las posibles ventajas de la telemedicina (accesibilidad, monitorización más estricta —con la consiguiente sensación de seguridad—, diagnóstico e intervención temprana con un menor coste en la atención, desarrollo de nuevos mercados…) no obstan para la existencia de algunos aspectos negativos pues, por una parte, un mayor acceso al cuidado no implica automáticamente mejores resultados en salud (si bien es cierto que los estudios revelan que, al menos, no se ha producido un empeoramiento), y, por otra, la reducción de costes puede acabar siendo neutralizada «por un superior consumo de pruebas u otros recursos generados por la inmediatez de la atención o la distancia para la evaluación»[51]. En fin, es obvio que subsisten actuaciones que necesariamente deben desarrollarse de forma presencial, por lo que la medicina a distancia habrá de continuar siendo solo un complemento[52].

A todo ello se suma la necesaria consideración de los innegables inconvenientes que plantea la más extendida forma de telemedicina (excepción hecha de la receta digital): la consulta telefónica. Se trata esta de una atención «a distancia» que, conforme denuncian los propios médicos, puede presentar algunos riesgos (legales y de seguridad) derivados del estado del enfermo, observado desde un punto de vista muy subjetivo (por conversación con él o incluso a través de un tercero); los obstáculos que entraña la ausencia de comunicación no verbal para matizar la información; el alto nivel de incertidumbre para el médico que no ve al enfermo; la frecuencia del con-

49 Sancho Castiello, M. y Díaz Martín, R.: «Atención a las personas mayores en su entorno: teleasistencia, ayuda a domicilio y centros de día», *cit*., p. 172.

50 Ya hace algunos años efectuaban una somera recopilación de requerimientos para la implantación de la telemedicina, González Armengol, J. J.; Cariccondo, F.; Migorance, C. y Gil-Loyzaga, P.: «Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos», *Emergencias*, n.º 21, 2009, pp. 291-292 o Ruiz Ibáñez, C.; Zuluaga de Cadena, A. y Trujillo Zea, A.: «Telemedicina: Introducción, aplicación y principios de desarrollo», *cit*., pp. 85-87.

51 Pérez Martínez, D. A.: *Evolución y desarrollo de una consulta médica virtual en un servicio de neurología: consulta de visita única y evaluación virtual de resultados*, *cit*., p. 27.

52 Schmitz, A.: *Análisis internacional de la intención de uso de las vídeo consultas médicas: una adaptación de la teoría UTAUT2*, *cit*., p. 56.

sejo sobre medicamentos (indicación, pauta y administración); la habitual ausencia de un seguimiento posterior adecuado; las dificultades para una correcta identificación de los pacientes y la información que estos aportan; los problemas para seguir escrupulosamente las directrices de la legislación de protección de datos; etc[53].

Cuestiones todas ellas que deben ser analizadas y valoradas con detalle para plantear una adecuada gestión, diseñar un marco legal claro y asumir unos principios éticos incuestionables[54]. No en vano, la telemedicina, espoleada claramente por la pandemia COVID-19 (cuando se generalizó la sustitución de las consultas por llamadas telefónicas, forma primigenia de e-consulta[55]), es una realidad por la que habrá que pasar[56], una vez comprobado que un elevado porcentaje de visitas médicas pueden sustituirse por una conexión remota sin detrimento en la calidad de la prestación sanitaria. Con todo, tal y como han indicado quienes han investigado la cuestión en profundidad, «los programas de telemedicina impuestos unilateralmente desde instancias jerárquicas superiores, los carentes de personal debidamente cualificado y comprometido, aquellos sin un protocolo claro y sencillo, los que pretendan sustituir la relación médico-paciente tradicional, aquellos accesibles solo para unos pocos usuarios y los de menor coste de oportunidad, son considerados con mayor riesgo de fracaso»[57].

V. La teleasistencia avanzada en Castilla y León

La teleasistencia avanzada se encuentra en estos momentos en proceso de implantación en España y con diferentes grados según la comunidad autónoma. En el concreto caso de Castilla y León el contenido de la teleasis-

53 Sánchez Losada, J. A.: *Aspectos éticos y médico-legales en la telemedicina: la consulta médica telefónica*, *cit*., p. 31.

54 Los propios de la Medicina y otros específicos de esta nueva modalidad, Marreno Pérez, M.: «Implicaciones éticas asociadas al uso de la telemedicina», *RevistaSalud.com*, vol. 7, n.º 28, 2011, p. 6.

55 Mazón Ramos, P.; Virgós Lamela, A. y González Junatey, J. R.: «Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta», *Rev. Esp. Cardiol. Supl*., vol. 20 (E), 2020, p. 23.

56 Así parece que será, de algún modo y no solo en España, en el caso de la teleconsulta [Márquez, J. R.: «Teleconsulta en la pandemia por coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19», *Rev. Colomb. Gastroentrol*., n.º 35 (Supl. 1), 2020, p. 15]. En referencia específica a las experiencias de «telefarmacia», constatando que los primeros pasos están dados y que «el proceso es ya irreversible», Bernabeu Martínez, M. A. *et. al*.: «La "nueva normalidad": ¿qué opinan nuestros pacientes», *Hosp. Domic*., vol. 4, n.º 4, 2020, p. 180.

57 mahtani chugani, v. *et. al*.: «Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores», *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, n.º 3, 2009, p. 228.

tencia se desgrana en la Orden FAM/423/2019, de 16 de abril[58], levemente modificada por Orden FAM/987/2020, de 22 de septiembre[59].

CONTENIDO DE LA TELEASISTENCIA BÁSICA EN CASTILLA Y LEÓN	
Servicios	**Contenido del servicio**
Atención permanente a situaciones de necesidad social en el domicilio	Apoyo inmediato ante la situación de necesidad, directa y/o con la movilización de recursos humanos y/o materiales, de la propia persona usuaria, o existentes en la localidad donde resida. Intervención psicosocial, en su caso, con apoyo emocional, durante 24h/365d.
Comunicaciones de seguimiento y cortesía	Felicitación del cumpleaños, seguimiento de situaciones de convalecencia, soledad y aislamiento, etc. Control de ausencia domiciliaria.
Custodia de llaves	Custodia de llaves por parte de la entidad o por parte de, al menos, una persona del entorno socio familiar más cercano, salvo que la persona usuaria no las facilite.
Agenda personalizada	Comunicaciones para recordatorio de datos relevantes sobre la salud (tratamientos crónicos, consultas médicas), gestiones sociales, campañas, etc. Derivación a tele-tramitación.
Servicios complementarios	**Contenido del servicio**
Instalación y mantenimiento de terminales	Instalación técnica (y mantenimiento) de terminal, equipos y dispositivos de teleasistencia.
Unidad móvil	Medios humanos y materiales que complementan los servicios prestados desde el centro de atención, con la intervención presencial para prestar apoyo personal o actividades de mantenimiento de las terminales.
Información y orientación sobre el funcionamiento del terminal	Información sobre el funcionamiento del terminal, equipos y dispositivos; del contenido de la prestación y de los recursos sociales y actividades de interés para la persona usuaria y persona cuidadora

Fuente: Orden FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León (art. 5)

58 Orden FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León, disponible en https://bocyl.jcyl.es/html/2019/05/08/html/BOCYL-D-08052019-2.do.

59 Orden FAM/987/2020, de 22 de septiembre, por la que se modifica la Orden FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León, disponible en https://bocyl.jcyl.es/html/2020/10/01/html/BOCYL-D-01102020-1.do.

CONTENIDO DE LA TELEASISTENCIA AVANZADA EN CASTILLA Y LEÓN	
Servicios	**Contenido del servicio**
Detección de fuego/humo en el domicilio para la prevención de incendios	Detección, a través de dispositivos tecnológicos, de presencia de humo o fuego que pueda entrañar un riesgo o emergencia de incendio en el domicilio, y activación de recursos.
Detección preventiva de situaciones de riesgo de explosión de gas o intoxicación en el domicilio	Detección, a través de dispositivos tecnológicos, de fugas de gas que puedan entrañar un riesgo o emergencia de explosión o de intoxicación en el domicilio, y activación de recursos.
Detección preventiva de situaciones de riesgo de intoxicación por monóxido de carbono	Detección, a través de dispositivos tecnológicos, de monóxido de carbono por mala combustión de estufas y/o braseros.
Prevención de situaciones de riesgo de inundación por fuga de agua en el domicilio	Detección, a través de dispositivos tecnológicos, de fugas de agua que puedan entrañar un riesgo o emergencia de inundación y activación de recursos.
Teleasistencia móvil fuera del domicilio	Detección de situaciones de riesgo y emergencia fuera del domicilio: geolocalización, presencia en entornos no seguros y atención a situaciones de emergencia a través de dispositivos móviles.
Gestión de citas médicas	Petición de citas médicas, cambios y recordatorio.
Apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento de la atención a las personas dependientes	Aplicación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la detección, intervención, y derivación de posibles situaciones de vulnerabilidad, cambios, riesgo o situaciones de enfermedad y/o dependencia.
Apoyo al cuidador	Apoyo al cuidador tanto para la prevención de situaciones de agotamiento y claudicación, como para mantener la calidad de los cuidados que presta a la persona en situación de dependencia mediante la aplicación de un protocolo de atención integrada.
Prevención y seguimiento ante procesos de duelo	Aplicación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la evaluación, intervención y apoyo psicosocial y seguimiento; con atención diferenciada a las situaciones de duelo patológico.
Prevención y seguimiento ante situaciones de soledad y aislamiento	Aplicación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la valoración, intervención, seguimiento y derivación, en situaciones de soledad y aislamiento.

CONTENIDO DE LA TELEASISTENCIA AVANZADA EN CASTILLA Y LEÓN	
Servicios	**Contenido del servicio**
Prevención de situaciones especiales de riesgo (maltrato, suicidio…)	Aplicación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la detección de posibles situaciones de maltrato, ideas de suicidio, así como para la intervención en estas situaciones, a través de la orientación y el apoyo psicosocial.
Prevención y seguimiento ante situaciones de riesgo en procesos de convalecencia y rehabilitación	Aplicación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la detección y prevención de posibles situaciones de riesgo de abandono, abordaje del pánico a la recuperación, motivación y seguimiento de los ejercicios de rehabilitación prescritos.
Prevención y seguimiento ante situaciones de riesgo detectadas a partir del patrón de actividad	Detección mediante la observación del patrón de actividad a través de dispositivos tecnológicos y aplicación protocolos de atención preventiva.
Otros servicios de detección inmediata y prevención de riesgo en el hogar	Detección y actuación inmediata de situaciones que supongan un riesgo para la persona y o para su hogar, mediante otros dispositivos diferentes de los anteriores.

Fuente: Orden FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León (art. 7)

Esta Orden de 2019 será complementada, para la teleasistencia avanzada, por Resolución de 6 de marzo de 2020, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León por la que se determinan las intensidades y contenidos técnicos mínimos de la citada prestación[60], matizando en su preámbulo que «al tratarse de una prestación con un gran componente tecnológico, los avances que se produzcan en el campo de las nuevas tecnologías podrán tener reflejo, más o menos inmediato, en el contenido o el modo en que se presta». Por cuanto hace a los requisitos técnicos mínimos de los dispositivos a implementar, la resolución autonómica remite a lo pautado por la ya citada Norma UNE 158401:2019.

60 Resolución de 6 de marzo de 2020, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determinan las intensidades y contenidos técnicos mínimos de la prestación pública de teleasistencia avanzada en Castilla y León, disponible en https://bocyl.jcyl.es/html/2020/03/11/html/BOCYL-D-11032020-22.do.

De conformidad con la tipología establecida por la propia Resolución se establecen los siguientes servicios y bajo las condiciones expuestas a continuación:

1. Servicios basados en comunicaciones automáticas de tecnologías utilizadas dentro y fuera del domicilio. Los protocolos de actuación deben incluir «tanto la supervisión remota en domicilio para el establecimiento de alertas y procesos específicos de atención por nivel de emergencia en función de un sistema basado en el estudio de patrones de actividad de la persona, como la detección de situaciones de riesgo o emergencia por incidencias domésticas o personales», debiendo garantizar «el apoyo inmediato ante la situación de necesidad, directa y/o con la movilización de recursos humanos y/o materiales, de la propia persona usuaria, o existentes en la localidad donde resida». También habrá de incluir, en su caso, intervención psicosocial con apoyo emocional y, por cuanto hace a la teleasistencia móvil, geolocalización.

   Estos servicios han de estar disponibles todo el año y durante las veinticuatro horas del día, gestionando las alertas siempre de forma inmediata.

2. Servicios basados en peticiones de citas. El servicio de gestión de citaciones incluye tanto la gestión de solicitar citas en el sistema sanitario, como la consulta y el cambio o cancelación, así como el recordatorio mediante llamada.

3. Servicios basados en el apoyo y el seguimiento proactivo de las circunstancias de la persona. Incluirán la realización de los contactos programados (al menos tres anuales, que pueden consistir en llamadas del teleoperador o del técnico de teleasistencia de referencia de la persona o visitas domiciliarias de este último), así como atención en caso de recepción de llamadas (servicio disponible veinticuatro horas al día, todo el año):

   a) Servicio de apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento de la atención a las personas dependientes. Consiste en aplicar «un protocolo de coordinación sociosanitaria para la detección, intervención, y derivación de posibles situaciones de vulnerabilidad, cambios, riesgo o situaciones de enfermedad y/o dependencia», estructurado en dos apartados:

      De una parte, actuaciones del servicio de teleasistencia, consistentes en la detección de cambios en la salud y de las capacidades funcionales para las actividades básicas de la vida diaria, así como de situaciones de vulnerabilidad; la información sobre bienestar emocional, relaciones personales e integración social y bienestar físico; la movilización de recursos cuando sea precisa una actuación inmediata para prevenir, paliar o neutralizar daños y, por último, la derivación hacia los servicios sociales o sanitarios correspondientes, cuando sea menester (incluso, contacto directo con atención primaria, informando previamente al afectado).

De otra, actuaciones del CEAS, en las que se prestará especial atención a aspectos como la conveniencia de modificar las prestaciones que recibe la persona o la derivación a los servicios sanitarios. Habrá de proporcionarse información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones y otros recursos disponibles, tales como centros de día, ayuda a domicilio, asistente, servicio de promoción de la autonomía personal, centros residenciales, prestaciones económicas, actividades de envejecimiento activo, servicios de formación y autoayuda, asociacionismo en entidades especializadas, servicios de voluntariado o asesoramiento en materia de ayudas técnicas.

b) Servicio de seguimiento proactivo y apoyo al cuidador. Permite supervisar «la calidad de los cuidados que prestan los cuidadores», de nuevo mediante actuaciones del servicio de teleasistencia y del CEAS, centradas, ahora, en el bienestar y asesoramiento de la persona que asume el mentado rol.

c) Servicio de prevención y seguimiento ante procesos de duelo. Concretado en «la aplicación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la evaluación, intervención, apoyo psicosocial y seguimiento», prestando una atención diferenciada a las situaciones de duelo patológico.

   En este caso, únicamente se contemplan las actuaciones del servicio de teleasistencia, especificando, entre otros extremos, que la información proporcionada por este habrá de versar sobre las fases de un duelo normal, la diferencia con el patológico y las pautas de autocuidado a seguir.

d) Servicio de prevención y seguimiento ante situaciones de soledad y aislamiento. En sus funciones de detección, información, movilización de recursos y derivación, el servicio de teleasistencia ha de prestar especial atención a su labor motivadora (hacia encuentros con familiares y amigos, llamadas telefónicas a conocidos, organización de actividades con otras personas y búsqueda de las que se realizan cerca de su domicilio, solicitud y aceptación de ayuda, creación de nuevos vínculos), invitando al afectado a llamar al propio servicio si se encuentra mal o quiere hablar con alguien e informándole de los recursos comunitarios existentes para el apoyo frente a la soledad y el aislamiento. Se añade, asimismo, una función específica de apoyo telefónico (con seguimientos programados y a demanda) cuya intensidad se adaptará a la necesidad detectada.

   La intervención del CEAS prestará especial atención, en este caso, a proporcionar información, orientación y asesoramiento sobre programas de animación comunitaria, de envejecimiento activo, de ocio y tiempo libre y de voluntariado.

e) Servicio de prevención y seguimiento ante situaciones especiales de riesgo. Implica «la activación de un protocolo de coordinación sociosanitaria para la detección de posibles situaciones de maltrato, ideas de suicidio, así como para la intervención en estas situaciones, a través de la orientación y el apoyo psicosocial». La actuación informativa del servicio se orientará a ayudar a la persona a tomar conciencia de su situación y a que conozca formas de abordarla y recursos comunitarios a su disposición.

f) Servicio de prevención y seguimiento ante situaciones de riesgo en procesos de convalecencia y rehabilitación. Una vez más, se trata de «un protocolo de coordinación sociosanitaria»; en esta ocasión, «para la detección y prevención de posibles situaciones de riesgo de abandono, abordaje del pánico a la recuperación, motivación y seguimiento de los ejercicios de rehabilitación prescritos».

4. Atención en caso de emergencia. La respuesta ante una comunicación de emergencia dependerá del nivel de esta, pudiendo identificar tres posibles situaciones, siendo la más común el nivel 1 (comunicación), que se activa ante cualquier comunicación de emergencia, a partir de la cual el personal del centro de atención realiza una escucha activa, evalúa la situación y determina el motivo de aquella. El nivel 2 (comunicación con movilización de recursos) entra en juego cuando no se ha podido mantener una comunicación con la persona que la ha originado, cuando se ha mantenido y se considera necesario movilizar recursos o cuando a partir de la información recogida por el centro de atención se desprende la necesidad de hacerlo. El nivel 3 (derivación a un recurso especializado) se produce cuando es necesario trasladar al usuario a un centro especializado; en este caso, se debe de hacer un seguimiento del traslado y confirmar el ingreso, finalizando la labor del servicio, bien en ese momento, o bien, de no producirse este, cuando el afectado retorna al domicilio.

Solo unos meses después de que viera la luz la Resolución cuyas líneas fundamentales han sido desgradas se dio el último paso en el proceso orientado a conformar la estructura jurídica necesaria para implementar la teleasistencia avanzada. Esta postrera actuación se produjo en un contexto más amplio, pues se llevó a efecto mediante Ley 3/2020, de 14 de diciembre, de modificación de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León[61]. Reforma cuya oportunidad y necesidad justifica la propia Exposición de Motivos de la norma al señalar que «durante el confinamiento de la población, derivado del estado de alarma motivado por la crisis sanitaria generada durante la primera ola de la pandemia por coronavirus SARS-

61 Ley 3/2020, de 14 de diciembre, de modificación de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, disponible en https://bocyl.jcyl.es/html/2020/12/21/html/BOCYL-D-21122020-1.do.

CoV-2, el servicio de teleasistencia se ha manifestado como un servicio primordial e indispensable en la atención social en sus domicilios a las personas mayores y personas con discapacidad de la Comunidad, garantizándose a través de dicho servicio la continuidad de los cuidados necesarios para este sector de la población, y siendo además un servicio susceptible de procurar una actuación coordinada entre el sistema de servicios sociales y el sanitario en todo momento. Es por ello que, en previsión de futuras situaciones de crisis sanitarias como la actual, resulta conveniente introducir la presente modificación al objeto de garantizar a todas las personas usuarias el acceso al servicio de teleasistencia de forma homogénea en toda la Comunidad, garantizándose con ello, la igualdad en el acceso y de contenido del servicio de teleasistencia en todo el territorio de Castilla y León».

En atención a tal consideración, el legislador incorpora dos cambios fundamentales: de un lado, la eliminación del copago en la teleasistencia, que pasa a ser gratuita; de otro, la reducción del exceso descentralizador previo, pues la gestión, que venía correspondiendo a las corporaciones locales, pasa a residenciarse en la Junta, con el doble objetivo de garantizar la igualdad en el acceso a toda la población y la homogeneidad en el contenido de la prestación en todo el territorio. Al tiempo, como también expresa su Exposición de Motivos, «la asunción de la competencia por parte de la Comunidad permitirá en un futuro inmediato la aplicación de economías de escala, consiguiéndose con ello que la prestación del servicio alcance a más usuarios con costes menos elevados».

Con estas actuaciones normativas, la comunidad autónoma estaba llamada a situarse entre las pioneras, al encontrarse en disposición de poner en marcha la teleasistencia avanzada antes de finalizar el año 2021, aunque, por diversas circunstancias (entre otras, la anulación de la adjudicación inicial del servicio), el proceso se retrasó y acumuló cierta demora, postergándose su culminación hasta finales de 2022.

VI. Bibliografía

AA. VV. (**Pastalan, L. A**., Ed.): *Aging in place: the role of housing and social supports*, Nueva York (Haworth Press), 1990.

Aceituno Nieto, P. y **Ramiro Fariñas, D.**: «Un perfil de las personas mayores en España 2020. Indicadores estadísticos básicos», *Informes Envejecimiento en red*, n.º 25, 2020.

Aceros, J. C.; **Leal Cavalcante, M. T**. y **Domènech, M.**:

— «Identidad de lugar en usuarios de teleasistencia: un análisis conversacional», *Revista Lationoamericana de Psicología*, vol. 45, n.º 1, 2013.

— «Envejecer en casa con teleasistencia en España. Un análisis del discurso», *Ciência & Saude Colectiva*, vol. 21, n.º 8, 2016.

Agrell, H.; **Dahlberg, S.** y **Jerant, A. F.**: «Patien's perceptions regarding home telecare», *Telemed. J. e-Healt*, vol. 6, n.º 4, 2000.

Agulló-Tomás, M. S.; **Zorrilla-Muñoz, V.** y **Gómez-García, M. V.**: «Aproximación socio-espacial al envejecimiento y a los programas para cuidadoras/es de mayores», *INFAD. Revista de Psicología*, n.º 1, 2019.

Bernabeu Martínez, M. A. *et. al*.: «La "nueva normalidad": ¿qué opinan nuestros pacientes», *Hosp. Domic*., vol. 4, n.º 4, 2020.

Bofill Poch, S.: «Cuidado formal e informal en Cataluña. Un análisis de la percepción de las mujeres mayores en relación a sus derechos y obligaciones en materia de cuidados y atención», *Etnográfica*, vol. X, n.º 2, 2006.

Cavas Martínez, F.: «Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *Aranzadi Social*, n.º 13, 2006 (formato electrónico).

Ciudad, M. J. y Sáez, I.: «Aplications de les TIC per al suport de l'envelliment i a demència: estat actual y experiencies», *Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, vol. 30, n.º 1, 2012.

Cutchin, M. P.: «The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model», *Soc. Sci. Med*., vol. 57, n.º 6, 2003.

Edvardsson, D.; Windblad, B. y **Sandman, P. O.**: «Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward», *The Lancet Neurology*, vol. 7, n.º 4, 2008.

García-Lizana, F. y **Sarría-Santamera, A.**: «New technologies for chronic disease management and control: A systematic review», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 13, n.º 2, 2007.

González Armengol, J. J .; **Cariccondo, F.**; **Migorance, C.** y **Gil-Loyzaga, P.**: «Telemedicina aplicada a la atención sanitaria urgente: aspectos metodológicos y prácticos», *Emergencias*, n.º 21, 2009.

Greenhalgh, T.; **Procter, R.**; **Wherton, J.**; **Sugarhood, P.** y **Shaws, S.**: «The organising vision for telehealth and telecare: discourse análisis», *BMJ Open*, vol. 2, n.º 4, 2012.

Hanson, J.; **Percival, J.**; **Aldred, H.**; **Brownsell, S.** y **Hawle, M.**: «Attitudes to telecare among older people, profesional care workers and informal carers: a preventive strategy a crisis management?», *Univers. Acess. Inf. Soc*., vol. 6, n.º 2, 2007.

Imserso: *Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España* (Informe a 31/12/2021). Disponible en https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana.

INE:

— *Indicadores demográficos básicos.* Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&menu=resultados&idp=1254735573002#!tabs-1254736195553.

— *Estadística del Padrón Continuo.* Datos provisionales a 1 de enero de 2022. Disponible en: https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis&dh=0&capsel=1.

— *Estadística del Padrón Continuo*. Datos provisionales a 1 de enero de 2022. Disponible en https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t20/e245/p04/provi&file=pcaxis&dh=0&capsel=1.

Karlsen, C.; **Ludvigsen, M. S.**; **Moe, C. E.**; **Haraldstad, K.** y **Thygesen, E.**: «Experiences of community-dwelling older adults with the use of telecare in home care services: a qualitative systematic rewiew», *JBI Database System Rev. Implent Rep*., vol. 15, n.º 12, 2017.

Klimova, B.; **Valis, M.** y **Kuca, K.**: «Exploring assistive technology as a potential beficial intervention tool for people with Alzheimer's disease-A sistematic review», *Neuropsychiatric disease and treatment*, n.º 14, 2018.

Leal Calvalcante, M.ª T.; **Aceros, J. C.** y **Domènech, M.**: «Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios», *Educación Social. Revista de Intervención. Sococioeducativa*, n.º 51, 2012.

López, D.: «Segurizing care. Networks, inmediacy and Independence in a home telecare service», *Athenea Digit*., vol. 164, n.º 185, 2009.

Mahtani Chugani, V. *et. al*.: «Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores», *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, n.º 3, 2009.

Márquez, J. R.: «Teleconsulta en la pandemia por coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19», *Rev. Colomb. Gastroentrol*., n.º 35 (Supl. 1), 2020.

Marreno Pérez, M.: «Implicaciones éticas asociadas al uso de la telemedicina», *RevistaSalud.com*, vol. 7, n.º 28, 2011.

Martínez Alcalá, C. I. *et al*.: «Information and communication technologies in the care of elderby: Sistematic review of applications aimed et patients with demetia and caregivers», *JMIR Rehabilitation and Assitive Rechnologies*, vol. 3, n.º 1, 2016.

Martínez Isasi, S.: *Estudio de las condiciones sociosanitarias de una población de personas mayores usuarias de un servicio de teleasistencia*, tesis doctoral, Universidade da Coruña (Departamento de Medicina), 2013.

Mazón Ramos, P.; **Virgós Lamela, A.** y **González Junatey, J. R.**: «Reorganización de la actividad asistencial ambulatoria en la era de la COVID-19. La hora de la e-consulta», *Rev. Esp. Cardiol. Supl*., vol. 20 (E), 2020.

Ministerio se Agricultura, Pesca y Alimentación: *Informe anual de indicadores agricultura, pesca y alimentación 2021*, Madrid (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación), 2022. Disponible en https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/indicadores_semestre.aspx.

Monreal Bosch, P.; **Del Valle Gómez, A.** y **Serda Ferrer, B.**: «Los grandes olvidados: las personas mayores en el entorno rural», *Intervención Psicosocial*, vol. 18, n.º 3, 2009.

Norman, H. K.; **Norberg, A.** y **Asplund, K.**:

— «Confirmation and lucidity during conversations with a woman with severe dementia», *J. Adv. Nurs*, vol. 39, n.º 4, 2002.

— «Lucidity in a woman with severe dementia related to conversation. A case study», *J. Clin. Nurs*., n.º 14, 2005.

Parati, G. y **Omboni, S**.: «Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: An update», *Blood Pressure Monitoring*, vol. 15, n.º 6, 2010.

Paré, G.; **Jaana, M.** y **Sicotte, C.**: «Systematic review of home telemoritoring for chronic diseases: the evidence base», *Journal o the American Medical Informatics Association*, n.º 14, 2007.

Pérez Díaz, J. y **Abellán García, A.**: «Envejecimiento demográfico y vejez en España», *Panorama Social*, n.º 28, 2018.

Pérez Martínez, D. A.: *Evolución y desarrollo de una consulta médica virtual en un servicio de neurología: consulta de visita única y evaluación virtual de resultados*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid (Facultad de Medicina), 2019.

Polisena, J. *et al*.:

— «Home telehealth for diabetes management: A systematic review and meta-analysis», *Diabetes, Obesity and Metabolism*, vol. 11, n.º 10, 2009.

— «Home telemonitoring for congestive heart failure: A systematic review and meta-analysis», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 16, n.º 2, 2010.

— «Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis», *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 16, n.º 3, 2010.

Rodríguez Rodríguez, P.:

— «Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas», *IMSERSO. Boletín sobre el envejecimiento*, n.º 11, 2004.

— «La atención integral centrada en la persona (Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia)», *Informes Portal Mayores*, n.º 106, 2010.

Rojo Pérez, F. y **Fernández Mayoralas, G.**: «La calidad de vida en la población mayor», *Panorama Social*, n.º 28, 2018.

Rowles, G. D.: «Envolving images of place in aging and "aging in place"», *Generations*, vol. 17, n.º 2, 1993.

Rueda Estrada, J. D.: «Las personas mayores en el mundo rural. Una ventana a la esperanza», *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, marzo, 2016. Disponible en http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_ra16b_jdrueda_las-personas-mayores-en-el-mundo-rural.pdf.

Ruiz Ibáñez, C.; **Zuluaga da Cadena, A.** y **Trujillo Zea, A.**: «Telemedicina: introducción, aplicación y principios de desarrollo», *CES Medicina*, vol. 21, n.º 1, 2007.

Sánchez Criado, T.: «Dwelling the telecare home. Place, location and habitability», *Sp. Cult.*, vol. 12, n.º 3, 2009.

Sánchez Losada, J. A.: *Aspectos éticos y médico-legales de la telemedicina: la consulta médica telefónica*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria), 2011.

Sancho Castiello, M. y **Díaz Martín, R.**: «Atención a las personas mayores en su entorno: teleasistencia, ayuda a domicilio y centros de día», *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 30, 2007.

Schmitz, A.: *Análisis internacional de la intención de uso de las vídeo consultas médicas: una adaptación de la teoría UTAUT2*, tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid (Departamento de Financiación e Investigación Comercial), 2019.

Seto, E.: «Cost comparison between telemonitoring and usual care of heart failure: A systematic review», *Telemedicine Journal and e-Health*, vol. 14, n.º 7, 2008.

Siriwardena, L. S. *et al*.: «A review of telemedicine interventions in diabetes care», *Journal of Telemedicine and Telecare*, n.º 18, 2012.

Verberk, W. J.; **Kessels, A. G.** y **Thien, T.**: «Telecare is a valuable tool for hypertension management, a systematic review and meta-analysis», *Blood Pressure Monitoring*, vol. 16, n.º 3, 2011.

CAPÍTULO VI

LA ORDENACIÓN FARMACÉUTICA Y EL ACCESO AL MEDICAMENTO EN LAS ZONAS RURALES: ESPECIAL REFERENCIA A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

José Gustavo Quirós Hidalgo
Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Prestación farmacéutica vs ordenación farmacéutica

La Declaración contenida en la Constitución de la OMS define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social», sin que tal concepto pueda quedar limitado a «la ausencia de afecciones y enfermedades» y reconociendo que «el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción»[1]. Bajo tan amplias directrices, todos los Estados —en mayor o menor medida— han empleado los medios y esfuerzos oportunos en protegerla y garantizarla; en España, la Carta Fundamental la configura como un bien jurídico digno de la más alta protección, al punto de elevarla a uno de los principios rectores de la política social y económica (art. 43 CE), al reconocer el derecho «a la protección de la salud» y atribuir a los poderes públicos la competencia para «organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios», estableciendo una reserva de ley para concretar los derechos y deberes al respecto.

1 Constitución de la OMS, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York, firmada el 22 de julio de 1946 y con entrada en vigor el 7 de abril de 1948; al respecto, LANDA ZAPIRAIN, J. P.: *La reforma de la sanidad pública y del régimen jurídico de su personal*, Madrid (Consejo Económico y Social), 1999, pág. 28.

A partir de tal mandato constitucional, y superando antiguas épocas caracterizadas por la beneficencia pública o privada y religiosa o laica, los poderes públicos han articulado diversos mecanismos para hacer efectiva la asistencia sanitaria y, por cuanto ahora importa, la farmacéutica, primero a través de los seguros sociales y el posterior sistema de Seguridad Social y luego mediante el Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS).

El medicamento no constituye un bien de mercado como otro cualquiera, pues más allá de su incidencia en la salud y de las singulares características del sector, esta prestación especializada encuentra como punto de partida una paradoja conforme a la cual «quien consume, no paga; quien paga, no decide; y quien decide, ni paga ni consume»[2]. Todo lo anterior explica en buena medida la muy extensa regulación sobre la materia[3], que abarca desde la patente, pasando por la elaboración, autorización, comercialización y fijación de precios, hasta su eventual inclusión o exclusión de la financiación pública, las condiciones de dispensación y la participación del beneficiario en el coste para constituir una auténtica y autónoma disciplina de «Derecho del Medicamento», con un claro carácter multidisciplinar que sobrepasa el ámbito de la Seguridad Social y la asistencia sanitaria para alcanzar al Derecho Administrativo, Penal, Civil, Mercantil e incluso a ramas pertenecientes a las ciencias experimentales.

Sentado lo anterior, resulta necesario distinguir entre la prestación farmacéutica como parte del contenido a la asistencia sanitaria y la ordenación farmacéutica que regula su dispensación y venta al paciente a través de las oficinas de farmacia, pues obedecen a distintas atribuciones competenciales entre Estado y Comunidades Autónomas. Así, el art. 149.1.17 CE considera competencia exclusiva de aquél la «legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas». Frente a lo anterior, en materia sanitaria las atribuciones centrales quedan limitadas a la sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos (art. 149.1.16 CE), pudiendo asumir las autonomías competencias en materia de «sanidad e higiene» al amparo del título contenido en el art. 148.1.21 CE[4].

---

2 Velázquez, A.: «Hacia el uso razonado del medicamento», *Revista de Administración Sanitaria*, n.º 7, vol. II, 1998, pág. 1.

3 Y, lógicamente, no sólo porque, «como sustancia química incorporada a distintos objetos materiales (sólidos, líquidos o gaseosos), lo que preocupa al ordenamiento es su tráfico», Rodríguez Tapia, J. M. y Pérez Macía, I. A.: «Aspectos jurídico-privados sobre la fabricación y comercialización de medicamentos genéricos», en AA. VV.: *Derecho de la Sanidad y los medicamentos: seis estudios*, Madrid (Ministerio de Sanidad y Consumo), 1999, pág. 71.

4 Por extenso, y habiendo sido en su momento un asunto ciertamente controvertido, Bassols Coma, M.: «Competencias transferidas a las Comunidades Autónomas en materia de Derecho Sanitario y Farmacéutico», en AA. VV.: *Derecho Farmacéutico de las Comunidades Autónomas*, Madrid (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos), 1987, págs. 61 y ss.; Villalba Pérez, F.: *La profesión farmacéutica*, Madrid (Marcial Pons), 1996,

Así, y de un lado, la prestación farmacéutica no puede disociarse de la asistencia sanitaria, pues forma parte de la misma —constituyendo además un porcentaje significativo del gasto total[5]—, y el contenido de una y otra queda delimitado por el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización[6]. Desde esta perspectiva, y ciñendo el presente estudio a la prestación farmacéutica ambulatoria, entendiendo por tal la prestada mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria a través de oficinas de farmacia, aquella norma constituye una regulación estatal de aplicación general, por lo que los medicamentos incluidos, su precio y la aportación del beneficiario en cada caso concreto —de conformidad con el art. 102 RD-Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (en lo sucesivo, LGURM)— ha de ser igual en todo el territorio español, con independencia —entre otras posibles circunstancias diferenciadoras y por cuanto aquí importa— de su carácter urbano o rural. No obstante, participa a su vez de un carácter mínimo o básico[7], de tal forma que las Comunidades Autónomas pueden ofrecer servicios complementarios mediante recursos propios adicionales, ya sea financiando fármacos excluidos o reduciendo o eliminando la participación económica (arts. 11 RD 1030/2006 y 91 LGURM); por el contrario, y al tiempo, también existen en la práctica restricciones a través de la necesaria introducción del medicamento en la guía terapéutica del hospital o

---

págs. 235 y ss.; Mestre Delgado, J. F.: «La competencia normativa en materia de ordenación farmacéutica», *Revista Derecho y Salud*, n.º 2, vol. 5, 1997, págs. 205 y ss.; Cueto Pérez, M.: *Ordenación farmacéutica: regulación estatal y autonómica*, Madrid (Marcial Pons), 1998, págs. 23 y ss.; Fernández González, F. J.: «La planificación farmacéutica», *Revista Derecho y Salud*, n.º 2, vol. 6, 1998, págs. 28 y ss.; o, entre muchos otros estudios, Vidal Casero, M. V.: «El desarrollo legislativo de la ordenación farmacéutica a nivel estatal y en las Comunidades Autónomas. Su problemática», *Revista General de Derecho*, n.º 681, 2001, págs. 4883 y ss.

5 La contribución del gasto farmacéutico al total del gasto sanitario público consolidado constituye el 14,60 %; en las Comunidades Autónomas osciló en el año 2021 entre el 11,70 % del País Vasco y el 18,5 % de Extremadura, situándose en Castilla y León en el 16,70 %, Ministerio De Sanidad: *Estadística de Gasto Sanitario Público 2021: principales resultados*, edición de marzo de 2023, disponible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf.

6 Por extenso, Quirós Hidalgo, J. G.: *La prestación farmacéutica de la Seguridad Social*, Valladolid (Lex Nova), 2006, especialmente sobre beneficiarios y contenido, págs. 86 y ss.

7 Sobre el concepto formal o sustantivo de lo «básico», y a partir de la inicial STC 1/1982, de 28 de enero, Alonso Olea, M.: «Sobre la necesidad de precisar de alguna forma para las Comunidades Autónomas el carácter básico de una norma. A propósito de las estructuras básicas de salud», *Jurisprudencia Constitucional sobre Trabajo y Seguridad Social*, Madrid (Civitas), Tomo VI, 1988, págs. 484 y ss. o Landa Zapirain, J. P.: «La organización de la sanidad pública ante la jurisprudencia constitucional: una reflexión sobre este modelo de reparto competencial entre Estado y Comunidades Autónomas y sobre su posible extensión a otros ámbitos de la protección social», *Revista de Derecho Social*, n.º 6, 1999, pág. 127.

de la exigencia de requisitos adicionales a la prescripción, en muchos casos derivadas de meras instrucciones internas sin carácter normativo.

Por otra parte, la ordenación farmacéutica alude a la regulación legal sobre la apertura y el funcionamiento de las oficinas de farmacia donde se dispensan y venden los medicamentos prescritos como parte del derecho a la asistencia sanitaria, extremo realmente trascendente en orden a valorar el efectivo acceso de los ciudadanos a tal prestación en el ámbito rural. Aun cuando tal actividad siempre estuvo sometida a ciertos controles, la instalación de oficinas de farmacia a lo largo de la historia había venido siendo una decisión totalmente liberalizada, con un pasado próximo en el cual su apertura solo quedaba sujeta a las condiciones recogidas en las Reales Ordenanzas de 1860. La extensión progresiva de prestaciones sanitarias y sociales hizo que el Decreto de 24 de enero de 1941 y la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 noviembre de 1944 introdujeran una regulación fuertemente restrictiva, en particular limitando su número en atención a módulos de población y de distancia[8].

Al fin y al cabo, las oficinas de farmacia no son ni simples negocios mercantiles ni meras entidades colaboradoras en la gestión de la asistencia sanitaria, sino que «tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados de interés público» (art. 103 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad —en adelante, LGS— y art. 86.6 LGURM)[9], acogiendo así la norma el criterio ya sentado y reiterado desde hace tiempo por la Jurisprudencia ordinaria[10] y constitucional[11] y, con ello, la justificación de un eventual menoscabo a los derechos a la igualdad (art. 14 CE), a la libre elección de profesión u oficio (art. 35.1 CE) y a la libertad de empresa (art. 38 CE)[12].

---

8 Por extenso, Fernández Domínguez, J. J.; García Vieitez, J. J. y Domínguez Fernández, G.: «La prestación farmacéutica a través de algunas cuestiones relacionadas con la apertura de oficinas de farmacia», *Revista Jurídica de la Universidad de León*, n.° 7, 2020, págs. 129 y ss.

9 Es decir, y por el contrario, la configuración legal por la LGS de las oficinas como establecimientos sanitarios tampoco les otorga automáticamente un carácter estrictamente público, Sainz Moreno, F.: «Comentario al artículo 36 CE», en AA. VV.: *Comentarios a las Leyes Políticas*, T. II, Madrid, 1983, págs. 533 y ss.

10 SSTS, Cont-Admtivo, 10 mayo 1983, 4 abril 1987 (RJ 4220), 18 abril 1986 (RJ 4365), 19 julio 1988 (RJ 6083), 23 enero 1992 (RJ 633), 28 mayo 1993 (RJ 3458) o 21 febrero y 30 junio 1995 (RJ 1687 y 5428, respectivamente); un completo ensayo sobre la calificación jurídica de las oficinas de farmacia en Villalba Pérez, F.: *La profesión farmacéutica*, *cit*., págs. 286 y ss.

11 Por todas, STC 83/1984, de 24 de julio.

12 Aun así, «los motivos o finalidades por los que el ordenamiento jurídico abandona un sistema de libre concurrencia y configura la actividad de asistencia farmacéutica con los caracteres de servicio público impropio o de servicio de interés público, sujetándola a determinadas limitaciones y exigencias, son diversos y no sólo, de manera excluyente, la más cómoda prestación al público, aunque sea su calidad y eficacia, sin duda, el interés predominante en la norma», STSJ, Cont-Admtivo, Murcia 22 marzo 2000 (RJ 67601).

En definitiva, la custodia, conservación y dispensación de medicamentos que corresponde en exclusiva a las oficinas de farmacia legalmente establecidas, quedarán sometidas «a la planificación sanitaria en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias» (arts. 103.3 LGS), en consonancia a cuanto ocurre con el entorno europeo[13]; a tal efecto, el art. 86.2 LGURM obliga a las Administraciones a tener en cuenta determinados criterios, como son los de garantizar la adecuada asistencia farmacéutica, la presencia y actuación profesional de uno o varios farmacéuticos y unos medios materiales y técnicos mínimos, todo ello en los términos «que establezca el Gobierno con carácter básico para asegurar la prestación de una correcta asistencia sanitaria, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia».

Tal referencia remite a la Ley 16/1997, de 25 de abril, sobre regulación de la ordenación de los servicios de farmacia (LROSF) —que convalidó y derogó el anterior RD-Ley 11/1996, de 17 de junio, de ampliación del servicio farmacéutico a la población—, que precisamente atribuye tal tarea a las Comunidades Autónomas y entra a regular el módulo de población a estimar para determinar el número de oficinas, la preceptiva distancia a guardar entre una y otra, la autorización administrativa para su apertura, la transmisión, la presencia y la actuación del profesional, así como la jornada y el horario. No obstante, su art. 2.2 dispone que esa planificación «se establecerá teniendo en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, con vistas a garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, y la suficiencia en el suministro de medicamentos, según las necesidades sanitarias en cada territorio», a través de los módulos de población y las distancias entre oficinas de farmacia que cada región determine, pues aun cuando fija unos mínimos en sus siguientes apartados (arts. 2.3 y 2.4 LROSF) no gozan de carácter básico conforme a su DF 1.ª.

Todo ello permite de nuevo el juego de las competencias autonómicas en la materia poniendo de manifiesto cómo las distintas Comunidades «van innovando en cuestionas vitales en claro conflicto con la Ley estatal»[14], habiendo propiciado la intervención del Tribunal Constitucional en numerosas ocasiones y permitiendo afirmar a algún autor que «rotundamente las condiciones básicas garantizadoras de la igualdad que proclama el artículo 149.1.1.ª de la Constitución se han volatilizado en este ámbito»[15]. Sea como fuere, todas las

13 Un estudio comparado de los sistemas europeos de ordenación farmacéutica en Alba Romero, S.; Ardila Tejedor, R. y Gutiérrez Pérez, M. V.: «La ordenación farmacéutica en la Unión Europea y sus Estados Miembros», *Noticias de la Unión Europea*, n.º 165, 1998, págs. 60 y ss.

14 Granda Vega, E.: «La utopía liberalizadora. Límites», *Farmacia Profesional*, n.º 5. vol. 14, 2000, pág. 10.

15 González Pérez, J.: «El futuro de la oficina de farmacia», *Derecho y Salud*, vol. 5, n.º 2, 1997, pág. 147.

Comunidades Autónomas cuentan en la actualidad con su normativa sobre ordenación farmacéutica, que por orden cronológico son las siguientes: Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de Cataluña; Ley 11/1994, de 17 de junio, del País Vasco; Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Región de Murcia; Ley 8/1998, de 16 de junio, de La Rioja; Ley 5/2005, de 27 de junio, de Castilla-La Mancha; Ley 6/1998, de 22 de junio, de Valenciana; Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Islas Baleares; Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Aragón; Ley Foral 12/2000, de 16 de diciembre, de Navarra; Ley 7/2001, de 19 de diciembre, de Cantabria; Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Castilla y León; Ley 4/2005, de 13 de julio, de Canarias; Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Extremadura Ley 1/2007, de 16 de marzo, de Asturias; Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Andalucía; Ley 3/2019, de 2 de julio, de Galicia; y Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de Madrid.

II. Algunos datos estadísticos nacionales y autonómicos sobre población y oficinas de farmacia

Según el padrón municipal del Instituto Nacional de Estadística de 2020 España tiene 47.450.795 habitantes repartidos en los 8.131 municipios existentes. De estos, los 6.352 que representan el 78,10 % cuentan con menos de 5.000 habitantes y ocupan el 69,30 % de la superficie nacional, pero sin embargo acogen solo al 9,40 % de la población; junto a los anteriores, el 3,90 % cuentan con entre 5.000 y 30.000 habitantes y suponen el 14,70 % de la extensión del país, en donde residen el 6,5 % de habitantes. Quienes viven en estas zonas rurales, y especialmente en el primer caso, son evidentemente quienes más dificultades podrían tener para acceder a los medicamentos necesarios a través de las oficinas de farmacia. Por el contrario, el restante 84,10 % de la población española está registrada en núcleos urbanos de superior tamaño, que tan solo constituyen un 18 % del total de municipios y abarcan el 16 % del territorio[16]. Tal situación se agrava en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, con 2.383.139 habitantes y 2.248 municipios, pues —a partir de los datos del cuadro reproducido *infra*[17]— el 97,33 % de los mismos tienen menos de 5.000 habitantes pero suman el 33,10 % de la población regional.

16 Datos extraídos de la publicación del Ministerio De Agricultura, Pesca Y Alimentación: *Demografía de la población rural en 2020* (AgrInfo, nº 31, 2021), disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/ayp_demografiaenlapoblacionrural2020_tcm30-583987.pdf.

17 Junta de Castilla y León: *Indicadores Demográficos 2021, Junta de Castilla y León*, 2022, pág. 3, disponible en: https://estadistica.jcyl.es/web/jcyl/binarios/486/523/ID%202021.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true.

Población y Número de Municipios por Tamaño del municipio de residencia. Año 2021				
Tamaño del municipio de residencia	Población		Nº de municipios	
	Dato	% sobre total	Dato	% sobre total
Capitales de provincia	1.023.435	42,94	9	0,40
Municipios no capitales de provincia	1.359.704	57,06	2.239	99,60
Hasta 100 habitantes	40.927	1,72	719	31,98
De 101 a 500 habitantes	249.929	10,49	1.081	48,09
De 501 a 1.000 habitantes	145.048	6,09	207	9,21
De 1.001 a 2.000 habitantes	156.505	6,57	114	5,07
De 2.001 a 5.000 habitantes	201.217	8,44	67	2,98
De 5.001 a 10.000 habitantes	244.218	10,25	37	1,65
De 10.001 a 20.000 habitantes	95.721	4,02	7	0,31
De 20.001 a 50.000 habitantes	162.392	6,81	6	0,27
De 50.001 a 100.000 habitantes	63.747	2,67	1	0,04
Total	**2.383.139**	**100,00**	**2.248**	**100,00**

FUENTE: D. G. de Presupuestos, Fondos Europeos y Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del INE, explotación de microdatos "Padrón municipal de habitantes".

Por otro lado, mientras en España la tasa de oficinas de farmacia por cada 100.000 habitantes es de 47, oscilando desde los 28 de Ceuta hasta los 91 de Navarra, Castilla y León se encuentra en un meritorio segundo puesto con 67, lo que en términos absolutos se traduce en 1.684 establecimientos —quinta comunidad con mayor número— y en torno al 7,50 % del total nacional. En consecuencia, si la media de habitantes por cada farmacia es de 2.131 en general, lejos de los 3.532 de Ceuta, de los 3.459 de Melilla o de los 2.830 de Canarias, y únicamente por detrás de Navarra con 1.094, se sitúa Castilla y León con 1.483; además, de atender en exclusiva a las personas de más de 65 años de edad, un elevado porcentaje de cuantos viven en el medio rural, la comunidad también ofrece un panorama positivo al estar situado, con 382 para cada oficina, por debajo de la media que asciende a 419[18]. No obstante, como dato negativo cabe advertir que esta comunidad es la antepenúltima en aperturas de nuevas oficinas, pues frente a la media situada en un aumento del 3,4 % a lo largo de la pasada década, fue una de las cuatro regiones —Castilla-La Mancha, Extremadura y Asturias— donde su número disminuyó, concretamente en un 0,80 %[19].

En cuanto hace a su ubicación, en el ámbito nacional el 35,50 % de las farmacias están ubicadas en capital de provincia y dan cobertura al 31,70 % de la población; a la inversa, el 64,50 % que radica en otros municipios atiende al 68,30 % de los habitantes. En Castilla y León, las cifras son ligera-

18 Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: *Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia Comunitaria 2021*, pág. 52, disponible en https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2022/06/Estadisticas-de-Colegiados-y-Farmacias-2021-portal-1.pdf.

19 Ministerio de Sanidad: *Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Informe monográfico*, Ministerio de Sanidad, págs. 57-59, disponible en https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29241_prestacion_farmaceutica_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud_2020-2021_-_informe_monografico.pdf.

mente superiores a la media, pues el 50,80 % de las farmacias se encuentran en áreas rurales y el 66,30 % fuera de la capital, aunque existen notables diferencias entre sus nueve provincias: Valladolid, 42,30 %; Burgos, 58,30 %; Palencia, 59,40 %; Salamanca, 66,30 %; León, 75,10 %; Segovia, 76,50 %; Soria, 77,40 %; Zamora, 81,50 %; y Ávila, 81,50 %[20].

Sea como fuere, y en definitiva, se estima que más del 95 % de los núcleos poblacionales —desde pequeños pueblos a grandes ciudades— cuenta con una oficina de farmacia o, en su defecto, con botiquín y, por otra parte, el 98 % de la población dispone de una oficina de farmacia a menos de diez minutos de su domicilio, todo lo cual acredita el alto índice de accesibilidad al servicio farmacéutico.

III. La ordenación farmacéutica sobre el número y ubicación de farmacias y su incidencia en el acceso al medicamento en las zonas rurales

La ordenación farmacéutica tiene como finalidad garantizar la accesibilidad al medicamento en todo el territorio con independencia del lugar de residencia, lo que en términos absolutos parece una realidad conforme a los datos expuestos en el apartado precedente. Y aun cuando también cabría afirmar que la situación en Castilla y León es favorable, resulta necesario analizar las posibilidades de asegurar de la mejor forma posible «el principio de continuidad en la prestación del servicio a la comunidad» que exige el art. 3.2 LGURM, pues más allá del número y la ratio de farmacias lo trascendental viene dado por su cobertura efectiva y de calidad en la asistencia y en la atención farmacéutica. A tal fin, y aun cuando la regulación entra en detalle en cuestiones como el procedimiento de autorización de apertura, traslado y traspaso de farmacias o la jornada y los horarios de las mismas[21], parece más relevante analizar la idoneidad de dicho sistema frente a la eventual liberalización el sistema nacional y las posibles mejoras en el número de oficinas en atención a los módulos de población y distancia, así como otras alternativas indirectas que podrían redundar en un mejor acceso al medicamento en el mundo rural y una garantía de viabilidad económica de cuantas farmacias radican fuera de las áreas urbanas.

---

20 Consejo General De Colegios Oficiales De Farmacéuticos: *Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia Comunitaria 2021*, *cit.*, pág. 39.

21 Fernández Montalvo, R.: «Régimen jurídico administrativo de la apertura, transmisión y traslado de la oficina de farmacia», *Cuadernos de Derecho Judicial*, n.º 28, 1996, págs. 487 y ss. o Hernández San Juan, I.: «La autorización administrativa de apertura de oficinas de farmacia», en AA. VV. (Parejo Alfonso, L. Dir.): *Autorizaciones y licencias, hoy. Un análisis sectorial tras la Directiva de Servicios*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2013, págs. 635 y ss.

1. Regulación vs liberalización del sector

Conforme se expondrá en los siguientes apartados, el modelo español de venta y dispensación de medicamentos está «monopolizado» en un doble sentido: de un lado, porque sólo los farmacéuticos pueden ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público (art. 103.4 LGS); de otro, porque la apertura de este tipo de establecimientos queda sujeta a la planificación sanitaria, a la autorización previa y a la limitación de su número en función de las circunstancias geográficas y demográficas del lugar donde hayan de ubicarse (art. 103.3 LGS).

A pesar del tradicional debate que existió —y sigue existiendo— sobre la conveniencia de liberalizar el sector[22], avalada en su momento por el Tribunal de Defensa de la Competencia[23] y más recientemente por la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia[24], y que incluso fue establecida para determinados productos sanitarios[25], la Directiva 2006/123/CE de 13 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior, al regular la libertad de establecimiento de los prestadores de servicios y su libre circulación, excluyó de su ámbito de aplicación «los servicios sanitarios, prestados o no en establecimientos sanitarios, independientemente de su modo de organización y de financiación a escala nacional y de su carácter público o privado» [art. 2.2.f)], entendiendo la alusión hecha también a los farmacéuticos de atender a su Considerando vigésimo. En consecuencia, la jurisprudencia comunitaria, como ya había hecho el Tribunal Constitucional[26], vino

22 Por extenso, Fernández Domínguez, J. J.; García Vieitez, J. J. y Domínguez Fernández, G.: «La prestación farmacéutica a través de algunas cuestiones relacionadas con la apertura de oficinas de farmacia», *cit*., págs. 118 y ss.

23 Entre otras cuestiones, sugiriendo que la planificación general de las oficinas de farmacia en orden a garantizar la adecuada asistencia farmacéutica fuera una ley de mínimos y no de máximos, opción luego seguida en la Comunidad Autónoma de Navarra, como se verá, Tribunal de Defensa de la Competencia: *La competencia en España: balance y nuevas propuestas*, 1995, págs. 231 y ss., disponible en https://www.cnmc.es/sites/default/files/1185743_8.pdf.

24 Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia: *Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España*, 2015, especialmente págs. 87 y ss.

25 Por ejemplo, los productos para lactantes, cuya venta quedó liberalizada mediante RD 46/1996, de 19 de enero; al respecto, Resolución del Tribunal de Defensa de la Competencia de 11 de diciembre de 1998 (Exp. 409/1997).

26 «Configurado en la forma que hoy lo está el ejercicio de la actividad de dispensación al público de las especialidades farmacéuticas, ni puede entenderse que sea contrario al principio de igualdad ante la Ley subordinar ese ejercicio a la posesión de un determinado título académico, ni afecta a tal principio el hecho de que los titulados que quieran ejercer su profesión como titulares de una oficina de farmacia hayan de contar con los medios propios para instalarla», STC 83/1984, de 24 de julio. En el mismo sentido, y entre muchas otras, SSTS, Cont-Admtivo, 19 septiembre 1997 (RJ 6427); 8 junio y 14 julio 1999 (RJ 5367 y 6326) o 19 septiembre 2000 (RJ 8433).

luego a confirmar la legalidad de limitar la titularidad a los farmacéuticos[27], exigir autorización para la apertura de nuevas oficinas[28] e, igualmente, fijar un número máximo de farmacias[29].

En definitiva, tales restricciones a los derechos a la igualdad (art. 14 CE), a la libre elección de profesión u oficio (art. 35.1 CE) y a la libertad de empresa (art. 38 CE) resultan adecuados para procurar un abastecimiento seguro de medicamentos a la población y para distribuir las farmacias de manera equilibrada en todo el territorio, teniendo en cuenta las regiones geográficamente aisladas o con necesidades específicas para, en consecuencia, garantizar a todos los ciudadanos un acceso apropiado a la atención farmacéutica y, en definitiva, la protección de la salud pública. Al contrario, la desregulación podría suponer un incentivo para la instalación y concentración de farmacias en las localidades más rentables y el abandono de los lugares menos atractivos, como las zonas rurales[30].

2. Módulo de población para el establecimiento de farmacias

El RD 909/1978, de 14 de abril, alumbró el modelo actual de ordenación farmacéutica para limitar el número de farmacias a una por cada 4.000 habi-

27 STJUE C 531/06, de 19 de mayo de 2009, asunto Comisión a Italia y STJUE C-171/02 y C-172/07, de 19 de mayo de 2009, asunto *Apothekerkammer des Saarlands*, comentadas en Ezquerra Huerva, A.: «Acerca del blindaje comunitario de la reserva de la propiedad de las oficinas de farmacia a favor de los farmacéuticos. Consideraciones al hilo de las sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 19 de mayo de 2009 (asuntos acumulados C-171/07 y C-172/07, y asunto C-531/06)», Revista de Administración Pública, n.º 180, 2009 y; Azquín Lizarraga, J. A.: «La ordenación territorial de las oficinas de farmacia en España y el Derecho de la Unión Europea (Sentencia del Tribunal de Justicia de 1 de junio de 2010, C-570/07 y C-571/07, Blanco Pérez y Chao C.)», *Aranzadi Unión Europea*, n.º 7, 2010 o Tapia Hermida, A.: «Las limitaciones a la apertura de nuevas farmacias», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, n.º 332, 2010, págs. 139 y ss.

28 STJUE C-367/12, de 13 de febrero de 2014, asunto *Sokoll-Seebacher*.

29 STJUE C-570/07 y C-571/07, de 1 de junio de 2010, asunto Blanco Pérez y Chao Gómez; al respecto, García de Pablos, J. F.: «Apertura de farmacias en España y libertad de establecimiento», *Aranzadi Doctrinal*, n.º 10, 2011, págs. 117 y ss. o Ezquerra Huerva, A.: «El modelo español de ordenación farmacéutica en el contexto comunitario europeo de libertad de establecimiento*», Derecho y Salud*, n.º extra 1, vol. 16, 2008, págs. 19 y ss.

30 «La consecuencia, sin duda, de este modelo liberal, sería la concentración de la venta de productos farmacéuticos en determinadas cadenas o grupos que orientarían el consumo hacia determinados productos e industrias, y que generaría un fuerte dualismo entre zonas bien abastecidas y zonas poco atendidas", Cruz Roche, I.: «Los márgenes comerciales de la distribución farmacéutica en España», en Ortega, G. y Tamames, R.: *Informe sobre la economía de la distribución minorista de especialidades farmacéuticas en España*, Madrid (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos), 1995, pág. 147.

tantes y en cada municipio. En la actualidad, el art. 2.3 LROSF, establece que el módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia será, con carácter general, de 2.800 habitantes por establecimiento, si bien admite que cada Comunidad Autónoma, en función de la concentración de la población, pueda fijar otro distinto y superior con un máximo de 4.000; en todo caso, superadas esas proporciones podrá autorizarse una nueva farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes[31]; además, y conforme al art. 2.1 de la norma, el ámbito geográfico de referencia viene dado por las unidades básicas de atención primaria.

En el ámbito autonómico, el art. 16.1 Ley 13/2001, de 20 diciembre 2001, de ordenación farmacéutica de la comunidad de Castilla y León, desarrollada por el Decreto 12/2011, de 17 de marzo, utiliza como demarcación las zonas farmacéuticas, para cuya delimitación toma como base —si bien no coinciden exactamente— las zonas básicas de salud en las que se ordena sanitariamente su territorio, pero contemplando la posibilidad de agrupar o segregar estas últimas total o parcialmente en función de los municipios que las constituyan y sus características sanitarias, geográficas y poblacionales, al objeto de garantizar una adecuada atención farmacéutica.

Es la Orden SAN/1308/2008, de 10 de julio, la que establece la delimitación y actualización de esas zonas farmacéuticas en Castilla y León, que quedan clasificadas (art. 17 Ley 13/2001), en función de la población de los municipios que incluyen, en urbanas (más de 20.000 habitantes), semiurbanas (de 5.000 a 20.000) o rurales (las restantes). Para cada una de ellas, y en términos similares a cuanto hacen en general el resto de comunidades, determina a continuación el módulo de población para autorizar la apertura de una oficina de farmacia: las urbanas, 2.500 habitantes; semiurbanas, 2.000; rurales, 1.800, pudiendo en los tres casos autorizar una más en el caso de fracción restante superior a 1.500 habitantes (art. 18.1 Ley 13/2001). Como cabe observar, reduce el umbral contemplado por la norma nacional, pues en atención a su declarado carácter no básico únicamente cumple un cometido meramente instrumental y de mera referencia para las Comunidades Autónomas, y ello supone una primera singularidad que beneficia especialmente a las zonas rurales para que puedan llegar a contar con una o varias farmacias.

31 «Se desprende que todas las oficinas de farmacia que se puedan crear en una determinada zona farmacéutica en función de la proporción indicada de una farmacia por cada 2.800 habitantes son de creación obligatoria, y ello por contraposición al carácter potestativo que tiene la autorización de la oficina de farmacia cuando el resto de población que resulte de aplicar dicha proporción sea una fracción —del módulo de 2.800 habitantes— que exceda de 2.000 habitantes y, por supuesto, no alcance los 2.800, pues si alcanzase esta cifra de población, tal resto constituiría no una fracción del módulo, sino el módulo mismo, que determina la necesidad de aplicar la proporción contemplada en el precepto y, en consecuencia, la obligación de autorizar otra oficina de farmacia más», STSJ Madrid, Cont-Admtivo, 31 enero 2020 (JUR 166165).

Adicionalmente, admite la norma autonómica con carácter excepcional y con la finalidad de garantizar las particulares necesidades de atención farmacéutica que demanden las diferentes circunstancias sanitarias, geográficas, demográficas y turísticas (o, como de forma expresa menciona el art. 2.3 LROSF, para zonas rurales o de montaña) declarar determinadas zonas farmacéuticas como especiales para autorizar un número de farmacias superior al que corresponde a los módulos poblacionales previstos —o, lo que es igual, reducir el número de habitantes exigidos—, delimitando en tal caso el ámbito geográfico en el que proceda la designación del local y posterior instalación de la oficina de farmacia autorizada, la cual no podrá ser objeto de traslado fuera de ese territorio.

Más allá de hacerlo de forma puntual y excepcional —como atestigua el Decreto 188/2001, de 12 de julio— hubiera sido conveniente incluir previsiones específicas, concretas y adicionales a la mera rebaja del número de habitantes en el módulo previsto para las zonas rurales, pues en muchas ocasiones deja sin servicio a zonas farmacéuticas de menos de 1.800 habitantes pero con un elevado número de municipios y una gran extensión territorial que exige desplazamientos para el acceso al mismo.

Así ocurre en otras regiones, de tal manera que a fin de garantizar la distribución y la accesibilidad uniformes, aun cuando no se alcancen los módulos establecidos se podrá autorizar la existencia de al menos una oficina de farmacia en cada municipio, o añadiendo en cada entidad de ámbito territorial inferior —concejos, parroquias, pedanías, etc.— o incluso núcleos poblacionales aislados, requiriendo en algunos casos que cuenten con un mínimo de habitantes como doscientos cincuenta, cuatrocientos, cuatrocientos cincuenta, quinientos, seiscientos, setecientos, ochocientos o mil, y pudiendo autorizar un botiquín de no alcanzar dicha cifra (art. 29 Ley 22/2007 de Andalucía; art. 10 Ley 1/2007 de Asturias; art. 22 Ley 7/2001 de Cantabria; art. 23 Ley 6/2006 de Extremadura; art. 32 Ley 3/2019 de Galicia; art. 27 Ley Foral 12/2000 de Navarra; art. 13 Ley 11/1994 del País Vasco; art. 8 Ley 8/998 de La Rioja; art. 20 Ley 6/1998 de Valencia; art. 36 Ley 5/2005 de Castilla-La Mancha).

Como cabe observar, la regulación básica y la normativa autonómica contemplan por lo general una planificación farmacéutica que se proyecta en demarcaciones territoriales en las que el número de oficinas de farmacia que pueden constituirse se hace depender de determinados módulos de población, de manera que en cada demarcación territorial sólo deberán establecerse las oficinas de farmacia que resulten, sin que puedan autorizarse ni más, ni menos. Por el contrario, mención especial requieren los arts. 26 y 27 Ley Foral 12/2000 de Navarra, que a diferencia de lo anterior establecen para cada zona básica de salud un número mínimo de farmacias, permitiendo la apertura de nuevas oficinas y el libre establecimiento una vez alcanzado, con el límite de una por cada setecientos habitantes y siempre y cuando la

distancia entre ellas sea como mínimo de ciento cincuenta metros[32]. Aun cuando ha superado el filtro constitucional[33], esa corriente liberalizadora no ha tenido «"el más mínimo eco" en el resto de España, tal vez considerando que un excesivo número de farmacias podría perjudicar no solo su propia rentabilidad económica, sino también un adecuado servicio farmacéutico a los distintos núcleos de población y un uso racional del medicamento»[34].

Por otra parte, al efecto de alcanzar el número de habitantes en los módulos establecidos, la norma autonómica utiliza para el cómputo la población que conste en la última revisión del padrón municipal vigente en el momento de iniciarse el procedimiento de autorización (art. 18.2 Ley 13/2001)[35]; tres son, al menos, las precisiones que requiere tal regla.

En primer lugar, conforme al art. 16 Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, el padrón municipal «es el registro administrativo donde constan los vecinos de un municipio y las certificaciones que de dichos datos se expidan tendrán carácter de documento público y fehaciente para los todos los efectos administrativos», lo que no puede predicarse de los censos de población del Instituto Nacional de Estadística al disponer el art. 83.3 RD 1690/1986, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales, que «no podrán servir de base para la expedición de certificaciones o volantes de empadronamiento»[36].

En segundo término, la norma fija ese módulo con independencia de la existencia de farmacias hospitalarias, botiquines o, por ejemplo, depósitos de medicamentos existentes en residencias de la tercera edad, pues por mucho que ello pueda determinar que un mayor o menor número de personas no adquieran medicamentos en las oficinas de farmacia, no cabe restarlas del número de habitantes reflejado por el citado padrón[37].

Por último, el mayor problema vendrá dado a buen seguro por los residentes de hecho no censados y por la población flotante relacionada con el

---

32 Al respecto, Cervera Soto, S.: «El modelo de atención farmacéutica en la legislación de Navarra», *Derecho y Salud*, vol. 9, n.º 1, 2001, págs. 2 y ss.

33 AATCo 64 y 286/2004, de 24 de febrero y 13 de julio, respectivamente. De opinión contraria, considerando que realiza una desregulación encubierta, Larrumbe Sanmartín, F.: «Liberalización de la apertura de oficinas de farmacia: constitucionalidad de la Ley Foral Navarra», *Actualidad Jurídica Aranzadi*, n.º 623, 2004.

34 Vidal Casero, M. V.: «El desarrollo legislativo de la ordenación farmacéutica a nivel estatal y en las Comunidades Autónomas. Su problemática», *cit*., pág. 4894.

35 Sobre la cuestión, Morales Ariza, S. M.: *Ordenación farmacéutica española: situación actual y perspectivas de futuro*, Valencia (Tesis Doctoral), 2015, págs. 80 y ss.

36 En criterio reiterado por el Tribunal Supremo en, por ejemplo y entre muchas otras, SSTS, Cont-Admtivo, 4 noviembre 2008 (RJ 7314) o 24 marzo 2015 (RJ 1822).

37 STSJ Madrid, Cont-Admtivo, 31 enero 2020 (JUR 166165).

turismo, épocas estivales o segundas residencias; en este sentido, el Tribunal Supremo insiste en la conveniencia de tenerlos en consideración a partir de otros medios de prueba que sean veraces, constatables, contundentes, fiables y justifiquen objetivamente la población de hecho existente, «y también de otros criterios supletorios (tales como contadores de suministro de agua y electricidad y número de viviendas construidas y ocupadas, siempre que se trate de datos objetivos, seguros, comprobables y constatables), bien entendido que, en todo caso, la existencia de los habitantes se ha de referir al momento de la solicitud de la nueva farmacia, sin que se puedan valorar situaciones sobrevenidas o de futuro»[38].

Cobran en este último supuesto, muy habitual en zonas rurales, la importancia de prever la aplicación de elementos correctores como admite el art. 2.5 LROSF, pero que la Ley 13/2001 no ha contemplado para Castilla y León, a diferencia de otras comunidades, y que pudieran resultar de interés en nuestro territorio autonómico para aumentar así el número de oficinas de farmacia en aquellas áreas no urbanas y más despobladas durante gran parte del año. Las fórmulas más frecuentes vienes dadas, por un lado, por la consideración de la población de hecho residente y no censada mediante la oportuna certificación emitida por el Ayuntamiento (art. 31 Ley 22/2007 de Andalucía); de otro, por el cómputo de un porcentaje de las plazas turísticas y de las segundas viviendas, atribuyendo ficticiamente en este último supuesto un concreto número de personas a cada una de las resultantes —normalmente cuatro—, y en ambos casos debidamente acreditado por los organismos competentes (art. 31 Ley 22/2007 de Andalucía; art. 21 Ley 7/2001 de Cantabria; art. 6 Ley 31/1991 de Cataluña; art. 20 Ley 7/1998 de Islas Baleares; art. 18 Ley 3/1997 de Murcia; art. 8 Ley 8/1998 de La Rioja; y art. 22 Ley 6/1998 de Valencia).

En su defecto, los municipios o entidades menores pueden solicitar o la autoridad sanitaria puede autorizar de oficio la existencia de botiquines, establecimientos sanitarios vinculados a una oficina de farmacia —normalmente, la más próxima— para garantizar la atención farmacéutica a una población determinada que carece de ella, ya sea de forma permanente por lejanía o difícil comunicación o temporal por aumento estacional de población o emergencias. En Castilla y León quedan regulados en los arts. 31 y ss. Ley 13/2001 y en el Decreto 95/2003, de 21 de agosto, que de forma expresa —conforme ocurre en muchas otras comunidades autonómicas— los contemplan como sucursales de una oficina de farmacia en zonas rurales, a los que se les requiere determinadas condiciones físicas y sanitarias, así como de existencias y de horario de apertura, siempre bajo la presencia de un profesional colegiado.

38 SSTS, Cont-Admtivo, 9 julio 2001 (RJ 6158), 5 abril 2005 (RJ 2996), 6 julio 2011 (RJ 6208) o, entre muchas otras, 24 marzo 2015 (RJ 1822); Reflejando los muy variados criterios utilizados, Fernández Domínguez, J. J.; García Viéitez, J. J. y Domínguez Fernández, G.: «La prestación farmacéutica a través de algunas cuestiones relacionadas con la apertura de oficinas de farmacia», *cit*., págs. 156 y 157.

3. Distancia mínima entre oficinas de farmacia y otros centros sanitarios

Junto al criterio anterior, referido a la población y que determina el número de establecimientos, la exigencia de una distancia mínima entre oficinas de farmacia y otros centros sanitarios para garantizar la adecuada distribución y la accesibilidad tiene mayor tradición, pues a partir del Decreto de 31 de mayo de 1957 constituye condicionante fundamental para su autorización. En la actualidad., el art. 2.4 LROSF, carente también de carácter básico, establece que «la distancia mínima entre oficinas de farmacia, teniendo en cuenta criterios geográficos y de dispersión de la población será, con carácter general, de doscientos cincuenta metros», permitiendo que las comunidades autónomas contemplen una cifra menor y que impongan limitaciones a su instalación en la proximidad de los centros sanitarios.

En Castilla y León, el art. 19 Ley 13/2001 reitera esa distancia de doscientos cincuenta metros para las zonas farmacéuticas urbanas y semiurbanas, siendo aplicable entre oficinas de farmacia y entre éstas y un centro sanitario público o de asistencia extrahospitalaria u hospitalaria con consultas externas o dotado de servicios de urgencia; para las de carácter rural, la reduce a ciento cincuenta metros y la excepciona para el supuesto en el que sólo proceda la instalación de una única oficina de farmacia en la entidad local sede de los referidos centros asistenciales.

El resto de Comunidades Autónomas ha establecido un régimen muy similar, coincidiendo casi unánimemente en esos doscientos cincuenta metros entre farmacias (como excepción, los ciento cincuenta de Navarra, art. 27 Ley Foral 12/2000) y añadiendo contadas singularidades para garantizar su acomodación a las características geográficas y poblacionales, que poco afectan a las zonas rurales, donde el problema no radica en la concentración de oficinas de farmacia si no precisamente en su escaso número y en su lejanía; en cualquier caso, es habitual no imponer separación mínima alguna cuando se trata de núcleos con una única farmacia (art. 24 Ley 6/2006, de Extremadura; art. 33 Ley 3/2019 de Galicia; o art. 14 Ley 4/2005, de Canarias;) o reducirla si son menores de —por ejemplo— cinco mil habitantes (art. 36 Ley 5/2005, de Castilla-La Mancha).

Algo parecido ocurre con la distancia respecto a los centros sanitarios, donde los doscientos cincuenta metros actúan como regla general que sólo varía en algunos supuestos a los ciento cincuenta (art. 15 Ley 11/1994 del País Vasco; art. 15 Ley 4/1999 de Aragón; art. 23 Ley 7/2001 de Cantabria; art. 23 Ley 13/2022 de Madrid;) o a los doscientos (art. 30 Ley 22/2007 de Andalucía; art. 19 Ley 3/1997 de Murcia), y en uno u otro caso excepcionando totalmente aquellos lugares con farmacia única o, en su defecto, reduciendo la distancia exigida con carácter general.

Una cuestión relevante, y origen de una elevada litigiosidad, es la referida a cómo efectuar la medición, que tanto la Orden de 1 de agosto de 1959 como la Orden de 21 de noviembre de 1979 simplificaban al «camino vial

más corto». Las comunidades se han preocupado de establecer un método sencillo pero objetivo y preciso que deje atrás esa conflictividad, remitiendo por lo general a un desarrollo reglamentario que en Castilla y León tuvo lugar a través de la Orden SAN/281/2011, de 18 de marzo.

Por otro lado, la solicitud de autorización no es necesario identificar el local donde se va a abrir la farmacia, por lo que no es posible comprobar el cumplimiento previo de tal requisito ni la idoneidad del emplazamiento para un buen servicio a la población. No obstante, la jurisprudencia ha admitido que «siempre que por las condiciones físicas del núcleo designado se haga imprescindible conocer esa ubicación para poder apreciar sustantividad con respecto al resto de la zona circundante, la falta de designación del lugar —siquiera en términos aproximados— en que se situaría el establecimiento puede ser causa justificada de denegación de la petición. Y, precisamente, esa especial circunstancia concurre en todos aquellos supuestos en que la distancia haya de ser el elemento decisivo para poder apreciar la homogeneidad o sustantividad que ha de constituir la característica diferencial del núcleo, así como el único medio de apreciar si la totalidad de los residentes van a verse beneficiados, de una manera efectiva, por la existencia de la nueva oficina, o si, por el contrario, una parte notable de los mismos seguirán encontrándose más próximos a alguna de las farmacia ya existentes, haciendo decaer así la razón de apertura de la nueva oficina»[39].

A partir de tal criterio, sería posible y recomendable que cada normativa autonómica pudiera delimitar con antelación la ubicación de la farmacia en un concreto municipio, pedanía o núcleo de población o, al menos, se valorara con preferencia para conceder la autorización, lo que especialmente en zonas rurales permitiría un reparto territorialmente equitativo de las oficinas y un mejor acceso a la atención farmacéutica de sus ciudadanos. Bajo tal perspectiva, resulta destacable aquella previsión conforme a la cual el órgano de gobierno «competente en materia de salud podrá determinar la ubicación de la oficina de farmacia para asegurar la mejor atención farmacéutica y el mayor impulso al desarrollo rural» (art. 10 Ley 1/2007 de Asturias).

IV. Alternativas adicionales para la promoción de la farmacia rural

El legislador mantuvo en el RD 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, el diseño tradicional sobre retribución de farmacias, caracterizado por la existencia de un mecanismo mixto y aplicable por igual a todas ellas, sin tener en cuenta circunstancias como pudiera ser su ubicación en zonas rurales o su menor facturación.

39 STS, Cont-Admtivo, 25 enero 2000 (RJ 665) o 14 enero 2003 (RJ 724).

A día de hoy, tras sucesivas modificaciones y actualizaciones, establece en primer lugar un porcentaje invariable del 27,9 % por cada medicamento despachado (10 % para los acondicionados en envase clínico) cuando su PVL fuera igual o inferior a 91,63 €. En segundo término, aplica un margen fijo de 38,37 € si el coste supera aquella cuantía y es igual o inferior a 200 €; de 43,47 € si es superior a 200 € e igual o inferior a 500 €; y de 48,37 € si es superior a 500 €. Con este sistema, y a pesar de haber aumentado a tres tramos fijos en función del precio tras el RD-Ley 4/2010, de 26 de marzo, se puede afirmar que la ganancia marginal viene calculada por un tipo regresivo o decreciente, disminuyendo según aumenta el precio del producto, aproximando el modelo al sistema de honorario por servicio[40]. Además, del margen correspondiente a las recetas dispensadas con cargo a fondos públicos de las Comunidades Autónomas, INGS, MUFACE, MUGEJU o ISFAS a cada oficina de farmacia se le deduce una aportación calculada sobre su facturación mensual bruta (incluyendo IVA) si es superior a 37.500 € aplicando un tipo que va del 7,80 % al 20,00 %.

Con posterioridad, RD-Ley 9/2011, de 19 de agosto, con la intención de garantizar la accesibilidad y calidad en la prestación farmacéutica, introdujo un índice corrector en el margen de los medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos para las oficinas que se han venido a denominar de viabilidad económica comprometida (Farmacias VEC), con el objeto adicional de asegurar su supervivencia y mejorar su rentabilidad. En concreto, para aquellas con una facturación mensual inferior a los 12.500 € y que, entre otros requisitos, presten servicio a núcleos de población pertenecientes a municipios de hasta 1.500 habitantes censados en el último padrón o en otros mayores calificados de riesgo para disponer de la adecuada cobertura o acceso a la prestación farmacéutica, supone una ayuda económica variable pero con un exiguo máximo de 979,16 € al mes[41].

Mientras las aportaciones por facturación de las oficinas de farmacia al Sistema Nacional de Salud suponen más de doscientos millones de euros anuales (y una media por farmacia de entre el 2,5 % y el 3 % de su facturación) y el gasto farmacéutico supera los diez mil millones de euros en el mismo período, el importe de estas compensaciones está en torno a los tres millones de euros al año, por lo que cabe calcular que las administraciones públicas retornan a las farmacias VEC únicamente algo más del 1 % de lo recaudado[42].

---

40 Gisbert, R.; Rovira, J. e Illa, R.: «Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de farmacia», en AA. VV. (López Casanovas G. y Rodríguez Palenzuela, D., Coords.): *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid (Civitas), 1997, págs. 368 y 369.

41 En similares términos, pero proponiendo más ampliamente un fondo de compensación para todas las farmacias de municipios de menos de mil habitantes por su carácter esencial y con una facturación anual menor de trescientos mil euros, SEFAR: Establecimiento de un fondo de compensación para farmacias rurales esenciales, 2019.

42 «No tendríamos nada que objetar a la inviabilidad económica de estos establecimientos sanitarios si ésta se produjera en un mercado libre, pero la ruina de la que estamos

Como cabe presumir, el 92 % de las farmacias VEC están ubicadas en entornos rurales. Y Castilla y León es la comunidad autónoma en peor situación, pues el 10,70 % de sus farmacias, computando todas con independencia de su ubicación, tienen tal consideración, las cuales a su vez representan el 24,70 % del total de oficinas VEC en España; y aquél porcentaje asciende al 15,70 % teniendo en cuenta sólo las rurales, con lo que cabe concluir que una de cada seis tiene seriamente comprometida su viabilidad[43].

Con estos mimbres, es fácil comprender la necesidad de adoptar medidas adicionales, más allá de garantizar un número y emplazamiento adecuado de farmacias en el ámbito rural, para asegurar su viabilidad y, de conformidad con el art. 2 Ley 13/2001 de Castilla y León, prestar un servicio de interés público que garantice en todo momento una adecuada asistencia farmacéutica a la población que fomente un uso racional del medicamento, orientada asimismo a la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos de vida saludables y la educación sanitaria.

En este sentido se manifiesta la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR), que reclama incluso un marco regulatorio diferenciado y pasar a formar parte de los Planes de Desarrollo Sostenible del Medio Rural y de las Directrices Estratégicas Territoriales de Ordenación Rural que promueven las comunidades autónomas de conformidad con lo dispuesto en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, en tanto su art. 2, califica como uno de sus objetivos el de «mantener y mejorar el nivel de población del medio rural y elevar el grado de bienestar de sus ciudadanos, asegurando unos servicios públicos básicos adecuados y suficientes que garanticen la igualdad de oportunidades y la no discriminación» y potenciando en particular y entre otros el de la sanidad[44].

1. Así, en primer lugar, el sistema de retribución de las farmacias no hace sino reflejar «una valoración de este agente más como un distribuidor minorista que como el pago al servicio de un profesional sanitario»[45]. Además, renuncia a compensar económicamente otras

hablando tiene la particularidad de producirse en el seno de un sistema regulado que a pesar de los diferentes recortes movió el año pasado 11.135.401.976 de euros tan sólo en recetas facturadas al SNS, lo que a nuestros ojos hace que esta situación resulte inmoral e inadmisible», SEFAR: Farmacia Rural. La esencia del modelo español de farmacia. Génesis, análisis de su situación actual y propuestas para su viabilidad, 2012, pág. 7, disponible en https://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/go-x/u/a37994f5-50b2-46ec-9b2b-aeaa8e63bde0/FarmaciaRural_laesencia.pdf.

43 Consejo General De Colegios Oficiales de Farmacéuticos: *Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia Comunitaria 2021*, págs. 47 y 48.d

44 Sefar: *Pérdida de servicios en el medio rural y despoblación. El medio rural y sus oficinas de farmacia*, 2018, págs. 19 y ss

45 Gisbert, R.; Rovira, J. e Illa, R.: «Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de farmacia», *cit*., pág. 351.

actividades valiosas, especialmente en el ámbito rural, como las labores de información o asesoramiento realizadas u otras incardinables en la atención farmacéutica; trata de una manera indiferenciada a todas las oficinas, con independencia de la inversión efectuada, su ubicación o cualesquiera otras circunstancias específicas; fomenta las ventas al mayor PVP posible, algo luego a evitar mediante la aplicación de un margen fijo a partir de determinada cuantía y, sobre todo, a partir del sistema de precios de referencia; propicia que algunos productos especialmente costosos y poco utilizados no puedan ser suministrados de inmediato o sólo puedan hacerlo contadas oficinas; finalmente, debido al contexto español de bajos costes en comparación con los países del entorno, la persistencia en su aplicación futura conllevará un aumento del gasto público.

Por ello, convendría tener en cuenta esas otras funciones que integran la atención farmacéutica y que expresamente quedan enumeradas tanto en el art. 1 LROSF como en el art. 86.1 LGURM[46] para instaurar nuevas fórmulas de retribución «no ligadas al margen comercial, sino a la globalidad de la atención farmacéutica que desarrolla»[47], entre otras: información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes; colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia; participación en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria; cooperación con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios; en fin, actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

En definitiva, la alteración de los criterios de retribución se desvela como un inmejorable incentivo para mejorar el desarrollo profesional del farmacéutico en su relación con la prestación proporcionada[48], sin que ello requiera imperativamente una creciente especialización y el

46 Cordobés, A.: «La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España», *Offarm*, n.º 5, vol. 21, 2002, pág. 135.

47 Rey Abella, M. E.: «Precios de referencia», *Atención Primaria*, n.º 5, vol. 24, 1999, pág. 254.

48 «El hecho de que la retribución es una de las formas más importantes de incentivo..., es algo que pocos discutirían actualmente, aun cuando se acepte la existencia simultánea de objetivos éticos, profesionales o de otro tipo», Gisbert, R.; Rovira, J. e Illa, R.: «Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de farmacia», *cit*., pág. 350.

paulatino abandono de servicios sanitarios colaterales, pues precisamente la oficina es un lugar donde el ciudadano puede ser atendido e informado debidamente eludiendo la minoración del valioso tiempo de los médicos de atención primaria para obtener productos sanitarios, como en muchas ocasiones sucede[49].

Asimismo, cabría hacer residir en el farmacéutico la opción por obviar la distribución, habida cuenta, a pesar de los descuentos normalmente ofrecidos por los mayoristas a las oficinas, puede suponer un «gravamen excesivo para algunas de éstas, y aun cuando la norma consagra el canal farmacéutico tradicional», admitiendo su mediación, ésta es libre y voluntaria (art. 68 LGURM)[50], de tal forma que las farmacias con menor facturación tendrían incentivo para sufragar por sí mismos los gastos de distribución.

En fin, también sería posible realizar convenios individuales con cada farmacia para atender a sus específicas condiciones, o cualesquiera otras posibilidades destinadas a evitar un peor trato a algunas de ellas. Así lo solicitó en su momento el Tribunal de Defensa de la Competencia, al afirmar que el Sistema Nacional de Salud dispone de un fuerte poder monopolístico y que podría «establecer un convenio, de libre aceptación por éstas, en el que se establecieran las condiciones de compra (precio y plazo de pago). Tales condiciones no tendrían por qué ser necesariamente iguales para todas. Esta capacidad de discriminación permitiría asegurar su supervivencia en aquellos lugares de débil demanda en los que el mercado, por sí mismo, no ofreciera suficientes estímulos para la instalación de estos establecimientos (municipios de pequeña dimensión, periferia de las ciudades, por ejemplo)»[51].

2. En segundo término, la facultad de prescripción de medicamentos financiados públicamente aparecía reconocida en exclusiva a los médicos, ampliadas en la actualidad de forma expresa a los odontólogos y a los podólogos en el ámbito de sus respectivas competencias (79.1 LGURM). No obstante, y atendiendo demandas también tradicionales, la norma contempla desde el año 2009 la prescripción enfer-

49 Quirós Hidalgo, J. G.: *La prestación farmacéutica de la Seguridad Social*, págs. 296 y ss.

50 Como ya precisara González Bueno, A.: *Manual de legislación Farmacéutica*, Madrid (Doce Calles), 1999, pág. 477.

51 Añadiendo que «también garantizará al Ministerio de Sanidad un mayor poder de negociación en aquellos casos en que la localización de las oficinas de farmacia permite la obtención de rentas significativamente elevadas. Los mayores gastos de administración derivados de dicho sistema resultarían ampliamente compensados por la reducción del gasto que se lograría con un convenio como el propuesto», Tribunal de Defensa de la Competencia: *La competencia en España: balance y nuevas propuestas*, *cit*., pág. 237.

mera y fisioterapeuta para que de forma autónoma estos profesionales puedan indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica mediante la correspondiente orden de dispensación relacionada con su actividad; e, incluso, el precepto admitía una auténtica prescripción enfermera en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Todo ello aparece hoy día regulado en el RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, con la importante modificación operada por el RD 302/2018, de 22 de octubre[52].

Tal facultad se ha defendido también para el farmacéutico[53] —sin que hasta la fecha haya sido reconocida— para dar lugar a una prescripción complementaria existente en los países anglosajones y consistente en que después de recibir una formación adecuada, puedan realizar esta labor en colaboración con el médico de atención primaria y bajo su consentimiento, pasando éste a centrarse en el diagnóstico y la coordinación. En el ámbito rural, podría ser útil para enfermedades crónicas y tratamientos de larga duración —muy habituales dada la elevada media de edad de sus habitantes— y así facilitar el acceso al medicamento correcto de manera más sencilla y evitar visitas en mucho casos innecesarias al médico; ello implicaría, en paralelo, una formación específica y, a buen seguro, un cambio en la retribución que debería tener en cuenta los actos del profesional farmacéutico[54].

3. Como tercera precisión, y a partir de lo dispuesto por el art. 14 de la Directiva 97/7/CEE, de 20 de mayo, sobre protección de los consumidores en materia de contratos a distancia, que permitía a los Estados miembros prohibir la venta a distancia de ciertos productos en sus territorios y, entre ellos, los medicamentos (hoy día sustituida por la

52 Por extenso, Fernández Domínguez, J. J.; García Viéitez, J. J. y Domínguez Fernández, G.: *La prescripción enfermera, León (Eolas)*, 2019, especialmente págs. 57 y ss. o Pérez Gálvez, J. F.: «Reforma y simplificación de la denominada erróneamente prescripción de enfermería», *Revista Andaluza de Administración Pública*, n.º 102, 2018, págs. 43 y ss.

53 Barbero González, J. A.: «La prescripción por parte del farmacéutico. Derecho a decidir», *Farmacia Profesional*, n.º 11, vol. 15, 2001, pág. 74.

54 Sobre la cuestión, Costa Font, J. y Mcdaid, D.: «Prescripción suplementaria. El farmacéutico en el Reino Unido», *Farmacia Profesional*, n.º 4, vol. 17, 2003, págs. 13 y ss.

Directiva 2011/83/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2011, sobre los derechos de los consumidores), el art. 3.5 LGURM prohíbe la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción; con mayor rotundidad, prohíbe también la venta a domicilio y cualquier tipo de venta indirecta al público de medicamentos en general, permitiendo que las Administraciones sanitarias, por razones de salud pública o seguridad de las personas, pueden limitar, condicionar o prohibir estas últimas modalidades.

No obstante, la prohibición de la esa comercialización a domicilio ha sido matizada por las normas de ordenación farmacéutica de varias Comunidades Autónomas. Por ejemplo, el art. 4.3 Ley 5/1999 de Galicia, contemplaba en su art. 4.3 que «las oficinas de farmacia, en las condiciones que previamente se regulen, podrán dispensar a través de correo o servicios de mensajería, propios o ajenos, los medicamentos que, por circunstancias especiales, requieran periódicamente los enfermos crónicos, cuya prescripción esté garantizada por receta médica y exista una dispensación previa en esa oficina de farmacia de ese mismo medicamento»; en cambio, la actualmente vigente, la Ley 3/2019, prohíbe cualquier tipo de venta indirecta. Junto al supuesto anterior, la Ley Foral 12/2000 de Navarra, aun cuando prohíbe «la venta ambulante, a domicilio y por correspondencia» atribuye un carácter perfectamente lícito a la entrega de medicamentos a domicilio por parte de las propias oficinas de farmacia, a lo que el Alto Intérprete Constitucional le dio carta de naturaleza, habida cuenta «entre el hecho jurídico de la venta, que es lo que en determinadas modalidades de ésta prohíbe la ley referida, y la entrega del producto dispensado en una oficina de farmacia, existe una clara diferencia conceptual que impide que las prohibiciones atinentes a la primera puedan extenderse sin más a la segunda»[55].

En nuestro territorio, el art. 5.2 Ley 13/2001 de Castilla y León impide «la venta a domicilio y cualquier tipo de venta indirecta al público de medicamentos destinados al consumo humano». Por lo tanto, no estaría de más contemplar esa excepción en el reparto, observando escrupulosamente los requisitos destinados a garantizar la protección de la salud de los ciudadanos, la presentación de la oportuna receta y la subsistencia de la relación directa entre farmacéutico y paciente,

55 STC 152/2003, de 17 de julio. Es decir, cabrá la venta a domicilio sólo cuando no haya existido previamente oferta al público fuera del establecimiento sanitario, STSJ, Cont-Admtivo, Andalucía/Granada 14 octubre 2003 (RJCA. 2004/26169).

dando así legitimidad a una práctica tradicionalmente común y muy beneficiosa en zonas rurales[56] o en residencias de ancianos[57].

En este sentido, para los medicamentos no sujetos a prescripción, y de acuerdo con la 2011/62/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio, el RD 870/2013, de 8 de noviembre, regula la venta a distancia al público a través de sitios web[58]; a tal fin, impone como requisitos que únicamente se podrá realizar a través farmacias abiertas al público, legalmente autorizadas y que figuren en el listado publicado por la autoridad competente, mediante venta directa desde las mismas en su página web y con intervención de un farmacéutico responsable de la dispensación sin intermediarios, responsable a su vez del transporte.

4. Por último, el art. 5 LROSF exige la presencia y actuación profesional de un farmacéutico como condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, sin perjuicio de la colaboración de ayudantes o auxiliares[59], siendo el farmacéutico titular responsable de garantizar la atención farmacéutica. Dado su carácter básico, remite a cada Comunidad Autónomas la regulación del

---

56 Frente a pronunciamientos en sentido contrario dictados conforme a la legislación anterior [STS 9 febrero 1990 (RJ 980)], «sin embargo, la actividad desarrollada por algunos farmacéuticos llevando [medicamentos] a las localidades pequeñas y alrededor de su oficina de farmacia responde a una práctica que se lleva a cabo en pequeñas localidades para facilitar el servicio a aquellos que no residen en localidades con oficinas de farmacia, y para dispensar el mayor número de recetas que se prescriban en su zona, pero no constituye una obligación del farmacéutico como tal ni, por ello, puede ser sancionado cuando se niega a efectuarlo respecto a algunas personas», STSJ, Cont-Admtivo, Castilla y León/Valladolid 30 marzo 1999 (RJCA 1226) o, en el mismo sentido y por todas, STSJ Cont-Admtivo, Baleares 12 febrero 1999 (RJCA 852).

57 En este sentido, el Decreto 14/2019, de 16 de mayo, por el que se regula la atención farmacéutica en centros sociosanitarios y centros residenciales de carácter social para la atención a personas mayores ubicados en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, permite que en aquellos centros que cuenten con menos de cien camas en régimen de asistidos la atención farmacéutica se preste a través de un depósito de medicamentos vinculado a una oficina de farmacia ubicada dentro de la zona farmacéutica donde radique el centro, en los términos previstos por sus arts. 9 y ss.

58 Como ya había admitido la STJCE 11 diciembre 2003, asunto DocMorris (C-322/2001).

59 Lo que por desgracia no suele ser habitual en zonas rurales, donde es el farmacéutico titular quien presta el servicio en solitario en la mayoría de las ocasiones. En este sentido, algún estudio concluyó que el 61,20 % de las farmacias rurales no contaba con auxiliares a tiempo completo y el 27,20 % tenía sólo uno, cifras que en referencia a la contratación temporal ascendían al 10,10 % y 27,90 %, respectivamente; a su vez, el 78,90 % no tenían a ningún farmacéutico adjunto contratado a tiempo completo y el 19,70 % a uno, alcanzando el 93,80 % y el 5,5 % para la modalidad parcial, Torrecillas Navarro, R. A.: *Farmacia rural y atención farmacéutica en España*, Granada (Universidad), 2012, págs.. 74 y ss., disponible en https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/21636/20764364.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

número de farmacéuticos adjuntos que junto al titular deban prestar servicios teniendo en cuenta factores como el volumen y el tipo de actividad de las oficinas y el régimen de horarios. Las leyes autonómicas dictadas en su desarrollo «han optado en unos casos por acoger estricta y escrupulosamente el sentido de la norma básica, conservando en su texto el término "presencia de un farmacéutico", y en otras han especificado el término genérico de la ley básica exigiendo la presencia del farmacéutico titular», lo que permite concluir que debería »respetarse el término genérico de un farmacéutico por ser más acorde con la mente del legislador estatal, por tratarse en definitiva del *sensu contrario* de una interpretación limitativa de derechos que ha de hacerse siempre en sentido restrictivo y por coadyuvar a un amplio abanico de circunstancias concomitantes netamente más beneficiosos para la población en general y la profesión farmacéutica en concreto»[60].

En Castilla y León, los arts. 13 y 14 Ley 13/2001 —desarrollados en este extremo por el Decreto 12/2011, de 17 de marzo—, establecen, adoptando una opción parcial y mínimamente flexibilizadora, que «cada farmacéutico sólo podrá ser propietario y titular o copropietario y cotitular de una única oficina de farmacia»[61], pudiendo contar con adjuntos y personal auxiliar, si bien la presencia física del farmacéutico titular será obligada dentro del horario mínimo de atención al público, el cual queda regulado en la Orden SAN/744/2015, de 7 de septiembre, por la que se determina la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. En concreto, fija como jornada y horario mínimo de servicio en los municipios de más de 20.000 habitantes, cuarenta horas semanales, distribuidas en horario de mañana y tarde de lunes a viernes y sábados por la mañana; y en los municipios con población menor o igual a 20.000 habitantes, estará comprendido entre treinta y cuarenta horas semanales (art. 2). Además, la posible ampliación de horarios, admitida en muy diversas formas, y con la finalidad de garantizar la presencia y actuación profesional de un farmacéutico, exige la contratación de un farmacéutico adicional por aumentos de más de diez horas semanales y de dos si suponen la apertura de las

60 Bocanegra Martín, R. y Vacas Faraco, J. S.: «La presencia y actuación profesional de un farmacéutico en la dispensación de medicamentos», *Pharmaceutical Care España*, n.º 2, vol. 1, 1999, págs. 153-156.

61 La prohibición de tener más de una farmacia es común en las normativas autonómicas, si bien Asturias, Islas Baleares y Galicia no lo mencionan expresamente; por otra parte, Castilla y León (94,1 %), Castilla-La Mancha (92,5 %) y Aragón (92,5 %) son las autonomías que registran el mayor número de farmacias con titularidad única respecto al total, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: *Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia Comunitaria 2021*, *cit.*, pág. 42.

24 horas del día, computando en su caso los cotitulares, lo cual desde luego frena la ampliación de horarios y la atención farmacéutica en zonas rurales.

En fin, también el régimen de servicios de urgencia o guardias acaba perjudicando a las zonas rurales y aumentando la intervención en estos supuestos de sus de farmacias, pues estando todas obligadas a participar cuentan con un menor número de oficinas que en áreas urbanas o semiurbanas[62]. Así, en cada Zona de Salud y en municipios de menos de 20.000 habitantes debe existir una oficina de farmacia en servicio de urgencia diurno y otra en el nocturno, pero si hay uno con población superior a 5.000 habitantes y Centro Sanitario público que disponga de servicio de urgencias y hubiera más de una oficina de farmacia, el servicio de urgencias se cubrirá por turno rotatorio entre las que existan (art. 6).

No obstante, dos son las previsiones que otorgan en este extremo un cierto trato de favor: de un lado, de tener una población igual o inferior a aquel primer referente, la prestación del servicio de urgencia podrá realizarse de manera localizada a solicitud del farmacéutico titular y siempre que la atención farmacéutica se preste en un tiempo no superior a treinta minutos desde el momento en que se solicite, debiendo exponer en un lugar visible el teléfono y/o medio de localización (art. 5.5); de otro, si las características lo aconsejan podrá resolverse motivadamente por la autoridad competente la inclusión en la organización de los turnos del servicio de urgencia oficinas de farmacia de otra Zona Básica de Salud distinta, cuya distancia al Centro Sanitario público que disponga de servicio de urgencias no sea superior a veinte minutos para el servicio de urgencia diurno y treinta minutos para el nocturno, utilizando medios de transporte habituales e igualmente de forma excepcional los sábados, domingos y festivos la atención farmacéutica podrá prestarse conforme a los criterios fijados para el servicio de urgencia nocturno (art. 6 c).

V. Bibliografía

Alba Romero, S.; **Ardila Tejedor, R.** y **Gutiérrez Pérez, M. V.**: «La ordenación farmacéutica en la Unión Europea y sus Estados Miembros», *Noticias de la Unión Europea*, n.º 165, 1998.

62 Interesantes datos sobre horas semanales trabajadas, horas, días, duración y tipo de guardias en las farmacias rurales, Torrecillas Navarro, R. A.: *Farmacia rural y atención farmacéutica en España*, *cit*., págs. 78 y ss.

Alonso Olea, M.: «Sobre la necesidad de precisar de alguna forma para las Comunidades Autónomas el carácter básico de una norma. A propósito de las estructuras básicas de salud», *Jurisprudencia Constitucional sobre Trabajo y Seguridad Social*, Madrid (Civitas), Tomo VI, 1988.

Barbero González, J. A.: «La prescripción por parte del farmacéutico. Derecho a decidir», *Farmacia Profesional*, n.º 11, vol. 15, 2001.

Bassols Coma, M.: «Competencias transferidas a las Comunidades Autónomas en materia de Derecho Sanitario y Farmacéutico», en AA. VV. *Derecho Farmacéutico de las Comunidades Autónomas*, Madrid (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos), 1987.

Bocanegra Martín, R. y **Vacas Faraco, J. S.**: «La presencia y actuación profesional de un farmacéutico en la dispensación de medicamentos», *Pharmaceutical Care España*, n.º 2, vol. 1, 1999.

Cervera Soto, S.: «El modelo de atención farmacéutica en la legislación de Navarra», *Derecho y Salud*, vol. 9, n.º 1, 2001.

Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia: *Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España*, 2015.

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: *Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia Comunitaria 2021*, pág. 52, disponible en https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2022/06/Estadisticas-de-Colegiados-y-Farmacias-2021-portal-1.pdf.

Cordobés, A.: «La evolución del concepto de atención farmacéutica y su repercusión en España», *Offarm*, n.º 5, vol. 21, 2002.

Costa Font, J. y **Mcdaid, D.**: «Prescripción suplementaria. El farmacéutico en el Reino Unido», *Farmacia Profesional*, n.º 4, vol. 17, 2003.

Cruz Roche, I.: «Los márgenes comerciales de la distribución farmacéutica en España», en Ortega, G. y Tamames, R.: *Informe sobre la economía de la distribución minorista de especialidades farmacéuticas en España*, Madrid (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos), 1995.

Cueto Pérez, M.: *Ordenación farmacéutica: regulación estatal y autonómica*, Madrid (Marcial Pons), 1998.

Ezquerra Huerva, A.:

— «Acerca del blindaje comunitario de la reserva de la propiedad de las oficinas de farmacia a favor de los farmacéuticos. Consideraciones al hilo de las sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas de 19 de mayo de 2009 (asuntos acumulados C-171/07 y C-172/07, y asunto C-531/06)», *Revista de Administración Pública*, n.º 180, 2009.

— «El modelo español de ordenación farmacéutica en el contexto comunitario europeo de libertad de establecimiento», *Derecho y Salud*, n.º extra 1, vol. 16, 2008.

Fernández Domínguez, J. J.; **García Viéitez, J. J.** y **Domínguez Fernández, G.**:

— *La prescripción enfermera*, León (Eolas), 2019.

— «La prestación farmacéutica a través de algunas cuestiones relacionadas con la apertura de oficinas de farmacia», *Revista Jurídica de la Universidad de León*, n.º 7, 2020.

Fernández González, F. J.: «La planificación farmacéutica», *Revista Derecho y Salud*, n.º 2, vol. 6, 1998.

Fernández Montalvo, R.: «Régimen jurídico administrativo de la apertura, transmisión y traslado de la oficina de farmacia», *Cuadernos de Derecho Judicial*, n.º 28, 1996.

Gisbert, R.; **Rovira, J.** e **Illa, R.**: «Análisis de modelos alternativos de retribución de las oficinas de farmacia», en AA. VV. (López Casanovas G. y Rodríguez Palenzuela, D., Coords.): *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Madrid (Civitas), 1997.

González Bueno, A.: *Manual de legislación Farmacéutica*, Madrid (Doce Calles), 1999.

González Pérez, J.: «El futuro de la oficina de farmacia», *Derecho y Salud*, vol. 5, n.º 2, 1997.

Granda Vega, E.: «La utopía liberalizadora. Límites», *Farmacia Profesional*, n.º 5. vol. 14, 2000.

Hernández San Juan, I.: «La autorización administrativa de apertura de oficinas de farmacia», en AA. VV. (Parejo Alfonso, L. Dir.): *Autorizaciones y licencias, hoy. Un análisis sectorial tras la Directiva de Servicios*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2013.

Junta de Castilla y León: *Indicadores Demográficos 2021, Junta de Castilla y León*, 2022, pág. 3, disponible en https://estadistica.jcyl.es/web/jcyl/binarios/486/523/ID%202021.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=trueLANDA

Larrumbe Sanmartín, F.: «Liberalización de la apertura de oficinas de farmacia: constitucionalidad de la Ley Foral Navarra», *Actualidad Jurídica Aranzadi*, n.º 623, 2004.

Mestre Delgado, J. F.: «La competencia normativa en materia de ordenación farmacéutica», *Revista Derecho y Salud*, n.º 2, vol. 5, 1997.

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación: *Demografía de la población rural en 2020* (AgrInfo, n.º 31, 2021), disponible en https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/ayp_demografiaenlapoblacionrural2020_tcm30-583987.pdf.

Ministerio de Sanidad:

— *Estadística de Gasto Sanitario Público 2021: principales resultados*, edición de marzo de 2023, disponible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf.

— *Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Informe monográfico*, Ministerio de Sanidad, págs. 57-59, disponible en https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29241_prestacion_farmaceutica_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud_2020-2021_-_informe_monografico.pdf.

Morales Ariza, S. M.: *Ordenación farmacéutica española: situación actual y perspectivas de futuro*, Valencia (Tesis Doctoral), 2015.

Pérez Gálvez, J. F.: «Reforma y simplificación de la denominada erróneamente prescripción de enfermería», *Revista Andaluza de Administración Pública*, n.º 102, 2018.

Quirós Hidalgo, J. G.: *La prestación farmacéutica de la Seguridad Social*, Valladolid, Lex Nova, 2006.

Razquín Lizarraga, J. A.: «La ordenación territorial de las oficinas de farmacia en España y el Derecho de la Unión Europea (Sentencia del Tribunal de Justicia de 1 de junio de 2010, C-570/07 y C-571/07, Blanco Pérez y Chao C.)», *Aranzadi Unión Europea*, n.º 7, 2010.

Rodríguez Tapia, J. M. y **Pérez Macía, I. A.**: «Aspectos jurídico-privados sobre la fabricación y comercialización de medicamentos genéricos», en AA. VV.: *Derecho de la Sanidad y los medicamentos: seis estudios*, Madrid (Ministerio de Sanidad y Consumo), 1999.

Sainz Moreno, F.: «Comentario al artículo 36 CE», en AA. VV.: *Comentarios a las Leyes Políticas*, T. II, Madrid, 1983.

Sefar:

— *Establecimiento de un fondo de compensación para farmacias rurales esenciales*, 2019.

— *Farmacia Rural. La esencia del modelo español de farmacia. Génesis, análisis de su situación actual y propuestas para su viabilidad*, 2012, pág. 7, disponible en https://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/go-x/u/a37994f5-50b2-46ec-9b2b-aeaa8e63bde0/FarmaciaRural_laesencia.pdf.

— *Pérdida de servicios en el medio rural y despoblación. El medio rural y sus oficinas de farmacia*, 2018.

Tapia Hermida, A.: «Las limitaciones a la apertura de nuevas farmacias», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (Centro de Estudios Financieros)*, n.º 332, 2010.

Torrecillas Navarro, R. A.: *Farmacia rural y atención farmacéutica en España*, Granada (Universidad), 2012, disponible en https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/21636/20764364.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Tribunal de Defensa de la Competencia: *La competencia en España: balance y nuevas propuestas*, 1995, disponible en https://www.cnmc.es/sites/default/files/1185743_8.pdf.

Velázquez, A.: «Hacia el uso razonado del medicamento», *Revista de Administración Sanitaria*, n.º 7, vol. II, 1998.

Vidal Casero, M. V.: «El desarrollo legislativo de la ordenación farmacéutica a nivel estatal y en las Comunidades Autónomas. Su problemática», *Revista General de Derecho*, n.º 681, 2001.

Villalba Pérez, F. L.:

— «La necesaria previsibilidad y estabilidad del ejercicio profesional del farmacéutico de oficina de farmacia», *Revista Española de Derecho Administrativo*, n.º 152, 2011.

— *La profesión farmacéutica*, Madrid (Marcial Pons), 1996.

Zapirain, J. P.:

— «La organización de la sanidad pública ante la jurisprudencia constitucional: una reflexión sobre este modelo de reparto competencial entre Estado y Comunidades Autónomas y sobre su posible extensión a otros ámbitos de la protección social», *Revista de Derecho Social*, n.º 6, 1999.

— *La reforma de la sanidad pública y del régimen jurídico de su personal*, Madrid (Consejo Económico y Social), 1999.

CAPÍTULO VII

CONFIGURACIÓN JURÍDICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN CASTILLA Y LEÓN. SU PROYECCIÓN EN LOS PEQUEÑOS MUNICIPIOS

Susana Rodríguez Escanciano
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Asistencia social y servicios sociales. El protagonismo de las Comunidades Autónomas

Teniendo en cuenta que son dos los grandes ejes sobre los que se ha construido y desarrollado el modelo constitucional español de protección social (la Seguridad Social y la asistencia social), no puede extrañar que, desde una perspectiva jurídico-positiva, el problema primero y esencial suscitado esta por esta dualidad es el trazado sustantivo o material de sus fronteras. La razón de la atribución a este interrogante de la condición de escollo principal es de enunciado rápido.

Por una parte, la Seguridad Social es una materia competencialmente compleja, ya que, conforme al art. 149.1.17.ª CE, al Estado corresponde una competencia normativa de doble faz: exclusiva, en lo relativo al régimen económico, y compartida, en lo concerniente a la legislación básica. O formulada la regla desde el ámbito autonómico, las Comunidades Autónomas ostentan una atribución normativa de desarrollo de la legislación básica, «así como la ejecución de los servicios de Seguridad Social».

Por otra, la asistencia social constituye un quehacer exclusivo, tanto en su vertiente normativa como ejecutiva, de las Comunidades Autónomas, tal y como establece el art. 148.1.20.ª CE[1].

1 Valdés dal-re, F.: «Una aproximación constitucional a los problemas competenciales de la Ley de Dependencia», *Documentación Laboral*, n.º 102, 2014, p. 17.

Si se ponen en relación los dos preceptos constitucionales que se acaban de presentar (art. 149.1.17.ª y 148.1.20.ª CE), cabe extraer una primera e importante conclusión: asistencia social y Seguridad Social son dos campos de acción protectora que han de permanecer conceptualmente separados, pues si la CE afirma que las Comunidades Autónomas son competentes en materia de asistencia social y si al mismo tiempo declara que carecen de prerrogativas sobre legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, ello quiere decir que los sectores de intervención de una y otra rama pueden ser, en el terreno de los conceptos, próximos o incluso tangentes, pero nunca secantes[2].

Bajo tales premisas —y como no podía ser de otra manera—, el modelo vigente de asistencia social tiene su origen en la CE, donde se proclama el «Estado social y democrático de Derecho» y donde se consagran como valores superiores del ordenamiento jurídico «la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político». Se abandona el papel pasivo del Estado dando paso a una actitud intervencionista y equilibradora de las desigualdades sociales y económicas como manifestación de la tendencia progresiva hacia la realización de la igualdad real entre los sujetos, no en vano uno de los principales cometidos del Estado social es garantizar la procura existencial o asistencia vital de los ciudadanos, esto es, instrumentar las medidas necesarias que aseguren a la persona las posibilidades de existencia que no puede alcanzar por sí misma[3]. En definitiva, corresponde a los poderes públicos autonómicos tratar de reducir la pobreza, erradicar la miseria, sacar del desarraigo y la exclusión social a toda una serie de colectivos que precisan de una especial atención[4], dispensando un dispositivo de atenciones «técnicas», «in natura», «de hacer» o «de asistencia personal»[5].

En su dimensión institucional u organizativa, la asistencia social designa en la actualidad un «subsistema de protección social», alternativo a la Seguridad Social, para la atención de las carencias básicas reales del ciudadano falto de recursos a través de una atribución patrimonial o de servicios[6]. Cons-

2 Martín Valverde, A.: «Asistencia social: propuesta de reconstrucción de un concepto constitucional», en VV. AA (Monereo Pérez, J. L.; Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, M. N., Coords.): *La Seguridad Social a la luz de sus reformas pasadas, presentes o futuras. Homenaje al Profesor José Vida Soria con motivo de la jubilación*, Granada (Comares), 2008, p. 1126.

3 Pemán Gavín, J. M.: «La asistencia social en España: delimitación conceptual y marco jurídico general», *Documentación Administrativa*, n.º 271-272, 2005, pp. 39 y ss.

4 Garcés Sanagustín, A.: *La acción social: delimitación conceptual y régimen jurídico*, Zaragoza (Diputación General de Aragón), 1988, p. 41.

5 Valdés dal-re, F.: «Una aproximación constitucional a los problemas competenciales de la Ley de Dependencia», *Documentación Laboral*, n.º 102, 2014, p. 18.

6 Fernandez Avilés, J. A.: «Art. 55», en VV. AA. (Martín Valverde, A. y García Murcia, J., Dirs.): *Ley General de Seguridad Social. Comentarios y jurisprudencia*, Madrid (La Ley), 2009, p. 435.

tituye un instrumento de protección destinado a la cobertura de situaciones de necesidad genéricas, caracterizadas por la insuficiencia de recursos económicos, del conjunto de los ciudadanos, bien consideradas por grupos subjetivos específicos, bien por ámbitos objetivos, pero sin perder de vista las vicisitudes del destinatario[7].

Precisamente el tratamiento que la Carta Magna efectúa sobre la materia de asistencia social, que, como ya consta, en el momento de establecer la distribución de cometidos entre el poder central y las Autonomías opta por otorgar competencia exclusiva a estas últimas en materia de asistencia social de conformidad con sus Estatutos[8], ha provocado que los distintos entes autonómicos hayan procedido a diseñar su propia red de servicios sociales[9], tanto en los planos normativo como en el ejecutivo, diseñando una serie variada de acciones[10] tendentes al bienestar las personas en situación de necesidad[11]. Tal proceder ha dado lugar a un variopinto panorama en el cual las diversas Comunidades Autónomas, sensibilizadas por sus dife-

7 DE VICENTE PACHES, F.: «Asistencia social y servicios sociales: régimen de distribución de competencias», *Tribuna Social*, n.° 138, 2002, pp. 9 y ss. ó TERRÓN SANTOS, D.: «"Políticas de dependencia en el Estado de las Autonomías», *Revista Noticias de la Unión Europea*, n.° 303, 2010, p. 49.

8 Art. 10 del Estatuto de Autonomía del País Vasco aprobado por Ley Orgánica 3/1979; art. 27 del Estatuto de Autonomía de Galicia aprobado por Ley Orgánica 1/1981; art. 19 del Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias aprobado por Ley Orgánica 7/1981; art. 26 del Estatuto de Autonomía de Cantabria aprobado por Ley Orgánica 8/1981; art. 8 del Estatuto de Autonomía de La Rioja, aprobado por Ley Orgánica 3/1982; art. 12 del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia aprobado por Ley Orgánica 4/1982; art. 49 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, aprobado por Ley Orgánica 5/1982: art. 31 del Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, aprobado por Ley Orgánica 9/1982; art. 30 del Estatuto de Autonomía de Canarias aprobado por Ley Orgánica 10/1982; art. 44 de la Ley de Reintegración y amejoramiento del Régimen Foral Navarro, aprobada por Ley Orgánica 13/1982; art. 28 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983; art. 30 del Estatuto de Autonomía de las Islas Baleares aprobado por Ley Orgánica 1/2007; art. 166 del Estatuto de Autonomía de Cataluña aprobado por Ley Orgánica 6/2006; art. 61 del Estatuto de Autonomía de Andalucía aprobado por Ley Orgánica 2/2007; art. 71 del Estatuto de Autonomía de Aragón aprobado por Ley Orgánica 5/2007; art. 71 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León aprobado por Ley Orgánica 14/2007 y art. 9 del Estatuto de Autonomía de Extremadura aprobado por Ley Orgánica 1/2011. TRILLO GARCÍA, A. R.: "Art. 62, en VV. AA (SEMPERE NAVARRO, A. V. y BARRIOS BAUDOR, G. L., Dirs.): *Comentarios a la ley General de la Seguridad Social*, Volumen I, Pamplona (Aranzadi), 2017, p. 493.

9 DE VICENTE PACHES, F.: *Asistencia social y servicios sociales. Régimen de distribución de competencias*, Madrid (Secretaría General del Senado), 2003, pp. 99 y ss.

10 VALDÉS DAL-RE, F.: «Una aproximación constitucional a los problemas competenciales de la Ley de Dependencia», *Documentación Laboral*, n.° 102, 2014, p. 18.

11 GARCÉS SANAGUSTÍN, A.: *La acción social: delimitación conceptual y régimen jurídico*, Zaragoza (Diputación General de Aragón), 1988, pp. 91 y ss.

rentes necesidades, han tratado de articular su propia normativa y sus propios recursos —materiales y humanos— a tal objeto, recibiendo también los medios traspasados desde el Estado al efecto[12].

Así, a modo de mero listado ejemplificativo, cabe hacer referencia a las Leyes 1/2003, de 24 de enero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias (BOE núm. 86, de 10 de abril); 15/2006, de Servicios Sociales de Navarra (BOE núm. 152, de 20 de diciembre); 27/2007, de 27 de mayo, de derechos y Servicios Sociales de Cantabria (BOE núm. 94, de 19 de abril); 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de Islas Baleares (BOE núm. 163, de 7 de julio); 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña (BOE núm. 266, de 6 de noviembre); 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia (BOE núm. 15, de 17 de enero de 2009); Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales del País Vasco (BOE núm. 246, de 24 de diciembre); 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón (BOE núm. 201, de 20 de agosto); Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de la Rioja (BOE núm. 14, de 16 de enero de 2010); 27/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha (BOE núm. 38, de 14 de febrero de 2011); 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León (BOE núm. 7, de 8 de enero de 2011); 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura (BOE núm. 108, de 6 de mayo); 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía (BOE núm. 18, de 21 de enero de 2017); 3/2019, de 18 de febrero, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana (BOE núm. 61, de 12 de marzo); 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias (BOE núm. 141, de 13 de junio); Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia (BOE núm. 308, de 24 de diciembre); Ley 12/2022, de 21 de diciembre de la Comunidad de Madrid[13].

II. Aproximación a la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León

Bajo el paraguas del art. 148.1.20.° de la Constitución Española, el art. 70.10 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León menciona, dentro de las competencias exclusivas autonómicas, las relativas a «asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitario. Promoción y atención de las familias, la infancia, la juventud y los mayores. Prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia o la exclusión social. Protección y tutela de menores». Asimismo, el art. 13 del

12 Pereda Mateos, A.: «La asistencia social y los servicios sociales en la CE», en VV. AA.: *Jornadas sobre Derecho del Trabajo y Constitución*, Madrid (Instituto de Estudios Laborales y de Seguridad Social), 1985, pp. 477 y ss.

13 Trillo García, A. R.: «Art. 63», en VV. AA (Sempere Navarro, A. V. y Barrios Baudor, G. L., Dirs.): *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, Volumen I, Pamplona (Aranzadi), 2018, p. 495.

citado Estatuto recoge, dentro del catálogo de derechos sociales, el referido al «acceso a los servicios sociales», de manera que «los ciudadanos de Castilla y León tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad al Sistema de Acción Social de Castilla y León y a recibir información sobre las prestaciones de la red de servicios sociales de responsabilidad pública»[14].

En desarrollo de tales previsiones, la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León (en adelante, LSSCyL), regula el «conjunto de recursos, programas, actividades, prestaciones, equipamientos y demás actuaciones, de titularidad pública o privada» (art. 4), destinados a «proporcionar una adecuada cobertura de las necesidades personales básicas y de las necesidades sociales, para promover la autonomía y el bienestar de las personas y asegurar su derecho a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida» (art. 5.1), estando especialmente dirigidos a «favorecer el desarrollo integral, la autonomía, la integración, la igualdad de oportunidades y la integración plena de las personas mediante la detección de sus necesidades personales básicas y sus necesidades sociales, la prevención de las situaciones de riesgo, la eliminación o tratamiento de las situaciones de vulnerabilidad, desprotección, desamparo, dependencia o exclusión, y la compensación de los déficits de apoyo social» (art. 5.2).

Esta Ley se inspira en los siguientes principios: «a) Universalidad: los poderes públicos garantizarán a todas las personas el derecho a acceder a los servicios sociales en condiciones de igualdad, equidad y justicia distributiva, sin que ello excluya la posibilidad de condicionar dicho acceso al cumplimiento por las personas usuarias de determinados requisitos o de establecer la obligación de una contraprestación económica que asegure su corresponsabilidad. b) Igualdad efectiva: el acceso y utilización de los servicios sociales se producirá sin discriminación por cualquier condición o circunstancia que no constituya requisito para aquellos, lo que será compatible con la discriminación positiva cuando por medio de ella se coadyuve a la superación de situaciones de desventaja inicial y a la consecución de la igualdad real, se promueva la distribución equitativa de los recursos y se facilite la integración social. c) Responsabilidad pública: los poderes públicos deben garantizar la disponibilidad de los servicios sociales y el derecho de las personas a acceder a los mismos mediante su regulación y ordenación, la provisión de los recursos humanos, técnicos y financieros, la determinación de las prioridades a atender y las actuaciones de planificación, programación, ejecución y control. d) Solidaridad: las políticas y actuaciones de servicios sociales deben basarse en la justicia social como principio inspirador de las relaciones humanas, con el objetivo de cooperar al bienestar general. e) Prevención: las políticas de servicios sociales actuarán preferentemente sobre las causas de los problemas sociales, considerando prioritarias las acciones preventivas

14 Rodríguez Escanciano, S.: «Asistencia y servicios sociales», en VV. AA.: *Derecho Público de Castilla y León, Valladolid* (Lex Nova- Junta de Castilla y León), 2008, pp. 1177 y ss.

y atendiendo al enfoque comunitario de las intervenciones sociales. f) Atención personalizada: se asegurará la atención personalizada mediante la valoración de conjunto de las necesidades que cada persona usuaria presente, la planificación de caso, la individualización de la intervención y la continuidad de ésta mientras sea necesario. g) Atención integral: la intervención de los servicios sociales proporcionará una respuesta integral a las necesidades de tipo personal, familiar y social, incluidas las derivadas de cada etapa del ciclo vital, dispondrá la activación simultánea o sucesiva de todos los recursos precisos para su adecuado tratamiento o cobertura, y considerará conjuntamente los aspectos relativos a la prevención, la atención, la promoción y la integración. Para ello, salvo que la naturaleza de la intervención técnica no lo permita, ésta tendrá un carácter interdisciplinar, promoviéndose el trabajo en equipo. h) Promoción de la autonomía personal: el sistema de servicios sociales deberá contribuir a hacer efectiva la plena inclusión y participación en el medio social de las personas con necesidades de apoyo para su autonomía, y en especial de las que se encuentren en situación de dependencia. i) Respeto a los derechos de las personas: toda actuación en materia de servicios sociales habrá de respetar la dignidad e intimidad, y los derechos de las personas. j) Proximidad y normalización: la prestación de los servicios sociales se realizará preferentemente desde el ámbito más cercano a las personas, estructurándose y organizándose al efecto de manera descentralizada, favoreciendo la permanencia en su entorno habitual de convivencia y la integración activa en la vida de su comunidad. k) Participación: se promoverá y facilitará la participación comunitaria y de las personas, así como de las entidades que las representen en su condición de destinatarias del sistema, en la planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los servicios sociales, y la de cada persona usuaria en la toma de decisiones y seguimiento de las actuaciones que les afecten, promoviendo su protagonismo en la gestión de su propio cambio y en la libre elección entre las alternativas de atención a que pudiera tener derecho para la cobertura de sus necesidades. l) Coordinación: se garantizará la coordinación entre el sistema de servicios sociales y los demás sistemas y servicios de bienestar social, entre las administraciones públicas de Castilla y León con competencias en materia de servicios sociales, y entre éstas y la iniciativa social o privada, al objeto de promover la colaboración y cooperación ordenadas, y la actuación conjunta, integral y coherente. m) Promoción de la iniciativa social y del voluntariado: los poderes públicos promoverán y articularán la participación de la iniciativa social sin ánimo de lucro en el ámbito de los servicios sociales y fomentarán la colaboración solidaria de la ciudadanía desarrollada a través de la acción voluntaria. n) Calidad: se garantizará la existencia de estándares mínimos de calidad de los servicios sociales y se dispondrán criterios para su evaluación, tomando como referencia el concepto de calidad de vida de las personas. ñ) Sostenibilidad: los poderes públicos garantizarán una financiación suficiente del sistema que asegure su estabilidad y la continuidad en el tiempo de los servicios que lo integran» (art. 7).

Los beneficiarios del sistema tendrán los siguientes derechos específicos: «a) A recibir una información inicial suficiente, veraz, accesible y facilitada en términos comprensibles, sobre las prestaciones sociales disponibles, los requisitos para el acceso a ellas, y los derechos y deberes que les correspondan. b) A acceder y recibir la atención social en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna por razón de cualquier condición o circunstancia personal o social que no constituya requisito para ello. c) A la valoración y diagnóstico técnicos de su situación y necesidades, y a la participación de los resultados que al respecto se concluyan. d) A disponer, siempre que la intervención haya de prolongarse en el tiempo, de un plan individual de atención social, cuya elaboración se realizará con la participación del interesado, de su representante o de su familia en la toma de decisiones, en función de la previa valoración y diagnóstico, que deberá aplicarse técnicamente por procedimientos reconocidos y homologados, y que será revisable. e) A la asignación, siempre que la intervención haya de prolongarse en el tiempo, de un profesional de referencia con funciones de interlocución, coordinación y seguimiento del caso, y vigilancia de la coherencia e integralidad de la intervención. f) A dar su consentimiento específico y libre y a participar en la toma de decisiones que le afecten durante todo el proceso de intervención social y a elegir el tipo de medidas o recursos a aplicar de entre los que les sean presentados como alternativos. El consentimiento deberá ser en todo caso por escrito cuando la intervención implique ingreso en un centro residencial. El consentimiento de las personas incapacitadas y de las menores de edad se otorgará conforme al procedimiento legalmente establecido. g) A una atención individualizada que respete su identidad y dignidad, y les garantice en todo momento un trato apropiado, responda adecuadamente a las necesidades detectadas, incluidas las derivadas de cada etapa del ciclo vital, y se mantenga en su dispensación, en los términos establecidos o convenidos, siempre que dichas necesidades persistan y concurran las condiciones previstas. h) A la atención urgente en los supuestos que requieran una respuesta inmediata y prioritaria debido a una situación de emergencia por abandono, maltrato o conflicto grave de convivencia, o por riesgo de similar naturaleza. i) A recibir información continuada y completa, facilitada en términos comprensibles, y accesible, durante todo el proceso de intervención social, ya sea a su demanda o en los casos previstos en las normas, así como a la obtención de informes escritos y al acceso a los datos obrantes en su historia social en las condiciones y con las limitaciones previstas por la legislación vigente. j) A la confidencialidad y reserva sobre los datos e informaciones que consten en su expediente de acuerdo con lo previsto en las leyes. k) A ser protegidos por la ley, tanto en su persona como en sus bienes, cuando no posean la capacidad de decidir por sí mismos. l) A formular quejas y reclamaciones sobre la atención y las prestaciones recibidas, y a obtener en todo caso contestación a las mismas, así como a presentar sugerencias sobre dichas cuestiones. m) A recibir servicios y prestaciones conforme a criterios de calidad establecidos, teniéndose en cuenta su opinión en el proceso de evaluación de los mismos. n) A cesar voluntariamente en la utilización de las prestaciones. No obstante la renuncia a la prestación no será posible cuando de

la misma se deriven efectos para los intereses de personas menores de edad o incapacitadas, ni respecto de las medidas cuya aplicación o ejecución vengan impuestas por ley. ñ) A la participación en la planificación, seguimiento del desarrollo y evaluación de los servicios sociales, y al asociacionismo, a través de los órganos y cauces y en los términos dispuestos al efecto. o) Los demás reconocidos en la presente ley y los previstos en su caso en la normativa especial que ordene la acción social para sectores o ámbitos específicos, o en las disposiciones que regulen las prestaciones sociales concretas».

III. Prestaciones esenciales. El catálogo de servicios sociales

La LSSCyL configura el derecho a las prestaciones esenciales del sistema de servicios sociales como un auténtico derecho subjetivo de los ciudadanos, fundamentado en los principios de universalidad e igualdad y con la finalidad de proporcionar una cobertura adecuada e integral de las necesidades personales básicas y de las necesidades sociales.

Dichas prestaciones esenciales incluyen: «a) Las de información, orientación y asesoramiento. b) Las de valoración, planificación de caso y seguimiento. c) La renta garantizada de ciudadanía. d) Las ayudas destinadas a la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social. e) Las medidas específicas para la protección de menores de edad en situación de riesgo o desamparo. f) La atención temprana dirigida a niños con discapacidad o con riesgo de padecerla, que comprenderá como mínimo la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de casos. g) La teleasistencia. h) La ayuda a domicilio. i) La atención en centro de día y de noche. j) La atención residencial. k) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. l) La prestación económica de asistencia personal. m) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia. n) Los servicios de promoción de la autonomía personal. ñ) La prestación económica vinculada cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado. o) Las de protección jurídica y ejercicio de la tutela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente y que se encuentren en situación de desamparo. p) La atención en centro de día que garantice, con continuidad a la del sistema educativo, el proceso de integración social y laboral de las personas con discapacidad una vez culminados los ciclos educativos a los que puedan acceder» (art. 19.2 LSSCyL).

Este entramado se concreta en el catálogo de servicios sociales[15], que constituye un instrumento al alcance de todos los ciudadanos que les permi-

15 https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/571/178/Catalogo %202022.xlsx?-blobheader=application %2Fvnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&blobheadername2=Cache-Control&blobheadername3=Expires&blobheaderna-

tan conocer cuáles son las prestaciones y servicios a los que pueden acceder y las condiciones y requisitos para su reconocimiento y disfrute.

La estructura del catálogo, aprobado por Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, con ulteriores actualizaciones, gira en torno al ámbito de necesidad que atiende cada una de las prestaciones que lo integran, lo que supone la superación del modelo de prestaciones por colectivos para pasar a un nuevo cauce de prestaciones por ámbitos de necesidad. Se rompe, así, con un canal de atención basado en encasillar a las personas en colectivos estancos (discapacidad, personas mayores, personas en situación de dependencia, mujeres maltratadas...) para pasar a un sistema donde el usuario es único, como también lo son sus necesidades en cada momento y, por tanto, se le ofrece una respuesta social integral, flexible y personalizada con arreglo a su ámbito de necesidad y dentro de su contexto familiar y comunitario[16].

Así, muchas de las prestaciones se subdividen en modalidades que se identifican con las distintas actuaciones o servicios en que se concreta la prestación para satisfacer el ámbito de necesidad, teniendo en cuenta las características del destinatario del servicio o actuación. El catálogo cumple, por ende, una doble función. Por un lado, se considera un instrumento de sistematización de las prestaciones sociales públicas, que clasifica y define, articulándolas de acuerdo con su contenido y la necesidad social que atienden. Por otro, es un instrumento de información al alcance de los profesionales y de las personas usuarias del sistema y, en general, de toda la ciudadanía, que les permite conocer las prestaciones y servicios, así como las condiciones y requisitos para su reconocimiento y percepción.

El Decreto regulador del catálogo aclara que ninguna persona se quedará privada del acceso a las prestaciones que le pudieran corresponder por falta de recursos económicos y garantiza la equidad territorial, de tal forma que cualquier persona, resida donde resida, tendrá accesos similares, lo que es especialmente relevante en el medio rural.

En concreto —y descendiendo al detalle—, se recogen las siguientes modalidades de prestaciones y servicios:

1. **Acceso: Información, valoración y seguimiento:** a) Servicio de información sobre derechos y recursos del sistema de servicios sociales. b) Servicio de información especializada en situaciones de emergencia para niños, niñas y adolescentes. c) Servicio de información especializada sobre acogimiento familiar de menores. d) Servicio de información especializada sobre adopción de menores. e) Servicio de información especializada sobre la búsqueda de los orígenes de la per-

me4=site&blobheadervalue2=no-store %2Cno-cache %2Cmust-revalidate&blobheadervalue3=0&blobheadervalue4=JCYL_ServiciosSociales&blobnocache=true

16 Terrón Santos, D.: «Políticas de dependencia en el Estado de las Autonomías», *Revista Noticias de la Unión Europea*, n.º 303, 2010, p. 49.

sona adoptada. f) Servicio de información especializada sobre mujer. g) Servicio de información especializada sobre violencia de género. h) Servicio de información especializada sobre discapacidad. i) Servicio de información y orientación especializada sobre accesibilidad. j) Servicio de información especializada sobre inclusión social. k) Servicio de información especializada sobre convivencia intergeneracional. l) Servicio de información especializada sobre voluntariado. m) Servicio de valoración, orientación, planificación de caso y seguimiento. n) Servicio de investigación, evaluación y planificación de caso ante situaciones de desprotección de menores. ñ) Servicio de valoración, orientación y planificación de caso ante situaciones de violencia de género. o) Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para personas en situación de dependencia. p) Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social. q) Servicio general de información, orientación, apoyo y seguimiento a personas drogodependientes. r) Reconocimiento del grado de discapacidad. s) Reconocimiento del grado de dependencia. t) Reconocimiento de la condición de familia numerosa y expedición del título. u) Registro de parejas de hecho. v) Reconocimiento de la idoneidad para la adopción de menores. w) Acreditación administrativa de la condición de víctima de violencia de género

2. **Prevención:** a) Servicio de prevención de la situación de dependencia, b) Servicio de promoción de hábitos y estilos de vida saludables. c) Servicio de adquisición de competencias para la vida autónoma. d) Servicio de promoción de la relación con el entorno. e) Servicio de promoción del conocimiento y la adquisición de habilidades. f) Servicio de acción social comunitaria y promoción de la solidaridad. g) Servicio de actuaciones preventivas para familias con hijos o hijas menores en situación de riesgo. h) Servicio de apoyo preventivo a la infancia y a la adolescencia en situación de riesgo. i) Servicio de apoyo a mujeres embarazadas o madres en situación de especial vulnerabilidad. j) Servicio de prevención familiar del consumo de drogas. k) Servicio de prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar. l) Servicio de prevención del consumo de drogas y de disminución de los riesgos en menores y jóvenes en la comunidad. m) Servicio de prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral.
3. **Apoyo a la familia:** a) Servicio de apoyo familiar para la protección a la infancia. b) Servicio de apoyo técnico a familias acogedoras de menores de protección. c) Servicio de apoyo post-adopción. d) Servicio de puntos de encuentro familiar. e) Servicio de mediación gratuita en situaciones de conflicto familiar. f) Servicio de apoyo familiar para la promoción de la autonomía personal en situaciones de dependencia y/o discapacidad. g) Servicio de formación de cuidadores y cuidadoras no profesionales de personas con dependencia. h) Servicio de

apoyo familiar para la inclusión social. i) Servicio integral de apoyo a las familias en riesgo de desahucio. h) Servicio de atención en centros a personas en situación de dependencia por descanso del cuidador o cuidadora i) Estancia nocturna en unidad residencial. j) Acogimiento familiar para menores en protección. k) Prestación económica para el apoyo a familia extensa acogedora de menores protegidos. l) Atención en centros infantiles de 0 a 3 años. m) Atención lúdica de niños y niñas en centros escolares para la conciliación de la vida laboral y familiar durante los periodos vacacionales. n) Ampliación horaria para la conciliación en escuelas infantiles del primer ciclo de educación infantil titularidad de la Administración de Castilla y León (Pequeños madrugadores).

4. **Apoyo a la autonomía personal:** a) Servicio de apoyo para la elaboración del proyecto de vida. b) Servicio de habilitación y terapia ocupacional. c) Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual. d) Servicio de estimulación cognitiva. e) Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional. f) Atención temprana. g) Teleasistencia. h) Ayuda a domicilio. i) Servicio de traducción e interpretación para mujeres víctimas de violencia de género que no conozcan la lengua oficial. j) Servicio de intérprete de lengua de signos para el acceso al Sistema Público de Servicios Sociales. k) Prestación económica para la asistencia personal a personas en situación de dependencia. l) Prestación económica para los cuidados en el entorno familiar de personas en situación de dependencia.
5. **Atención social en el contexto comunitario:** a) Servicio de apoyo técnico a la infancia para su protección. b) Servicio de intervención terapéutica para niños y niñas en acogimiento. c) Servicio de apoyo técnico a jóvenes para la transición a la vida adulta. d) Servicio de mediación para el encuentro entre personas adoptadas y sus familiares. e) Servicio de apoyo técnico a menores con conductas violentas en la familia. f) Servicio de mediación en el ámbito de la jurisdicción de menores infractores/as. g) Servicio de intervención educativa con menores infractores/as en medio abierto. h) Servicio de acompañamiento y orientación jurídico social a la mujer víctima de violencia de género. i) Servicio de apoyo psicológico a víctimas de violencia de género. j) Servicio de tratamiento psicológico a maltratadores. k) Servicio de apoyo técnico a personas en situación de dependencia y/o de discapacidad. l) Servicio de apoyo técnico para la inclusión social. m) Servicio de atención de emergencia social para personas con drogodependencia. n) Servicio de orientación y asesoramiento a personas con drogodependencia con problemas jurídico-penales. o) Servicio de mediación, orientación, asesoramiento y motivación en el ámbito laboral a personas drogodependientes. p) Servicio de

intervención con menores y jóvenes con consumo problemático de drogas y sus familias. q) Servicio de asistencia sociosanitaria ambulatoria a personas con drogodependencia. r) Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de menores provenientes de los sistemas de infancia. s) Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de las mujeres víctimas de violencia de género. t) Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de las personas con discapacidad. u) Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de personas en riesgo de exclusión social. v) Servicio de formación y apoyo para la integración sociolaboral de personas con drogodependencia. w) Servicio de atención en centros de día para el apoyo a la infancia y adolescencia en riesgo. x) Servicio de atención en centros de día para personas con discapacidad. y) Servicio de atención en centros de día para personas mayores en situación de dependencia.

6. **Atención integral en centro residencial:** a) Servicio de atención residencial para menores desprotegidos. b) Servicio de atención residencial para la transición de menores de edad a la vida adulta. c) Servicio de atención residencial para menores infractores. d) Servicio de atención en centros de emergencia, casas de acogida y viviendas para víctimas de violencia de género. e) Servicio de atención residencial o en vivienda para personas con discapacidad. f) Servicio de atención residencial con cuidados sociales y sanitarios para personas en situación de convalecencia. g) Servicio de alojamiento para personas sin hogar. h) Servicio de asistencia residencial en comunidades terapéuticas para personas con drogodependencia. i) Servicio de asistencia residencial para personas con problemas de alcoholismo. j) Servicio de atención residencial para personas mayores en situación de dependencia
7. **Protección jurídica y tutela:** a) Servicio de protección jurídica y ejercicio de la tutela para la infancia en situación de desamparo. b) Servicio de protección jurídica y ejercicio de la tutela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente y en situación de desamparo.
8. **Apoyo para necesidades básicas:** a) Servicio de distribución coordinada de alimentos. b) Servicio de provisión inmediata de alimentación. c) Prestación económica para necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social. d) Prestación extraordinaria frente a situaciones de deuda hipotecaria. e) Renta Garantizada de Ciudadanía. f) Prestación económica para fomento de la autonomía de mujeres víctimas de violencia de género. g) Pensiones del Fondo de Asistencia Social por ancianidad o enfermedad. h) Pensiones no contributivas de jubilación e invalidez. i) Subsidio de garantía de ingresos mínimos. j) Apoyo económico para la transición a la vida adulta de menores de protección tras su mayoría de edad.

9. **Conciliación de la vida personal, familiar y laboral:** a) prestación económica frente a situaciones de deuda por arrendamiento de vivienda habitual; b) ayuda económica a hijos o hijas víctimas mortales de violencia de género; c) acceso gratuito a estudios universitarios de hijos e hijas de víctimas mortales de violencia de género.

IV. El Plan Estratégico 2022-2025

Aprobado por Acuerdo 150/2021, de 23 de diciembre, el Plan Estratégico de Servicios Sociales de Castilla y León (2022-2025) determina las líneas de acción futuras del sistema y las directrices básicas de la política de servicios sociales, así como los objetivos, y actuaciones correspondientes bajo dos principios esenciales: atención centrada en la persona e innovación tecnológica[17].

El Plan pretende diseñar un sistema eficiente que permita hacer frente a los retos estructurales de los próximos años para los servicios sociales de Castilla y León como son, por un lado, los procesos de envejecimiento y sobreenvejecimiento y las consecuencias derivadas de la pérdida de autonomía de las personas, el incremento de personas que viven solas y una disminución del cuidado informal disponible, teniendo en cuenta que la dificultad de esta atención se incrementa aún más en el ámbito rural, amplio y disperso por el territorio en pequeños núcleos de población. Y, por otro lado, las secuelas generadas por la pandemia en el ámbito de la pobreza, el desempleo, y la cronificación de las situaciones de exclusión y su transmisión intergeneracional.

Desde tales perspectivas, tres actuaciones esenciales se implementarán en los próximos años:

1. En primer lugar, ha de seguir consolidándose la mejora general del sistema de servicios sociales, realizando un esfuerzo por continuar mejorando su calidad a través, fundamentalmente, de las nuevas tecnologías, para mejorar aún más la relación con el ciudadano y avanzar en una gestión eficaz: reduciendo plazos de tramitación, simplificando procedimientos, automatizando procedimientos, ofreciendo una visión integrada de la información y orientando la gestión al ciudadano con el fin de atender sus necesidades.
2. En segundo lugar, ha de potenciarse la autonomía personal y los cuidados de larga duración, para paliar las consecuencias del envejecimiento de la población y la aparición de nuevas necesidades derivadas de la soledad de las personas mayores. A tal fin, ha de reforzarse la dotación residencial y de servicios de proximidad. Es más, si se

17 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales.html

pretende respetar la voluntad mayoritaria de las personas mayores de permanecer el mayor tiempo posible en su domicilio, es necesario buscar fórmulas para hacer llegar las atenciones que necesitan donde ellos permanecen. Esto va a exigir experimentar nuevas fórmulas de atención y el desarrollo de tecnologías adaptadas a estas situaciones. Y todo ello de manera mucho más coordinada con el ámbito sanitario. Además, y partiendo del modelo de atención centrado en la persona será necesario avanzar en la calidad de la atención a las personas dependientes, con una especial atención a las personas con discapacidad.

3. En tercer lugar, se ha de apoyar a la familia y la conciliación. A partir de las nuevas necesidades provocadas por la crisis sanitaria y por la recesión económica desencadenada tras la invasión de Ucrania, habrá de preverse una especial protección a las familias con escasos recursos. Al tiempo, las preocupantes expectativas que se deducen del descenso del número de nacimientos, obliga a diseñar una decidida apuesta por la conciliación y la corresponsabilidad, ofreciendo nuevos programas de apoyo a las familias con menores a cargo. Sin olvidar tampoco, conceder ayudas a aquellas personas trabajadoras que tienen que hacerse cargo de ascendientes dependientes.

V. La realidad social y demográfica en Castilla y León. La proliferación de municipios de escasa población

La propia Ley 16/2010 hace referencia a las características poblacionales de la Comunidad Castellano y Leonesa —no por conocidas menos dignas de reiteración—: el continuado proceso de envejecimiento y la baja densidad demográfica, con una marcada tendencia a la despoblación y dispersión en el mundo rural[18].

Así, por una parte, según los datos arrojados por el INE en 2020, el grupo de personas que ha superado los 65 años asciende a 613.704 lo que representa un 25,6 % de la población total actual de la Comunidad, superando en más de 6 puntos porcentuales la cifra relativa de población mayor en España (19,4 %). El número de personas de 60 y más años es de 787.642 (el 32,9 %) mientras que las personas de 80 y más años suponen el 9,3 % de la población total y el 36,4 % de las personas mayores. Todas estas cifras superan la media española. Es más, las proyecciones de población auguran, además, un incremento progresivo del grupo de personas mayores. La población mayor

18 Rivero Ortega, R.: «Política y legislación sobre Dependencia en la Comunidad de Castilla y León», *Noticias de la Unión Europea*, n.º 303, 2010, pp. 55 y ss.

para el 2035, en Castilla y León, será de 752.138 personas. Esta población supondrá el 34,8 % de la población total. El panorama demográfico futuro presenta una sociedad envejecida en la que tres de cada diez personas serán mayores de 65 años. Se estima también que para 2035 habrá 251.757 personas de 80 y más años, lo que supondrá un 11,6 % de la población total y un 33,5 % de la población mayor.

Dicho en gráfica expresión, Castilla y León ocupa el segundo puesto entre las comunidades más envejecidas de España. Es la segunda comunidad con mayor porcentaje de población de 65 y más años, por detrás del Principado de Asturias. Le siguen Galicia, el País Vasco, Cantabria y Aragón. De las 10 regiones más envejecidas de Europa, 3 son provincias de esta Comunidad Autónoma: Zamora, Soria y León. Dentro de estas provincias, además, hay dos pequeños municipios donde el envejecimiento es más acusado: Riba de Escalote y Tello (ambos de Soria, con una media de 74, 7 % y 74,5 %, respectivamente)[19].

Por otra parte, la fragmentación del mapa municipal puede comprenderse fácilmente con solo tener en cuenta el elevado número de municipios existentes (2.248) de los cuales la mayoría (2.121) no llegan a los dos mil habitantes y 2.008 ni siquiera tienen mil residentes. Además, en la actualidad, las áreas rurales se caracterizan por contener una proporción mayor de personas de edad avanzada. En los municipios de menos de 2.000 habitantes conforman el 36,53 % de la población total. En las capitales esta cifra desciende a un 25,12 %. En los municipios denominados como "rural profundo" hay un índice de envejecimiento del 5,44, es decir, por cada persona menor de 15 años hay más 5 personas que han superado los 65 años; sin embargo, en las capitales, por cada persona en edad infantil, hay 1,87 personas mayores. En fin, en las zonas más rurales la tasa de sobreenvejecimiento es la más elevada (43,27) y la edad media de la población supera los 50 años (55,09)[20].

Estas dos variables, indisolublemente unidas, dificultan la organización y encarecen la prestación efectiva de los servicios sociales, de manera que el ámbito local, más próximo al ciudadano, debe adquirir una importancia capital[21].

Cierto es que esta materia ha sido tradicionalmente, desde los inicios del Estado contemporáneo, una cuestión típica de las competencias municipales, e históricamente a lo largo del siglo XIX y en los inicios ya del siglo XX siempre se ha señalado que una de las funciones básicas de los Ayunta-

19 https://www.elespanol.com/eldigitalcastillalamancha/opinion/el-comentario/20220208/espana-rural-envejecimiento/648055195_12.html#:~:text=Las%20%20comunidades%20%20aut%20%C3%20%B3nomas%20%20m%20%C3%20%A1s%20%20envejecidas,Murcia%20%20(90%20%2C4%20%25)

20 García Jiménez, A.: «La despoblación: una cuestión de Estado», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 52, 2020, p. 65.

21 Domínguez Álvarez, J. L.: «La importancia del municipalismo para la consecución del nuevo resurgir de la realidad: la disyuntiva entre devolver el alma a los pueblos o abandonar el territorio», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 53, 2021, p. 103.

mientos era atender a las necesidades de salubridad y de comodidad de los pueblos, los hospitales, hospicios, casas de caridad y de beneficencia, conceptos básicos que hoy día están actualizados con los de servicios sociales, bienestar y atención social. No menos verdad resulta que estos servicios han pasado, como ya consta, en la actualidad a girar en la órbita competencial regulatoria de las Comunidades Autónomas. Ahora bien, este cambio no ha supuesto en la práctica una retirada de las Administraciones Locales en la dispensa de los servicios sociales como entes públicos más cercanos al ciudadano, que comparten con las Autonomías dicho cometido[22].

En efecto, todas las Comunidades Autónomas han asignado, a través de su legislación sectorial, competencias a los ayuntamientos en materia de servicios sociales. Incluso, algunos de los nuevos Estatutos de Autonomía, también llamados de segunda generación, otorgan expresamente facultades en materia de servicios sociales a los municipios. Sirvan de ejemplo los Estatutos de Autonomía andaluz (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo) y catalán (Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio). Mientras el primero dispone que los ayuntamientos tienen competencias propias sobre la gestión de los servicios sociales comunitarios, en los términos que determinen las leyes [art. 92.2.c)], el segundo establece que los gobiernos locales de Cataluña tienen, en todo caso, competencias propias, en los términos que determinen las leyes, sobre la regulación y la prestación de los servicios de atención a las personas, de los servicios sociales públicos de asistencia primaria y de fomento de las políticas de acogida de los inmigrantes [art. 84.2 m)][23].

Asimismo, la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local (LBRL), tras la reforma introducida por la Ley 27/2013, dedica varios preceptos a regular las posibilidades de actuación de los entes municipales en materia de servicios sociales, si bien bastante más limitadas en su extensión que en la versión original de la Ley antes de la citada modificación, a saber: En primer lugar, el art. 25.2 atribuye a los municipios, como competencias propias, en los términos de la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas, la «evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social»[24]. En segundo término, el art. 26.1 aclara que los ayunta-

22 Font I Llovet, T.: «Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública», en VV. AA (Tolivar Alas, L. y Cueto Pérez, M., Dirs.): *La prestación de servicios sociosanitarios: nuevo marco de la contratación pública*, Valencia (Tirant Lo Blanch), 2020, pp. 21 y ss.

23 Arias Martínez, M. A.: «Las competencias locales en materia de servicios sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local», *Revista de Administración Pública*, n.º 194, 2014, p. 380.

24 Díaz Lema, J. M.: «El Anteproyecto de Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local: ¿cambio de rumbo en la Administración local española?», *Anuario del Gobierno Local 2012*, Madrid (Fundación Democracia y Gobierno Local), 2013, pp. 47 y ss.

mientos son competentes para prestar una serie de servicios que el precepto determina en función del número de habitantes o población municipal, de manera que los de más de 20.000 habitantes tienen competencias destinadas a la «evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social» (en la redacción anterior se refería a la prestación de servicios sociales)[25]. Por su parte, el art. 27.3 dispone que «con el objeto de evitar duplicidades administrativas, mejorar la transparencia de los servicios públicos y el servicio a la ciudadanía y, en general, contribuir a los procesos de racionalización administrativa, generando un ahorro neto de recursos, la Administración del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas podrán delegar, siguiendo criterios homogéneos, entre otras, las competencias relativas a servicios sociales»[26]. Todo ello sin olvidar que la Sentencia del Tribunal Constitucional 41/2016, de 3 de marzo, ha declarado contraria a la Norma Fundamental y nula la disposición transitoria segunda de la Ley 27/2013, que establecía cómo «con fecha 31 de diciembre de 2015, en los términos previstos en las normas reguladoras del sistema de financiación autonómica y de las Haciendas Locales, las Comunidades Autónomas asumirán la titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio, relativas a la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social. Las Comunidades Autónomas asumirán la titularidad de estas competencias, con independencia de que su ejercicio se hubiese venido realizando por Municipios, Diputaciones Provinciales o entidades equivalentes, o cualquier otra Entidad Local». Esta previsión incorporaba una operación que significaba un desapoderamiento competencial de los municipios total y radical, que el Alto Intérprete de la Constitución vino a rechazar. La Sentencia del Tribunal Constitucional 41/2016 claramente establece que no podía haberse efectuado por la Ley estatal 27/2013 ese traslado competencial, ni la pérdida de intervención de los municipios en favor de las Autonomías, no en vano son estas últimas las que tienen que decidir la distribución competencial entre sus propios servicios y los servicios municipales, quedando anuladas esas disposiciones transitorias que eliminaban el aludido contenido competencial de los entes locales[27]. En suma, el Tribunal Constitucional recuerda al Estado que no disponía de título competencial alguno para alterar las leyes

25 Velasco Caballero, F.: «Nuevo régimen de competencias municipales en el Anteproyecto de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local», *Anuario de Derecho Municipal 2012*, n.º 6, 2013, p. 39.

26 Arias Martínez, M. A.: «Las competencias locales en materia de servicios sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local», *Revista de Administración Pública*, n.º 194, 2014, cit., p. 382.

27 Font i Llovet, T.: «Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública», en VV. AA (Tolivar Alas, L. y Cueto Pérez, M., Dirs.): *La prestación de servicios sociosanitarios: nuevo marco de la contratación pública*, Valencia (Tirant Lo Blanch), 2020, pp. 21 y ss.

autonómicas de servicios sociales que atribuían a los municipios competencias propias sobre la materia. Será, por tanto, una opción política de cada Comunidad Autónoma atribuir más o menos competencias sobre servicios sociales a sus ayuntamientos[28].

En consecuencia, aun con algunas limitaciones derivadas de la nueva regulación incorporada con la reforma del régimen local de 2013, las Administraciones Locales todavía a día de hoy han podido seguir asumiendo quehaceres en materia de servicios sociales[29]. Y ello porque el modelo diseñado por la Ley 27/2013 no llegó a articularse de forma plena, debido a la confluencia de dos circunstancias añadidas al citado pronunciamiento del Tribunal Constitucional. En primer lugar, tras la entrada en vigor de esta disposición legal numerosas Comunidades Autónomas siguieron reconociendo a sus municipios competencias en materia de asistencia social que van más allá de la evaluación e información de situaciones de necesidad, así como de la atención inmediata a personas en situación de riesgo de marginación social. En segundo lugar, el Ministerio de Hacienda pospuso la eficacia del nuevo modelo, puesto que lo vinculó a un renovado sistema de financiación autonómica y de las Haciendas Locales[30].

Recientemente, de nuevo, el Tribunal Constitucional, en Sentencia 82/2020, de 15 de julio, ha avalado la posibilidad de que las Administraciones Locales sigan prestando servicios sociales al considerar que «sólo se podrá atribuir competencias locales específicas, o prohibir que éstas se desarrollen en el nivel local, cuando se tenga la competencia en la materia o sector de que se trate», de manera que «en materias de competencia autonómica (como sucede en servicios sociales), únicamente las Comunidades Autónomas (y no el Estado) pueden atribuir competencias locales o prohibir que el nivel local las desarrolle; sujetándose en todo caso a las exigencias derivadas de la Constitución». Contando con tal atalaya interpretativa, no sería constitucionalmente admisible que la Autonomía se desentendiera completamente de los costes de los nuevos servicios a prestar por las diputaciones provinciales a los pequeños municipios[31].

---

28 Garrido Juncal, A.: *Los servicios sociales en el siglo XXI. Nuevas tipologías y nuevas formas de prestación*, Pamplona (Aranzadi), 2020, p. 23.

29 Zamora Roselló, M. R.: «Administración local y ciudadanía: pilares de las políticas públicas en materia de servicios sociales», *Adapt, Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 7, n.º 4, 2019, p. 203.

30 Serrano García, M. J.: «La distribución constitucional de competencias en el ámbito de la dependencia», en VV. AA (Molero Marañón, M. L., Dir.): *Dependencia (long term care) y empleo en el Estado de Bienestar*, Pamplona (Aranzadi), 2017, p. 105.

31 Alemán Bracho, C. y Alonso Seco, J. M.: «Los sistemas de servicios sociales en las Leyes autonómicas de servicios sociales», *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n.º 151, 2011, p. 977.

Bajo tales premisas, el art. 48 LSSCyL atribuye a las Corporaciones Locales las siguientes competencias:«a) La planificación de los servicios sociales, en el marco, desarrollo y ejecución de la planificación autonómica, así como la colaboración y cooperación con la consejería competente en materia de servicios sociales, bien directamente o bien a través de los organismos a ella adscritos. b) La aprobación de sus catálogos de servicios sociales. c) La colaboración para la elaboración del catálogo de servicios sociales de Castilla y León y del mapa de servicios sociales de Castilla y León. d) La propuesta para la determinación de las zonas y áreas de acción social, así como las estructuras de tercer nivel que pudieran corresponderles al amparo de esta ley, respetando, en todo caso, las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales, previstas en la normativa de ordenación del territorio. e) La organización, mantenimiento, dirección y gestión directa de los Equipos de Acción Social Básica y de los CEAS. f) La organización, mantenimiento, dirección y gestión de las estructuras organizativas funcionales que, de acuerdo con la presente ley, pudieran corresponderles y de los programas, servicios, centros y recursos necesarios para el desarrollo de las funciones y actividades que les vienen atribuidas. g) La creación, organización, mantenimiento, dirección y gestión de otros programas, servicios, centros y recursos en relación con las prestaciones cuya titularidad les corresponda según las leyes y el catálogo de servicios sociales. h) La promoción de la iniciativa privada sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios sociales y la coordinación de su actividad a nivel local o en relación con las prestaciones cuya titularidad corresponda a la entidad local. i) La realización de programas de prevención de ámbito local. j) La elaboración y actualización de la guía de recursos existentes en su territorio. k) La tramitación y resolución del procedimiento de reconocimiento, modificación y extinción del servicio de teleasistencia, así como la coordinación con la Administración Autonómica a los efectos de facilitar el acceso efectivo a los usuarios al servido de teleasistencia, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa de desarrollo de la Comunidad de Castilla y León en el marco de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; asimismo, las entidades locales desarrollarán la coordinación de caso y el resto de actuaciones necesarias para garantizar la atención integral de la persona usuaria del servicio de teleasistencia. l) Cualesquiera otras competencias o funciones que les sean normativamente atribuidas, así como las que les sean transferidas o delgadas de acuerdo con la legislación vigente».

Además, las Corporaciones Locales asumirán, en cualquier caso, las siguientes atribuciones: «1. Las de sensibilización y promoción de la solidaridad y del apoyo informal cuando su ámbito sea local. 2. Las adscritas a los Equipos de Acción Social Básica y a los CEAS y equipos específicos que de ellas dependan. 3. Las de información, orientación y asesoramiento, aplicación de instrumentos diagnósticos, valoración, planificación de caso y seguimiento en relación con las prestaciones del catálogo de servicios socia-

les, cuya gestión les corresponda y en los demás casos en los que así se determine expresamente. 4. Las de ayudas básicas de emergencia o urgencia social y las de alojamiento de urgencia para albergar temporalmente a los que carecen de él. 5. Las de intervención y atención profesional para la integración social y las de intervención familiar en menores en situación de riesgo o desamparo, así como aquellas otras cuya gestión les corresponda y en los demás casos en los que así se determine expresamente. 6. Las ayudas a domicilio. 7. El ejercicio de las facultades de inspección y sanción en sus propios centros y servicios, sin perjuicio de las atribuidas a la Administración de la Comunidad. 8. La colaboración con la Administración de la Comunidad en las facultades de autorización administrativa, inspección y sanción, en las de gestión del registro único de personas usuarias y del sistema unificado de información social al usuario, y en las acciones de prevención, estudio de recursos y necesidades generales, de promoción y sensibilización, de fomento del asociacionismo y la participación, de formación e investigación, y de evaluación de resultados y de calidad de los servicios sociales». En fin, la intervención de las Administraciones Locales en materia de servicios sociales es de capital importancia para el ámbito rural, pudiendo resumir como principales ventajas las tres siguientes: sentimiento de pertenencia de los cuidados; especificidad territorial delimitada y capacidad de retroalimentación en el proceso de prestación[32]. Es más, según el último informe de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, «territorios con alto protagonismo local en la gestión de los servicios sociales como Castilla y León y Aragón, ofrecen mejor cobertura con menor esfuerzo económico: Castilla y León, con 7,0 puntos en esfuerzo económico, alcanza 6,8 en cobertura efectiva de prestaciones y servicios. Aragón, con un esfuerzo económico de solo 5 puntos, alcanza 4,9 puntos en cobertura, superando a Extremadura y casi igualando a Asturias, Comunidades que (…) casi duplican su relevancia económica»[33].

No obstante, tal descentralización competencial hacia el ámbito municipal exige una perfecta coordinación, acompañada del diseño de medidas específicas de atención, al objeto de evitar diferencias interterritoriales en función de la zona geográfica donde habite el ciudadano necesitado. Sin duda, una adecuada dotación de servicios sociales con proyección en cualquier demarcación territorial de la Comunidad, capaz de contar con prestaciones, infraestructuras, recursos y equipamientos de calidad, no sólo ayudará a mejorar el desarrollo vital de la ciudadanía sino que también contribuirá a fijar población, no en vano las personas necesitadas podrán permanecer en su entorno y se crearán puestos de trabajo asociados a este sector de la actividad.

---

32 Medina Ruíz, E. y Egía García, V. M.: «Servicios sociales y centros residenciales. Crisis pre y post Covid-19», en VV. AA. (Ferrando García, F. M., Dir.): *El escudo social frente a la pandemia. Análisis jurídico y propuestas para una legislación social más justa*, Albacete (Bomarzo), 2022, p. 561.

33 https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-DEC-2020_def_baja.pdf

VI. La prestación de servicios desagregada por colectivos. Algunos datos de interés para el ámbito rural

Según el art. 24 LSSCyL, el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública se organiza territorialmente en niveles: a) Primer nivel: las Zonas de Acción Social. b) Segundo nivel: las Áreas de Acción Social. c) Las divisiones territoriales cuya creación se justifique por razón de necesidades específicas.

A partir de esta estructura se prestará atención a las necesidades planteadas por la ciudadanía en función de sus circunstancias particulares.

1. Centros de acción social como estructura organizativa

La unidad básica de articulación territorial de los servicios sociales es la Zona de Acción Social, configurada como unidad de referencia general para la detección de las necesidades, la asignación de recursos y la planificación de los servicios sociales.

En el medio rural, «estarán constituidas por una o varias unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rural, previstas en la normativa de ordenación del territorio» (art. 25 LSSCyL). Tal ordenación se plasmará en un mapa de servicios sociales que, «en el medio rural, se diseñará, en todo caso, conforme a las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales, previstas en la normativa de ordenación del territorio» (art. 28 LSSCyL).

Por su parte, las Áreas de Acción Social son agrupaciones de Zonas de Acción Social del ámbito territorial correspondiente a cada entidad local competente en materia de servicios sociales. Dividirán el territorio con los siguientes criterios: a) Cada Área agrupará, al menos, tres Zonas de Acción Social, excepto cuando las zonas existentes en el territorio referido no alcancen dicho número, en cuyo caso se configurará con ellas una única Área. b) Cada Área agrupará, como máximo, cinco Zonas de Acción Social (art. 26 LSSCyL).

En fin, en cada Zona de Acción Social y dependiente de la entidad local correspondiente, existirá un Centro de Acción Social (CEAS), que constituyen la puerta de entrada a los servicios sociales. Se ocupan de informar sobre prestaciones y derechos, de valorar las necesidades de autonomía personal y de integración social, de orientar sobre el acceso a los recursos sociales, de apoyar la tramitación de solicitudes y en su caso de derivar a los servicios más adecuados, de coordinar la atención elaborando un plan de atención integral con la persona interesada y de realizar el seguimiento de las prestaciones.

Castilla y León cuenta con una distribución irregular de los 189 Centros de acción social disponibles para atender las necesidades de la ciudadanía: Ávila cuenta con 11; Burgos con 31; León con 37; Palencia con 15; Salamanca con 22; Segovia con 13; Soria con 12; Valladolid con 34 y Zamora con 14[34].

2. Personas con discapacidad

Castilla y León cuenta con un importante número de personas con discapacidad, el cual no ha dejado de crecer a lo largo de los años. Así, tomando como referencia 2018, hay 176.336 personas con discapacidad, de los cuales 91.461 son hombres y 84.875 son mujeres y cerca de la mitad viven en territorios rurales[35].

La Comunidad Autónoma ha promulgado a estos efectos la Ley 2/2013, de 5 de mayo, de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la cual manifiesta una especial sensibilidad con los habitantes de las zonas rurales en los siguientes pasajes, en los que se establecen concretas obligaciones a las Administraciones Públicas para establecer: a) medidas de acción positiva suplementarias que supongan una mayor intensidad de apoyo para aquellas personas con discapacidad más vulnerables que objetivamente tengan un mayor riesgo de discriminación o presenten menor igualdad de oportunidades, como los que «viven habitualmente en el ámbito rural» (art. 10.4); b) "los medios y recursos necesarios para posibilitarles una atención (sanitaria) adecuada en las zonas rurales" (art. 16); c) «la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente en las zonas rurales» (art. 23.1); d) «la aplicación de las medidas de accesibilidad en el transporte» con especial atención a las zonas rurales (art. 69.3).

Para este colectivo, Castilla y León ha diseñado un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad en virtud del Acuerdo 7/2017, de 9 de febrero, de la Junta de Castilla y León, articulado en torno a 11 ejes que pivotan sobre la persona con discapacidad y su entorno social[36]. Este Plan Estratégico crea un elenco de prestaciones y recursos destinados a las personas con discapacidad que viven en zonas rurales dispersas como, por ejemplo, los equipos itinerantes para la atención temprana de «niños de 0-3 años y de 3-6 años no escolarizados» o «el programa específico de formación y acciones de apoyo al empleo de personas con discapacidad en el ámbito de la asistencia personal como nuevo yacimiento de empleo».

34 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales.html

35 Datos ofrecidos en https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/discapacidad.html

36 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/plan-estrategico-igualdad-oportunidades.html

3. Personas mayores

Castilla y León cuenta, como ya consta, con una población muy envejecida, de manera que, recordando algunas cifras, el grupo de mayor edad está situado entre los 50 y 59 años; hay 612.407 personas mayores de 65 años en la Comunidad con datos del INE de 2021 y entre ellos, 218.452 pertenecen a la denominada cuarta edad al ser mayores de 80 años[37].

Como también es sabido, la senectud se hace todavía más patente en el mundo rural, y sobremanera en los territorios de complejidad orográfica, circunstancias que exigen una atención específica, pues junto con el debilitamiento de la red de apoyo informal, muy acusado debido al fenómeno migratorio de las generaciones más jóvenes hacia las zonas urbanas, las mayores necesidades de cuidados asociadas al sobreenvejecimiento, convierten a estas áreas geográficas en territorios vulnerables y en riesgo de exclusión social, lo cual exige un mayor esfuerzo público.

Teniendo en cuenta que la prestación de servicios en las zonas rurales es más cara que en los núcleos urbanos, dada la dispersión geográfica de sus moradores y las elevadas demandas de atención que reclaman sus moradores, pues la longevidad conlleva una declinación de facultades físicas y mentales en una relación directamente ascendente, la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, dedica una preocupación especial «al mundo rural, acercando programas y servicios con una distribución equitativa y racional, que contribuyan a garantizar el principio de igualdad, con independencia del lugar geográfico de residencia» (exposición de motivos). Destaca, además,« la novedad que supone la proclamación del derecho de las personas mayores a un alojamiento adecuado y el compromiso que adquieren las Administraciones Públicas para la garantía de este derecho, priorizando la permanencia en su entorno sociofamiliar, así como asumiendo la planificación, ordenación, creación y mantenimiento de una red de Centros Residenciales para personas mayores, con especial incidencia en el ámbito rural» (exposición de motivos).

En concreto, el art. 12.3, cuando regula el alojamiento adecuado, establece que «corresponde a la Administración Autonómica y a las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, la planificación, ordenación, creación y mantenimiento de una red de Centros Residenciales para personas mayores, en colaboración con la iniciativa privada, que dote a la Comunidad de un nivel de cobertura suficiente, con especial incidencia en el ámbito rural». Por su parte, el art. 33 en su apartado 1 y 2 dispone que «la Junta de Castilla y León garantizará la adecuada distribución de los recursos, de forma que se compensen los desequilibrios territoriales, con especial incidencia en el ámbito rural. En el desarrollo de la planificación regional, la Junta de Castilla y León arbitrará las medidas necesarias para llevar a cabo

37 https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9683&L=0

una adecuada ordenación de recursos que posibiliten la permanencia de las personas mayores en su entorno, fundamentalmente en el ámbito rural».

Ahora bien, pese a estas buenas intenciones, en la práctica, en Castilla y León hay 700 centros residenciales de personas mayores con 48.296 plazas y un nivel de ocupación media del 89 % al inicio de la crisis sanitaria (Informe sobre el Impacto del COVID-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas, de 29 de septiembre de 2020: 61).

La clasificación de los centros residenciales de personas de mayor edad se formula conforme a los siguientes ítems:

- Urbanos, los situados en localidades de más de 20.000 habitantes.
- Periurbanos, los localizados en alfoz y entorno próximos a las ciudades.
- Rurales, el resto del territorio de la Comunidad.

  Atendiendo a tal tipología, el 62 % de los centros están en el medio rural, pero ofrecen solo la mitad del total de plazas, mientras que una cuarta parte están en ciudades, con el 36 % de las plazas; y el 12 % restante en entorno periurbanos, con el 15 % de las plazas. Ávila, León, Soria y Zamora destacan por el volumen de plazas en el medio rural. En el extremo opuesto se encuentran Burgos y Valladolid, donde se observa un peso relativo superior en el caso de los núcleos urbanos y periurbanos con respecto a la media de cada tipo de hábitat (Informe sobre el Impacto del COVID-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas, de 29 de septiembre de 2020: 71).

Distribución de centros[38]:

PROVINCIA	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
Ávila	8	1	42	51
Burgos	45	8	44	97
León	18	15	81	114
Palencia	21	4	31	56
Salamanca	17	17	92	126
Segovia	3	8	29	40
Soria	6	1	28	35
Valladolid	58	22	36	116
Zamora	6	11	48	65
Total general	182	87	431	700

38 Fuente: *Informe sobre el Impacto del COVID-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas*, de 29 de septiembre de 2020: 71

Distribución de plazas[39]:

PROVINCIA	URBANO	PERIURBANO	RURAL	Total general
Ávila	1.134	84	2.463	3.681
Burgos	4.076	630	2.272	6.978
León	2.119	1.063	4.762	7.944
Palencia	1.868	447	1.957	4.272
Salamanca	1.818	1.799	3.929	7.546
Segovia	565	743	1.752	3.060
Soria	714	32	1.759	2.505
Valladolid	4.324	1.363	2.211	7.898
Zamora	793	841	2.778	4.412
Total general	17.411	7.002	23.883	48.296

Procede, por tanto, corregir el déficit de centros residenciales y la escasez de plazas en el medio rural, incrementando una oferta lo suficientemente amplia que permita a las personas mayores permanecer en un entorno conocido donde han desarrollado su trayectoria vital.

Por otra parte, menor sensibilidad aún se muestra con el medio rural en el diseño de otros servicios de proximidad y prestaciones destinados a la atención de personas mayores. El Decreto 3/2016, de 4 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a personas mayores en Castilla y León, no menciona las zonas rurales. El Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores, tampoco menciona las zonas rurales. Tampoco lo hace el Decreto 269/1998, de 17 diciembre 1998, que regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio, ni la Orden FAM/219/2017, de 20 de marzo, por la que se regula la acreditación del Servicio de Ayuda a Domicilio en Castilla y León, de manera que no hay ningún tipo de intensificación de horario en este marco ni previsiones específicas para el acondicionamiento de los hogares. En fin, la Resolución de 9 de junio de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determina el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal tampoco plantea especialidades para las zonas rurales.

Únicamente, siguiendo la pauta marcada por la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas

39 Fuente: *Informe sobre el Impacto del COVID-19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas*, de 29 de septiembre de 2020: 71

en situación de dependencia (LD), la Orden FAM/6/2018 de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a la personas cuidadoras no profesionales, modificada por Orden FAM/727/2021, de 10 de junio, menciona a los territorios rurales a la hora de eximir del requisito de convivencia y de parentesco para cuidados no profesionales cuando la persona dependiente tuviera reconocida la situación de dependencia en grado I.

Ninguna alusión a las zonas rurales realiza la Orden FAM/987/2020, de 22 de septiembre, por la que se modifica la Orden FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León, ni la Orden FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León, ni en la Resolución de 6 de marzo de 2020, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determinan las intensidades y contenidos técnicos mínimos de la prestación pública de teleasistencia avanzada en Castilla y León.

En este proceloso mar en el que se conjugan dificultades actuales con incertidumbres futuras, abre nuevas perspectivas la Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que establece particulares consideraciones para los municipios del medio rural, definidos como aquellos «espacios geográficos formados por la agregación de municipios o entidades locales menores definidos por las administraciones competentes que posean una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a los 100 habitantes por km», exigencia que se concreta en «aquellos municipios en los que, al menos, el 50 % de la población reside en celdas de malla rurales», conceptuadas estas últimas como aquellas que no son «centros urbanos» («conglomerado de celdas contiguas de 1 km^2 con una densidad de al menos 1.500 habitantes por km2 y que conjuntamente agrupen un mínimo de población de 50.000 habitantes»), ni tampoco «agrupaciones urbanas» («conglomerado de celdas contiguas de 1 km^2 con una densidad de al menos 300 habitantes por km2 y que conjuntamente agrupen un mínimo de población de 5.000 habitantes»).

Esta Resolución, además de apostar por devolver la dignidad a la población mayor que habita en la España vaciada como principio transversal, toma en consideración la situación adversa de las zonas rurales en varios supuestos: a) exención de títulos habilitantes para el ejercicio de la profesión de cuidador pero con compromiso inmediato de formación permanente; b) emplazamiento en terreno no urbano pero fácilmente accesible de los centros de atención residencial y de los centros de día; c) disposición de al menos un 10 % de las plazas de titularidad pública o de titularidad privada con concierto

en habitaciones de uso individual en los centros residenciales (frente al 25 por 100 en territorios densamente poblados); y d) imposibilidad de superar las 75 plazas residenciales por centro (frente a las 120 en territorios densamente pobladas).

A la postre, además de los conocidos Programas de Termalismo[40] y Viajes[41], Castilla y León cuenta con un Programa Integral de Envejecimiento Activo aprobado por Orden FAM/119/2014, de 25 de febrero, el cual ha realizado actividades en 2020 en 1.006 municipios (si bien en 2019 alcanzó los 1288 municipios); en el año 2019 se realizaron 8.854 actividades (número que descendió por razones sanitarias en el año 2020 a las 3.896 actividades) y ocuparon a 192.112 participantes en el año 2019 y a 99.674 participantes en el año 2020[42].

Conviene destacar también el Programa interuniversitario de la experiencia de Castilla y León[43] que cuenta con sedes presenciales no solo en capitales de provincia sino en otros municipios (Arévalo, Ávila, Aranda de Duero, Burgos, Miranda de Ebro, Villarcayo, Astorga, León, Ponferrada, Guardo, Palencia, Béjar, Ciudad Rodrigo, Salamanca, Cuellar, Segovia, Almazán, Soria, Medina del Campo, Medina de Rioseco, Valladolid, Benavente, Toro y Zamora) y con una modalidad online interactiva.

Asimismo cabe mencionar el Programa de Acercamiento intergeneracional vinculado a personas mayores y jóvenes universitarios[44], si bien solo está vinculado con las sedes de las Universidades de Castilla y León.

4. Previsiones comunes a personas mayores y personas con discapacidad

Castilla y León cuenta con los denominados Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal (EPAP)[45], que son equipos de intervención familiar dirigidos a personas con discapacidad y/o dependencia con problemas de integración social. En el año 2019 existían 29 equipos de promoción de la autonomía personal en los que se integran los 72 profesionales. Aproxi-

40 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/programa-termalismo.html

41 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/programa-viajes.html

42 *Informe regional de la Comunidad de Castilla y León sobre envejecimiento activo 2020*.

43 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/programa-interuniversitario-experiencia.html.

44 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/programa-acercamiento-intergeneracional.html.

45 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/epap-equipos-para-promocion.html.

madamente el 40 por ciento de los usuarios con los que intervinieron los EPAP tenían diagnóstico por los servicios de salud mental como personas con enfermedad mental grave y prolongada.

Para que las personas en situación de dependencia puedan desarrollar los actos más esenciales de la vida, resulta de suma importancia contar con una adecuada accesibilidad en la población en la que residen. En este sentido, la Ley 3/1998, de 24 de junio de Accesibilidad y Supresión de Barreras, no menciona a los territorios rurales, al igual que tampoco lo hace el Decreto 217/2001, de 30 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Accesibilidad y Supresión de Barreras. Únicamente, alude a la «elaboración de Planes Sectoriales de atención a pequeños municipios y áreas rurales», señalando expresamente que «en los núcleos rurales de menos de 5.000 habitantes se aplicará la normativa vigente en función de las características de los núcleos, realizando una priorización en función de lo indispensable»; asimismo, se impulsará «la creación de escuelas taller a nivel local dirigidas al diseño y realización de elementos de mobiliario urbano accesible con materiales propios de la zona, y diseños acordes a las características de los núcleos rurales» y se «establecerán mecanismos de colaboración entre entidades públicas y privadas que fomenten la integración de las personas con alguna limitación o en riesgo de exclusión y faciliten su incorporación al mercado laboral, con especial atención al medio rural».

Destaca a estos efectos el Proyecto Argoss[46] destinado a promover la mejora de los servicios públicos orientados a la atención sociosanitaria integrada para personas dependientes y pacientes con enfermedades crónicas a través de compra pública innovadora.

Cabe mencionar, además, el Proyecto «a gusto en casa», concebido como una nueva forma de atender a las personas para que puedan permanecer en su propio domicilio, si así lo desean, con los apoyos que necesiten para la realización de sus actividades cotidianas, cuidado de la salud, participación en la comunidad y, en general, todas aquellas actividades significativas que den sentido a su vida. Este proyecto ofrece a la persona el apoyo de un profesional para: a) Decidir cómo quiere que sea su vida cotidiana. b) Planificar los apoyos sociales y sanitarios y las actividades necesarias para poder vivir según sus deseos y preferencias. Para el cumplimiento de tales objetivos, pone a disposición de la persona los siguientes servicios: a) Un profesional, coordinador de caso, vinculado al CEAS, que será el responsable de garantizar que los cuidados y apoyos sean adecuados y satisfactorios para la persona. b) Un profesional, gestor de caso, que ayuda al usuario a diseñar su proyecto de vida, definir los apoyos que precisa y garantizar que éstos estén disponibles y se ofrezcan respetando sus deseos. c) Asistencia personal,

46 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/argoss-modelo-atencion-sociosanitaria.html.

para la realización de las actividades cotidianas, tanto en el hogar como en la comunidad. d) Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia, desde el sistema de salud pública. e) Si es necesario, adaptación del hogar y ayudas técnicas para favorecer la seguridad, la accesibilidad y la movilidad. f) Teleasistencia básica y avanzada. g) Programa de apoyo a los cuidadores no profesionales. h) Actividades en la comunidad.

Con todo, cabe concluir que, pese a la sensibilidad demostrada, todavía son escasas las previsiones específicas para la atención a quienes viven en el mundo rural y tengan una determinada edad (un gran porcentaje de la población castellano y leonesa). Por tal motivo, cabe urgir a los poderes públicos a desplegar más esfuerzos atender a las especiales características de dispersión de la población, dificultad en la conectividad y la brecha digital en la cuarta edad a la hora de proporcionar servicios de teleasistencia avanzada. De igual modo, es necesario dotar más fondos para mejorar la habitabilidad de los hogares y su acondicionamiento para la prestación de ayuda a domicilio, incrementando, al tiempo, la cuantía de horas de atención y elevando el número de profesionales para evitar interrupciones en la prestación del servicio.

5. Infancia

La Ley 14/2002, de 25 de julio, de promoción, atención y protección a la infancia en Castilla y León, dentro del derecho a la educación, en el art. 17, alude a «los programas y actividades para favorecer la igualdad de oportunidades educativas y el acceso a las nuevas tecnologías, especialmente en el medio rural». Sin embargo, ninguna alusión hace el Decreto 57/1988, de 7 de abril, por el que se dictan normas sobre protección de menores, ni el Decreto 54/2005, de 7 de julio, por el que se regula el régimen de organización y funcionamiento de los centros específicos destinados a la atención residencial de menores con medidas o actuaciones de protección, ni tampoco el Decreto 37/2004, de 1 de abril, por el que se regulan los requisitos mínimos y específicos de autorización para la apertura y funcionamiento de los centros destinados a la atención de menores con medidas o actuaciones de protección.

Descendiendo al detalle de aquellos menores más necesitados de protección, los datos respecto al número de atenciones en el sistema de atención y protección a la infancia han experimentado un ligero retroceso en los últimos años, así como el de menores tutelados, a saber:

a) Menores atendidos en el sistema de atención y protección a la infancia en Castilla y León:[47]

47 Fuente: https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/cuando-nino-necesita-proteccion.html.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ÁVILA	605	670	819	548	547	550
BURGOS	1.727	1.399	1.451	1.936	2.025	1.511
LEÓN	972	837	661	733	719	929
PALENCIA	390	522	595	694	711	926
SALAMANCA	486	580	752	821	651	708
SEGOVIA	749	764	751	851	907	918
SORIA	350	343	378	446	605	638
VALLADOLID	971	1.058	1.037	1.142	1.214	1.273
ZAMORA	391	431	345	424	395	471
TOTAL	6.641	6.604	6.789	7.595	7.774	7.924

b) Menores tutelados y protegidos[48]:

	2019		2020		2021	
	Protegido	Tutelado	Protegido	Tutelado	Protegido	Tutelado
ÁVILA	149	142	155	148	162	153
BURGOS	235	182	227	176	218	158
LEÓN	494	408	440	383	452	387
PALENCIA	166	111	140	105	136	96
SALAMANCA	269	236	246	201	238	187
SEGOVIA	117	84	111	80	90	75
SORIA	68	61	68	58	75	60
VALLADOLID	322	275	333	288	353	313
ZAMORA	129	111	127	107	158	137
TOTAL	1.949	1.610	1.847	1.546	1.882	1.566

Castilla y León ha creado la Red Centinela en virtud de la Resolución de 1 de marzo de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León,

48 Fuente: https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/921/995/Estad %C3 %ADsticas %20protecci %C3 %B3n %20a %20la %20infancia,0.xlsx?blobheader=application%2Fvnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet&blobheadername2=Cache-Control&blobheadername3=Expires&blobheadername4=site&blobheadervalue2=-no-store %2Cno-cache %2Cmust-revalidate&blobheadervalue3=0&blobheadervalue4=JCYL_ServiciosSociales&blobnocache=true.

por la que se crea la Red Centinela del Sistema de Protección a la Infancia de Castilla y León y se establecen y regulan las estructuras que la integran, como un sistema específico de información, investigación, vigilancia y propuesta en relación con la fenomenología de las situaciones de desprotección que afectan a los menores de edad, los problemas de todo orden asociados con su génesis y la actividad de prevención e intervención que ha de ser desplegada para su atención desde el sistema de protección a la infancia en particular y desde los demás sistemas y servicios considerados por la legislación vigente como corresponsables en esta materia[49].

También ha diseñado una aplicación «Infancia CyL»[50], con el fin de proporcionar información, notificaciones y acreditación de personas acogedoras.

Falta, no obstante, una atención a la singularidad de las características de los distintos medios rurales presentes en la Comunidad a la hora de llevar a cabo una efectiva protección de la infancia, como, por ejemplo, diseñar de forma adecuada geográficamente a la vista de las vías de comunicación y transporte los puntos de encuentro familiar, así como ampliar la red de centros de atención.

6. Mujeres

La Ley 1/2003, de 3 de marzo, de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en Castilla y León, hace referencia al medio rural en los siguientes apartados: a) En el listado de competencias, menciona el «desarrollo de programas que favorezcan la participación y mayor calidad de vida de las mujeres del ámbito rural» (art. 9.7). b) En la clasificación de programas de promoción, hace alusión a «la mujer del ámbito rural» (art. 12.9). c) En el catálogo de medidas de acción positiva, diseña un listado específico, aludiendo a los siguientes objetivos: «1. Conocer la situación real de la mujer en el ámbito rural a través de un observatorio permanente. 2. Valorar y visibilizar el trabajo de la mujer en la explotación familiar agraria. 3. Incidir sobre la importancia de la corresponsabilidad en el ámbito familiar. 4. Alentar el asociacionismo de las mujeres del ámbito rural. 5. Promover el acceso de las mujeres del ámbito rural a puestos de decisión política, profesional y sindical. 6. Formar y prestar asistencia técnica a las mujeres del ámbito rural para facilitar su acceso a las nuevas tecnologías y a la gestión de empresas en sectores con futuro. 7. Promover el acceso al autoempleo y al empleo de las mujeres del ámbito rural. 8. Promocionar en ferias y exposiciones las empresas gestionadas por mujeres del ámbito rural. 9. Apoyar la comercialización de productos y servicios realizados por mujeres del ámbito rural. 10. Promover el acceso

49 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/red-centinela.html.

50 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/app-infancia-cyl.html.

al ocio, cultura y deporte de la mujer en el mundo rural. 11. Acercar al medio rural información sobre programas dirigidos a las mujeres promoviendo su participación» (art. 20).

Cabe mencionar también la Red de Igualdad de Mujer Rural, promovida desde la Junta de Castilla y León por la Consejerías de Familia y la Consejería de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural y las siete federaciones más representativas de las mujeres rurales de Castilla y León: AMFAR (Federación de Mujeres y Familias del Ámbito Rural), CERES (Confederación de Mujeres del Mundo Rural), FADEMUR (Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales), ISMUR (Iniciativa Social de Mujeres Rurales), FEMUR (Federación de la Mujer Rural), AFAMMER (Asociación de Familias y Mujeres del Medio Rural) y la Federación de Asociaciones de Mujeres de la Comarca de Peñaranda. Dicha Red se enmarca dentro de los objetivos establecidos en la Estrategia de Emprendimiento de la Mujer Rural en los ámbitos Agrario y Agroalimentario, así como en los del nuevo Plan Autonómico para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de Castilla y León para el periodo 2021-2025[51].

7. Víctimas de violencia de género

En Castilla y León se ha incrementado el número de denuncias por violencia de género un 26,2 % en el último año según el Observatorio de Violencia doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial. Para este colectivo, la Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género, en Castilla y León, menciona varias veces el término rural: a) Entre los principios rectores, alude a la «atención integral, inmediata, próxima y permanente a las víctimas, respetando la diversidad y las diferencias, teniendo en cuenta las necesidades derivadas de su residencia en el medio rural» (art. 4 d). b) Ante la dificultad de acceso a la información por distintas circunstancias o condiciones, prevé el desarrollo de campañas de sensibilización específicas en el medio rural (art. 9.3). c) Los poderes públicos de Castilla y León impulsarán y desarrollarán, en su ámbito correspondiente, la realización de estudios y trabajos de investigación sobre las causas y consecuencias de la violencia de género en el medio rural y en el medio urbano (art. 10). d) Los servicios de información sobre los auxilios y recursos disponibles prestarán «especial atención a la especificidad de las mujeres que habiten en el medio rural» (art. 28.1 a). e) Los servicios de atención a las víctimas «se prestarán por profesionales especializados de la psicología, del derecho y del trabajo social en cada capital de provincia, pudiendo desplazarse al medio rural para atender esos servicios en función de la demanda» (art. 28.2). f) «Las mujeres víctimas de violencia de género del medio rural tendrán una atención específica para facilitar su acceso a los recursos previstos en la presente Ley» (art. 37).

51 https://familia.jcyl.es/web/es/mujer/igualdad-mujer-rural-castilla.html.

Cabe apuntar, pese a las previsiones examinadas, la necesidad de una mayor dotación de recursos y coordinación entre servicios sociales y Guardia Civil en el mundo rural ante la dispersión de la población, las dificultades para las denuncias y lo remoto de determinadas poblaciones de difícil acceso.

8. Renta garantizada de ciudadanía

En Castilla y León en 2020 existían 11.526 titulares de la prestación de renta garantizada de ciudadanía y 26.529 beneficiarios de la misma. En el año anterior (2019) había 13.069 titulares y 30.007 beneficiarios[52].

Ninguna referencia hace al medio rural el Decreto Legislativo 1/2019, de 10 de enero, por el que se aprueba el texto refundido de las normas legales vigentes en materia de condiciones de acceso y disfrute de la prestación de renta garantizada de ciudadanía de Castilla y León.

9. Bono social térmico

Se trata de una ayuda directa a consumidores vulnerables destinada a compensar los gastos de suministro de energía para los usos térmicos, como calefacción, agua caliente sanitaria o cocina. Su regulación se establece en el Real Decreto-ley 15/2018, de 5 de octubre, de medidas urgentes para la transición energética y la protección de los consumidores. El importe de la ayuda para los ciudadanos de la Comunidad en función de la zona geográfica y la consideración de vulnerable, vulnerable severo o riesgo de exclusión social oscila entre los 413.65 € y 797.22 €. La cuantía depende del grado de vulnerabilidad del consumidor y de la zona climática en la que se ubique su vivienda habitual. En Castilla y León hay un total de 87.000 beneficiarios de este programa[53].

10. Extranjería

Pese al importante número de personas extranjeras residentes en Castilla y León: en 2017 había 122.278 extranjeros empadronados en Castilla y León; en 2018, 123.575; en 2019, 129.794 y en 2020, 141.157[54], no existe previsión alguna específica de servicios sociales a nivel autonómico que tenga en cuenta a este colectivo a efectos de su integración en las zonas rurales, más allá de alguna experiencia piloto que se ha llevado a cabo en algunas provincias como Zamora.

52 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales.html.

53 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales.html.

54 *Datos informativos de la población inmigrante de Castilla y León año-2020*; Dirección General de Acción Exterior Consejería de Transparencia, Ordenación del Territorio y Acción Exterior Junta de Castilla y León.

11. Protección a familias vulnerables

Se trata de un conjunto de servicios coordinados en red para proteger a las familias en situación de vulnerabilidad social o económica, de exclusión o de desamparo personal. Con el fin de proporcionar una respuesta global a las necesidades de estas personas, diferentes entidades públicas y privadas que prestan servicios sociales en el territorio de Castilla y León se integran funcionalmente, aportando sus recursos de forma complementaria y colaborando para: a) atender las diferentes facetas de las necesidades familiares. b) Ofrecer una respuesta rápida, global y adaptada a cada caso. c) Promover itinerarios personalizados de inserción para cada familia, en función de sus recursos, situación social, apoyos, etc.[55]

Además, la Junta de Castilla y León ha diseñado una serie de políticas concretas destinadas al apoyo a las familias, a saber:

1. Para aquellas con hijos de cero a tres años: a) Bono nacimiento o adopción; b) Bono concilia; c) Deducciones IRPF; d) Servicios especializados de apoyo a las familias que, en procesos de separación o divorcio u otros supuestos de interrupción de la convivencia familiar, tienen dificultades; d) Servicio de Mediación familiar; e) Información actualizada a las familias sobre el embarazo, parto, crianza en el recién nacido, infancia y adolescencia y estrategias de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad; f) Programa de Atención Temprana; g) Subvenciones por reducción de jornada laboral; h) Subvenciones por excedencia.
2. Familias con hijos de cuatro a dieciséis años: a) Primavera Joven; b) Plazas en instalaciones juveniles; c) Subvenciones por reducción de la jornada laboral; d) Subvenciones por excedencia; e) Programa «Conciliamos»; f) Ayudas para comedor escolar; g) Ayudas para transporte escolar; h) Gratuidad de libros de texto; i) Ayudas para la adquisición de dispositivos digitales; j) Madrugadores y Tardes en el cole; k) Servicios especializados de apoyo a las familias que, en procesos de separación o divorcio u otros supuestos de interrupción de la convivencia familiar, tienen dificultades. l) Servicio de Mediación familiar gratuito para solucionar conflictos. m) Deducción autonómica en el IRPF por adopción de hijos y gastos de adopción; n) Información actualizada a las familias sobre infancia y adolescencia; o) Programa de Atención Temprana; p) Programa Moneo de prevención familiar universal de las adicciones; q) Programa Dédalo de prevención familiar selectiva de las adicciones con o sin sustancia; r) Programa Alfil de prevención familiar selectiva del consumo de alcohol y de otras drogas; s)

55 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-familias-vulnerables/proteccion-personas-familias-afectadas.html.

Servicio de prevención familiar indicada y servicio de referencia de prevención del consumo de drogas; t) Carné joven; u) Corresponsales juveniles; v) Becas en residencias deportivas.

3. Familias con jóvenes: a) Bono alquiler joven; b) Ayudas al estudio.
4. Familias numerosas: a) Bono Concilia; b) Deducción autonómica IRPF; c) Gratuidad de comedor escolar, en madrugadores y tardes en el cole; f) Gratuidad estudios de Grado; g) Gratuidad en albergues o campamentos.
5. Familias monoparentales: a) Bono Concilia; b) Bonificación en reducciones de jornada por cuidado y excedencias; c) Gratuidad servicio de comedor, madrugadores y tardes en el cole.
6. Familias acogedoras: a) Bono Concilia; b) App con grupos de apoyo y autoayuda; c) Servicio telefónico de emergencia; d) Compensación económica para gastos; e) Gratuidad en comedor escolar, madrugadores y tardes en el cole; f) Programa «Conciliamos».
7. Como medidas específicas para residentes en el medio rural, cabe mencionar: a) Programa Conciliamos; b) Bono Concilia; c) Programa Crecemos; d) Ayuda para el transporte de alumnos; e) Programa de gratuidad de libros de texto.

VII. Bibliografía

Alemán Bracho, C. y **Alonso Seco, J. M.**: «Los sistemas de servicios sociales en las Leyes autonómicas de servicios sociales», *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n.º 151, 2011.

Arias Martínez, M. A.: «Las competencias locales en materia de servicios sociales tras la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local», *Revista de Administración Pública*, n.º 194, 2014.

de Vicente Paches, F.:

— «Asistencia social y servicios sociales: régimen de distribución de competencias», *Tribuna Social*, n.º 138, 2002.

— *Asistencia social y servicios sociales. Régimen de distribución de competencias*, Madrid (Secretaría General del Senado), 2003.

Díaz Lema, J. M.: «El Anteproyecto de Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración local: ¿cambio de rumbo en la Administración local española?», *Anuario del Gobierno Local 2012*, Madrid (Fundación Democracia y Gobierno Local), 2013.

Domínguez Álvarez, J. L.: «La importancia del municipalismo para la consecución del nuevo resurgir de la realidad: la disyuntiva entre devolver el alma a los pueblos o abandonar el territorio», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 53, 2021.

Fernández Avilés, J. A.: «Art. 55», en VV. AA (Martín Valverde, A. y García Murcia, J., Dirs.): *Ley General de Seguridad Social. Comentarios y jurisprudencia*, Madrid (La Ley), 2009.

Font i Llovet, T.: «Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública», en VV. AA (Tolivar Alas, L. y Cueto Pérez, M., Dirs.): *La prestación de servicios sociosanitarios: nuevo marco de la contratación pública*, Valencia (Tirant Lo Blanch), 2020.

Garcés Sanagustín, A.: *La acción social: delimitación conceptual y régimen jurídico*, Zaragoza (Diputación General de Aragón), 1988.

García Jiménez, A.: «La despoblación: una cuestión de Estado», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 52, 2020.

Garrido Juncal, A.: *Los servicios sociales en el siglo XXI. Nuevas tipologías y nuevas formas de prestación*, Pamplona (Aranzadi), 2020.

Martín Valverde, A.: «Asistencia social: propuesta de reconstrucción de un concepto constitucional», en VV. AA (Monereo Pérez, J. L.; Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, M. N., Coords.): *La Seguridad Social a la luz de sus reformas pasadas, presentes o futuras. Homenaje al Profesor José Vida Soria con motivo de la jubilación*, Granada (Comares), 2008.

Medina Ruíz, E. y **Egía García, V. M.**: «Servicios sociales y centros residenciales. Crisis pre y post Covid-19», en VV. AA (Ferrando García, F. M., Dir.): *El escudo social frente a la pandemia. Análisis jurídico y propuestas para una legislación social más justa*, Albacete (Bomarzo), 2022.

Pemán Gavín, J. M.: «La asistencia social en España: delimitación conceptual y marco jurídico general», *Documentación Administrativa*, n.º 271-272, 2005.

Pereda Mateos, A.: «La asistencia social y los servicios sociales en la CE», en VV. AA: *Jornadas sobre Derecho del Trabajo y Constitución*, Madrid (Instituto de Estudios Laborales y de Seguridad Social), 1985.

Rivero Ortega, R.: «Política y legislación sobre Dependencia en la Comunidad de Castilla y León», *Noticias de la Unión Europea*, n.º 303, 2010.

Rodríguez Escanciano, S.: «Asistencia y servicios sociales», en VV. AA.: *Derecho Público de Castilla y León*, Valladolid (Lex Nova-Junta de Castilla y León), 2008.

Serrano García, M. J.: «La distribución constitucional de competencias en el ámbito de la dependencia», en VV. AA (Molero Marañón, M. L., Dir.): *Dependencia (long term care) y empleo en el Estado de Bienestar*, Pamplona (Aranzadi), 2017.

Terrón Santos, D.: «Políticas de dependencia en el Estado de las Autonomías», *Revista Noticias de la Unión Europea*, n.º 303, 2010.

Trillo García, A. R.: «Art. 63», en VV. AA (Sempere Navarro, A. V. y Barrios Baudor, G. L., Dirs.): *Comentarios a la Ley General de la Seguridad Social*, Volumen I, Pamplona (Aranzadi), 2018.

Valdés Dal-Re, F.: «Una aproximación constitucional a los problemas competenciales de la Ley de Dependencia», *Documentación Laboral*, n.º 102, 2014.

Velasco Caballero, F.: «Nuevo régimen de competencias municipales en el Anteproyecto de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local», *Anuario de Derecho Municipal 2012*, n.º 6, 2013.

Zamora Roselló, M. R.: «Administración local y ciudadanía: pilares de las políticas públicas en materia de servicios sociales», *Adapt, Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, vol. 7, n.º 4, 2019.

CAPÍTULO VIII

LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN CASTILLA Y LEÓN: EN PARTICULAR EN LAS ZONAS RURALES

Roberto Fernández Fernández
Profesor Titular de Universidad
Universidad de León

I. Introducción

Una de las características fundamentales de la Comunidad Autónoma castellano y leonesa, es lo envejecida que se encuentra su población[1], de ahí que uno de los ámbitos donde es necesario apuntalar las políticas públicas y la colaboración con el sector privado es en el de cuidado de los mayores.

En efecto, «la localización residencial de las personas mayores es una cuestión importante para la organización y administración de las políticas sociales. En el medio rural, la dispersión en núcleos pequeños y distantes dificulta la organización de actividades y la prestación de servicios, pues éstos no son almacenables, y además exigen la proximidad entre el productor (prestador del servicio) y el consumidor (persona mayor que necesita atención)»[2].

«En la actualidad, las áreas rurales se caracterizan por contener una proporción mayor de personas de edad avanzada. En los municipios de menos de 2.000 habitantes conforman el 36,53 % de la población total. En las capi-

1 En efecto, «se constata un elevado grado de envejecimiento de su población que es, incluso, mayor que el experimentado en el conjunto de las zonas rurales de España. En concreto, el 24,7 % de la población del medio rural castellano y leonés tiene 65 o más años y únicamente el 11,9 % tiene menos de 15 años», Junta de Castilla y León: *Estrategia de Emprendimiento, Innovación y Autónomos de Castilla y León*, Valladolid (Junta de Castilla y León), 2016, pág. 147.

2 Junta de Castilla y León: *Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025* (BOCyL de 28 de diciembre de 2021).

tales esta cifra desciende a un 25,12 %. En los municipios denominados como 'rural profundo' hay un índice de envejecimiento del 5,44, es decir, por cada persona menor de 15 años hay más de 5 personas que han superado los 65 años; sin embargo, en las capitales, por cada persona en edad infantil, hay 1,87 personas mayores»[3].

En este sentido, es necesario demandar de las Administraciones Públicas «un mayor impulso autonómico del sistema en el mundo rural tanto en promoción de la autonomía y prevención de la dependencia, como en el resto de los servicios, ya que las personas dependientes presentan mayores dificultades en el medio rural, teniendo en cuenta las circunstancias territoriales específicas de nuestra comunidad»[4].

II. Las principales actuaciones de la Comunidad Autónoma de Castilla y León para garantizar la autonomía y prevenir la dependencia en las zonas rurales

La sucesión de crisis que ha tenido que afrontar la sociedad española y la castellano y leonesa desde el año 2008 ha supuesto un aumento de la importancia que los servicios sociales presentan en el momento actual para proteger a aquellos sectores de la población más necesitados de una actuación por parte de los poderes públicos capaces de garantizarles el acceso a unos servicios capaces de atender como conviene sus necesidades.

A este respecto, y en desarrollo de la previsión recogida en el artículo 148.1.20 CE y en uso de la competencia exclusiva que, sobre servicios sociales y prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la dependencia, aparece reconocida en el artículo 70.1.10 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, esta Comunidad aprobó la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.

De conformidad con dicha norma, se ha llevado a cabo una integración total de aquellas prestaciones destinadas a la promoción de la autonomía personal, atención y protección de aquellas prestaciones destinadas a promocionar la autonomía personal, atención y protección de las personas ante situaciones de dependencia como derecho subjetivo.

Así, el artículo 7 de la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, en su letra h), establece como uno de sus principios rectores la «promoción de la

3 Junta de Castilla y León: *Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025* (BOCyL de 28 de diciembre de 2021).

4 Consejo Económico y Social de Castilla Y León: *Situación económica y social de Castilla y León,* T. II (propuestas y recomendaciones), Valladolid (CESCyL), 2018, pág. 120.

autonomía personal», de manera tal que «el sistema de servicios sociales deberá contribuir a hacer efectiva la plena inclusión y participación en el medio social de las personas con necesidades de apoyo para su autonomía, y en especial de las que se encuentren en situación de dependencia».

Con el fin de acercar la prestación de servicios lo más posible al ciudadano, la organización territorial y funcional del sistema de servicios sociales, se estructura en su artículo 24 a través de tres niveles: a) primer nivel: las Zonas de Acción Social; b) segundo nivel: las Áreas de Acción Social; y en tercer lugar, c) Las divisiones territoriales cuya creación se justifique por razón de necesidades específicas.

El primero de los niveles aparece definido en el artículo 25.1 y 2 de la Ley como la unidad básica de articulación territorial y unidad de referencia para la detección de necesidades, la asignación de recursos y la planificación de los servicios sociales. Además, cada Zona de Acción Social se corresponderá con una demarcación, que en el medio rural estará constituida por una o varias unidades básicas de ordenación y servicios en los territorios rurales, previstas en la normativa de ordenación del territorio (art. 25.3), que actualmente se recoge en la Ley 7/2013, de 27 de septiembre, de Ordenación, Servicios y Gobierno del Territorio de la Comunidad de Castilla y León.

De esta manera, y en este primer nivel, desarrollan su actividad, adscritos a los respectivos Centros de Acción Social (CEAS), los Equipos de Acción Social Básica, como unidad funcional de referencia (art. 31) en todo cuanto afecta a la valoración de casos, la dispensación de servicios y la coordinación y seguimiento de las prestaciones que, dirigidas a la atención de las necesidades más generales, correspondan en su titularidad o gestión a las entidades locales con competencias en materia de servicios sociales.

Entre sus cometidos principales, el artículo 31.5 de la Ley hace referencia expresa a los siguientes: a) Información en relación con los recursos del sistema de servicios sociales; b) Orientación, asesoramiento y derivación de casos; c) Coordinación y desarrollo de acciones preventivas; d) Detección y diagnóstico de casos, valoración de las situaciones de necesidad y elaboración del plan de atención social de caso, actuando como estructura para el acceso a los servicios sociales, incluyendo lo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; e) Seguimiento de casos en relación con las prestaciones referidas en el apartado 4 del presente artículo y coordinación con otros agentes de intervención; f) Detección y diagnóstico de necesidades generales de la población de su zona, elaboración de propuestas de actuación y evaluación de resultados; g) Promoción de la convivencia e integración familiar y social; h) Actividades de sensibilización, promoción de la participación social y el asociacionismo, y fomento y apoyo del voluntariado y la acción solidaria; i) Aquellas otras que les sean asignadas que estén vinculadas al ámbito de aplicación de esta ley.

El segundo nivel de atención viene conformado por las Áreas de Acción Social, unidades territoriales que se constituyen, de conformidad con lo previsto en los artículos 26.1 y 2 de la Ley, como agrupaciones de Zonas de Acción Social del ámbito territorial correspondiente a cada entidad local competente en materia de servicios sociales. En este segundo nivel, desarrollan su actividad los Equipos Multidisciplinares Específicos, que prestan una atención especializada según el tipo de necesidad, entre los que se encuentra la promoción y atención a la autonomía personal, y que corresponda en su titularidad o gestión a las entidades locales con competencias en materia de servicios sociales (art. 32 de la Ley).

Las funciones primordiales que le encarga la Ley (art. 32.3 Ley) pueden ser reconducidas a las siguientes: a) Las de diagnóstico y valoración, planificación de caso, intervención o atención directa, ejecución y demás que específicamente se les encomienden en relación con la dispensación de las prestaciones y con el desarrollo de los programas dirigidos a la atención de necesidades sociales específicas; b) Las de coordinación y seguimiento de casos en relación con las prestaciones aludidas en la letra anterior; c) Las de asesoramiento y apoyo a los profesionales de los CEAS; d) Aquellas otras que les sean asignadas vinculadas al ámbito de aplicación de esta ley.

Finalmente, podrían existir otras divisiones territoriales cuya creación se justifique por razón de necesidades específicas (arts. 24, 27 y 33 de la Ley).

Por otra parte, la organización territorial del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública se instrumentará a través del Mapa de Servicios Sociales de Castilla y León que aparecerá identificado sobre la base de criterios sociodemográficos, las divisiones territoriales adecuadas para la adscripción de la gestión y dispensación de las prestaciones y la asignación de los centros, servicios, programas y recursos a un ámbito territorial determinado. Sea como fuere, en el medio rural, dicho mapa deberá diseñarse conforme a las unidades básicas de ordenación y servicios de los territorio rurales, previstas en la normativa de ordenación del territorio (art. 28).

Además de la ley reseñada, y en el ejercicio de sus competencias en materia de dependencia, la Comunidad de Castilla y León ha dictado las siguientes normas de interés con el fin de ordenar la situación de la dependencia en el territorio de Castilla y León:

- Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.
- Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por la que se regula el baremo para la valoración de las solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León.
- Resolución de 9 de junio de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se determina el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal.

- Orden FAM/2/2015, de 7 de enero, por la que se establece el procedimiento de acreditación de los servicios de Promoción de la Autonomía Personal en Castilla y León.
- Resolución de 7 de enero de 2015, del Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se establecen los precios de referencia de los servicios adquiridos mediante prestación económica vinculada.
- Orden FAM/6/2018, de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones el sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales, modificada para su actualización en el año 2023 por las Órdenes FAM/13/2023 de 11 de enero y 430/2023, de 31 de marzo.
- Orden FAM/883/2018, de 3 de agosto, por la que se adoptan medidas temporales en Castilla y León para el mantenimiento de las prestaciones de dependencia afectadas por la modificación efectuada en las prestaciones de análoga naturaleza y finalidad.

Junto a ellos cabe dar cuenta de dos documentos de sustancial importancia para el desarrollo y ejecución de las competencias en materia de dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla y León: el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025 y la Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021.

1. El Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025

Este Plan reconoce «la importancia estratégica de disponer de un sistema de servicios sociales eficaz, dinámico y responsable, capaz de ofrecer respuestas solventes a las necesidades de miles de personas que, acuciadas por la situación social, demandan prestaciones, servicios y apoyos. Así mismo, la crisis ha vuelto a demostrar la necesidad de que los sistemas vinculados a lo social, como el de los servicios sociales, se definan por su flexibilidad y capacidad de adaptación ante circunstancias cambiantes que demandan respuestas eficaces ante las nuevas necesidades».

A este respecto, y aun cuando la pandemia ha producido ciertos problemas en la atención prestada a las personas en situación de dependencia dentro de la Comunidad Autónoma, sometiendo a cierto nivel de estrés al sistema, poco a poco se van alcanzando las cifras previas a la pandemia en la resolución y reconocimiento de las prestaciones a los sujetos beneficiarios. Sin embargo, y como reconoce el propio Plan Estratégico, uno de los principales desafíos «para los servicios sociales es implantar en todos los niveles el modelo de atención centrado en la persona, es decir, llevar a cada persona,

en todo el territorio de la comunidad, los servicios y apoyos necesarios para que pueda vivir con calidad de acuerdo con sus preferencias»; el reto es todavía mayor en el ámbito de las zonas rurales donde se torna más difícil llevar a la práctica ese modelo basado en la persona, tratando de buscar una solución lo más individualizada posible con el fin de atender de la mejor manera posible sus necesidades.

Se trataría, en definitiva, de «situar al ciudadano con problemas de salud y de tipo social en el eje del nuevo diseño de nuestros sistemas de bienestar, sanitario y social, para otorgarles una atención de calidad e integral; es decir, adaptada a sus necesidades particulares»[5].

Sobre las premisas anteriores, una de las principales líneas de actuación que se marcan en el mencionado Plan Estratégico consiste en «potenciar la autonomía personal y los cuidados de larga duración, para paliar las consecuencias del envejecimiento de la población y la aparición de nuevas necesidades derivadas de la soledad de las personas mayores, para ello ha de reforzarse la dotación residencial y de servicios. En esta misma idea y en el actual contexto, si queremos que las personas permanezcan el mayor tiempo posible en su domicilio, es necesario buscar fórmulas para hacer llegar las atenciones que necesitan donde ellos permanecen. Esto va a exigir experimentar nuevas fórmulas de atención y el desarrollo de tecnologías adaptadas a estas situaciones. Y todo ello de manera mucho más coordinada con el ámbito sanitario. Además, y partiendo del modelo de atención centrado en la persona será necesario avanzar en la calidad de la atención a las personas dependientes, con una especial atención a las personas con discapacidad».

Para tratar de alcanzar semejante objetivo, el eje sectorial 2 centra su atención en la autonomía personal y cuidados de larga duración, con la propuesta de poner en marcha 47 actividades o iniciativas planificadas para su desarrollo temporal entre los años 2022 a 2025.

2. La Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021

Esta estrategia presenta varios ejes conceptuales sobre los que la Comunidad Autónoma de Castilla y León pretende fundamentar su marco de actuación en esta materia y que pueden ser resumidos en los siguientes de interés:

1. Una atención centrada en la persona, de manera tal que se trata de ofrecer una protección de naturaleza personalizada, de carácter

5 González Iglesias, M. A.: «La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 18, 2022, p. 216.

menos generalista y homogénea y más centrada en las necesidades particulares de los diferentes individuos que necesitan el apoyo y ayuda del sistema de dependencia para poder desarrollar una vida digna y con cierta calidad.

En este sentido, marca tres líneas de actuación prioritarias como son facilitar la vida con calidad en el propio hogar, propiciar la continuidad de cuidados entre el ámbito hospitalario y el hogar (domicilio o residencia) mediante las unidades de convalecencia sociosanitarias y, finalmente, implantar en toda la red de centros residenciales y de estancias diurnas un modelo en el cual la metodología se adapte a la atención centrada en la persona en esos entornos, dotar de un proyecto de vida a cada persona dependiente y asignar a cada una de ellas un profesional de referencia.

2. Implementar el envejecimiento activo como paradigma y que trata de superar el modelo rígido de vida y jubilación y cambiarlo por un modelo más flexible y menos encorsetado en el cual el aprendizaje sea permanente y a lo largo de todo el ciclo vital de la persona de manera que cuanto esta alcance una determinada edad en la que se prevea que va a tener ciertas necesidades de ayuda por parte de terceras personas, pueda desarrollar su proyecto vital con independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

   Con el fin de alcanzar semejantes objetivos, la Estrategia plasma en su contenido cuatro objetivos estratégicos en la línea de los fines anteriormente expuestos, a saber: fomento de la prevención, promoción de la autonomía y autodeterminación de las personas mayores (con 15 líneas de acción vinculadas al mismo); mejora de la calidad de vida de las personas en su proceso de envejecimiento (con 17 acciones a desarrollar a fin de lograrlo); refuerzo del papel de las personas mayores en la construcción y mantenimiento de una sociedad del bienestar mediante la asunción de roles relevantes (con 13 acciones previstas para alcanzar la línea marcada); promoción del aprendizaje a lo largo de la vida (con 12 acciones destinadas a cumplirlo).

3. Influencia preventiva de las actuaciones en los entornos con los que se relaciona la persona, habida cuenta de que los entornos cercanos y familiares ejercen un papel protector que proporciona seguridad y fortaleza para hacer frente a situaciones difíciles que con frecuencia aparecen durante el proceso de envejecimiento e implican un mejor cuidado para la persona en situación de dependencia dado el entorno adecuado, accesible y amigable que se puede generar como consecuencia de la implementación de este tipo de políticas.

   De esta manera, la puesta en práctica del objetivo reseñado va a tener lugar mediante la implantación de tres líneas estratégicas de actuación: de un lado, apoyo al entorno sociofamiliar y cuidados de

proximidad (vinculando hasta 14 acciones a dicha línea); de otro, desarrollo de entornos comunitarios, sensibilización y buen trato (con 13 acciones previstas para su cumplimiento); en fin, fomento de los entornos accesibles y amigables (con 14 acciones que pretenden implementarse para dar cumplimiento a la misma).

Como sustento de todos los objetivos y líneas estratégicas antes reseñadas, la Estrategia establece 14 principios rectores que han de guiar todas y cada una de las actuaciones de la Administración Autonómica en la prevención de la dependencia y promoción del envejecimiento activo:

1. La dignidad, como derecho fundamental y valor inherente al ser humano, fundamentado en el respeto y la estima que cualquiera tiene de sí mismo y que debe recibir por parte de otros.
2. El reconocimiento de la autodeterminación y autonomía de las personas para decidir libremente sobre su proyecto de vida, ejerciendo así su capacidad de elección.
3. La prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía, como elementos vertebradores de la organización de los servicios dirigidos a las personas, tanto antes como después de la aparición de la dependencia.
4. Atención Integral a las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias o procesos neurodegenerativos en el marco de la atención centrada en la persona, desde un punto de vista integrador y atendiendo a las necesidades individuales y específicas de cada persona.
5. La calidad de vida concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con un conjunto de necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada individuo: derechos, bienestar físico, material y emocional, autodeterminación, inclusión social, desarrollo personal y relaciones interpersonales.
6. La personalización, en el marco del modelo de atención centrada en la persona, garantizando el acompañamiento a través de la orientación y consejo y respetando sus decisiones, preferencias y modos de vida en la construcción de su proyecto de vida y de apoyos y cuidados cuando estos son necesarios.
7. La igualdad de oportunidades y de derechos de las personas, con independencia del entorno donde vivan, rural o urbano, de su género, diversidad funcional, de sus creencias o de cualquier otra característica que pudiera generar diferencias en el trato o en el acceso a los bienes y servicios de la sociedad castellano y leonesa.
8. La participación, principio troncal en el marco conceptual del envejecimiento activo, establecido por la OMS junto con la salud, segu-

ridad y aprendizaje a lo largo de la vida. Se aleja de concepciones tradicionales del envejecimiento, asociada a pasividad y ausencia de rol social y supone el reconocimiento y el derecho a que las personas sean protagonistas en la construcción de la sociedad en la que viven. Lleva implícita la obligación de que las personas sean consultadas y su criterio se tenga en cuenta en los procesos que les afectan, desde la corresponsabilidad y solidaridad.

9. El reconocimiento de la heterogeneidad como grupo de población cohesionado por la edad, pero con experiencias, vidas laborales, académicas y personales, gustos y preferencias derivadas de su itinerario vital y, en consecuencia, diferentes, propias e intransferibles.
10. La responsabilidad, considerada como una cualidad y un valor del ser humano y en nuestro contexto, de los poderes públicos. Está asociada a la capacidad de comprometerse y actuar de forma correcta, tanto en el ámbito personal e íntimo como desde la óptica social y ciudadana. Actualmente este principio en el marco de una estrategia como la que se presenta, indefectiblemente aparece asociada a la corresponsabilidad individual y colectiva en torno a un objetivo común para lograr el bienestar de las personas mayores.
11. La transversalidad, garantizando la incorporación de perspectivas, disciplinas y ámbitos de responsabilidad pública y privada. El enfoque transversal integra derechos y perspectivas interdisciplinares, ofreciendo acciones enriquecidas por la pluralidad de miradas.
12. La universalidad, para lograr que la población en general mejore su calidad de vida y tenga unos estilos de vida saludable que contribuyan a prevenir la dependencia y promover la autonomía personal.
13. La coordinación, colaboración y cohesión social para garantizar la optimización y racionalización en las actuaciones dirigidas a la promoción del envejecimiento activo y a la prevención de la dependencia y garantizando la continuidad en los cuidados. Desde el compromiso personal y de los poderes públicos y la iniciativa social con y sin fin de lucro y en los diferentes ámbitos de competencia territorial.
14. La sostenibilidad. Garantizando el equilibrio entre las necesidades y las preferencias de las personas mayores y sus organizaciones y la estructura socio económico y política de nuestro territorio, respetando los ecosistemas y el futuro de una sociedad que envejece.

III. Reflexión final

Una de las conclusiones que se puede alcanzar como consecuencia de las circunstancias descritas a lo largo del presente capítulo radica en las dificultades que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia ha tenido

que sufrir como consecuencia de la pandemia sanitaria vivida a partir del año 2020, de manera que se han vuelto a poner de relieve con mayor crudeza las debilidades estructurales que presentaba el modelo en todos los ámbitos, incluido el entorno rural, de manera que «la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia se enfrenta a retos ya conocidos que demandan, entre otros cambios, adaptar la normativa a las peculiaridades de este entorno; pero también un mayor desarrollo de infraestructuras y servicios vinculados a la atención a la dependencia, teniendo en cuenta las perspectivas demográficas, y sobre todo, reconsiderar su financiación, claramente insuficiente para dar cobertura digna a la población con necesidad de apoyo»[6].

A este respecto, conviene tener en cuenta que el modelo en que se basaba la atención a la dependencia en las zonas rurales del cuidado por parte de aquellas personas más cercanas a la persona necesitada de cuidado debe ser revisado por su falta de sostenibilidad en el corto y medio plazo, una dificultad también presente en aquellas zonas más dispersas en las cuales es más difícil y costoso hacer llegar los recursos y servicios establecidos por la normativa y los diferentes planes de actuación previstos por la Comunidad Autónoma de Castilla y León[7].

En efecto, en el actual modelo los servicios sociales comunitarios en el ámbito rural suelen estar residenciados en las cabeceras de comarca, de manera tal que la distancia, las dificultades para acceder a un transporte público a la carta o los inconvenientes de los usuarios para utilizar las nuevas tecnologías, ya sea por las carencias que tienen estas personas mayores para conocer su manejo o por los problemas de conectividad que sufren en muchos casos estas zonas rurales, han provocado importantes ineficiencias a la hora de que los servicios lleguen a estos lugares, coadyuvando a incrementar el éxodo de las personas dependientes hacia aquellos núcleos de población en los cuales tienen a su alcance dichos recursos y aumentando con ello la despoblación en estas zonas rurales que ven como sus habitantes más necesitados abandonan los lugares donde han nacido o donde han desarrollado su ciclo vital.

Sin embargo, dichas dificultades no deben hacer caer en el desánimo a cuantos actores participan en el sistema, tratando de, como hacen la Ley de Servicios Sociales, el Plan Estratégico de Servicios Sociales y la Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo en Castilla y León, mejorar la calidad de vida, la autono-

6 González Iglesias, M. A.: «La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia», *cit*., pp. 233-234.

7 Sobre estos problemas, consultar el trabajo de Álvarez Pérez, R.: «La Ley de la dependencia y los servicios sociales de las zonas rurales de la Provincia de Málaga», *Revista Lider*, vol. 26, 2015, pp. 32-33.

mía y la dignidad de aquellas personas dependientes que viven en las zonas rurales, acercando en la medida de lo posible los servicios al lugar donde se encuentran para facilitar así la atención que estas personas merecen.

A este respecto, «el Gobierno, los agentes sociales y las Comunidades Autónomas aprobaron, con fecha 18 de enero de 2021, el Plan de Choque en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia 2021-2023, en el que acordaron el aumento de la financiación de dicho Sistema por parte de la Administración General del Estado, lo que deberá revertir en una reducción sustancial de las listas de espera y tiempos de tramitación de solicitudes; el aseguramiento de las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD; así como en la introducción de mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la adecuada atención de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad. Y es que la realidad sociodemográfica de las zonas rurales, marcada por el envejecimiento de su población —lo que incrementa la morbilidad crónica y los problemas de dependencia—, aconseja realizar un mayor esfuerzo en términos de coordinación sociosanitaria, asegurando la continuidad asistencial. Ello revertiría en una mayor calidad de vida para las personas y en una mayor eficiencia de los recursos, optimizando la actividad coordinada de los servicios sanitarios y los servicios sociales»[8].

IV. Bibliografía

Álvarez Pérez, R.: «La Ley de la dependencia y los servicios sociales de las zonas rurales de la Provincia de Málaga», *Revista Lider*, vol. 26, 2015.

Consejo Económico y Social de Castilla y León: *Situación económica y social de Castilla y León*, T. II (propuestas y recomendaciones), Valladolid (CESCyL), 2018.

González Iglesias, M. A.: «La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia», *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, n.º 18, 2022.

Junta de Castilla y León:

— *Estrategia de Emprendimiento, Innovación y Autónomos de Castilla y León*, Valladolid (Junta de Castilla y León), 2016.

— *Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2022-2025* (BOCyL de 28 de diciembre de 2021).

8 González Iglesias, M. A.: "La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia", *cit*., pp. 233-234.

CAPÍTULO IX

LA PROTECCIÓN DE UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA Y DE FAMILIAS VULNERABLES EN EL MEDIO RURAL. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DEL SISTEMA DE LA CARTA SOCIAL EUROPEA Y SU IMPLEMENTACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

M.ª de los Reyes Martínez Barroso
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Introducción

No es preciso gran aporte de cifras para constatar el envejecimiento (incluso «sobreenvejecimiento») de la población española en general, y de Castilla y León en particular; fenómeno que constituye ya un lugar común en la investigación sociosanitaria que, combinado con el incremento de la esperanza de vida y la despoblación (sobre todo de las zonas rurales) plantea necesidades singulares para responder a los deseos de envejecer en el domicilio o al menos en el entorno habitual, por lo cual, lograr el máximo de autonomía en una población altamente envejecida y con un elevado riesgo de ser (o de llegar a ser) dependiente (por su fragilidad, dificultades de movilidad, enfermedades crónicas o degenerativas, accidentes vasculares cerebrales…) supone todo un reto pues, en definitiva, ante necesidades peculiares, se precisan actuaciones y programas diferenciados. De hecho, cuando se pone la atención en los colectivos vulnerables, cada vez es más frecuente la implementación de medidas de protección social de los mayores y de aten-

ción a la dependencia, que en el ámbito rural presenta su propia fisonomía y demanda servicios sanitarios y sociales específicos. A pesar de que el de mayores parece constituir un segmento sociológico homogéneo, la realidad es muy distinta y permite reparar en la diferente posición atribuible a los ancianos según el entorno (rural o urbano) donde residan, dejando al margen otras variables como la situación personal, familiar, social, económica o cultural. Así, si se compara el plano de la asistencia social en ambos entornos, en el rural, por lo general, las carencias, los obstáculos y las necesidades abundan y se agravan, provocando una mayor vulnerabilidad de sus personas mayores al poner en peligro su autonomía y calidad de vida y restringir además sus posibilidades de participación social.

Además, un análisis mínimamente riguroso de su protección social no puede prescindir de la necesaria perspectiva de género, dado que la gran mayoría de las personas mayores frágiles y vulnerables son mujeres (de hecho, en Europa, dos de cada tres personas de más de 80 años son mujeres y más de un tercio de las mismas padecen la enfermedad de Alzheimer o demencias que las hacen aún más vulnerables al maltrato).

Estando de plena actualidad la Carta Social Europea, la realidad de Europa muestra indiferencia e indolencia al Tratado más importante de derechos sociales (con una naturaleza jurídica preceptiva) y España no es ajena a ello, como demuestra la reciente ratificación de su versión revisada y su progresivo posicionamiento como uno de los países que más efectividad le ha dado (y puede seguir dando a través de la correcta implicación de los agentes sociales) mediante el denominado control de convencionalidad. No obstante, al objeto de poder cumplir su propósito en materia de coordinación de las políticas sociales, el sistema de la Carta Social Europea debe adquirir un mayor protagonismo en los sistemas constitucionales de los Estados[1], así como en el acervo comunitario de la Unión. El Consejo de Europa ha reiterado a través de sus distintas instancias que la Carta Social Europea revisada (CSEr) debería ser considerada como el instrumento idóneo de coordinación de las políticas sociales europeas, así como la base mínima de los derechos sociales que todos los Estados miembros de esta Organización deberían garantizar a sus ciudadanos, en particular, a los más vulnerables, entre los cuales parece que no hay discusión en que deberían ser incluidas las personas mayores. Al análisis de la protección social de las personas mayores desde la óptica del sistema de la Carta Social Europea se dedican las páginas que siguen, dedicando especial atención a las implementadas en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

1 Jiménez García, F.: «La Carta Social Europea (revisada): entre el desconocimiento y su revitalización como instrumento de coordinación de las políticas sociales europeas», https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/5830/CartaSocialrevisada.pdf;jsessionid=4C1AC56EE1C14D18E5DDD0E04A3B863D?sequence=1.

II. Los derechos de las personas mayores: análisis desde el sistema de la Carta Social Europea y su protagonismo en la coordinación de las políticas sociales europeas

En su Preámbulo, la Carta Social Europea proclama abiertamente cuál es su finalidad, que no es otra que la de garantizar el goce de los derechos sociales sin discriminación (por motivos de raza, color, sexo, religión, opinión política, proveniencia nacional u origen social) así como mejorar el nivel de vida y promover el bienestar de todas las categorías de la población, rurales o urbanas. Desde finales del año 2020 su protagonismo es mayor al haberse aprobado los acuerdos para proceder a la ratificación de la versión revisada y del Protocolo de reclamaciones colectivas[2]. De hecho, el 17 de mayo de 2021 se ha producido dicha ratificación por parte de España, lo cual sin duda va a permitir el fortalecimiento y la consolidación de los derechos sociales y sus garantías en nuestro país. Dicho sistema se caracteriza por ser un régimen jurídicamente flexible tanto por la naturaleza contractual de sus instrumentos jurídicos como por la capacidad normativa de sus disposiciones respecto a la conducta o comportamientos de los Estados parte.

Una revisión apresurada de la Carta permite comprobar cómo en su Parte I se declara que las Partes Contratantes perseguirán por todos los medios adecuados (tanto de carácter nacional como internacional), la consecución de las condiciones idóneas para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos y principios en ella declarados. La mayoría de los derechos reconocidos en la Parte II, entre los que figura el derecho de las personas mayores a su protección social, han sido formulados en términos generales y con remisiones constantes a la normativa marco y de desarrollo de los Estados parte. La concreción y la delimitación del contenido de los mismos ha correspondido al Comité Europeo de Derechos Sociales (antiguo Comité de Expertos Independientes y en adelante CEDS), mediante la formulación de sus conclusiones al final de cada ciclo de control de los informes estatales[3] y la adopción de las decisiones sobre el fondo de las reclamaciones colectivas presentadas (como muestra elocuente de implicación real con los derechos desde

2 Jimena Quesada, L. y Salcedo Beltrán, C.: «La Carta Social Europea revisada (Constitución Social de Europa) y el Acuerdo del Consejo de Ministros: el compromiso con los derechos y ¿con sus garantías?», 6 de febrero de 2019, en http://baylos.blogspot.com/2019/02/elgobierno-debe-ratificar-la-carta.html.

3 Es una especie de «competencia de la competencia» para que también sea el CEDS el que realice el seguimiento de las conclusiones. Como ha explicado recientemente Jimena Quesada, J.: «La efectividad de las resoluciones del Comité Europeo de Derechos Sociales», en AA. VV. (Fernández Casadevante Romaní, C., Coord.): *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de fondo de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, Madrid (Dykinson), 2019, pp. 136 y 137.

la perspectiva de su garantía)[4], dando lugar a lo que se ha denominado la «jurisprudencia del Comité». De hecho, a nivel interno es posible encontrar ya manifestaciones de Tribunales Superiores de Justicia que consideran que no se puede impedir «la aplicación interna y directa» de la Carta Social Europea (CSE), en tanto es «derecho interno, y las disposiciones *self-executing* contenidas en la misma son inmediatamente aplicables a sus destinatarios y vinculan a los órganos judiciales y administrativos del Estado, del mismo modo que las demás normas jurídicas de producción interna»[5]. En definitiva, con fundamento en el art. 96 CE[6], cualquier juez ordinario puede desplazar la aplicación de una norma interna con rango de ley para aplicar de modo preferente la disposición contenida en un tratado internacional, sin que de tal desplazamiento derive la expulsión de la norma interna del ordenamiento, sino su mera inaplicación al caso concreto[7].

Además, y como ha recordado el propio Comité en numerosas ocasiones, la Carta es un instrumento vivo que ha de ser interpretado a la luz de la evolución de los Derechos nacionales de los Estados miembros del Consejo de Europa en conjunción con los instrumentos internacionales pertinentes, de tal modo que, en el momento de ratificación de la Carta, los Estados pueden optar, conforme a lo establecido en la Parte III, por vincularse exclusivamente por un número limitado de derechos. Por otro lado, efectividad y no discriminación se erigen como criterios generales en cuanto a la interpretación de los derechos reconocidos. A este respecto, el Comité ha recordado que el objeto y la finalidad de la CSE, en cuanto instrumento de protección de los derechos humanos, consisten en proteger derechos no teóricos sino efectivos, por lo que la aplicación satisfactoria de la misma no puede ser alcanzada por el sólo efecto de la legislación si la aplicación de esta no es efectiva ni rigurosamente controlada[8]. Esto es, el Estado no sólo ha de tomar todas las iniciativas jurídicas apropiadas sino también disponer de los recursos y procedimientos necesarios que faciliten el pleno ejercicio de los derechos reconocidos, sin perjuicio de que en dicho examen se tenga en cuenta la excepcional complejidad o la particular onerosidad de la ejecución del derecho de que se trate. Es más, corresponde al gobierno del Estado parte en

4 En un ejemplo palmario de reforzamiento de la participación de los agentes sociales. Sobre el particular, *vid*. Salcedo Beltrán, C.: "El procedimiento de reclamaciones colectivas: paradigma del constitucionalismo y la justicia social *(nullum ius sine actione)*", *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, n.º 57, 2020, pp. 195 y ss.

5 STSJ Canarias/Las Palmas de Gran Canaria de 31 de enero de 2017 (Rec. 1300/2016).

6 Tal y como ha reconocido la STC 140/2018, de 20 de diciembre.

7 SSTC 102/2016, de 25 de mayo o 127/2016, de 7 de julio, considerando que se trata de una actuación sencilla de «selección de derecho aplicable», que, si bien queda extramuros de las competencias constitucionales, se encuadra perfectamente en las de la jurisdicción ordinaria.

8 *Cfr*. Conclusiones XIII-3, pp. 292 y 295.

el sistema de la Carta adoptar todas las medidas necesarias, incluyendo las de vigilancia e intervención, para que tales obligaciones sean respetadas, incluso cuando conforme al derecho interno la competencia corresponda a instancias regionales o locales, a sindicatos o a organismos profesionales[9].

Por su parte, la extraestatutaria y proclamada, aunque no jurídicamente vinculante Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE), adoptada en 2001, dedica su Título IV a la «Solidaridad» para referirse esencialmente a los derechos y principios sociales. Dicho Título se integra por los arts. 27 a 38, que enuncian una serie de derechos o principios entre los que figuran la seguridad social y ayuda social, la protección de la salud o el acceso a los servicios de interés económico general. Su Título II, relativo a las «Libertades», da cobijo a los derechos de las personas mayores. Esto es, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión, incluyendo su dimensión social, se convierte de este modo en uno de los parámetros de «constitucionalidad» de los actos de las instituciones, órganos y organismos de la Unión, así como de los actos de los Estados miembros cuando apliquen el Derecho de la Unión[10]. Es más, en la labor interpretativa y de aplicación que se deba efectuar a tal efecto, se habrán de tener en cuenta las Explicaciones a las que se hace referencia en la Carta y, precisamente, en estas Explicaciones se incluye no sólo el contenido de la Carta Social Europea de Turín de 1961, que ha sido ratificada por la casi totalidad de los Estados miembros de la UE, sino también las disposiciones de la Carta revisada de 1996 (incluyendo sus Anexos y comentarios) que ha sido ratificada por un reducido número de Estados miembros, entre los que, como se anticipó, se encuentra España.

Las mencionadas Explicaciones hacen referencia a la CSE revisada cuando comentan, entre otros, el art. 25 de la CDFUE sobre los derechos de las personas mayores y se citan los arts. 30 y 31 de la CSE revisada respecto del párrafo 3 del art. 34 CDFUE, relativo a «la Seguridad social y ayuda social». En concreto, y con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, se alude al derecho a una ayuda social y a una ayuda a la vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y por las legislaciones y prácticas nacionales[11].

---

9 *Cfr*. CEDS, *Centro de Derechos para los Gitanos Europeos c. Italia*, Reclamación n.º 27/2004, Decisión de 7 de diciembre de 2005.

10 Con las salvedades excluyentes que incorporan las protocolarias reservas consensuadas respecto del Reino Unido y de la contradictoria Polonia que afectan, entre otros derechos, particularmente a los derechos y principios sociales. JIMÉNEZ GARCÍA, F: «La Carta Social Europea (revisada): entre el desconocimiento y su revitalización como instrumento de coordinación de las políticas sociales europeas», *cit*., https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/5830/CartaSocialrevisada.pdf;jsessionid=4C1AC56EE1C14D18E5DDD0E04A3B863D?sequence=1.

11 Como sabiamente preconizaba la doctrina, respecto de las ventanas que abren las Explicaciones incorporadas, «la Carta es sólo en apariencia un texto sencillo; tiene tras de sí

A partir de la consideración de que la dignidad humana es un derecho inviolable, la edad y la dependencia no pueden justificar, por sí mismas, restricciones en ninguno de los derechos humanos y en las libertades civiles inalienables reconocidas por las normas internacionales y consagradas en las constituciones democráticas. A partir de la premisa anterior, la Unión Europea reconoce y respeta los derechos de las personas mayores, pues precisamente por su edad, están más necesitadas de ayuda y cuidados y son más susceptibles de depender de los demás. Así, el art. 25 de la CDFUE les reconoce el derecho a desarrollar una vida digna e independiente y a participar de la vida social y cultural. La restricción de estos derechos basada en su edad o en su falta de autonomía, tiene que estar fundamentada en motivos jurídicos claros y en procedimientos transparentes; tiene que ser proporcional a la situación, ser revisable y, sobre todo, ser considerada como vinculada a un interés superior de la parte concerniente.

III. Instrumentos diseñados por la Carta Social Europea para garantizar el derecho de las personas de edad avanzada a su protección social y grado de consecución en el ordenamiento español, en general, y en la Comunidad de Castilla y León, en particular

Tal y como reza el art. 23 CSE, para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las personas de edad avanzada a su protección social, las Partes se comprometen a adoptar o a promover, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas apropiadas orientadas, en particular: Primero: A permitir que las personas de edad avanzada sigan siendo miembros plenos de la sociedad durante el mayor tiempo posible, mediante: a) recursos suficientes que les permitan llevar una vida digna y participar activamente en la vida pública, social y cultural; b) la difusión de información sobre servicios y facilidades a disposición de las personas de edad avanzada, y las posibilidades que estas tienen de hacer uso de ellos. Segundo: A permitir a las personas de edad avanzada elegir libremente su estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual mientras lo deseen y les sea posible hacerlo, mediante: a) la disponibilidad de viviendas adaptadas a sus necesidades y a su estado de salud o de ayudas adecuadas para la adaptación de su vivienda; b) la asistencia sanitaria y los servicios

todo un gran edificio jurídico y jurisprudencial que satisface la exigencia de rigor y precisión de la práctica jurídica». MANGAS MARTÍN, A.: «Introducción», en AA. VV. (MANGAS MARTÍN, A., Dir.): *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo*, Bilbao (Fundación BBVA), 2008, pp. 69-70.

que requiera su estado. Tercero: A garantizar a las personas de edad avanzada que vivan en instituciones la asistencia apropiada, respetando su vida privada, y la participación en las decisiones que afecten a sus condiciones de vida en la institución.

Al análisis, siquiera telegráfico, de los principales instrumentos al servicio de las personas de edad avanzada, para la consecución efectiva de dicha protección social se dedican los epígrafes que siguen[12], pues la falta de respeto hacia estos derechos y su desprecio se considera inaceptable, de ahí que los Estados miembros hayan desarrollado políticas que aseguren su cumplimiento tanto en el propio domicilio como en una institución residencial. El tratamiento de las situaciones de dependencia y de vulnerabilidad personal resulta complejo, de ahí que las propias personas mayores, las familias, los profesionales del sector de los cuidados y las personas voluntarias hayan de contribuir conjuntamente al respeto de los derechos enunciados, sensibilizando a un público más amplio para fomentar la implantación de buenas prácticas en los Estados miembros de la Unión y más allá.

La situación descrita permite poner sobre la mesa la importancia de la denominada «*Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de la personas mayores que tienen necesidad de asistencia y cuidados de larga duración*», elaborada en el marco del programa DAPHNE III de lucha contra los maltratos, por parte de los participantes en el proyecto EUSTaCEA, en el año 2010, al objeto de iniciar un debate en el seno de diversos países de la Unión Europea[13], sobre la necesidad de reconocer y afirmar los derechos de las personas mayores más vulnerables. La iniciativa tiene como objetivo dar a las personas mayores la posibilidad de expresarse y de hacerse escuchar por el conjunto de la sociedad, en tanto el aumento de la edad no comporta ninguna modificación de los derechos, de los deberes y de las responsabilidades de las personas, si bien puede provocar (y de hecho provoca) ciertas dificultades o incluso incapacidad del colectivo para hacer valer sus derechos.

---

12 Una primera aproximación en Fernández Domínguez, J. J. y Martínez Barroso, M.ª R.: «La importancia de la Carta Social Europea y la normativa derivada del Consejo de Europa en materia de protección de las personas mayores», en AA. VV. (Perán Quesada, S. y Vila Tierno, F., Dir.): *La protección de Seguridad Social a las personas mayores, retos para el siglo XXI. Estudio comparado de los países latinoamericanos y del sur de Europa*, Albacete (Bomarzo), 2022, pp. 169 y ss.

13 Participantes europeos: AGE Platform Europe (coordinadora del proyecto) y EDE (European Association for Directors of Residential Homes for the Elderly (Asociación Europea de Directores de Centros Residenciales para las personas mayores). Participantes nacionales: ANBO (Holanda), BIVA (Alemania), Commune de St. Josse (Bélgica), FNG-Fondation Nationale de Gérontologie (Francia), FIPAC (Italia), 50+Hellas (Grecia), MZU (Slovenia), NIACE (Reino Unido), SPF-Asociación sueca de los ciudadanos seniors (Suecia) y ZIVOT 90 (República Checa) con el soporte del Programa europeo *DAPHNE III*, que tiene por objeto prevenir y luchar contra la violencia ejercida a la infancia, a los jóvenes y las mujeres, y proteger a las víctimas y los grupos de riesgo.

1. La plena integración social de las personas mayores a través del fomento de su participación en la vida política, social y cultural

Tal *desiderátum* se pretende conseguir, en primer lugar, a través de la garantía de «recursos suficientes» que les permitan llevar una vida digna y participar activamente en la vida pública, social y cultural y, en segundo término, mediante la «difusión de información sobre servicios» y facilidades a su disposición, reparando en las posibilidades reales que tienen de hacer uso de ellos; esto es, se pretende que sean servicios que les resulten accesibles. A tal objeto, un gran ámbito de actuación de las políticas públicas europeas tiene su foco de atención puesto en las medidas específicamente dirigidas a combatir el envejecimiento, resolver las necesidades humanitarias (seguridad económica, salud, cuidados sociosanitarios, etc.) y a proporcionar oportunidades para su integración continua en diversas esferas de su vida en sociedad[14].

En España, y a tales efectos, las autoridades competentes han de disponer de una red pública de medios (directos o concertados) capaces de posibilitar que sus destinatarios disfruten de una mayor autonomía personal y puedan ejercer en plenitud sus derechos como ciudadanos. El ideal a alcanzar es el de favorecer, en igualdad de oportunidades, la autonomía de cualquier beneficiario, esto es, mejorar su «capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria», *ex* art. 2.1 Ley 36/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante LD). Aspiración que, además, ha de conectarse con dos pilares fundamentales asimismo definidos por el legislador: a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que deseen y sea posible; b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad (art. 13 LD).

De ahí que los pertinentes planes de acción a través de los cuales prevenir las situaciones de dependencia, especialmente de las personas mayores, deban observar principios como el de inmediación, de manera tal que las actuaciones a ejecutar, cuando su naturaleza lo permita, respondan a criterios de máxima descentralización, efectuándose por mor de esta condición lo más cerca posible del domicilio del usuario[15].

14 Conforme enfatiza Rodríguez Rodríguez, V.: «El marco de las políticas de vejez en Europa», *Panorama Social*, n.º 28, 2018, pp. 157 y 158.

15 Entre muchos, Agra Viforcos, B. y Megino Fernández, D.: «Los cuidados a la vejez en el entorno rural: asistencia en el domicilio y teleasistencia», en AA. VV. (Rodríguez Escan-

2. El respeto a la autonomía de la voluntad de los mayores para escoger el modo de vida: fomento de una vida independiente y en su entorno habitual

Cuando la CSE pretende garantizar a las personas de edad avanzada elegir libremente su estilo de vida y llevar una existencia independiente en su entorno habitual «mientras lo deseen y les sea posible hacerlo», está pensando específicamente en «la disponibilidad de viviendas adaptadas a sus necesidades y a su estado de salud», con alusión expresa a la posibilidad de recibir «ayudas adecuadas» para su adaptación, sin olvidar mencionar la asistencia sanitaria y los servicios que su estado requiera.

2.1. La disponibilidad de viviendas adaptadas

En un contexto de necesaria accesibilidad, las personas mayores necesitan una vivienda digna y adaptada, como premisa de partida, para poder permanecer en sus domicilios, pues en muchas ocasiones las condiciones de habitabilidad son pésimas, al tratarse de construcciones antiguas y muy poco cuidadas por sus propietarios, normalmente de edad avanzada. Las características de la vivienda en términos de accesibilidad y habitabilidad son fundamentales para determinar la viabilidad del servicio de ayuda a domicilio o, incluso, otras alternativas como viviendas con servicios asistidos o comunidades de convivencia *(«co-housing»)*. Por otra parte, las condiciones del domicilio de las personas mayores como espacio de trabajo son muy importantes en términos de salud laboral y prevención de riesgos de los profesionales asistentes. Ambas cuestiones, como han puesto de manifiesto los interlocutores sociales, son de especial relevancia si se pretende impulsar el servicio de ayuda a domicilio o dar verdadero sentido a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar[16]. El marco de un nuevo ecosistema híbrido entre lo rural (paradigma de la sostenibilidad) y lo urbano (paradigma de la modernidad) demanda contar con domicilios remodelados, dotados de condiciones óptimas de confortabilidad y respetuosos con el medio ambiente, ubicados, al tiempo, en asentamientos pertrechados de servicios telemáticos, sanitarios y de transporte colectivo[17]. Atendiendo, por tanto, a los postulados de la CSE, las viviendas

---

ciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2021, p. 155.

16 es: Informe 3/2020: *El sistema de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, p. 141.

17 Rodríguez Escanciano, S.: «Dificultades de los servicios sociales en las zonas rurales con especial atención a las personas de edad avanzada», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, *cit*., p. 155.

deben de adaptarse en aras a conseguir los imperativos de dignidad vital (y, en su caso, eficiencia energética, para dar cumplimiento a la Estrategia Española de Transición Justa), exigiendo la oportuna dotación de recursos públicos para que los mayores puedan permanecer en sus domicilios en condiciones dignas y recibir cuidados.

No es infrecuente la preocupación por un modelo de «ciudad» convertida en una infraestructura excesivamente sobrecargada que genera no pocas incertidumbres sobre cómo manejar un crecimiento que no va parejo a las necesidades de accesibilidad de las personas mayores. De ahí que el mundo rural se convierta en muchas ocasiones en una alternativa compensatoria a ese modelo de urbanización del planeta, capaz de compensar los modelos de economía lineal y de destrucción medioambiental imperante. De hecho, cuando se pone la atención en los colectivos vulnerables, cada vez es más frecuente la preocupación de ciertas voces reivindicando propuestas innovadoras que se erijan como modelos económicos alternativos al desarrollo actual[18] y que den oportuna respuesta a problemas como el de la protección social de los mayores y la atención a la dependencia, que en el ámbito rural presenta su propia fisonomía[19] y demanda servicios sanitarios y sociales específicos para este colectivo[20]. En este contexto, al margen de las soluciones facilitadas hasta la fecha por el legislador, el fenómeno colaborativo puede ser una vía para proporcionar respuestas a las necesidades de bienes y servicios de los distintos colectivos sociales (y especialmente de aquellos más vulnerables) también en los territorios y áreas rurales (con problemáticas compartidas asentadas en la despoblación y en el envejecimiento poblacional) y que resultan poco atractivas para el modelo económico tradicional, que se fundamenta principalmente en la producción, distribución y consumo. La apuesta reside, por tanto, en dar prioridad al intercambio por encima de la posesión y en favor de la accesibilidad y sostenibilidad[21].

---

18 Calvo Palomares, R.; Rodríguez del-Pino, J. A. y Sigalat Signes, E.: «Colectivos vulnerables y empleo en la economía colaborativa. Luces y sombras de un modelo emergente en entornos rurales», en AA. VV. (Hernández-Bejarano, M.; Rodríguez-Piñero Royo, M. y Todolí Signés, A., Dirs.): *Cambiando la forma de trabajar y de vivir. De las plataformas a la economía colaborativa real*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2020, p. 286.

19 De interés resulta el estudio de Garrote Díaz, J. M.: *Fragilidad en el anciano en una zona de salud rural*, Tesis doctoral, inédita, 2005, donde a partir de una muestra se realiza un estudio transversal descriptivo sobre una población mayor de 65 años de una zona de salud rural de la provincia de Segovia. En ella se realiza una valoración geriátrica integral, incluyendo actividades básicas de la vida diaria; actividades instrumentales; movilidad o test cognitivos, añadiendo un estudio de los domicilios de los ancianos, incidiendo en los factores precipitantes o agravantes de la fragilidad o dependencia existente en dichas viviendas.

20 En extenso, AA. VV.: «Servicios sanitarios y sociales utilizados por las personas mayores del medio rural», *Revista Española de Geriatría y gerontología*, n.º 5, 2014, pp. 217 y ss.

21 Cañigueral, A.: *Vivir mejor con menos. Descubre las ventajas de la economía colaborativa*, Barcelona (Conecta), 2014.

2.2. La prestación de asistencia sanitaria y sociosanitaria

Como reconoce la «*Carta europea de los derechos y de las responsabilidades de las personas mayores que tienen necesidad de asistencia y cuidados de larga duración*», los cuidados de salud y de larga duración, incluidas la prevención y las intervenciones precoces, no han de ser consideradas como un coste, sino como una inversión de la que se beneficien todos los grupos de edad. Es más, en la Unión Europea los servicios de salud y los cuidados de larga duración han de estar basados en el principio de la solidaridad entre las generaciones y reflejar las disposiciones del Tratado de Lisboa que dispone que la Unión Europea ha de luchar contra la exclusión social y las discriminaciones, y promover la justicia y la protección social. Dada la edad y las pluripatologías de las personas objeto de estudio en este ensayo, no cabe duda de que los cuidados sanitarios deben tener una especial cabida, sin perjuicio de no descuidar el resto de atenciones, que deben confluir en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida de los usuarios de dicho servicio.

La dotación de unos cuidados sanitarios eficientes pasa por una adecuada previsión de profesionales y equipamientos clínicos y farmacológicos, ya sea en los propios centros residenciales o mediante la debida coordinación con el Servicio de Salud Pública, en especial en el ámbito rural, sin desconocer que las soluciones asistenciales basadas en la telemedicina se han revelado especialmente útiles, no sólo para detectar situaciones de riesgo y fomentar la vida autónoma en el hogar, sino también de forma específica en relación con algunos tipos de patologías; señaladamente, enfermedades crónicas de etiología diversa que se benefician de una monitorización y un contacto más cercano con el personal sanitario para sus trastornos, así como casos de demencia, ya en su calidad de herramienta de apoyo a los cuidadores, ya ofreciendo la posibilidad de acceder a recursos de rehabilitación o estimulación cognitiva o social[22].

Con todo, apurar las posibilidades ofrecidas por la telemedicina exige formación y una intervención tecnológica considerable, tanto en los centros sanitarios como a disposición de los potenciales usuarios que todavía parece lejano[23]. Además, si bien las soluciones digitales pueden posibilitar el seguimiento de pacientes a distancia, evitando desplazamientos y pérdidas de tiempo innecesarias así como reduciendo costes, dicha reducción de costes económicos en servicios sanitarios y de cuidados por parte de las administra-

22 Ciudad, M.ª J. y Sáez, I.: «Aplicacions de les TIC per el suport de l´envelliment i a demencia: estat actual y experiencies», *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'esport Blanquerna*, vol. 30, n.º 1, 2012, p. 147. https://raco.cat/index.php/Aloma/article/view/257074.

23 Agra Viforcos, B. y Megino Fernández, D.: «Los cuidados a la vejez en el entorno rural: asistencia en el domicilio y teleasistencia», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, *cit*., pp. 215-216.

ciones competentes deberían utilizarse para reforzar otras mejoras, apoyando innovaciones sociales como la contratación de familiares o vecinos que ya conocen a los enfermos y no necesitan realizar grandes desplazamientos[24].

A nivel interno, el art. 14 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, comprende bajo la denominación de prestación sociosanitaria, el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos[25], que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. La atención sociosanitaria se lleva a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y, en cualquier caso, comprende: a) Los cuidados sanitarios de larga duración; b) La atención sanitaria a la convalecencia; c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable[26].

La continuidad del servicio se garantiza a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes, pues tal es el sentido de la remisión de la Ley de Dependencia a las prestaciones sanitarias, poniendo de manifiesto la necesidad de una concepción integradora y de coordinación entre las prestaciones sociales y sanitarias requeridas por las personas en situación de dependencia[27].

Incluso a nivel institucional se ha planteado la posibilidad de estudiar la conveniencia de medicalizar los centros residenciales, dotándolos de recursos personales y materiales adecuados (oxígeno, personal extra de enfermería, aumento de visitas de atención primaria…) y de cuidados de hospitalización (personal médico y de enfermería las 24 horas, acceso rápido a pruebas diagnósticas de laboratorio o radiológicas, capacidad de asistencia urgente, reanimación cardiopulmonar, …), en tanto la medicalización de las residencias puede contribuir a disminuir la presión asistencial en los centros hospitalarios, así como a optimizar los cuidados a estas personas vulnerables

24 En tal sentido Gómez García, F. X.: «El mundo rural como nuevo polo tecnológico y de innovación», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, *cit*., p. 422.

25 Sobre las particulares connotaciones de la fibromialgia *vid*. el detenido análisis de Montoya Medina, D.: *Tutela laboral y protección social de los trabajadores enfermos crónicos*, Albacete (Bomarzo), 2020, pp. 125 y ss.

26 Martínez Barroso, M.ª R.: «La atención a la dependencia en el mundo rural», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, *cit*., p. 252.

27 La coordinación sociosanitaria representa un factor estratégico para un aprovechamiento eficiente tanto de los recursos del sistema sanitario como de los servicios sociales, reduciendo los ingresos de dilatada extensión temporal en hospitales de agudos y la «sobrehospitalización» al final de la vida, así como retrasando la entrada en las situaciones más severas de dependencia. CES: *Informe 3/2020. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, p. 96.

con una asistencia más humanizada, lo que puede redundar, finalmente, en mejores resultados en salud[28]. Y ello, obviamente, sin que suponga la sustitución de las debidas derivaciones hospitalarias o traslados a otros recursos alternativos viables que aseguren cuidados de calidad y respeten la dignidad de los usuarios[29].

2.3. El acceso a una atención residencial respetuosa con la vida privada y participativa

Sabido es que el número de personas que necesitan cuidados de larga duración no deja de aumentar y que las transformaciones producidas en la estructura social y demográfica conducen a que la protección de la dependencia no pueda seguir concibiéndose como una cuestión que afecta prioritariamente al núcleo privado o familiar, sino que se ha convertido en un asunto que repercute en la sociedad en su conjunto, a la que tiene que dar respuesta el poder público, convirtiéndose en uno de los grandes retos que tiene que afrontar un modelo de Estado Social. A partir de tal premisa, cabe considerar que existe dependencia cuando la persona afectada por la incapacidad deja de ser autónoma y necesita ser atendida por terceros para subsistir. Esas atenciones pueden ser meramente «ordinarias», que pueden prestar asistentes o cuidadores no especializados, pertenecientes incluso al entorno familiar o amistoso. Son los denominados por el legislador español como «cuidados informales» (o no profesionales), en la medida en que se prestan en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada (art. 2.5 Ley 39/2006) o bien son atenciones «importantes»[30], que requieren ser desarrolladas por profesionales, dada su complejidad y/o coste. Estos son los que la Ley 39/2006 denomina «cuidados profesionales»: prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios, ya sean en su hogar o en un centro. El catálogo de servicios diseñado en el

28 AA. VV.: «La medicalización de residencias como alternativa real a la hospitalización durante la pandemia de Covid-19», *Revista Española de Salud Pública*, vol. 94, n.º 7, 2020. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202011151.pdf.

29 Como con acierto se ha postulado desde el Procurador del Común de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, tal objetivo exige «la coordinación de las administraciones de servicios sociales y sanitaria y la colaboración o participación de los agentes sociales». Procurador del Común de Castilla y León: *Resolución 1311/2020: Atención y cuidados en las residencias de Castilla y León ante la pandemia ocasionada por la Covid-19*.

30 Preclara distinción utilizada por Montoya Melgar, A.: «Las situaciones de dependencia personal: políticas y normas 1», en AA. VV. (Montoya Melgar, A., Dir.): *La protección de las personas dependientes. Comentario a la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid (Thomson/Civitas), 2007, pp. 30-31.

art. 15 LD consiste básicamente en obligaciones de hacer; en prestaciones en especie a través de las cuales las personas dependientes reciben la ayuda, atenciones y cuidados que necesitan (en concreto, tienen tal consideración, los servicios de prevención y de promoción de la autonomía personal, el servicio de teleasistencia[31], el servicio de ayuda a domicilio, el servicio de centro de día y de noche y el servicio de atención residencial).

No cabe duda de que la Ley 39/2006 ha supuesto un cambio radical en el entendimiento de la prestación asistencial a favor de las personas dependientes y/o con discapacidad, otorgando por vez primera una respuesta de naturaleza pública y efectiva al grave y creciente problema de la dependencia. Dicha respuesta del legislador ha sido calificada por algunos como hito normativo dentro de nuestro sistema de protección social, configurado como el «cuarto pilar del Estado de Bienestar»[32], que pretende la creación de un marco normativo estable y necesario de protección de las personas que por su situación de especial vulnerabilidad requieren el auxilio o asistencia necesaria para poder llevar a cabo una vida digna y lo más autónoma posible. Esto es, se instaura un modelo universal de protección social de la situación de dependencia reconociendo un nuevo «derecho de ciudadanía» que confiere un derecho subjetivo de atención accesible en un contexto de igualdad de oportunidades. Pese a tal premisa, la puesta en marcha del sistema permite apreciar ya diferencias decisivas entre los distintos territorios autonómicos, que obligan a cuestionarse el principio de igualdad de acceso que preconiza el modelo normativo de la propia CSE. El legislador español asume la protección de la dependencia como un problema de Estado, partiendo de la noción utilizada por el Consejo de Europa, cuando la define como «el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria»[33].

---

31 La Resolución de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, de 6 de marzo de 2020, determina las intensidades y contenidos técnicos mínimos de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León. La nueva Teleasistencia Avanzada ofrece de manera gratuita una gran independencia a los usuarios y sus familiares ya que, en caso de que se produzca una emergencia en su vivienda, les permite pedir auxilio de una manera fácil y rápida a través de un botón de alarma. Además, gracias a las nuevas tecnologías, el servicio puede darles apoyos a través del teléfono, en aspectos que consideren importantes en su vida, recordarles citas médicas, etc. También incorpora dispositivos de teleasistencia móvil con geolocalizador para la atención a situaciones de necesidad fuera del domicilio, y los más avanzados sensores y dispositivos que detectan automáticamente situaciones de riesgo en el hogar, y permiten evitarlos o actuar con la mayor rapidez ante estas situaciones. https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/teleasistencia-avanzada.html.

32 Molero Marañón, M.ª L.: «Presentación», en AA. VV. (Molero Marañón, M.ª L., Coord.): *Retos para una implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Madrid (Cinca), 2013, pp. 10 y ss.

33 Recomendación del Consejo de Europa n.º 98.

Hasta su aprobación, las necesidades de las personas mayores y, de un modo más genérico, de las afectadas por situaciones de dependencia habían sido atendidas por las familias, apoyadas desde los sistemas de servicios sociales en los que estaban involucrados, prioritariamente, los ámbitos autonómicos y locales. Con la nueva ordenación legal, el Estado interviene de forma decisiva en este ámbito, creando el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como instrumento esencial para el desarrollo y mejora del sistema de servicios sociales, abriendo un nuevo campo de intervención capaz de poner a prueba la capacidad de la sociedad y sus instituciones para dar respuesta a las necesidades de las personas dependientes (mayores, enfermas y discapacitadas).

La complejidad del modelo instaurado compromete a la sociedad en su conjunto, comenzando por las Administraciones Públicas (estatales, autonómicas y locales) que se integran en la red de servicios sociales preexistentes, pero sin orillar el núcleo privado o familiar, que sigue recibiendo un reconocimiento jurídico a través de la figura del cuidador familiar (también denominado apoyo informal). Y sin olvidar el papel protagonista del Tercer Sector (representado por las asociaciones de personas mayores y discapacitadas, fundaciones y entidades de acción social), que puede participar en el Sistema prestando un apoyo esencial. En definitiva, pese a que el marco normativo se decante prioritariamente por un modelo público y profesionalizado de atención a la dependencia, la protección de dicha situación no solo va a afectar al poder público, sino que va a continuar teniendo una especial participación la tutela particular y privada.

Sin embargo, pese a los avances, todavía queda un largo trecho por recorrer, pues aunque los diversos mecanismos puestos en marcha por el Estado para atender las necesidades de las personas mayores, deberían ser capaces de garantizar que las personas dependientes y sus familiares tuvieran la posibilidad de elegir entre un amplio abanico de opciones que respondan a sus circunstancias y necesidades reales, lo cierto es que dicho objetivo aún se encuentra lejano, en parte por la falta de flexibilidad que presenta el sistema (debido al estricto régimen de incompatibilidades), en parte por la falta de adaptación de los servicios que ofrece a las necesidades reales de las personas mayores y, en fin, a la escasa cuantía de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar, a lo que hay que añadir la falta de la precisa atención a las personas cuidadoras[34]. En conclusión, el modelo por el que se debe apostar en el cuidado de las personas mayores en centros residenciales de Castilla y León debe estar inspirado en la dignidad y en los derechos de las mismas,

34 Sobre el particular *vid*. el interesante estudio de Arrieta Idiakez, F. J.: «¿Quién y cómo cuidan de los cuidadores de las personas mayores, enfermas y discapacitadas en el ámbito familiar? Análisis crítico de su estatuto jurídico protector», en AA. VV. (AESSS): *Protección a la familia y Seguridad Social: Hacia un nuevo modelo de protección sociolaboral*, Murcia (Laborum), 2018, pp. 139 y ss.

que han de ser partícipes de los apoyos que en cada caso precisan, lo cual exige una adecuada dotación de infraestructuras y medios materiales y personales (bien remunerados y con la formación necesaria), debiendo establecerse unas ratios adecuadas de personal técnico y de personal de atención directa, siempre en función de las características de cada centro, el número de usuarios y su grado de dependencia, exigencias que deberán ser objeto de control y seguimiento por parte de las Administraciones competentes.

IV. El inevitable sesgo de género de los cuidados en el entorno familiar y las divergencias territoriales

Aunque sea muy brevemente no puede dejar de mencionarse la dimensión de género que presenta esta materia, que exige un profundo análisis desde tal perspectiva, prestando especial atención a la gestión de los cuidados en el entorno familiar[35], para comprobar si en el desarrollo legislativo de las medidas adoptadas para hacer frente a la protección y cuidados de las personas mayores, se tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres cuidadoras o, por el contrario, se están reforzando los clásicos roles que por cuestión de género se asignan en materia de cuidados[36].

A su vez, el lugar de residencia constituye un factor diferenciador especialmente relevante como consecuencia del desarrollo de forma heterogénea de los servicios sociales en España, por lo cual, en función del territorio en que viven las personas mayores y dependientes, se producen diferencias importantes en cuanto a la extensión de los recursos, los requisitos de acceso y los diversos contenidos y atenciones profesionales[37]. De hecho, si se valora el marco normativo, tanto estatal como autonómico, de la atención a la dependencia desde un punto de vista crítico, las principales cuestiones que se

35 A 31 de diciembre de 2020, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar era recibida por 450.517 personas; es decir, «el 31,57 %» de las personas beneficiarias. Analizando dicho dato desde una perspectiva territorial, cabe observar que hay 3 Comunidades Autónomas (Comunidad Valenciana, Región de Murcia y Comunidad Foral de Navarra) en las que más de la mitad de las personas dependientes la reciben.

36 A la vez que es importante que se consideren las necesidades específicas de las mujeres que reciben los cuidados, puesto que son mayoría entre la población de mayor edad con situación de dependencia reconocida. Imserso: *Informe de la Comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de la sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*, 6 de octubre de 2017, p. 103.

37 Molina González-Pumariega, R.: «Los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tras seis años de funcionamiento», en AA. VV. (Molero Marañón, M.ª L., Coord.): *Retos para una implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, *cit.*, p. 150.

suscitan son la extrema complejidad de sus procedimientos y la desigualdad territorial, muy especialmente en la fase de concreción del contenido prestacional. El principio de igualdad queda consagrado en el primer nivel de garantía[38], donde es la Administración General del Estado la que debe garantizar un contenido común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español (art. 1 LD). Sin embargo, los otros dos niveles de protección pueden verse afectados por las desigualdades que se produzcan en el desarrollo de los servicios sociales por las Comunidades Autónomas, como de hecho ocurre[39]. Dicho segundo nivel de protección se acuerda entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas a través de convenios, lo que puede permitir tener en cuenta el diferente desarrollo autonómico de la red de servicios sociales y tratar de matizar las posibles diferencias existentes a través de dichos convenios. El tercer nivel es el que puede marcar diferencias en la protección de las personas dependientes en función de donde vivan, y aquí es precisamente donde pueden apreciarse mayores dificultades de cobertura protectora en las zonas rurales, que deben ser necesariamente atendidas siguiendo los postulados de la Carta.

Además, no puede dejar de señalarse que la escasa libertad de elección de los usuarios a la hora de cubrir sus necesidades lleva consigo un fuerte impacto negativo de género que pone en evidencia dos datos constatables: primero, que muchas mujeres se dedican a estos cuidados no por libre elección, sino por imposición económica y social (y sin cobertura ni consideración) y, segundo, que los hombres no asumen en igualdad el papel de cuidadores, con lo que contribuyen a aumentar un reparto discriminatorio de las labores de cuidado[40]. En definitiva, partiendo del compromiso y de la implicación de toda la sociedad (pues si bien la protección y respeto de los derechos de las personas mayores supone para los Estados una obligación que tiene un fundamento internacional, exige también la participación cada vez mayor de los interesados al tratarse no tanto de una deuda social sino de «participación vital») es preciso apostar por un modelo flexible y cercano

38 Sobre su alcance, entre los primeros comentaristas, de Palma del Teso, A.: «El principio de igualdad y el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho de acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia», en AA. VV. (Rodríguez de Santiago, J. M.ª y Díez Sastre, S., Coords.): *La Administración de la Ley de Dependencia*, Madrid (Marcial Pons), 2012, pp. 152 y ss.

39 En la doctrina, un análisis de la significativa litigiosidad generada por la norma en de Soto Rioja, S.: «Reclamaciones administrativas y judiciales en materia de dependencia», en AA. VV. (González Ortega, S., Dir.): *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*, Madrid (CES), 2013, pp. 523 y ss. o Vizcaíno Ramos, I.: «El orden jurisdiccional provisionalmente competente para conocer de los pleitos sobre aplicación de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (1)», *Actualidad Laboral*, n.º 3, 2014, pp. 306 y ss.

40 Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales: *XVIII Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, 31 de diciembre de 2017*, pp. 23 y 24.

a la atención que se precisa, en el que se combinen las prestaciones económicas y de servicios y, sobre todo, en el que se redefina el papel de la mujer, que sigue siendo la tradicional y principal cuidadora y, por tanto, merece una posición más visible en el marco del sistema protector, siguiendo ejemplos de Derecho comparado que apuestan por reconocerle no solo derechos de Seguridad Social sino también permisos laborales extensos. Como se ha afirmado con acierto, «si se favorecen estas medidas, podrán conservar el empleo quienes proveen los cuidados, y con tasas de empleo elevadas se favorecen sistemas de pensiones sostenibles»[41], sin olvidar la necesidad de que el cuidador no profesional de personas mayores y dependientes tenga que desconectarse de su actividad de cuidado (más incluso por razones psíquicas que meramente físicas) como contempla, a título de ejemplo, el ordenamiento alemán[42].

Atendiendo a este escenario es preciso emprender cambios[43] que respeten el principio de autonomía de la persona dependiente; que faciliten su continuidad en el entorno, sin menospreciarlo y respetando su voluntad y la calidad en los servicios prestados; que protejan a la persona dependiente pero también al cuidador familiar, por la importancia de los servicios que prestan y que apuesten por un modelo de acción protectora intermedio, en el que no se dé prioridad a unas prestaciones sobre otras, sino que consiga alcanzar el justo equilibrio entre las prestaciones económicas y técnicas[44] y

41 En tales términos, Baviera Puig, I.: «La Unión Europea y la dependencia: modelos comparados», en AA. VV. (Sempere Navarro, A. V., Dir. y Charro Baena, P., Coord.): *Comentario Sistemático a la Ley de la Dependencia*, Cizur Menor (Thomson/Aranzadi), 2008, p. 72.

42 Un excelente análisis de Derecho comparado en Arufe Varela, A.: *El seguro social de dependencia en Alemania. Un comentario del Libro XI del Código alemán de Seguridad Social, con su traducción íntegra al español*, Barcelona (Atelier), 2019, p. 73.

43 Siguiendo la exposición de Durán Bernardino, M.: «La protección de las personas en situación de dependencia», en AA. VV. (AESSS): *Protección a la familia y Seguridad Social: Hacia un nuevo modelo de protección sociolaboral*, *cit*., pp. 530-531.

44 Mediante la Orden FAM/13/2023 de 11 de enero (BOCYL de 5 de abril de 2023), se ha modificado la Orden FAM/6/2018 de 11 de enero, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales. Uno de los cambios introducidos ha supuesto el incremento de la prestación económica vinculada a la adquisición de servicios y de la prestación económica de asistencia personal. Dicha modificación, sin embargo, no ha afectado a las cuantías mínimas de ambas prestaciones, ni a la prestación económica de cuidados en el entorno familiar. A la vista de la evolución experimentada en los meses de enero y febrero de 2023 en el porcentaje anual del IPC, que se ha incrementado sensiblemente respecto de los meses anteriores, el ejecutivo autonómico ha considerado conveniente afrontar la revisión de las prestaciones no modificadas el pasado mes de enero, a fin de reducir el impacto del incremento del IPC en el esfuerzo económico que las personas en situación de dependencia deben realizar para mantener el nivel de atención que vienen recibiendo. Para ello, se incorpora un nuevo Anexo V que recoge las nuevas cuantías mínimas de las prestaciones económicas vinculadas, de asistencia personal y para cuidados en el entorno familiar.

entre lo público y lo privado, pues el amplio catálogo fijado por el legislador debe ser capaz de permitir la concesión de la prestación que mejor se ajuste a la situación de necesidad a proteger.

V. Buenas prácticas o iniciativas autonómicas de atención a los mayores «en red»

Entre las medidas concretas implantadas en la comunidad de Castilla y León procede mencionar «Atención en red», que es un proyecto innovador, incluido dentro del sistema de atención a la dependencia 5.0 impulsado por el gobierno autonómico, que conjuga los cuidados en domicilio y en centros residenciales con la finalidad de ofrecer cuidados individualizados a las personas mayores, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, contando con la tecnología como aliada. Este proyecto contribuye, además, a favorecer la cohesión social, a promover el empleo local, dinamizar el territorio y a fijar población.

El modelo de atención en red pivota sobre tres iniciativas, que a su vez son complementarias y se potencian entre sí: el proyecto «"A gusto en casa" (que engloba un conjunto de iniciativas que se han puesto en marcha para dar una respuesta personalizada a los cuidados en el domicilio de las personas del mundo rural); el denominado "Viviendas en Red" y el nuevo modelo de atención residencial, con la peculiaridad de que todos ellos tienen como elemento común el realizarse bajo el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona»[45]. No es posible realizar un estudio exhaustivo en este momento, si bien conviene destacar que el primero de ellos constituye una iniciativa de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, a través de la Gerencia de Servicios Sociales, y se realizan en colaboración con el SACYL (atención primaria), entidades del tercer sector de atención a personas con discapacidad, Diputación provincial correspondiente y los Ayuntamientos de las localidades de implantación.

Por su parte, el proyecto «Viviendas en red» tiene como finalidad ofrecer una alternativa de calidad para la promoción de la autonomía y los cuidados de larga duración a las personas con necesidades de apoyo (personas mayores y personas con discapacidad) ofertando viviendas con alquiler simbólico a personas originarias o con apego a la zona rural de intervención que no dispongan de vivienda en el municipio, o bien, que la tengan pero

Además, se modifica el Anexo III de cuantías máximas, en lo que afecta a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. Finalmente se modifica de un 10 a un 30 %, el porcentaje sobre los gastos justificados que, como mínimo y hasta la cuantía máxima reconocida, abona la Administración en Castilla y León en concepto de prestación económica vinculada o de asistencia personal.

45 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/gusto-casa.html.

presente dificultades de accesibilidad que desaconsejen la intervención o que carezcan de vivienda y se encuentren con perfil de necesidad de los recogidos en el proyecto «A gusto en Casa». Incluye igualmente una oferta de viviendas a ocupar por los profesionales que estén vinculados a los proyectos relacionados con los cuidados de proximidad a cambio de un alquiler social. Como requisito, se exige que las viviendas que integren la oferta de viviendas en red deben estar implantadas en localidades de pequeña o media población en una zona rural en fuerte proceso de despoblación, ofertando viviendas desocupadas o interviniendo sobre la realidad arquitectónica construida, mediante procesos de rehabilitación e incluso, excepcionalmente, con pequeñas intervenciones de nueva planta que permitan una oferta suficiente de servicios de proximidad y garanticen la inclusión social de las personas residentes del municipio y los nuevos vecinos (usuarios de los servicios y los profesionales).

VI. La atención de las familias más vulnerables en Castilla y León y los servicios sociales de atención a la infancia

Bajo la denominación de «Red de protección a las familias más vulnerables de Castilla y León afectadas por la crisis» se agrupa un conjunto de servicios para proteger a las familias más afectadas por la crisis económica que atienden las diferentes facetas de las necesidades familiares, ofrecen u una respuesta rápida, global y adaptada a cada caso, promueven itinerarios personalizados de inserción para cada familia, en función de sus recursos, situación social, etc. Al margen de los servicios sociales, las propias Oficinas de empleo ofrecen información sobre el acceso a prestaciones y servicios para el empleo a partir del Plan Autonómico de Inserción Sociolaboral. La ayuda se presta poniendo a disposición de las familias un conjunto de recursos que se ocupan de realizar, en primer término, una labor de orientación, haciendo una valoración de cada situación personal y un acompañamiento en el proceso. Se garantizan las necesidades básicas de subsistencia, como la alimentación, la higiene, ingresos mínimos o vivienda. Se presta apoyo en la mejora de las relaciones personales y familiares. Se prepara a los beneficiarios para la inclusión laboral o se compensan los gastos de suministro de energía para usos térmicos (calefacción o agua caliente) o cocina[46]. Para gestionar tales servicios y prestaciones, los Centros de Acción Social (CEAS) correspondientes facilitan información, valoran las necesidades en cada caso concreto, orientan y tramitan la prestación más adecuada.

46 *Bono social térmico*. https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-familias-vulnerables/bono-social-termico.html.

En el año 2022, la Comunidad Autónoma de Castilla y León, a través de dicha Red de Protección, ha atendido a más de 174.000 familias con un gasto medio de 220 millones de euros[47] al considerar que «la protección y atención a la infancia, sobre todo a los más vulnerables, es un compromiso y una prioridad».

En cuanto hace al nivel educativo, el nivel de la población gitana ha ido mejorando en los últimos años, si bien se encuentra todavía por debajo del conjunto de la población, con una brecha que comienza a abrirse antes incluso de la finalización de la ESO, ya que el 64 % del alumnado gitano no finaliza los estudios obligatorios, frente al 13 % del conjunto del alumnado; cifras que demuestran que sigue siendo necesario apoyar a la comunidad gitana en la escolarización generalizada y de calidad de los menores[48].

En cuanto hace a los servicios sociales de protección a la infancia debe partirse de la premisa de que todas las madres y padres desean criar y educar a sus hijos desde que estos nacen. Para ello deben atender adecuadamente, desde sus primeros años de vida, las necesidades físicas[49] y psicológicas[50] que tienen. El trato correcto influye, sin duda, en el propio crecimiento del menor, en múltiples frentes: su salud será mejor; mostrará curiosidad por todo lo que hay a su alrededor y deseos de aprender; desarrollará confianza en sí mismo y autoestima; no necesitará llamar la atención comportándose de manera inadecuada; sabrá relacionarse mejor con el entorno; sabrá dar y recibir afecto, ir ganando progresivamente mayor autonomía y tendrá menos probabilidades de sufrir problemas emocionales: depresión, ansiedad, inestabilidad. En definitiva, los menores tienen derecho a ser cuidados y protegidos, a que se atiendan sus necesidades y a que se desarrollen todas sus capacidades, pero cuando los progenitores no pueden hacerse cargo de sus

47 Según declaraciones de la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades durante la visita al Centro de Educación Infantil «Hogar de la Esperanza» ubicado en el barrio de Las Ventas de León.

48 La Junta de Castilla y León aprobó en 2021 el *Programa de Actuaciones Estratégicas con la Población Gitana 2021-2030*, que cuenta con una financiación de 40 millones de euros y 73 medidas de servicios sociales, educativas, de empleo, salud, acceso a la vivienda y de participación e igualdad de trato.

49 A) Alimentación adecuada, vestido, sueño suficiente, limpieza... B) Respeto a sus horarios diarios. C) Atención medica tan pronto como la necesite, incluyendo las revisiones pediátricas y la vacunación. D) No darle ningún tratamiento farmacológico sin que lo haya prescrito un pediatra. E) Garantizar su seguridad evitando accidentes en casa, en la calle, en el coche, etc. F) Que viva en un ambiente sano, no contaminado, limpio, etc.

50 A) Sentirse querido tal y como es, por los adultos que cuidan de él. B) Que se valoren sus progresos y logros. C) Que se pongan límites claros a su comportamiento sin que para ello tenga que recibir castigos corporales. D) Que pueda tener experiencias y desarrollar actividades diversas jugando, en casa, en la calle... E) Mantener relaciones positivas con otros niños y adultos. F) Sentirse seguro y protegido.

obligaciones para cuidar, proteger, y atender todas las necesidades de sus hijos menores de edad, estos necesitan protección.

Según las estadísticas oficiales, en el año 2021, los menores atendidos en el sistema de atención y protección a la infancia en Castilla y León alcanzaron un total de 9.187[51].

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ÁVILA	606	790	831	974	697	682	671
BURGOS	1.861	2.001	1.704	1.705	2.171	2.179	1.640
LEÓN	1.426	1.508	1.360	1.185	1.227	1.053	1.270
PALENCIA	582	556	674	738	860	799	1.023
SALAMANCA	855	741	777	979	1.090	784	839
SEGOVIA	845	886	888	862	968	983	976
SORIA	389	437	445	467	514	658	686
VALLADOLID	1.183	1.242	1.325	1.335	1.464	1.456	1.509
ZAMORA	575	527	559	463	553	473	573
TOTAL	8.322	8.688	8.563	8.708	9.544	9.067	9.187

Y en el Programa de apoyo a menores en riesgo mediante el apoyo a sus familias, participaron un total de 7.924 menores[52].

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ÁVILA	432	605	670	819	548	547	550
BURGOS	1.593	1.727	1.399	1.451	1.936	2.025	1.511
LEÓN	920	972	837	661	733	719	929
PALENCIA	406	390	522	595	694	711	926
SALAMANCA	598	486	580	752	821	651	708
SEGOVIA	714	749	764	751	851	907	918
SORIA	293	350	343	378	446	605	638
VALLADOLID	922	971	1.058	1.037	1.142	1.214	1.273
ZAMORA	427	391	431	345	424	395	471
TOTAL	6.305	6.641	6.604	6.789	7.595	7.774	7.924

51 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/cuando-nino-necesita-proteccion.html.

52 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/proteccion-infancia-adopcion/cuando-nino-necesita-proteccion.html.

Por último, aunque el medio rural se caracteriza por la escasez de niños, ello no impide afirmar que las familias con hijos se enfrentan a peculiares dificultades para conciliar su vida laboral y familiar. Para compensar esta dificultad, a nivel autonómico se han implementado algunas medidas tales como guarderías, colegios rurales agrupados y otros servicios complementarios.

1. **Guarderías.** La falta de guarderías en poblaciones pequeñas fuerza a los progenitores a desplazarse hasta el lugar donde están ubicadas, por lo cual es importante potenciar la flexibilidad horaria de los centros, prever medios de transporte y establecer comedores, así como establecer criterios específicos que puedan ser utilizados por la Administración Pública para otorgar subvenciones a los centros de educación infantil. Para salvar la escasez de centros, se ha implantado en 2004 el programa «Crecemos», destinado a fomentar la creación en municipios rurales de servicios asistenciales para menores de hasta tres años.
2. **Colegios rurales agrupados (CRAS).** El 35 % del alumnado de la Comunidad estudia en escuelas rurales, muchos de ellos en CRAS cuyas instalaciones se reparten entre diversas localidades permitiendo satisfacer de forma óptima el derecho a la educación en áreas rurales. Con amparo en la LOGSE también se crearon los Centros Rurales de Innovación Educativa para realizar actividades que desarrollen y complementen la acción educativa de las escuelas y facilitar la convivencia del alumnado, actuando como medida de acción compensatoria en relación con personas, grupos o ámbitos en situación desfavorable.
3. **Servicios y programas complementarios.** Entre otros, en Castilla y León cabe citar:
   a) **Transporte escolar,** previsto para alumnado de educación infantil, primaria, secundaria obligatoria y educación especial que resida en un municipio diferente del centro escolar; así como para alumnado de centros de educación especial ubicados en la localidad de residencia si las necesidades derivadas de su discapacidad lo exigen.
   b) **Comedores escolares.** Tal servicio se ofrece, en general, de octubre a mayo, pudiéndose ampliar a junio y septiembre, con carácter gratuito para el alumnado que utilice el transporte escolar; el resto debe abonar el precio del cubierto, pero se ha implantado un sistema de ayudas en función de ciertos criterios económicos y familiares.
   c) **Madrugadores y tardes en el cole.** El Programa «Madrugadores» consiste en la ampliación del horario de apertura, durante los días lectivos; mientras que el Programa «Tardes en el Cole» consiste en la ampliación del horario, durante los días lectivos, a partir del fin de la jornada lectiva para desarrollar actividades socioculturales y

lúdicas. Podrán ser usuarios de tales servicios aquellos alumnos que cursen segundo ciclo de educación infantil o primaria.

d) **Centros abiertos.** Dicho programa se destina a alumnado que curse enseñanzas de segundo ciclo de educación infantil o educación primaria, manteniéndose operativo durante los días laborables no lectivos: vacaciones de verano o festividades escolares que coincidan con días laborables, como la Semana Santa o la Navidad.

e) Por último, el programa «Crecemos en verano» tiene el propósito de dar una respuesta lúdico-educativa a niños y niñas de 4 a 10 años durante el período estival, de tal modo que se permita conciliar la vida familiar y laboral en municipios del ámbito rural.

VII. Bibliografía

AA. VV.: «La medicalización de residencias como alternativa real a la hospitalización durante la pandemia de Covid-19», *Revista Española de Salud Pública*, vol. 94, n.º 7, 2020. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/O_BREVES/RS94C_202011151.pdf.

AA. VV.: «Servicios sanitarios y sociales utilizados por las personas mayores del medio rural», *Revista Española de Geriatría y gerontología*, n.º 5, 2014.

Agra Viforcos, B. y **Megino Fernández, D.**: «Los cuidados a la vejez en el entorno rural: asistencia en el domicilio y teleasistencia», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2021.

Arrieta Idiakez, F. J.: «¿Quién y cómo cuidan de los cuidadores de las personas mayores, enfermas y discapacitadas en el ámbito familiar? Análisis crítico de su estatuto jurídico protector», en AA. VV. (AESSS): *Protección a la familia y Seguridad Social: Hacia un nuevo modelo de protección sociolaboral*, Murcia (Laborum), 2018.

Arufe Varela, A.: *El seguro social de dependencia en Alemania. Un comentario del Libro XI del Código alemán de Seguridad Social, con su traducción íntegra al español*, Barcelona (Atelier), 2019.

Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales: *XVIII Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, 31 de diciembre de 2017.

Baviera Puig, I.: «La Unión Europea y la dependencia: modelos comparados», en AA. VV. (Sempere Navarro, A. V., Dir. y Charro Baena, P., Coord.): *Comentario Sistemático a la Ley de la Dependencia*, Cizur Menor (Thomson/Aranzadi), 2008.

Calvo Palomares, R.; **Rodríguez del-Pino, J. A.** y **Sigalat Signes, E.**: «Colectivos vulnerables y empleo en la economía colaborativa. Luces y sombras de un modelo emergente en entornos rurales», en AA. VV. (Hernández-Bejarano, M.; Rodríguez-Piñero Royo, M. y Todolí Signés, A., Dirs.): *Cambiando la forma de trabajar y de vivir. De las plataformas a la economía colaborativa real*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2020.

Cañigueral, A.: *Vivir mejor con menos. Descubre las ventajas de la economía colaborativa*, Barcelona (Conecta), 2014.

CES: *Informe 3/2020: El sistema de promoción de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*.

Ciudad, M.ª J. y **Sáez, I.**: «Aplicacions de les TIC per el suport de l´envelliment i a demencia: estat actual y experiencies», *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'esport Blanquerna*, vol. 30, n.º 1, 2012, p. 147. https://raco.cat/index.php/Aloma/article/view/257074.

de Palma del Teso, A.: «El principio de igualdad y el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho de acceso a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia», en AA. VV. (Rodríguez De Santiago, J. M.ª y Díez Sastre, S., Coords.): *La Administración de la Ley de Dependencia*, Madrid (Marcial Pons), 2012.

de Soto Rioja, S.: «Reclamaciones administrativas y judiciales en materia de dependencia», en AA. VV. (González Ortega, S., Dir.): *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*, Madrid (CES), 2013.

Durán Bernardino, M.: «La protección de las personas en situación de dependencia», en AA. VV. (AESSS): *Protección a la familia y Seguridad Social: Hacia un nuevo modelo de protección sociolaboral*, Murcia (Laborum), 2018.

Fernández Domínguez, J. J. y **Martínez Barroso, M.ª R.**: «La importancia de la Carta Social Europea y la normativa derivada del Consejo de Europa en materia de protección de las personas mayores», en AA. VV. (Perán Quesada, S. y Vila Tierno, F., Dir.): *La protección de Seguridad Social a las personas mayores, retos para el siglo XXI. Estudio comparado de los países latinoamericanos y del sur de Europa*, Albacete (Bomarzo), 2022.

Garrote Díaz, J. M.: *Fragilidad en el anciano en una zona de salud rural*, Tesis doctoral, inédita, 2005.

Gómez García, F. X.: «El mundo rural como nuevo polo tecnológico y de innovación», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2021.

Imserso: *Informe de la Comisión para el análisis de la situación actual del sistema de la dependencia, de la sostenibilidad y de los actuales mecanismos de financiación, para evaluar su adecuación a las necesidades asociadas a la dependencia*, 6 de octubre de 2017.

Jimena Quesada, J.: «La efectividad de las resoluciones del Comité Europeo de Derechos Sociales», en AA. VV. (Fernández Casadevante Romaní, C., Coord.): *Los efectos jurídicos en España de las decisiones de fondo de los órganos internacionales de control en materia de derechos humanos de naturaleza no jurisdiccional*, Madrid (Dykinson), 2019.

Jimena Quesada, L. y **Salcedo Beltrán, C.**: «La Carta Social Europea revisada (Constitución Social de Europa) y el Acuerdo del Consejo de Ministros: el compromiso con los derechos y ¿con sus garantías?», 6 de febrero de 2019, en http://baylos.blogspot.com/2019/02/elgobierno-debe-ratificar-la-carta.html.

Jiménez García, F.: «La Carta Social Europea (revisada): entre el desconocimiento y su revitalización como instrumento de coordinación de las políticas sociales europeas», https://burjcdigital.urjc.es/bitstream/handle/10115/5830/CartaSocialrevisada.pdf;jsessionid=4C1AC56EE1C14D18E5DDD0E04A3B863D?sequence=1.

Mangas Martín, A.: «Introducción», en AA. VV. (Mangas Martín, A., Dir.): *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Comentario artículo por artículo*, Bilbao (Fundación BBVA), 2008.

Martínez Barroso, M.ª R.: «La atención a la dependencia en el mundo rural», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2021.

Molero Marañón, M.ª L.: «Presentación», en AA. VV. (Molero Marañón, M.ª L., Coord.): *Retos para una implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Madrid (Cinca), 2013.

Molina González-Pumariega, R.: «Los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tras seis años de funcionamiento», en AA. VV. (Molero Marañón, M.ª L., Coord.): *Retos para una implantación efectiva del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, Madrid (Cinca), 2013.

Montoya Medina, D.: *Tutela laboral y protección social de los trabajadores enfermos crónicos*, Albacete (Bomarzo), 2020.

Montoya Melgar, A.: «Las situaciones de dependencia personal: políticas y normas», en AA. VV. (Montoya Melgar, A., Dir.): *La protección de las personas dependientes. Comentario a la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid (Thomson/Civitas), 2007.

Procurador del Común de Castilla y León: *Resolución 1311/2020: Atención y cuidados en las residencias de Castilla y León ante la pandemia ocasionada por la Covid-19*.

Rodríguez Escanciano, S.: «Dificultades de los servicios sociales en las zonas rurales con especial atención a las personas de edad avanzada», en AA. VV. (Rodríguez Escanciano, S. y Álvarez Cuesta, H., Dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los territorios rurales*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2021.

Rodríguez Rodríguez, V.: «El marco de las políticas de vejez en Europa», *Panorama Social*, n.º 28, 2018.

Salcedo Beltrán, C.: «El procedimiento de reclamaciones colectivas: paradigma del constitucionalismo y la justicia social *(nullum ius sine actione)*», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, n.º 57, 2020.

Vizcaíno Ramos, I.: «El orden jurisdiccional provisionalmente competente para conocer de los pleitos sobre aplicación de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (1)», *Actualidad Laboral*, n.º 3, 2014.

CAPÍTULO X

REFLEXIONES ACERCA DE LAS POSIBLES LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE UNOS SERVICIOS SOCIALES ADECUADOS A LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LAS ZONAS RURALES DE CASTILLA Y LEÓN

Diego Megino Fernández
Universidad de Burgos

I. Planteamiento preliminar

En términos generales, la «España rural» (cerca del 85 % de la geografía nacional, donde se asienta el 20 % de la población del país[1]) representa en la actualidad un entorno caracterizado por rasgos tan expresivos como una significativa falta de vitalidad[2], un dinamismo aletargado[3], un paulatino éxodo

Para una visión más amplia de la materia, Megino Fernández, D.: *El papel de los servicios sociales para la integración y el arraigo de la población extranjera en el mundo rural. Una exploración ejemplificada a través del modelo castellano y leonés*, La Coruña (Colex), 2023.

1 Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, Madrid (CES), p. 13.

2 Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *Sociología del Trabajo*, n.º 77, 2013, p. 77.

3 Molina Morales, A.; Pablo Valenciano, J. de; Milán García, J. y Caparrós Martínez, J. L.: «Covid-19. ¿Oportunidad para el mundo rural en España? Una reflexión», *Economistas*, n.º 170, 2020, p. 168.

hacia los entornos urbanos[4], una distribución por edades más envejecida[5] y con una acentuada masculinización en varias de las cohortes[6], un «anquilosamiento de las estructuras»[7] o, por no seguir, un palpable atraso económico y social.

Dichos factores acaban traduciéndose no solo en un gradual recorte en el número de habitantes de los pueblos[8], sino también en la existencia dentro de ellos de acuciantes niveles de «dependencia, desigualdades de género y vulnerabilidad laboral»[9], alarmantemente acompañados de la pérdida de ciertos servicios básicos[10], con cuanto esto implica a efectos de la cohesión, la equidad, la justicia y el bienestar social[11].

A la hora de buscar los responsables más directos del proceso expuesto, la atención se dirige de manera automática hacia el progresivo abandono experimentado por las labores agrícolas y ganaderas (y demás actividades conexas), cuya pérdida de competitividad con el paso del tiempo no ha podido ser contrarrestada mediante la puesta en marcha de alternativas suficientes en los sectores secundario y terciario[12], lastrando así los mercados de trabajo, limitados y atenazados por la falta de oportunidades[13].

Además, lo anterior se produce dentro de un contexto global de «industrialización, tecnificación y modernización […] —también determinante

---

4 Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, *cit*., pp. 21 a 23.

5 Pérez Díaz, J. y Abellán García, A.: «Envejecimiento demográfico y vejez en España», *Panorama Social*, n.º 28, 2018, pp. 26 y 27.

6 En profundidad, Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, *cit*., pp. 25 y 26.

7 AA. VV. (Camarero, L., Coord.): «La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social», *Fundación «la Caixa». Colección Estudios Sociales*, n.º 27, 2009, p. 24.

8 Molina Morales, A.; Pablo Valenciano, J. de; Milán García, J. y Caparrós Martínez, J. L.: «Covid-19. ¿Oportunidad para el mundo rural en España? Una reflexión», *cit*., p. 168.

9 AA. VV. (Camarero, L., Coord.): «La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social», *cit*., p. 12.

10 Rico González, M.: «El fenómeno de la despoblación rural en Castilla y León. Implicaciones desde la perspectiva socioeconómica», *Práctica Urbanística*, n.º 162, 2020, p. 9 (formato electrónico).

11 Gómez Benito, C.: «La lucha contra la despoblación: ¿políticas transformadoras o de paliativos?», Panorama Social, n.º 31, 2020, p. 10; o Moyano Estrada, E.: «Discursos, certezas y algunos mitos sobre la despoblación rural en España», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, pp. 38 a 40.

12 Bandrés, E.y Azón, V.: *La despoblación de la España interior*, Madrid (Funcas), 2021, pp. 10 y 14.

13 Soronellas, M.; Bodoque, y Torrens, R.: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *Gaceta de Antropología*, vol. 29, n.º 2, 2013, p. 2 (formato electrónico).

inmediato de— importantes transformaciones demográficas»[14]. Cualidad igualmente atribuible a otros fenómenos contemporáneos, como la pandemia generada por la COVID-19[15] (salvedad hecha de la invasión rusa de Ucrania, *«the latest seismic geopolitical event»*[16]) o el desafío climático. De un modo u otro, todos estos elementos sirven de catalizadores para un «cambio de largo alcance»[17] en multitud de ámbitos, que, por cuanto aquí más interesa, ha llegado a acrecentar las desigualdades sociales (en contra de colectivos como los de las mujeres y las personas jóvenes, maduras o inmigrantes)[18] y territoriales (con los enclaves rurales como los peor parados)[19].

El tensionado escenario perfilado deja bien a las claras la estrecha «interrelación entre la dinámica demográfica y el desarrollo económico»[20]. De ahí que la intensidad de la despoblación acabe siendo superior en las regiones cuyos mercados locales presentan mayores dificultades a la hora tanto de

14 Una de las causas esenciales para el acentuado «éxodo de población desde los municipios más pequeños hacia otras localidades más pobladas», a su vez determinante del surgimiento de «las «tres Españas» del mundo rural actual» (la litoral y periurbana, la interior competitiva y la interior no competitiva). En detalle, Rico González, M.: «El fenómeno de la despoblación rural en Castilla y León. Implicaciones desde la perspectiva socioeconómica», *cit*., pp. 1 y 2 (formato electrónico).

15 Mueller, J. T.; Mcconnell, K.; Burow, P. B.; Pofah, K.; Merdjanoff, A. A. y Farrell, J.: «Impacts of the COVID-19 pandemic on rural America», *PNAS*, vol. 1, n.º 18, 2021, p. 1; o Phillipson, J. *et al*.: «The COVID-19 pandemic and its implications for rural economies», *Sustainability*, n.º 12, 2020, p. 5.

16 Mcauliffe, M. y Triandafyllidou, A.: «Report overview: Technological, geopolitical and environmental transformations shaping our migration and mobility futures», en AA. VV. (Mcauliffe, M. y Triandafyllidou, A., Ed.), *World Migration Report 2022*, Geneva (International Organization for Migration), 2021, p. 5.

17 Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, *cit*., pp. 14 y 189.

18 López Ahumada, J. E.: «Flexibilidad, protección del empleo y seguridad social durante la pandemia global del Covid-19», *Documentos de Trabajo IELAT*, n.º 134, 2020, p. 28; o Mackay Castro, C. R.; Vicente Palacios, B. V. y Zambrano Novoa, H. A.: «Efectos del Covid-19 en el mercado laboral», *Dominio de las Ciencias*, vol. 6, n.º 3, 2020, p. 1370.

19 Henning-Smith, C.: «The unique impact of COVID-19 on older adults in rural areas», *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 32, n.º 4-5, 2020, p. 397; o Martínez Arroyo, F.; Sacristán López, H. y Yagüe Blanco, J. L.: «Are local action groups, under LEADER approach, a good way to support resilience in rural areas?», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.º 6, 2015, p. 58.

20 Que «en el caso del interior de España se constituye en un círculo vicioso», según remarcan Rey, A. del; Cebrián, M. y Ortega, J. A.: «Despoblamiento y envejecimiento en Castilla y León durante el siglo XX: análisis a través de la emigración femenina y la pérdida de nacimientos», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.º 8, 2009, p. 116.

«diversificarse y ofrecer a sus habitantes oportunidades de empleo fuera del sector agrario […] —como de facilitar el acceso— a infraestructuras, equipamientos y servicios»[21].

Por desgracia, cuando no son abordadas de un modo idóneo, las eventualidades señaladas terminan ensanchando una brecha ya de por sí excesivamente amplia (aunque reversible), al agravar «la incapacidad de las áreas rurales para equipararse en los estándares de calidad de vida, servicios y oportunidades con los entornos urbanos»[22].

A tal fin, devienen precisas soluciones quirúrgicas, que reparen en las singularidades, presentes y futuras, de cada concreto enclave y contingente[23]. De esta manera, las políticas, las estrategias y los planes a articular desde los poderes públicos propiciarán respuestas definidas y pertinentes a unas coyunturas impregnadas con unas altas dosis de especificidad. Sobre todo en cuanto atañe a «los aspectos humanos de los procesos de desarrollo»[24], respecto de los cuales los socorridos remedios basados, exclusiva o fundamentalmente, en los «incentivos a la población para evitar la salida de individuos y favorecer el establecimiento de nuevos habitantes»[25] de nuevo se mostrarán ineficaces.

En resumidas cuentas, la esfera social, entendida en un sentido amplio del término, emerge a modo de dimensión «especialmente importante —a partir de la cual— avanzar»[26]. Así, será menester colocar en un plano preeminente «las necesidades, carencias y —hasta— discriminaciones» de determinados territorios y grupos[27], para que el conjunto de actores implicados (públicos y

21 Collantes, F.: «Tarde, mal y… ¿quizá nunca? La democracia española ante la cuestión rural», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, pp. 22 y 23.

22 Camarero, L.: «Despoblamiento, baja densidad y brecha rural: un recorrido por una España desigual», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, p. 70.

23 Centrándose en la atención sociosanitaria de los dependientes, pero con argumentos y conclusiones extrapolables a otros ámbitos, Cavas Martínez, F.: «Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *Aranzadi Social*, n.º 13, 2006, pp. 17 y 19 (formato electrónico).

24 AA. VV. (Camarero, L., Coord.): «La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social», *cit*., pp. 21 y 22.

25 Rico González, M.: «El fenómeno de la despoblación rural en Castilla y León. Implicaciones desde la perspectiva socioeconómica», *cit*., p. 9 (formato electrónico).

26 López Ahumada, J. E.: «Flexibilidad, protección del empleo y seguridad social durante la pandemia global del Covid-19», *cit*., pp. 54 y 55.

27 Cepal: «El desafío social en tiempos del COVID-19», *Informe especial COVID-19*, n.º 3, 2020, p. 5.

privados; europeos, estatales, autonómicos y locales) las afronten mediante intervenciones integrales, coordinadas y alejadas de «mitos»[28], «estereotipos y conceptos caducos»[29].

II. La importancia de facilitar la integración social y una respuesta adecuada a las necesidades específicas

De un tiempo a esta parte, en consonancia con las preocupantes dinámicas demográficas nacionales, «las cuestiones relacionadas con los flujos migratorios son motivo de interés renovado»[30]. No es de extrañar, toda vez que sobre las personas foráneas recaen buena parte de las esperanzas en la lucha abierta contra «las consecuencias del envejecimiento de la población y la caída de las tasas de natalidad»[31].

Sin embargo, aun cuando, *grosso modo*, las motivaciones de índole económica y, por ende, de mejora de las condiciones de vida hayan servido de estímulo (y, seguro, continuarán haciéndolo) en la mayoría de las hipótesis[32], el fenómeno migratorio no debe ser observado desde una óptica generalista,

---

28 Por ejemplo, que «la mejora de las infraestructuras, servicios y equipamientos […] —supone— un factor clave para luchar contra la despoblación rural […] —o— que la creación de empleo en el medio rural es el mejor remedio contra la despoblación». La observación, en Moyano Estrada, E.: «Discursos, certezas y algunos mitos sobre la despoblación rural en España», *cit*., pp. 38 a 40.

29 Organización Internacional para las Migraciones: *Situación de la población inmigrante en las zonas rurales españolas y su contribución al desarrollo rural*, 2020, p. 72.

30 Murua-Múgica, J. R. y Eguía-Peña, P.: «Inmigración y emprendimiento rural: ejes de innovación de las políticas de desarrollo rural», *Información Técnica Económica Agraria*, vol. 112, n.º 4, 2016, p. 439.

31 Reher Sullivan, D.: «Algunas reflexiones ante un nuevo ciclo migratorio en España», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, p. 150.
De hecho, toda vez que «ha rejuvenecido nuestra sociedad, […] aumentado la diversidad cultural y […] contribuido al incremento del valor añadido de nuestra producción» [Llorente Heras, R. y Dueñas Fernández, D.: «La integración laboral de los inmigrantes en España desde una perspectiva económica», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la Seguridad Nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, p. 194], su consolidación como grupo de primer orden supone una consecuencia lógica [ayala cañón, L.; Cantó Sánchez, O.; Martínez López, R. y Navarro Ruiz, C.: «Análisis de las necesidades sociales de la población inmigrante», *Observatorio Social de la Caixa*, Informe 6.5, 2020, p. 5].

32 Sacando a la palestra otros factores de índole personal o social, como la inestabilidad política, la inseguridad ciudadana o los férreos sistemas patriarcales (para el caso de la población femenina), Soronellas, M.; Bodoque, y Torrens, R.: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *cit*., p. 3 (formato electrónico).

normalmente «reactiva […] —y— asfixiada por las urgencias»[33]. En cambio, procede reparar en su carácter «cambiante y complejo»[34], inexcusable punto de partida para poder establecer enfoques segmentados acordes con las circunstancias inherentes a cada contingente. No en vano, características como el origen, la vía de acceso, el propósito perseguido, el estatus legal o administrativo, la edad, el sexo, las creencias religiosas o, entre más, el contexto familiar dejan sentir sus efectos sobre, por ejemplo, «los tránsitos que se producen en la trayectoria migratoria […] la diferenciación geográfica que se da en destino […] —o— las demandas que posteriormente se realizan»[35].

En consecuencia, la mejor alternativa será la de apostar por tratamientos lo más delimitados y privativos posibles[36], que consideren los rasgos definitorios de cada posible perfil. *Verbi gratia*, hoy atesoran una indudable trascendencia factores como el creciente protagonismo femenino (superando así su invisibilidad inicial[37]); el mayor rango de edad (con un límite superior situado en torno a los 49 años, aunque se continúa estando ante una población «predominantemente joven, con un nuevo proyecto vital y con un importante potencial para contribuir de una u otra forma al desarrollo del área donde se ha asentado»[38]); o el más elevado nivel formativo (fruto de un notable incremento en sus tasas de educación secundaria[39]).

Lo anterior no entra en contradicción con una indispensable gestión ordenada de los flujos migratorios, mediante una política básica en materia de extranjería a diseñar sobre tres vectores primarios: el control, la colaboración para el desarrollo de los países emisores y, decisivamente, la integración

33 Izquierdo Escribano, A.: «Integrar para regular: tres hipótesis de trabajo para una política de inmigración a medio y largo plazo», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, p. 188.

34 Camarero, L. y Sampedro, R.: «La inmigración dinamiza la España rural», *Observatorio Social de la Caixa*, Dossier 9, 2020, p. 19.

35 Alemán Bracho, C. y Soriano Miras, R. M.ª: «La inmigración en España: nuevos desafíos para las políticas sociales», *Revista de Estudios Políticos*, n.º 166, 2014, p. 131.

36 Llorente Heras, R. y Dueñas Fernández, D.: «La integración laboral de los inmigrantes en España desde una perspectiva económica», *cit*., p. 205.

37 De «miembro pasivo del hecho migratorio» habla Abdillahi Mohamed, B.: «Las mujeres inmigrantes subsaharianas y el mundo laboral en la Región de Murcia: exclusión y estrategias comunitarias e individuales de inserción laboral», *Lex Social*, vol. 10, n.º 1, 2020, pp. 408 y 409.

38 Murua-Múgica, J. R. y Eguía-Peña, P.: «Inmigración y emprendimiento rural: ejes de innovación de las políticas de desarrollo rural», *cit*., p. 448.

39 Llorente Heras, R. y Dueñas Fernández, D.: «La integración laboral de los inmigrantes en España desde una perspectiva económica», *cit*., p. 197.

social y cultural dentro de las comunidades receptoras[40]. En este sentido, el artículo 2 *ter* de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero (LOEx)[41], resalta que, a partir de un idóneo nivel de cooperación y coordinación a encauzar mediante planes estratégicos plurianuales ajustados a sus respectivas competencias (apdo. 3)[42], los poderes públicos estatales, autonómicos y locales han de promover «la plena integración de los extranjeros en la sociedad española, en un marco de convivencia de identidades y culturas diversas, sin más límite que el respeto a la Constitución y la ley» (apdo. 1)[43].

Desde luego, en ese proyecto arduo, poliédrico[44] y «de enorme importancia»[45] deviene imprescindible una «adaptación (y adopción) mutuas»[46]. En otros términos, se han de sentar las bases para gestar «un proceso dinámico en dos direcciones […] —y de— responsabilidad recíproca»[47], única vía para conseguir unas sociedades verdaderamente «interculturales» (y no

40 Soriano-Miras, R. M.ª: «Análisis sociológico de la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Sus reformas (8/2000, 11/2003, 14/2003, 2/2009) y su implicación social», *Papers*, n.º 96, 2011, p. 685.

41 Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (BOE n.º 10, de 11 de enero).

42 Con vistas también a «no multiplicar innecesariamente acciones y actuaciones», según advierte Vidal Fueyo, M.ª C.: «Población y despoblación en Extremadura», en AA. VV. (Matia Portilla, F. J., Dir.), *Nuevos retos para la integración social de los inmigrantes*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2014, pp. 26 y 27.

43 Propiamente, atañe a cada una de las Administraciones públicas implicadas agregar «el objetivo de la integración entre inmigrantes y sociedad receptora con carácter transversal a todas las políticas y servicios públicos, promoviendo la participación económica, social, cultural y política de las personas inmigrantes, […] en condiciones de igualdad de trato […] —de cara a lo cual— desarrollarán medidas específicas para favorecer la incorporación al sistema educativo […] y el acceso al empleo como —dos de los— factores esenciales de integración» (art. 2 ter, apdo. 2, de la LOEx).

44 Puntualizando que ha de girar en torno a seis dimensiones autónomas [la jurídica-legal (estatus de residente); la laboral y económica (trabajo y consumo); la residencial (vivienda e inserción en la sociedad); la política; la cultural e identitaria; y, por último, la de acceso y disfrute de los servicios públicos], Martínez Muñoz, E.: «Los planes locales de integración de inmigrantes como buenas prácticas de inserción de las personas migrantes. El caso del Alto Turia (La Serranía)», en AA. VV., *Analizando lo rural. Estrategias, análisis y buenas prácticas en materia de desarrollo rural e inmigración, integración de familias y personas en zonas poco pobladas*, Fundación Cepaim, 2018, pp. 45 y 46.

45 Reher Sullivan, D.: «Algunas reflexiones ante un nuevo ciclo migratorio en España», *cit*., p. 153.

46 García Martínez, J. A.: «Migraciones, inserción laboral e integración social», *Revista de Economía Mundial*, n.º 14, 2006, p. 238.

47 Martínez Muñoz, E.: «Los planes locales de integración de inmigrantes como buenas prácticas de inserción de las personas migrantes. El caso del Alto Turia (La Serranía)», *cit*., p. 45.

tan solo «multiculturales»)[48]. De aplicar esta pauta, cuanto menos es dable esperar una drástica atenuación en algunas de las desventajas típicamente experimentadas por las personas extranjeras. En cambio, cualquier solución que se separe de dicha línea directriz casi seguro las abocará a «situaciones de discriminación social»[49], «serias dificultades para poder acomodarse en […] —el— país […] altos riesgos de caer en la pobreza, incluso cuando están trabajando […] —e— importantes carencias materiales»[50].

En particular, ya que uno de los obstáculos más significativos a encarar viene dado por la usual prestación de servicios en actividades o sectores proclives a la precariedad[51], el mercado laboral[52] y, por derivación, la protección social[53] deben constituir dos campos prioritarios de intervención en relación con las personas foráneas.

Con todo, parece que dichos planteamientos todavía no han calado convenientemente en los idearios de los poderes públicos autonómicos, instancias dotadas de un rol esencial en este contexto (sin desmerecer el también destacado papel del Estado y de las corporaciones locales). En la práctica, han evitado elaborar normas precisas y detalladas (las cuales, dicho sea de paso,

48 Gortázar Rotaeche, C.: «Migración y derechos humanos. Una perspectiva jurídica», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, p. 178. Con idéntico parecer, Lacomba Vázquez, J.; Benlloch Domènech, C.; Cloquell Lozano, A. y Veira Ramos, A.: *La aportación de la inmigración a la sociedad española. Informe final*, Madrid (Observatorio Permanente de la Inmigración), 2021, p. 22.

49 Llorente Heras, R. y Dueñas Fernández, D.: «La integración laboral de los inmigrantes en España desde una perspectiva económica», *cit*., p. 193.

50 Sánchez-Montijano, E.: «La integración de los inmigrantes en España: un proceso multidimensional», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, p. 234.

51 Soriano-Miras, R. M.ª : «Análisis sociológico de la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Sus reformas (8/2000, 11/2003, 14/2003, 2/2009) y su implicación social», *cit*., p. 685.

52 Abdillahi Mohamed, B.: «Las mujeres inmigrantes subsaharianas y el mundo laboral en la Región de Murcia: exclusión y estrategias comunitarias e individuales de inserción laboral», *cit*., p. 409.
Apostillando que para el colectivo analizado «la obtención de un empleo estable […] —es— un valor en sí mismo, muy por encima del salario o de sus connotaciones sociales», Collantes, F.; Pinilla, V.; Sáez, L. A. y Silvestre, J.: «El impacto demográfico de la inmigración en la España rural despoblada», *Documentos de trabajo del Real Instituto Elcano*, n.º 30, 2010, p. 16.

53 De todos modos, «las desventajas sociales y económicas que encuentran los migrantes no son homogéneas, debido a la distinta situación legal en que se encuentran distintas categorías de migrantes (refugiados, trabajadores migrantes y/o migrantes en situación irregular) […] Por otro lado, la intersección entre género, raza, religión y estatus migratorio expone a distintos grupos a diferentes riesgos». La precisión, en Confederación Sindical Internacional: *Nota informativa de la CSI sobre políticas económicas y sociales. Asegurar a los migrantes acceso a la protección social*, 2021, pp. 4 y 5.

solo tendrán sentido de «ampliar el contenido de los derechos sociales y demás prestaciones públicas»[54]), decantándose en cambio por planes y programas genéricos, de escasa especificidad[55] y reducidas opciones de éxito.

Para marcar realmente las diferencias, se han de abandonar los acostumbrados planteamientos teóricos y las valoraciones especulativas, apostando en su lugar por aproximaciones empíricas, objetivas y lo suficientemente próximas a las realidades concretas de cada segmento de la población extranjera. A partir de ahí, resultará mucho más sencillo desplegar actuaciones con un mejor enfoque, capaces de abordar variables tan representativas y determinantes, también en cuanto hace a los asentamientos estables en «el medio rural y los pequeños municipios»[56], como el género, la edad o el lugar de procedencia.

De hecho, la heterogeneidad de la que a la postre hace gala el colectivo se encuentra en íntima conexión con la motivación última detrás del desplazamiento. De este modo, cabe aludir a tres razones distintas (cada una con sus propias peculiaridades en cuanto a, por ejemplo, los rangos de edad de las personas implicadas o las características de su situación en España[57]): A) El deseo de un retiro de calidad una vez concluida la vida profesional, definitorio, destacadamente, de los nacionales de ciertos países del centro y del norte de Europa, quienes suelen inclinarse para ello por zonas radicadas en el litoral mediterráneo, los archipiélagos o ciertas regiones montañosas de la geografía peninsular. B) La vuelta a los orígenes de descendientes (hijos o nietos) de antiguos emigrantes españoles (retornantes o no), fenómeno de señalada magnitud en Argentina, Venezuela, Colombia, Uruguay o Cuba, a resultas de profundas y recurrentes crisis económicas y sociales. C) Eminentemente, las causas de índole laboral, preponderantes entre los naturales del Magreb, Europa del Este y gran parte de Latinoamérica, que en el circunscrito contexto rural, a pesar de su «potencial limitado» como generadoras de

54 Vidal Fueyo, M.ª C.: «Población y despoblación en Extremadura», *cit*., pp. 53 y 54.

55 Álvarez Rodríguez, I.: «La integración de los inmigrantes en clave local», en AA. VV. (Matia Portilla, F. J., Dir.), *Nuevos retos para la integración social de los inmigrantes*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2014, p. 304.

56 Lacomba Vázquez, J.; Benlloch Domènech, C.; Cloquell Lozano, A. y Veira Ramos, A.: *La aportación de la inmigración a la sociedad española. Informe final*, *cit*., p. 119. En términos similares, Sampedro Gallego, R. y Camarero Rioja, L.: «Inmigrantes, estrategias familiares y arraigo: las lecciones de la crisis en las áreas rurales», *Migraciones*, n.° 40, 2016, p. 4.
En ellos, con las condiciones adecuadas, acabarán actuando como «un revulsivo social, económico y demográfico». La idea, más pulida, en Soronellas, M.; Bodoque, Y.; Blay, J.; Roquer, S. y Torrens, R.: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.° 1, 2014, p. 116.

57 Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *cit*., pp. 74 y 75.

empleos[58], han de ser conectadas con áreas de actividad como la agricultura, la ganadería, la construcción, el trabajo doméstico, el cuidado de personas dependientes, los servicios requeridos por el turismo rural o los empleos verdes[59], donde existen serias dificultades para «cubrir […] —algunos— puestos con trabajadores españoles»[60].

Más en particular, el último de los tres grupos aludidos, el de mayor significación al menos en términos cuantitativos[61], reúne una serie de atributos distintivos de indudable trascendencia: 1) La ya apuntada «diversidad geográfica y cultural […] —así como un— considerable nivel de empleo informal»[62]. 2) Su condición de colectivo más joven (dentro de una horquilla por lo común comprendida entre los 25 y los 45 años), de inicio «en una posición económica […] inferior a la de la población autóctona»[63] y que, en general, no se desplaza acompañado de su familia (sin perjuicio de un, no infrecuente, posterior reagrupamiento en España). 3) Una cierta asimetría estructural en su distribución por sexos, al predominar los hombres sobre las mujeres, circunstancia capaz de «agudizar otros desequilibrios demográficos como la masculinización, que afecta desde hace décadas a buena parte de las áreas rurales españolas»[64]. 4) Una vez empiezan a consolidar sus proyectos vitales

58 Murua-Múgica, J. R. y Eguía-Peña, P.: «Inmigración y emprendimiento rural: ejes de innovación de las políticas de desarrollo rural», *cit*., pp. 448 y 449.

59 Lacomba Vázquez, J.; Benlloch Domènech, C.; Cloquell Lozano, A. y Veira Ramos, A.: *La aportación de la inmigración a la sociedad española. Informe final*, *cit*., pp. 28 y 29.

60 Ayala Cañón, L.; Cantó Sánchez, O.; Martínez López, R. y Navarro Ruiz, C.: «Análisis de las necesidades sociales de la población inmigrante», *cit*., p. 8.

61 Ciertamente, «la inmigración motivada por razones económicas es la que ha tenido un mayor impacto social y ha dado lugar a una transformación más evidente en la sociedad española […] —aunque— en todo caso, resulta difícil establecer una diferenciación clara entre inmigrantes económicos y no económicos, apoyándose de manera única en su procedencia. Se trata, más bien de un conjunto de categorías cuyos límites se solapan entre sí y a las que ha de prestarse una atención diferenciada que tenga en cuenta sus peculiaridades y necesidades para lograr una integración más eficaz». Precisándolo, Comunidad de Madrid: *Plan de inmigración de la Comunidad de Madrid 2019-2021*, 2018, p. 12.

62 Sampedro, R. y Camarero, L.: «Crisis e inmigración extranjera en las áreas rurales: algunas claves para entender los procesos de asentamiento y arraigo de la población inmigrante», *cit*., p. 52.

63 Camarero, L. y Sampedro, R.: «Despoblación y ruralidad transnacional: crisis y arraigo rural en Castilla y León», *Economía Agraria y Recursos Naturales*, vol. 19, n.º 1, 2019, p. 60.

64 De todas maneras, este rasgo, hasta no hace mucho marcado, se ha ido diluyendo fruto de la creciente feminización experimentada por el fenómeno migratorio, a raíz básicamente de «la transmisión de las desigualdades de género a escala global […] —la— desvalorización de su trabajo en origen […] su papel protagonista en las estrategias de supervivencia familiar, —que— convierte a estas mujeres en los miembros seleccionados para insertarse en los mercados laborales transnacionales que demandan trabajadores precarios e irregulares […] —y— la demanda de mano de obra en empleos tradicionalmente femeninos en los lugares de destino […] —en— ocupaciones vinculadas fundamentalmente al trabajo doméstico y el

dentro del lugar de recepción, estas personas demandan lo mismo que «las familias jóvenes —nacionales—: servicios sanitarios y educativos, viviendas suficientes y adecuadas o servicios para la compatibilización de la vida laboral y familiar»[65].

A la luz de lo expuesto, fácilmente se colige que una apropiada atención a sus necesidades constituye un pilar esencial para reforzar y consolidar «su papel como pobladores, como agentes de revitalización y garantes del futuro de los pequeños municipios»[66]. Por eso, una respuesta inexistente o insuficiente a sus aspiraciones tarde o temprano desencadenará los procesos socioeconómicos responsables de la anómala coyuntura contemporánea en amplias secciones del territorio nacional. En especial, un casi seguro traslado a la menor oportunidad hacia los entornos urbanos, de forma tal que el medio rural supondrá para estas personas «una "estación de paso" […] —no— un destino donde establecerse con un arraigo duradero»[67]. En este sentido, conviene recordar que «no son las condiciones de vida a la llegada lo que más va a determinar la dinámica de la integración social (aunque cier-

cuidado de personas, […] a la hostelería, el comercio o la restauración». Con superior detalle, Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *cit*., pp. 78 y 79.

65 Camarero, L. y Sampedro, R.: «Despoblación y ruralidad transnacional: crisis y arraigo rural en Castilla y León», *cit*., p. 78.
Incluso, con una mayor perentoriedad en atención a su usual condición de «"nuevo proletariado" […] que viene a ocupar sectores de actividad con una demanda estructural de mano de obra flexible, barata, dispuesta a asumir trabajos duros y poco exigente en cuanto a estabilidad y reconocimiento formal de sus derechos laborales» [Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *cit*., p. 75]. Y es que la conjunción de ciertos factores (por ejemplo, la menor pujanza de las economías rurales, el creciente abandono de los pueblos o el envejecimiento de sus habitantes) ha servido de caldo de cultivo para que también fuera de los enclaves urbanos las opciones profesionales al alcance de las personas extranjeras tiendan a traducirse en «empleos precarios y mal remunerados […] —muchas veces acompañados de— la dificultad de vivir y trabajar en zonas alejadas y frecuentemente mal comunicadas» [Soronellas, M.; Bodoque, Y. y Torrens, R.: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *cit*., p. 5 (formato electrónico)]. De ahí ese resultado final, de sobra conocido, consistente en unas «elevadas tasas de pobreza laboral […] —pues una fracción significativa— de los trabajadores inmigrantes vive, pese a su empleo, en familias cuya renta disponible no supera el umbral de riesgo de pobreza» [Ayala Cañón, L.; Cantó Sánchez, O.; Martínez López, R. y Navarro Ruiz, C.: «Análisis de las necesidades sociales de la población inmigrante», *cit*., p. 8].

66 Sampedro, R. y Camarero, L.: «Crisis e inmigración extranjera en las áreas rurales: algunas claves para entender los procesos de asentamiento y arraigo de la población inmigrante», *cit*., p. 53.

67 Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *cit*., p. 84.

tamente pueden condicionarla), sino la evolución a partir de ese momento»[68], así como que «el arraigo rural parece relacionarse también con las oportunidades de consolidación de los proyectos familiares»[69], por cuanto no resulta inusual que «los inmigrantes vinculen sus proyectos migratorios con la formación de sus hogares y familias, y las pautas […] sobre las que se organiza la supervivencia individual y familiar»[70].

A mayor abundamiento, no siempre se instalarán allí donde se les precisa «para cubrir algunos de los vacíos existentes»[71], sino que, siguiendo «patrones similares a los de la población autóctona»[72], tenderán a guiarse por un criterio «selectivo y ambiguo según las ofertas de empleo local, […] los mercados de trabajo exteriores, el arraigo previo de conocidos o compatriotas»[73] y las dimensiones «del municipio, […] su localización […] estructura económica»[74], «tamaño […] oferta de viviendas, […] comunicaciones y […] estándares de servicios públicos»[75].

Es más, dada su polimórfica condición como «trabajadores, consumidores, vecinos y usuarios de los servicios y espacios públicos»[76], todas las dimensiones habrán de ser convenientemente atendidas, aunque con la precaución de colocar siempre en el centro las intervenciones en materia de

68 Laparra, M.: «La dinámica de la integración social de los inmigrantes y su impacto en la sociedad de acogida. La perspectiva desde Navarra», *Política y Sociedad*, vol. 45, n.º 1, 2008, p. 169.

69 «Bien por la reagrupación de la familia de origen, bien por la formación de una nueva familia en ese destino», según la exposición de Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *cit*., pp. 85 y 86.

70 Sampedro Gallego, R. y Camarero Rioja, L.: «Inmigrantes, estrategias familiares y arraigo: las lecciones de la crisis en las áreas rurales», *cit*., p. 26.

71 Lacomba Vázquez, J.; Benlloch Domènech, C.; Cloquell Lozano, A. y Veira Ramos, A.: *La aportación de la inmigración a la sociedad española. Informe final*, *cit*., pp. 127 y 128.

72 Eguía, B.; Murua, J. R.; Aldaz, L. y Astorkiza, I.: «La población inmigrante en las zonas rurales del País Vasco», *Información Técnica Económica Agraria*, vol. 109, n.º 2, 2013, p. 220.

73 Camarero, L.; Sampedro, R. y Oliva, J.: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *cit*., pp. 72 y 76.

74 Soronellas, M.; Bodoque, Y.; Blay, J.; Roquer, S. y Torrens, R.: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *cit*., p. 116.

75 Sampedro Gallego, R. y Camarero Rioja, L.: «Inmigrantes, estrategias familiares y arraigo: las lecciones de la crisis en las áreas rurales», *cit*., p. 6.

76 Martínez Muñoz, E.: «Los planes locales de integración de inmigrantes como buenas prácticas de inserción de las personas migrantes: el caso del Alto Turia (La Serranía)», cit., p. 45.

integración y servicios sociales, una y otros indispensables para facilitar el arraigo y que, a su vez, en los lugares de recepción se generen «ambientes abiertos y tolerantes»[77].

Después de lo argumentado, llama todavía más la atención que, a la postre, las actuaciones en efecto centradas o focalizadas en la integración social de las personas foráneas supongan aún una *rara avis* en la mayor parte de los territorios[78].

III. La centralidad de unos servicios sociales oportunos y suficientes

En su extenso y diverso espectro[79], la de los servicios sociales emerge como una cuestión que en los marcos regulatorio y proyectivo suele concebirse a partir de su propósito definitorio: socorrer o asistir a quienes atraviesan por una coyuntura adversa. Sin embargo, en el diseño suele perderse de vista que, para facilitar su eficacia, en lugar de una intervención reactiva deviene precisa una orientación más preventiva, lo cual ha de traducirse en una «gestión con sentido anticipatorio de las prestaciones»[80].

---

77 Sáez Pérez, L. A.: «La necesidad de senderos entre la ciudad y los pueblos para quienes vienen de lejos», en AA. VV., *Analizando lo rural. Estrategias, análisis y buenas prácticas en materia de desarrollo rural e inmigración, integración de familias y personas en zonas poco pobladas*, Fundación Cepaim, 2018, p. 70.
Es más, «para favorecer la contribución de las personas migrantes al desarrollo rural es imprescindible conocer y proponer iniciativas que promuevan los vínculos entre zonas rurales y urbanas, acciones que mejoren y diversifiquen las oportunidades de empleo rural, especialmente para mujeres y jóvenes, y actuaciones que protejan la calidad de vida y la convivencia mediante acciones públicas decididas». Puntualizándolo, Organización Internacional para las Migraciones: *Situación de la población inmigrante en las zonas rurales españolas y su contribución al desarrollo rural*, *cit*., p. 7.

78 Indicando que «una de las principales cuestiones que se están planteando las Asambleas legislativas autonómicas es si resulta imprescindible la elaboración de leyes autonómicas específicas en materia de derechos de los inmigrantes o si, por el contrario, el objetivo a alcanzar es el acceso normalizado de este amplio colectivo a las distintas prestaciones sociales a través de la legislación general», Vidal Fueyo, M.ª C.: «Población y despoblación en Extremadura», *cit*., pp. 28 y 31.

79 Está claro que «el concepto de servicios sociales ha de entenderse en un sentido amplio, no circunscrito únicamente al ámbito de las prestaciones y actuaciones llevadas a cabo desde los servicios sociales comunitarios, sino al conjunto de actuaciones básicas que conforman el Estado del Bienestar (los servicios relacionados con la educación y la formación, los sanitarios y de salud, y los sociales en sentido extenso)». Se sigue en este punto a Iborra Rubio, J. F.: «La integración de personas extranjeras residentes en los municipios: el papel de la Administración local», *El Consultor de los Ayuntamientos*, n.º 21, 2014, p. 2 (formato electrónico).

80 De todos modos y dirigiendo la mirada hacia el colectivo de las personas foráneas, «esa proactividad no puede quedar restringida únicamente a las funciones específicas de los

En este sentido y siquiera sea para tenerlo claro desde un principio, de cara a una plena y verdadera integración en el lugar de destino, las personas inmigrantes primero se hacen merecedoras del reconocimiento de una serie prerrogativas esenciales, las cuales, «en la medida en que tienen que ver con la satisfacción de necesidades básicas, funcionan como un *prius* ontológico necesario tanto para el desarrollo de una vida digna en el plano socioeconómico y de la salud, como para el ejercicio inmediato o posterior de derechos civiles y políticos»[81].

Dicho lo anterior, en el plano normativo patrio, los focos deben comenzar apuntando hacia la Constitución Española de 1978 (CE)[82], texto que, paradójicamente, no reconoce de una forma directa el derecho de la ciudadanía a los servicios sociales. A pesar de ello, la virtualidad de la garantía se extrae sin mayores dificultades tras una interpretación integradora de algunas de sus previsiones, como las incluidas en sus preceptos número 1 («España se constituye en un Estado social»), 9.2 («corresponde a los poderes públicos […] facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social») 14 («los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por […] cualquier […] condición o circunstancia personal o social») o 40.1 («los poderes públicos promoverán las condiciones favorables para el progreso social»).

A su vez, pero desde una perspectiva más específica, el artículo 13 de la norma confirma que «los extranjeros gozarán en España de las libertades públicas que garantiza el presente Título en los términos que establezcan los tratados y la ley». Llama la atención que se trate de la única referencia expresa al colectivo en el texto de la Carta Magna, «carencia constitucional

servicios sociales. Se necesita proyectarla igualmente a otros servicios públicos, muy necesitados por los inmigrantes. La educación, la vivienda, el empleo, la sanidad, los procesos administrativos de residencia etc. […] También hay que avanzar hacia el entendimiento de los programas sociales de manera integral, para lo que habrá que fomentar la formación holística en esta materia». Muy certeras las reflexiones efectuadas por Alemán Bracho, C. y Soriano Miras, R. M.ª : «La inmigración en España: nuevos desafíos para las políticas sociales», *cit*., pp. 145 y 146.

81 Con todo, supondría un grave error mezclar «la integración social y la integración en el sistema de derechos», según matiza García Cívico, J.: «La integración social de la persona inmigrante en España: Norma y realidad», *Ecléctica, Revista Logos-Ciencia y Tecnología*, vol. 2, n.º 1, 2010, pp. 26 y 32 a 35.
Se trata de dos esferas distintas a pesar de su íntima conexión. Al fin y al cabo, si la primera no tiene lugar, por más que se diseñe o articule en el plano normativo un reconocimiento expreso de garantías, «las posibilidades de exclusión de estas poblaciones se incrementan exponencialmente» [García Martínez, J. A.: «Migraciones, inserción laboral e integración social», *cit*., p. 236], alejando sobremanera ese ideal de «sociedad inclusiva que garantice la plena participación económica, social, cultural y política del inmigrante en condiciones de igualdad de trato y oportunidades» [García Cívico, J.: «La integración social de la persona inmigrante en España: Norma y realidad», *cit*., p. 32].

82 Constitución Española de 1978 (BOE n.º 311, de 29 de diciembre).

de regulación […] —pese a todo— ampliamente compensada por los vaivenes experimentados por la legislación de la extranjería desde 1985»[83].

Así, de acuerdo con la LOEx, las personas foráneas inmigrantes (en principio, regulares) dentro del territorio español tienen derecho a acceder, en las mismas condiciones que las nacionales, a «los servicios y […] las prestaciones sociales, tanto a las generales y básicas como a las específicas» (art. 14, apdos. 1 y 2). Ahora bien, solo respecto de los primeros el reconocimiento se efectúa con vocación de universalidad, es decir, con independencia de la situación administrativa de quien acabe recibiéndolos (art. 14.3).

Como se desprende, desde la propia normativa se termina estableciendo «una jerarquía de derechos según el estatus político y administrativo de la persona»[84], «una escala en cuyo grado superior estarían los nacionales del Estado receptor, seguidos de los extranjeros nacionales de países de la Unión Europea, los extranjeros extracomunitarios con permiso de residencia en vigor y los extranjeros en situación administrativa irregular»[85].

Volviendo al marco constitucional, se ha de apuntar que la de la asistencia social supone una competencia susceptible de ser asumida, vía estatutaria y en régimen de exclusividad, por las comunidades autónomas (art. 148.1.20.ª), ninguna de las cuales, dicho sea de paso, ha dejado pasar tal oportunidad. Empero, al ejercer tal facultad siempre habrán de respetar el contenido y el alcance de la potestad absoluta reservada al Estado en torno a «la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales» (art. 149.1.1.ª).

En sintonía con ello, la reciente Ley 15/2022, de 12 de julio[86], recalca que «las administraciones públicas, en el ámbito de sus competencias, garan-

---

83 Iborra Rubio, J. F.: «La integración de personas extranjeras residentes en los municipios: el papel de la Administración local», *cit*., pp. 1 y 2 (formato electrónico).

84 García Cívico, J.: «La integración social de la persona inmigrante en España: Norma y realidad», *cit*., p. 33.

85 Por consiguiente, «entre los extranjeros, se producen enormes diferencias entre los derechos que les son reconocidos a unos u otros, vinculando la titularidad de estos derechos no a la condición de sujeto, sino a la situación administrativa». Subrayando dicha eventualidad, Mora Castro, A.: «Inmigración, servicios públicos e integración social», *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 20, 2007, p. 30.

86 Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación (BOE n.º 167, de 13 de julio). De acuerdo con su artículo 2.1, «se reconoce el derecho de toda persona a la igualdad de trato y no discriminación con independencia de su nacionalidad, de si son menores o mayores de edad o de si disfrutan o no de residencia legal. Nadie podrá ser discriminado por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social».

tizarán que en el acceso y la prestación de los diferentes servicios sociales no se produzcan situaciones discriminatorias por cualquiera de las causas previstas en la presente ley. […] —Con la peculiaridad, asimismo, de que— los planes y programas sobre servicios sociales procurarán la atención prioritaria de los grupos especialmente vulnerables, […] —y pondrán— especial atención […] —en— establecer mecanismos que eviten excluir a las personas con una situación socioeconómica más débil» (art. 16). Esto, además, sin dejar de observar principios tan elementales como el de inmediación (de forma que las actuaciones a desplegar, cuando su naturaleza lo permita, respondan a criterios de máxima descentralización, efectuándose lo más próximas posibles al lugar de residencia de sus destinatarios), o de sopesar, si es menester, circunstancias clave como las singularidades inherentes a las zonas rurales.

Y aun cuando los avances en este campo resultan más que apreciables, todavía subsisten ciertas insuficiencias. Entre las más notorias, las relativas a la escasez de los recursos dispuestos; los términos ambiguos con los que se tiende a definir el concepto de servicios sociales (para corregirlo, nada impide tomar como referencia la consolidada doctrina constitucional acerca de la asistencia social[87]); la ausencia de una nomenclatura común para los diferentes elementos[88], así como de sistemas de información unificados y articulados con otros ámbitos (sanitario, educativo, laboral, etc.); o, por no seguir, las excesivas reglamentación y burocratización características de los modelos regionales[89].

87 La asistencia social supone «una técnica de protección situada extramuros del sistema de la Seguridad Social, con caracteres propios, que la separan de otras afines o próximas a ella. Se trata de un mecanismo protector de situaciones de necesidad específicas, sentidas por grupos de población a los que no alcanza el sistema de Seguridad Social y que opera mediante técnicas distintas de las propias de esta […] De esta forma, la asistencia social vendría conformada como una técnica pública de protección, lo que la distingue de la clásica beneficencia, en la que históricamente halla sus raíces». El literal, en la STC 18/2016, de 4 febrero. Siguiéndola, las posteriores SSTC 239/2002, de 11 diciembre, o 23/2013, de 31 de enero.

88 «Si bien es cierto que la Administración prestadora de servicios puede diferir de un territorio a otro (municipio, mancomunidad, diputación, etc.), lo que no debería diferir es la identificación y evaluación de los servicios a prestar. En este sentido, la disparidad existente entre las distintas entidades administrativas subprovinciales supone un desequilibrio importante en la cantidad y calidad de los servicios de los que se dispone en muchas áreas rurales». Resaltándolo, Organización Internacional para las Migraciones: *Situación de la población inmigrante en las zonas rurales españolas y su contribución al desarrollo rural*, *cit*., p. 72.

89 Identificando buena parte de estas debilidades, Alemán Bracho, C.: «Los sistemas de servicios sociales en las Leyes autonómicas de servicios sociales», *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n.º 152, 2011, p. 16 (formato electrónico); o Casado, D.; Vilà, A. y Fantova, F.: *Los servicios sociales públicos. VIII Informe FOESSA*, 2019, p. 9.

Sea como fuere, un somero análisis de los diferentes estatutos de autonomía permite extraer las principales bases llamadas a servir de pautas dentro del plano operacional. En concreto:

- Aunque su previsión pueda ser tildada de superflua, no está de más explicitar que todas las personas, cumplidos obviamente «los requisitos establecidos»[90], disfrutarán de las prestaciones y las ayudas públicas «destinadas a su bienestar»[91] individual o familiar, sobre las que serán pertinentemente informadas[92].
- A ellas podrán «acceder en condiciones de igualdad»[93], garantía que, dejando al margen factibles acciones positivas dirigidas a ciertos sectores, grupos o colectivos desfavorecidos, no admite ni el más mínimo atisbo de «discriminación en el ejercicio de los derechos, el cumplimiento de los deberes y la prestación de los servicios […] —en especial— la ejercida por razón de sexo, orígenes étnicos o sociales, lengua, cultura, religión, ideología, características genéticas, nacimiento, patrimonio, discapacidad, edad, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social»[94].

  Que así sea recae como responsabilidad sobre los poderes públicos, a los que por ejemplo también atañe «promover la erradicación del racismo, del antisemitismo, de la xenofobia, de la homofobia y de cualquier otra expresión que atente contra la […] —equidad— y la dignidad de las personas»[95].
- Desde luego, a tal fin adquieren un notable protagonismo las «políticas públicas que fomenten la cohesión social»[96], a orientar hacia el

90 Artículo 16 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio).

91 Artículo 12.2 de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón (BOE n.º 97, de 23 de abril).

92 Artículos 24.1 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio); y 13.3 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León (BOE n.º 288, de 1 de diciembre).

93 Artículos 23.1 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.º 68, de 20 de marzo); y 29 de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (BOE n.º 268, de 6 de noviembre).

94 Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.º 68, de 20 de marzo). Con una casi absoluta identidad en los contenidos, el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (BOE n.º 268, de 6 de noviembre).

95 Artículo 40.8 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio).

96 Artículo 42.1 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio).

«pleno desarrollo personal y social, así como […] la eliminación de las causas y efectos de las diversas formas de marginación o exclusión social»[97].

Propósitos generales altamente condicionados por factores como «la plena ocupación, la cohesión social y el progreso científico y técnico […] que asegure a toda la ciudadanía el acceso a los servicios públicos […] —entre los que cabe referir— la salud, la educación, la vivienda, la protección social, el ocio y la cultura»[98].

- Como es lógico, los mayores esfuerzos deben ir dirigidos a «velar por la plena integración social, económica y laboral de las personas y los colectivos más necesitados de protección, especialmente de los que se encuentran en situación de pobreza y riesgo de exclusión social»[99] o, inclusive, en «zonas más desfavorecidas social y económicamente»[100].

  Entre esos grupos merecedores de una atención singularizada y prioritaria se enmarcan las personas inmigrantes[101] o extranjeras[102], blanco de «las acciones necesarias para establecer un régimen de acogida […] —y— las políticas que garanticen el reconocimiento y la efectividad de […] —sus— derechos y deberes […], la igualdad de oportunidades, las prestaciones y las ayudas que permitan su plena acomodación social y económica y la participación en los asuntos públicos»[103].

  Gracias a ello, se propiciará su efectiva integración en todos los planos[104], premisa elemental a los efectos de una adecuada «convivencia

97 Artículo 23.1 de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón (BOE n.º 97, de 23 de abril).

98 Artículo 12.3 de la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears (BOE n.º 52, de 1 de marzo).

99 Artículo 42.2 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio). De un modo semejante, al referirse a «las personas que padezcan marginación, pobreza o exclusión social», el artículo 16.3 de la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears (BOE n.º 52, de 1 de marzo).

100 Artículo 10.3.14 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.º 68, de 20 de marzo).

101 Artículos 10.3 de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (BOE n.º 164, de 10 de julio); y 16.3 de la Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears (BOE n.º 52, de 1 de marzo).

102 Artículo 10.1 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León (BOE n.º 288, de 1 de diciembre).

103 Artículo 42.6 de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio).

104 Artículos 138.1 b) de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio); 30.49 de la Ley Orgánica 1/2007,

social, cultural y religiosa […] el respeto a la diversidad cultural, de creencias y convicciones, […] —y el establecimiento de unas— relaciones interculturales con pleno respeto a los valores y principios constitucionales»[105], favorecedoras del «mutuo conocimiento […] —así como del— respeto por las diferencias»[106].

- En esta labor, resultarán especialmente decisivos los gobiernos o entes locales, a los que compete la «gestión de los servicios sociales comunitarios»[107] y el «fomento de las políticas de acogida de los inmigrantes»[108].
- Máxime si, en paralelo, se pretende conseguir un «desarrollo integral y […] —con la debida— protección del mundo rural»[109], depositario del «rico patrimonio de las formas tradicionales de la vida de los pueblos»[110].

  Aquel se antoja imprescindible de cara a alcanzar «la igualdad de derechos independientemente del lugar de residencia»[111], «la cohesión territorial, la solidaridad y la convergencia entre los diversos territorios […] como forma de superación de los desequilibrios económicos,

de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears (BOE n.º 52, de 1 de marzo); 10.3.17, 37.1.9 y 62.1 a) de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.º 68, de 20 de marzo); 29 y 75.6 de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón (BOE n.º 97, de 23 de abril); 10.2 y 70.1.12 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León (BOE n.º 288, de 1 de diciembre); 9.1.28 de la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE n.º 25, de 29 de enero); o 37.24 y 144.1 b), c) y d) de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (BOE n.º 268, de 6 de noviembre).

105 Artículo 37.1.23 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.º 68, de 20 de marzo).

106 Artículo 7.17 de la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE n.º 25, de 29 de enero).

107 Artículos 92.2 c) de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.º 68, de 20 de marzo); o 75.5 l) de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (BOE n.º 268, de 6 de noviembre).

108 Artículo 84.2 m) de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio).

109 Artículo 116.1 g) de la Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña (BOE n.º 172, de 20 de julio).

110 Artículo 7.2 de la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE n.º 25, de 29 de enero).

111 Artículo 29 de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (BOE n.º 268, de 6 de noviembre).

sociales y culturales y de equiparación de la riqueza y el bienestar entre todos los ciudadanos, especialmente los que habitan en —los núcleos no urbanos—»[112].

A tales efectos, emergen como aspectos primordiales sobre los que intervenir el empleo, «la mejora de las condiciones de trabajo»[113] o «la modernización y el desarrollo integral de las zonas rurales […] —mediante la dotación— de infraestructuras y servicios públicos suficientes»[114].

- Sin solución de continuidad, a la hora de determinar las necesidades de gasto y de financiación cabrá considerar variables como, entre las más elocuentes, «la superficie regional en relación con la nacional, la baja densidad de la población, el envejecimiento, el menor nivel de renta, la población en situación de exclusión o pobreza, el peso del mundo rural y la distancia y tiempo de acceso de los ciudadanos a los servicios públicos»[115].

  Acto seguido, «con el objetivo conjunto de fijar la población del mundo rural y de mejorar su calidad de vida, —se— promoverán estrategias integrales de desarrollo […] —en especial— sostenible»[116], que velen por «el crecimiento demográfico regional, […] el retorno de los emigrantes y […] —la lucha— contra la despoblación de las zonas rurales»[117], pero sin soslayar «la protección de la naturaleza y del medio ambiente»[118].

---

112 Artículo 10.3.8 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.° 68, de 20 de marzo). En la misma línea, el artículo 12.2 de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón (BOE n.° 97, de 23 de abril).

113 Artículo 9.2 c) de la Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia (BOE n.° 146, de 19 de junio). Semejante, el artículo 16.9 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León (BOE n.° 288, de 1 de diciembre).

114 Artículo 16.10 de la Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León (BOE n.° 288, de 1 de diciembre).

115 Artículo 86.5 de la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE n.° 25, de 29 de enero).

116 Artículo 202 de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (BOE n.° 68, de 20 de marzo). Muy similares, los artículos 74.1 de la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE n.° 25, de 29 de enero); o 130.1 i) de la Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (BOE n.° 268, de 6 de noviembre).

117 Artículo 7.3 de la Ley Orgánica 1/2011, de 28 de enero, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de Extremadura (BOE n.° 25, de 29 de enero).

118 Artículo 4.4 f) de la Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha (BOE n.° 195, de 16 de agosto).

Dado que estos ambiciosos planteamientos no dejan de ser meras declaraciones de principios, para cristalizar requieren de una apropiada plasmación dentro de planes generales o (mejor) particularizados de actuación. Sin embargo, por lo que a la dupla integración de las personas extranjeras y garantía de los servicios sociales hace, no abundan los modelos específicos y suficientemente detallados[119], convirtiéndose además en casi utópica la posibilidad de localizar documentos que añadan al conjunto la perspectiva del mundo rural[120].

Es más, a pesar de que «la promoción de la integración es una obligación de los poderes públicos y una parte fundamental de la política de inmigración»[121], en la práctica el mayor peso de las acciones de inclusión social en favor de las personas extranjeras descansa sobre las espaldas de las organizaciones no gubernamentales[122], convertidas con frecuencia, ante «el escaso reconocimiento de los derechos sociales de estos ciudadanos […] —y— la debilidad de las políticas sociales»[123], en el último (y quizás único) baluarte, dentro asimismo de un contexto que presenta «un marcado desajuste entre

119 «La mayor parte de las Comunidades Autónomas, además de contemplar en sus respectivos Estatutos, como competencia exclusiva, la integración social, económica y cultural de los inmigrantes, van diseñando Planes Regionales desde los que abordan dicho proceso de integración […] Muy pocas […] —en cambio— han elaborado normas jurídicas *ad hoc* y algunas de las que lo han hecho han visto recurridos sus textos ante el Tribunal Constitucional […] —A la postre— todo este panorama está dando lugar a un mapa muy heterogéneo, en cuanto a normativa y políticas públicas, que no siempre corre paralelo al elevado número de inmigrantes asentados en nuestro país». El atinado diagnóstico, en Vidal Fueyo, M.ª C.: «Población y despoblación en Extremadura», *cit*., pp. 25 y 26.

120 Tal es así que, de entre los escasos textos existentes, únicamente merece ser destacado el *IV Plan Estratégico de Cohesión Social con las personas inmigrantes y la convivencia intercultural en Castilla y León 2018-2021*. Al que, en menor medida, cabría unir la *Estrategia andaluza para la inmigración 2021-2025: inclusión y convivencia; el Plan de inmigración de la Comunidad de Madrid 2019-2021*; la *Estrategia valenciana de migraciones 2021-2026*; o el *VI Plan interanual de ciudadanía, inmigración y asilo 2022-2025*, del Gobierno Vasco.

121 García Cívico, J.: «Sobre el proceso de integración social del inmigrante en España. la cuestión de los indicadores», *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones Ambrosio L. Gioja*, n.º 7, 2011, pp. 72 y 73.

122 Algo hasta cierto punto previsible, por cuanto «entre el Estado Central, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales aún no se ha articulado una estrategia global, coordinada y coherente cara al diseño de un modelo de integración que, al menos en sus líneas esenciales, unifique criterios en todo el territorio nacional». En profundidad, Vidal Fueyo, M.ª C.: «Población y despoblación en Extremadura», *cit*., pp. 25 y 26.

123 «A pesar de que se ha avanzado en el reconocimiento de los derechos educativos o sanitarios, muchas esferas vinculadas con el Bienestar Social han sido abandonadas por las Administraciones que, a lo sumo, ceden fondos a otras entidades no gubernamentales para que las desarrollen. Esta cesión de competencias implica una debilitación de la misma idea de "derecho", puesto que las diversas prestaciones adquieren carácter graciable y dejan de ser consideradas como instrumentos de garantía de derechos reconocidos». Advirtiéndolo, Mora Castro, A.: «Inmigración, servicios públicos e integración social», *cit*., pp. 28 y 29.

unas políticas que priman las condiciones de acceso a partir de las necesidades laborales y la coyuntura económica sobre las condiciones y estado de la integración»[124].

Y como quiera que la población foránea, al igual que la nacional, con el tiempo buscará mejorar su situación en los planos laboral, educativo, sanitario, residencial, participativo, de reconocimiento, etcétera[125], tarde o temprano se desplazará allí donde resulte más sencillo conseguirlo (por lo común, los entornos urbanos). En definitiva, sin dificultad se concluye que «tanto el fenómeno de la inmigración extranjera como el de la despoblación de las áreas rurales responden a múltiples causas interdependientes […] —motivo por el cual será menester dispensarles— un tratamiento integral, más aún si se abordan conjuntamente y con finalidad complementaria»[126], que además coloque a los servicios sociales en un lugar preeminente. Al fin y al cabo, «el bienestar y la calidad de vida de la población rural —autóctona o no— están íntimamente relacionados con unos buenos servicios públicos»[127].

Pero una cosa es lo que se desea y otra muy distinta lo que sucede en la práctica. Actualmente, las dinámicas contemporáneas en las parcelas demográfica y económica terminan abocando a vagar a lo largo de un círculo vicioso, donde aquellas incluso se retroalimentan. De esta forma, los proyectos tendentes a la dotación de servicios apropiados acaban tornándose en quimeras irrealizables desde un punto de vista presupuestario[128]. El des-

124 García Cívico, J.: «La integración social de la persona inmigrante en España: Norma y realidad», *cit*., p. 30.

125 Ayala Cañón, L.; Cantó Sánchez, O.; Martínez López, R. y Navarro Ruiz, C.: «Análisis de las necesidades sociales de la población inmigrante», *cit*., p. 5.

126 Collantes, F.; Pinilla, V.; Sáez, L. A. y Silvestre, J.: «El impacto demográfico de la inmigración en la España rural despoblada», *cit*., p. 22.

127 Ahora bien, «para mejorar los servicios públicos y adaptarse al cambio demográfico es necesario reconocer la diversidad de desafíos y oportunidades en los diferentes tipos de áreas rurales, preparar estas áreas y a sus pobladores para adoptar las tecnologías digitales y, sobre todo, adoptar políticas de desarrollo rural centradas en las personas. Este enfoque supone ir más allá de las políticas de nivelación en la prestación de los servicios públicos, así como en una aplicación basada exclusivamente en criterios como el territorio o la residencia. Asimismo, requiere mayor flexibilidad, por ejemplo, con la prestación de servicios de manera integrada […] Y, sobre todo, necesita de una comprensión más profunda de la diversidad y complejidad de los distintos sistemas socioeconómicos rurales y de sus interconexiones con las ciudades». Más que interesantes el conjunto de valoraciones y conclusiones efectuadas por el Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, *cit*., pp. 80 y 81.

128 Adam-Hernández, A. y Harteisen, U.: «A proposed framework for rural resilience. How can peripheral village communities in Europe shape change?», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.º 28, 2019, pp. 30 y 31.

enlace no por conocido resulta menos frustrante: un pertinaz y agravado «déficit de infraestructuras y medios para la prestación de servicios básicos que afecta a la cohesión social y territorial»[129].

Por lo expuesto, también las políticas de desarrollo rural deben ser repensadas. De manera forzosa, han de adoptar enfoques más amplios, que no se circunscriban en exclusiva o de manera fundamental a las variables demográficas, aun cuando la lucha contra la despoblación deba erigirse en uno de sus principales pilares[130]. Hoy, otros aspectos (señaladamente, la disposición y el mantenimiento de unos servicios sociales robustos y adaptados a las particularidades tanto de los territorios como de sus habitantes) influyen de forma decisiva a la hora de atraer, fijar y, cuando sea menester, integrar contingentes de personas foráneas (extranjeras o no), así como de generar alternativas endógenas de progreso y florecimiento en la afamada «España vaciada».

De manera adicional, cualquier intervención dirigida hacia las personas extranjeras no solo ha de centrar la atención en procesos tan mecánicos como los de regularización administrativa o de búsqueda de empleo. Por el contrario, las apremiantes circunstancias en presencia exigen «un enfoque amplio, que responda a la complejidad de los factores» concurrentes[131], dentro de un «proceso multidimensional, segmentado, asimétrico y múltiple»[132].

Ahora bien, también se han de incorporar a la ecuación los rasgos definitorios de la sociedad receptora, pues se está ante «un juego dialéctico entre dos partes en el que no podemos atender solo a una de ellas»[133]. De hecho, lograr una interacción bidireccional permitirá alcanzar una «integración no multiculturalista, sino intercultural»[134], y avanzar «en la integración social de los inmigrantes, en su asentamiento definitivo, en la constitución de familias, en su cualificación, en su promoción laboral —y— en la mejora de sus economías»[135].

---

129 Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, *cit*., p. 65.

130 Collantes, F.; Pinilla, V.; Sáez, L. A. y Silvestre, J.: «El impacto demográfico de la inmigración en la España rural despoblada», *cit*., p. 15.

131 García Martínez, J. A.: «Migraciones, inserción laboral e integración social», *cit*., p. 237.

132 Gobierno Vasco: *VI Plan interanual de ciudadanía, inmigración y asilo 2022-2025*, 2022, pp. 6 y ss.

133 Laparra, M.: «La dinámica de la integración social de los inmigrantes y su impacto en la sociedad de acogida. La perspectiva desde Navarra», *cit*., p. 169.

134 García Cívico, J.: «La integración social de la persona inmigrante en España: Norma y realidad», *cit*., p. 32.

135 Laparra, M.: «La dinámica de la integración social de los inmigrantes y su impacto en la sociedad de acogida. La perspectiva desde Navarra», *cit*., p. 185.

IV. Bibliografía

AA. VV. (**Camarero, L.**, Coord.): «La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social», *Fundación «la Caixa». Colección Estudios Sociales*, n.º 27, 2009, pp. 1-190.

Abdillahi Mohamed, B.: «Las mujeres inmigrantes subsaharianas y el mundo laboral en la Región de Murcia: exclusión y estrategias comunitarias e individuales de inserción laboral», *Lex Social*, vol. 10, n.º 1, 2020, pp. 406-427.

Adam-Hernández, A. y **Harteisen, U.**: «A proposed framework for rural resilience. How can peripheral village communities in Europe shape change?», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.º 28, 2019, pp. 7-42.

Alemán Bracho, C.: «Los sistemas de servicios sociales en las Leyes autonómicas de servicios sociales», *Revista Española de Derecho del Trabajo*, n.º 152, 2011.

Alemán Bracho, C. y **Soriano Miras, R. M.ª**: «La inmigración en España: nuevos desafíos para las políticas sociales», *Revista de Estudios Políticos*, n.º 166, 2014, pp. 123-151.

Álvarez Rodríguez, I.: «La integración de los inmigrantes en clave local», en AA. VV. (Matia Portilla, F. J., Dir.), *Nuevos retos para la integración social de los inmigrantes*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2014, pp. 293-338.

Ayala Cañón, L.; **Cantó Sánchez, O.**; **Martínez López, R.** y **Navarro Ruiz, C.**: «Análisis de las necesidades sociales de la población inmigrante», *Observatorio Social de la Caixa*, Informe 6.5, 2020, pp. 1-19.

Bandrés, E. y **Azón, V.**: *La despoblación de la España interior*, Madrid (Funcas), 2021 (disponible en: https://www.funcas.es/documentos_trabajo/la-despoblacion-de-la-espana-interior/; fecha de la consulta: 15 de marzo de 2023).

Camarero, L.: «Despoblamiento, baja densidad y brecha rural: un recorrido por una España desigual», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, pp. 47-73.

Camarero, L. y **Sampedro, R.**:

— «Despoblación y ruralidad transnacional: crisis y arraigo rural en Castilla y León», *Economía Agraria y Recursos Naturales*, vol. 19, n.º 1, 2019, pp. 59-82;

— «La inmigración dinamiza la España rural», *Observatorio Social de la Caixa*, Dossier 9, 2020, pp. 18-24.

Camarero, L.; **Sampedro, R.** y **Oliva, J.**: «Trayectorias ocupacionales y residenciales de los inmigrantes extranjeros en las áreas rurales españolas», *Sociología del Trabajo*, n.º 77, 2013, pp. 69-91.

Casado, D.; **Vilà, A.** y **Fantova, F.**: *Los servicios sociales públicos*. VIII Informe FOESSA, 2019 (disponible en: https://www.foessa.es/viii-informe/; fecha de la consulta: 15 de marzo de 2023).

Cavas Martínez, F.: «Aspectos fundamentales de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», *Aranzadi Social*, n.º 13, 2006, pp. 1-42 (formato electrónico).

Cepal: «El desafío social en tiempos del COVID-19», *Informe especial COVID-19*, n.º 3, 2020, pp. 1-22.

Collantes, F.: «Tarde, mal y… ¿quizá nunca? La democracia española ante la cuestión rural», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, pp. 15-32.

Collantes, F.; **Pinilla, V.**; **Sáez, L. A.** y **Silvestre, J.**: «El impacto demográfico de la inmigración en la España rural despoblada», *Documentos de trabajo del Real Instituto Elcano*, n.º 30, 2010, pp. 1-28.

Comunidad de Madrid: *Plan de inmigración de la Comunidad de Madrid 2019-2021*, 2018 (disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/plan_de_inmigracion_2019-2021.pdf; fecha de la consulta: 15 de marzo de 2023).

Confederación Sindical Internacional: *Nota informativa de la CSI sobre políticas económicas y sociales. Asegurar a los migrantes acceso a la protección social*, 2021 (disponible en: https://www.ituc-csi.org/nota-informativa-de-la-csi-sobre?lang=en; fecha de la consulta: 15 de marzo de 2023).

Consejo Económico y Social de España: *Informe 2/2021: Un medio rural vivo y sostenible*, Madrid (CES), 2021.

Eguía, B.; **Murua, J. R.**; **Aldaz, L**. y **Astorkiza, I.**: «La población inmigrante en las zonas rurales del País Vasco», *Información Técnica Económica Agraria*, vol. 109, n.º 2, 2013, pp. 215-238.

García Cívico, J.:

— «La integración social de la persona inmigrante en España: Norma y realidad», *Ecléctica, Revista Logos-Ciencia y Tecnología*, vol. 2, n.º 1, 2010, pp. 25-39;

— «Sobre el proceso de integración social del inmigrante en España. la cuestión de los indicadores», *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones Ambrosio L. Gioja*, n.º 7, 2011, pp. 50-77.

García Martínez, J. A.: «Migraciones, inserción laboral e integración social», *Revista de Economía Mundial*, n.º 14, 2006, pp. 231-249.

Gobierno Vasco: *VI Plan interanual de ciudadanía, inmigración y asilo 2022-2025*, 2022 (disponible en: https://www.euskadi.eus/planes-estrategicos-inmigrantes/web01-a2famil/es/; fecha de la consulta: 15 de marzo de 2023).

Gómez Benito, C.: «La lucha contra la despoblación: ¿políticas transformadoras o de paliativos?», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, pp. 9-14.

Gortázar Rotaeche, C.: «Migración y derechos humanos. Una perspectiva jurídica», en **AA. VV**., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, pp. 177-183.

Henning-Smith, C.: «The unique impact of COVID-19 on older adults in rural areas», *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 32, n.º 4-5, 2020, pp. 396-402.

Iborra Rubio, J. F.: «La integración de personas extranjeras residentes en los municipios: el papel de la Administración local», *El Consultor de los Ayuntamientos*, n.º 21, 2014, pp. 1-18 (formato electrónico).

Izquierdo Escribano, A.: «Integrar para regular: tres hipótesis de trabajo para una política de inmigración a medio y largo plazo», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, pp. 185-191.

Lacomba Vázquez, J.; **Benlloch Domènech, C**.; **Cloquell Lozano, A.** y **Veira Ramos, A.**: *La aportación de la inmigración a la sociedad española Informe final*, Madrid (Observatorio Permanente de la Inmigración), 2021.

Laparra, M.: «La dinámica de la integración social de los inmigrantes y su impacto en la sociedad de acogida. La perspectiva desde Navarra», *Política y Sociedad*, vol. 45, n.º 1, 2008, pp. 167-186.

Llorente Heras, R. y **Dueñas Fernández, D.**: «La integración laboral de los inmigrantes en España desde una perspectiva económica», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la Seguridad Nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, pp. 193-205.

López Ahumada, J. E.: «Flexibilidad, protección del empleo y seguridad social durante la pandemia global del Covid-19», *Documentos de Trabajo IELAT*, n.º 134, 2020, pp. 1-74.

Mackay Castro, C. R.; **Vicente Palacios, B. V.** y **Zambrano Novoa, H. A.**: «Efectos del Covid-19 en el mercado laboral», *Dominio de las Ciencias*, vol. 6, n.º 3, 2020, pp. 1369-1380.

Martínez Arroyo, F.; **Sacristán López, H.** y **Yagüe Blanco, J. L.**: «Are local action groups, under LEADER approach, a good way to support resilience in rural areas?», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.º 6, 2015, pp. 39-63.

Martínez Muñoz, E.: «Los planes locales de integración de inmigrantes como buenas prácticas de inserción de las personas migrantes. El caso del Alto Turia (La Serranía)», en AA. VV., *Analizando lo rural. Estrategias, análisis y buenas prácticas en materia de desarrollo rural e inmigración, integración de familias y personas en zonas poco pobladas*, Fundación Cepaim, 2018, pp. 43-50.

Mcauliffe, M. y **Triandafyllidou, A.**: «Report overview: Technological, geopolitical and environmental transformations shaping our migration and mobility futures», en AA. VV. (Mcauliffe, M. y Triandafyllidou, A., Ed.), *World Migration Report 2022*, Geneva (International Organization for Migration), 2021, pp. 1-17.

Molina Morales, A.; **Pablo Valenciano, J. de; Milán García, J.** y **Caparrós Martínez, J. L.**: «Covid-19. ¿Oportunidad para el mundo rural en España? Una reflexión», *Economistas*, n.º 170, 2020, pp. 167-182.

Mora Castro, A.: «Inmigración, servicios públicos e integración social», *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 20, 2007, pp. 25-34.

Moyano Estrada, E.: «Discursos, certezas y algunos mitos sobre la despoblación rural en España», *Panorama Social*, n.º 31, 2020, pp. 33-45.

Mueller, J. T.; **Mcconnell, K.**; **Burow, P. B.**; **Pofah, K.**; **Merdjanoff, A. A.** y **Farrell, J.**: «Impacts of the COVID-19 pandemic on rural America», *PNAS*, vol. 1, n.º 18, 2021, pp. 1-6.

Murua-Múgica, J. R. y **Eguía-Peña, P.**: «Inmigración y emprendimiento rural: ejes de innovación de las políticas de desarrollo rural», *Información Técnica Económica Agraria*, vol. 112, n.º 4, 2016, pp. 438-457.

Organización Internacional para las Migraciones: *Situación de la población inmigrante en las zonas rurales españolas y su contribución al desarrollo rural*, 2020 (disponible en: https://spain.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1141/files/documents/Situacio %CC %81n %20de %20la %20poblacio %CC %81n %20inmigrante %20en %20las %20zonas %20rurales %20espan %CC %83olas.pdf; fecha de la consulta: 15 de marzo de 2023).

Pérez Díaz, J. y **Abellán García, A.**: «Envejecimiento demográfico y vejez en España», *Panorama Social*, n.º 28, 2018, pp. 11-47.

Phillipson, J. ***et al.:*** «The COVID-19 pandemic and its implications for rural economies», *Sustainability*, n.º 12, 2020, pp. 1-9.

Reher Sullivan, D.: «Algunas reflexiones ante un nuevo ciclo migratorio en España», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, pp. 149-153.

Rey, A., del; Cebrián, M. y **Ortega, J. A.**: «Despoblamiento y envejecimiento en Castilla y León durante el siglo XX: análisis a través de la emigración femenina y la pérdida de nacimientos», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*, n.º 8, 2009, pp. 111-149.

Rico González, M.: «El fenómeno de la despoblación rural en Castilla y León. Implicaciones desde la perspectiva socioeconómica», *Práctica Urbanística*, n.º 162, 2020, pp. 1-10 (formato electrónico).

Sáez Pérez, L. A.: «La necesidad de senderos entre la ciudad y los pueblos para quienes vienen de lejos», en AA. VV., *Analizando lo rural. Estrategias, análisis y buenas prácticas en materia de desarrollo rural e inmigración, integración de familias y personas en zonas poco pobladas*, Fundación Cepaim, 2018, pp. 65-70.

Sampedro Gallego, R. y **Camarero Rioja, L.**:

— «Inmigrantes, estrategias familiares y arraigo: las lecciones de la crisis en las áreas rurales», *Migraciones*, n.º 40, 2016, pp. 3-31;

— «Crisis e inmigración extranjera en las áreas rurales: algunas claves para entender los procesos de asentamiento y arraigo de la población inmigrante», en AA. VV., *Analizando lo rural. Estrategias, análisis y buenas prácticas en materia de desarrollo rural e inmigración, integración de familias y personas en zonas poco pobladas*, Fundación Cepaim, 2018, pp. 51-64.

Sánchez-Montijano, E.: «La integración de los inmigrantes en España: un proceso multidimensional», en AA. VV., *El fenómeno migratorio en España. Reflexiones desde el ámbito de la seguridad nacional*, Madrid (Gobierno de España), 2019, pp. 229-235.

Soriano-Miras, R. M.ª: «Análisis sociológico de la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Sus reformas (8/2000, 11/2003, 14/2003, 2/2009) y su implicación social», *Papers*, n.º 96, 2011, pp. 683-705.

Soronellas, M.; **Bodoque, Y.**; **Blay, J.**; **Roquer, S.** y **Torrens, R.**: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo* Rural, n.º 16, 2014, pp. 111-148.

Soronellas, M.; **Bodoque, Y.** y **Torrens, R.**: «Inmigrar a la Cataluña rural. Contextos de ruralidad y migraciones de mujeres extranjeras hacia pequeños municipios», *Gaceta de Antropología*, vol. 29, n.º 2, 2013, pp. 1-19 (formato electrónico).

Vidal Fueyo, M.ª C.: «Población y despoblación en Extremadura», en **AA. VV**. (**Matia Portilla, F. J.**, Dir.), *Nuevos retos para la integración social de los inmigrantes*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2014, pp. 25-55.

CAPÍTULO XI

MEDIDAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MATERIA DE SERVICIOS SOCIALES Y SU APLICACIÓN EN LAS ÁREAS RURALES EN CASTILLA Y LEÓN

Javier Fernández-Costales Muñiz
Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Introducción

El Medio Rural en España abarca en torno al noventa por ciento del territorio, mientras únicamente reside en él aproximadamente un veinte por ciento de la población, hasta un treinta y cinco por ciento si se incluyen las llamadas zonas periurbanas.

Conectando estas cifras se puede llegar a entender la conclusión que se infiere de las grandes diferencias en cuanto a densidad demográfica entre el medio rural y el urbano. Esto a su vez tiene una traslación a otros indicadores socioeconómicos en el medio rural, situando sus valores por debajo de la media y en clara desventaja respecto al mundo urbano, concretamente en ámbitos como la formación y empleo, las infraestructuras y transportes, los servicios sociales, educativos y culturales o, por no seguir la implantación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación[1].

Desde hace ya bastantes años el medio rural está atravesando por un momento continuo de inflexión, «un antes y un después, envuelto, de paso,

1 Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: *Buenas prácticas en desarrollo rural y personas con discapacidad*, Madrid (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino), 2009, p. 8.

en una situación de incertidumbre e incredulidad, tratando de responder a las nuevas funciones sociales que parecen venir impuestas desde el exterior»[2].

Los planteamientos sobre qué es y cómo se describe el fenómeno de la discapacidad, se han visto sometidos a grandes transformaciones en los últimos años. La reflexión y discusión sobre el sentido y aplicación de principios fundamentales tales como igualdad de oportunidades, no discriminación, autonomía personal como una cuestión de derecho para todas las personas, se encuentra hace años en el centro del debate público.

En España, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia[3] (INE, 2020), hay en torno a 4,38 millones de personas con algún tipo de discapacidad[4], quienes, aun cuando constituyen un sector de población heterogéneo que abarca diferentes edades, sexos o sectores de población, poseen una nota en común, pues, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país.

Ante la situación de desigualdad en la cual se encuentran las personas con discapacidad, y al amparo del derecho a la igualdad, la Constitución Española[5] insta a los poderes públicos a llevar a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de este colectivo, ordenando su amparo, en especial en cuanto al disfrute de los derechos que el Título I CE reconoce a todos los ciudadanos hace, destacando en este sentido el mandato del artículo 49, quizá el «más relevante»[6].

---

2 DEL BARRIO ALISTE, J. M.: «El papel de los profesionales y técnicos en los procesos de cambio y desarrollo de la sociedad rural», en AA. VV. (RAMOS REAL, E., Coord.): *El desarrollo rural en la Agenda 2000*, Madrid (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación), 1999, p. 188.

3 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia*, Madrid (INE), 2020, p. 1.

4 Estas encuestas sobre Discapacidades son operaciones estadísticas en forma de macroencuestas que dan respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales. Vienen a cubrir buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España, habiéndose llevado a cabo hasta la actualidad tres macroencuestas en 1986, 1999 y 2008: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM1986), la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS1999) y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD2008). *Fuente: INE*.

5 «En cabal comprensión de la igualdad que proclama como uno de los cuatro valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico», ÁLVAREZ CUESTA, H.: «La relación laboral especial de los minusválidos en los centros especiales de empleo», *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, n.º 5, 2004, p. 610.

6 SEMPERE NAVARRO, A. V.: «El trabajo de los minusválidos: problemas de su regulación», *Tribuna Social*, n.º 91, 1998, p. 56.

Así, materias como el derecho al trabajo, la libre elección de la profesión y oficio, la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente, han sido señaladas para que los discapacitados puedan recibir un trato de favor, lo que se ha venido a denominar como discriminación positiva, en una expresión actualmente en continuo uso, pero ciertamente desafortunada, que permita compensar las dificultades derivadas de su propia peculiaridad[7].

Con objeto de lograr la integración de las personas con discapacidad y evitar que sus limitaciones personales se conviertan en limitaciones sociales, el principal «trampolín» será el acceso y la permanencia en el empleo[8], pues la falta de trabajo adecuado o de los mecanismos para su correcta inserción laboral constituyen las principales dificultades contra las que deben luchar[9].

II. La discapacidad en la normativa

Los planteamientos sobre qué es y cómo se describe el fenómeno de la discapacidad, se han visto sometidos a grandes transformaciones en los últimos años. La reflexión y discusión sobre el sentido y aplicación de principios fundamentales tales como igualdad de oportunidades, no discriminación, autonomía personal, ciudadanía, etc., como una cuestión de derecho para todas las personas, se encuentra además en la actualidad en el centro del debate público. La concepción e imagen social, así como los paradigmas y definiciones sobre discapacidad han evolucionado en nuestro tiempo de una manera vertiginosa. Con muchas salvedades, cabe resumir la evolución del concepto de discapacidad en tres grandes paradigmas[10]: el paradigma tradicional, del sometimiento o de la marginación; el paradigma médico o de la rehabilitación; en fin, el paradigma social, de la autonomía personal o de la vida independiente.

El modelo social de la discapacidad enfoca la cuestión desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad,

---

7 SSTSJ del País Vasco de 13 de octubre de 1998 (AS 7279) y 18 abril 2000 (AS 3288).

8 Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferre, M.: «Centros especiales de empleo y cuota de reserva para trabajadores con minusvalía», *Relaciones Laborales*, n.° 5, 2000, p. 1 y Álvarez de la Rosa, M.: «La regulación especial del trabajo de los minusválidos (I y II)», *Relaciones Laborales*, T. I, 1987, p. 218.

9 Garrido Pérez, E.: *El trabajo de minusválidos en Centros Especiales de Empleo*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2000, p. 9.
Sobre la cuestión, y en este sentido, también, Consejo Económico y Social: Informe 5/95 sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación, Madrid (CES), 1995.

10 Palacios, A.: *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en el Convenio Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid (CERMI), 2008, p. 231 y ss.

considerando que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino el resultado de un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social, por lo que la respuesta ha de darse en todos aquellos ámbitos en los que existan elementos de discriminación hacia las personas con discapacidad[11].

La Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fijó en su artículo 1 como su propósito principal «promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente». De tal manera, estableció el papel determinante que el entorno juega en la discapacidad, entendida como el desajuste que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo y las barreras en el entorno que evitan «su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás».

La Convención supuso el paso definitivo del modelo médico-asistencial al de derechos humanos, proponiendo, además, un cambio en la percepción social de la discapacidad, de modo que se reconozca la necesidad de un sistema de apoyos que proporcione a todas las personas con discapacidad el derecho de poder decidir sobre su propia existencia y participar activamente en la vida de la comunidad.

En este sentido, el derecho al libre desarrollo de la personalidad se traduce en un principio de vida independiente; todo ello, para posibilitar la máxima autonomía personal y, en consecuencia, una mayor calidad de vida.

En España, atendiendo a las más que evidentes dificultades añadidas a que se enfrenta este colectivo, habida cuenta de que sus circunstancias personales pueden colisionar con el núcleo duro de las obligaciones del trabajador en un contrato común[12], y en aplicación de los previsiones constitucionales, se aprobó la Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social del minusválido, inspirada en «la declaración de derechos del deficiente mental, aprobada por las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971, y en la declaración de derechos de los minusválidos, aprobada por la Resolución 3447 de dicha Organización, de 9 de diciembre de 1975» (art. 2 LISMI).

Esta norma vino a regular la integración social de los minusválidos, constituyendo como finalidad primordial de la política de empleo de este tipo de trabajadores «su integración en el sistema ordinario de trabajo o, en su defecto, su incorporación al sistema productivo mediante la fórmula especial

11 Quezada García, M. Y. y Huete García, A.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción*, Madrid (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017, p. 13.

12 Esteban Legarreta, R.: *Contrato de trabajo y discapacidad*, Madrid *(Ibidem)*, 1999, pp. 83-84.

de trabajo protegido» (art. 37), circunstancia que parece justificar el dictado de una norma reguladora de la prestación laboral de los discapacitados bajo determinadas condiciones, sin que ello pueda tacharse de discriminatorio[13], en tanto es precisamente «la cualidad de las personas» y la «sede donde se realiza el trabajo» el elemento que determina la necesidad de un régimen jurídico diverso al común[14].

En este sentido, la jurisprudencia ha venido a admitir que no son discriminatorias las «medidas protectoras de aquellas categorías de trabajadores que están sometidos a condiciones especialmente desventajosas para su acceso al trabajo o permanencia en él, porque tienden a eliminar situaciones de discriminación existentes, y en ello encuentra justificación la especial normativa laboral que establece el régimen jurídico de los Centros Especiales de Empleo y los beneficios a que estas empresas pueden acogerse como compensación a las obligaciones que se le imponen en la contratación de este tipo de trabajadores en quienes concurren evidentes dificultades para encontrar empleo si se trata de competir en condiciones de igualdad con quienes no son minusválidos»[15].

La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención. Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[16] aporta una óptica «social y de derechos y capacidades, que configura la discapacidad como un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales están originadas o agravadas por el entorno social». En este sentido, se hace necesario adoptar «todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para asegurar el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna»[17].

Aunque esta norma modificó la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, se mantiene el concepto legal tradicional de

---

13 Esteban Legarreta, R.: "La relación laboral especial de los minusválidos», *Tribuna Social*, n.° 91, 1998, p. 42.

14 STC 56/1988, de 24 de marzo.

15 STC 128/1987, de 16 de julio.

16 Esta Ley ha sido desarrollada por el Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

17 «Para el Derecho Laboral, esta pretensión de reforma legislativa integral tiene importantes consecuencias, habida cuenta la resistencia de nuestros Tribunales a considerar la discapacidad como una causa de discriminación al no formar parte del listado del art. 14 CE, e incide en numerosos frentes, todos ellos diversos, complementarios y, por utilizar una terminología al uso, transversales. El concepto legal de persona con discapacidad», Martín Jiménez, R.: «Discapacidad y Derecho Laboral transversal» *Análisis GA&P*, septiembre de 2011, p. 1.

«persona con discapacidad» (art. 1.2) por referencia a un porcentaje o grado reconocido (el 33 %), se hace prevalecer una noción más amplia y general, al establecer que «son personas con discapacidad aquellas que presenten deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás», definición que se ha mantenido en el artículo 4.1 RD Legislativo 1/2013 que, entre otras, derogó la mencionada Ley 51/2003, y que a su vez ha sido reformada por la Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en materia de accesibilidad, atendiendo a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), ratificada por España el 3 de diciembre de 2007 y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008.

Esta norma establece en su artículo 9 que es «obligación de los Estados Parte adoptar las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, […] a la información y a las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones». Estas medidas se aplicarán, entre otras cosas, a «dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en formatos de fácil lectura y comprensión». Igualmente, establece la «obligación de promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información».

Cabe señalar, como se ha destacado, la existencia de un «suelo» común de discapacidad[18]. En este punto, «los distintos grados de discapacidad fisiológica provocan a su vez una distinta graduación en su capacidad laboral, con dependencia incluso de si la minusvalía es congénita o sobrevenida, colocando consiguientemente a los discapacitados en situaciones no uniformes ante el acceso y mantenimiento de un empleo u ocupación»[19].

La determinación del grado de minusvalía se llevará a cabo por los Equipos Multiprofesionales en resolución motivada, aplicándose los correspondientes baremos establecidos en el RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. De acuerdo con el procedimiento previsto en la norma señalada, la minusvalía ha de ser declarada previamente, correspondiendo a los órganos de las Comunidades Autónomas a quienes hubieren sido transferidas las competencias en esta cuestión o bien al IMSERSO (art. 6 RD 1971/1999).

18 Esteban Legarreta, R.: «La relación laboral especial de los minusválidos», *cit*., p. 44.

19 Garrido Pérez, E.: *El trabajo de minusválidos en Centros Especiales de Empleo*, *cit*., p. 33.

Este Reglamento tiene por objeto la regulación del reconocimiento del grado de minusvalía, el establecimiento de los nuevos baremos aplicables, la determinación de los órganos competentes para realizar el citado reconocimiento y el procedimiento a seguir. La importancia de esta disposición es indudable y representa un intento importante de ordenar y unificar las competencias y facultades, hasta ese momento dispersas en un entramado normativo, actualizando los criterios técnicos de evaluación[20].

III. La discapacidad en el ámbito rural

Existen distintos criterios para definir el Medio Rural, basados fundamentalmente en tamaño poblacional, la distribución poblacional, la actividad económica dominante[21], y en el entorno natural. Así, existen conceptos que distinguen lo rural desde un enfoque relacionado con la actividad[22] y otros desde un punto de vista estadístico, definiendo el medio rural según la densidad de población en un territorio, ya sea este definido en términos absolutos (número de habitantes de los municipios) como relativos (número de habitantes en relación al espacio)[23].

Como ya se ha destacado, en la actualidad el medio rural en España supone el noventa por ciento del territorio y aglutina aproximadamente solo al veinte por ciento de la población total. De tal forma, conectando estas cifras «se puede llegar a entender la conclusión que se infiere de las grandes diferencias en cuanto a densidad demográfica entre el medio rural y el urbano. Esto a su vez tiene una traslación a otros indicadores socioeconómicos en el medio rural, situando sus valores por debajo de la media y en clara desventaja respecto al mundo urbano, concretamente en ámbitos como la formación y empleo, las infraestructuras y transportes, los servicios sociales, educativos y culturales, la implantación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, etc»[24].

---

20 Sánchez-Cervera Senra, J. M. y Sánchez-Cervera Valdés, J. M.: *Los trabajadores discapacitados*, Valencia (CISS Praxis), 2000, p. 144.

21 Reig Mrtínez, E.; Goerlich Gisbert, F. J. y Cantarino Martí, I.: *Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local: demografía, coberturas del suelo y accesibilidad*, Bilbao (Fundación BBVA), 2016, p. 22 y ss.

22 Así ocurre con la Real Academia Española que define rural como aquello «perteneciente o relativo a la vida del campo y a sus labores», Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 21.ª ed., Madrid (RAE), 1992.

23 Quezada García, M. Y. y Huete García, A.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción*, Madrid (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017, p. 5.

24 Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural Y Marino: *Buenas prácticas en desarrollo rural y personas con discapacidad*, Madrid (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino), 2009, p. 8.

La situación de discapacidad deriva de una interacción entre la persona con limitaciones en sus funcionamientos y el contexto. Este contexto, además de los aspectos personales, comprende las características del mundo físico, social y actitudinal, que pueden ser un facilitador o una barrera a la actividad, la participación e inclusión de estas personas, tal y como destacó la Organización Mundial de la Salud. En este sentido el Medio Rural puede suponer algunas ventajas respecto a la ciudad para las personas con discapacidad, aunque en líneas generales presenta dificultades añadidas y riesgos de exclusión muy notables[25].

Así, el ámbito rural no es ajeno a la realidad de las mayores dificultades de las personas con discapacidad, en tanto se calcula que en él la población con discapacidad, mayor de seis años, supera el millón de personas. Este entorno presenta para las personas con discapacidad importantes dificultades sociales y personales, y se pone de manifiesto el aislamiento y las graves deficiencias en los servicios, en la accesibilidad y una acusada merma de oportunidades.

Las personas con discapacidad que viven en el medio rural, además de encarar las dificultades de sus propias limitaciones funcionales, tienen que enfrentarse a las intrínsecas que caracterizan al medio en el que habitan. «Estas dificultades se retroalimentan dejando en clara situación de vulnerabilidad a este colectivo al poner en peligro su autonomía, su calidad de vida y las posibilidades de participación comunitaria. Con esta situación se hace necesaria la búsqueda de soluciones lo que, además de ser un reto a conseguir, se puede tornar en una oportunidad para la revitalización y la diversificación de la economía rural»[26].

El Medio Rural se caracteriza por algunos condicionantes significativos que dificultan con frecuencia el acceso de los habitantes de dicho territorio respecto a los que viven en entornos urbanos a los servicios a los que en realidad tienen derecho como ciudadanos. Estas dificultades se relacionan, cuando no se retroalimentan, con los fenómenos de la despoblación, la precariedad laboral, la escasez de servicios, la reducción de lazos afectivos y familiares, y el aislamiento en diferentes niveles. Determinantes todos ellos de situaciones de exclusión social y que se hacen especialmente presentes como riesgo en el caso de la población con discapacidad[27].

---

25 Quezada García, M. Y. y Huete García, A.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción*, Madrid (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017, p. 22.

26 Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: *Buenas prácticas en desarrollo rural y personas con discapacidad*, Madrid (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino), 2009, p. 7.

27 Quezada García, M. Y. y Huete García, A.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción*, Madrid (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017, p. 22.

La tasa de discapacidad en el medio rural es superior a la de la población con discapacidad general, de manera que en este ámbito la situación se agrava en referencia a los núcleos urbanos. Este aumento en el porcentaje de personas con discapacidad se hace especialmente patente en el sector de población de mayores de 65 años. Los datos disponibles evidencian que edad y género son variables de análisis fundamentales a la hora de analizar los procesos de exclusión de las personas con discapacidad[28]. De hecho, las tasas específicas de discapacidad se incrementan según avanza la edad. Respecto al sexo, la población con discapacidad femenina es mayor que la masculina en términos relativos a partir de los 45 años[29].

En las zonas rurales la discapacidad adquiere un nuevo sentido, habida cuenta de que la eliminación de barreras físicas y la accesibilidad a servicios básicos como los sanitarios, educativos o sociales se convierte en una labor ciertamente compleja para las personas con alguna discapacidad. En cualquier caso, cabe destacar cómo, en este contexto, la búsqueda de soluciones a tales problemas además de suponer un gran reto, constituye también una evidente oportunidad para ayudar a la revitalización y diversificación de la economía rural.

Este entorno aporta realmente aún más desventajas a las personas con discapacidad. A la inaccesibilidad del terreno y las infraestructuras se suma el condicionante del desplazamiento, imprescindible para acceder a cualquier programa o servicio. Las posibilidades y oportunidades laborales de las personas con discapacidad en los pequeños municipios son muy limitadas, ya que las actividades tradicionales del campo son totalmente inaccesibles

---

28 La exclusión social ha sido definida como un fenómeno de conceptualización polémica, difícil de identificar y complicado de medir. Entre los diversos elementos que caracterizan la exclusión social, los encontramos económicos, relacionales y culturales. El indicador más utilizado como referencia para identificar la exclusión social es económico. La principal ventaja de este indicador es su marcado carácter numérico (una cantidad de dinero) y la relativa disponibilidad de fuentes para establecer determinados umbrales de ingresos económicos, por debajo de los cuales se puede considerar que una población se encuentra en situación de pobreza (relativa, severa, extrema).
Sin embargo, la pobreza económica como indicador de la exclusión social ha resultado insuficiente en primer lugar, porque en general su medición se ha realizado por el lado de los ingresos que reciben las personas (u hogares) en comparación con un umbral determinado, —obviando que la capacidad económica es resultado de la combinación de ingreso y gasto— y en segundo lugar, porque la pobreza refiere únicamente una situación de privación económica que siendo importante, no determina la existencia de exclusión social. Laparra Navarro, M. *et alii*: «Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión social. Implicaciones metodológicas», *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 5, 2008, p. 15 y ss.

29 Sobre la cuestión, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: *Buenas prácticas en desarrollo rural y personas con discapacidad*, Madrid (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino), 2009, p. 8, o Quezada García, M. Y. y Huete García, A.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción*, Madrid (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017, pp. 22-24.

para algunos grupos. Hay pocas empresas o industrias ubicadas en estos emplazamientos rurales y los puestos de trabajo que pudiesen surgir están lejos del hogar de los aspirantes al empleo. Las situaciones de desilusión y aislamiento se repiten en todas las comunidades afectadas por la ruralidad.

En el ámbito legal, el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, reformado por la Ley 6/2022, de 31 de marzo, hace referencia al ámbito rural en una serie de preceptos. Así, el artículo 11 sobre Prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, establece que «se contemplarán de modo específico las acciones destinadas a las zonas rurales».

Por su parte, el artículo 13, respecto a la atención integral, señala cómo «las administraciones públicas velarán por el mantenimiento de unos servicios de atención adecuados, mediante la coordinación de los recursos y servicios de habilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, con el fin de garantizar a las personas con discapacidad una oferta de servicios y programas próxima, en el entorno en el que se desarrolle su vida, suficiente y diversificada, tanto en zonas rurales como urbanas».

Atendiendo a la cuestión de la accesibilidad, el artículo 22 recoge el derecho de las personas con discapacidad «a vivir de forma independiente y a participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Para ello, los poderes públicos adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la accesibilidad universal, en igualdad de condiciones con las demás personas, en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como los medios de comunicación social y en otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales».

Además, la prestación de los servicios sociales «respetará al máximo la permanencia de las personas con discapacidad en su medio familiar y en su entorno geográfico, teniendo en cuenta las barreras específicas de quienes habiten en zonas rurales» (art. 49).

En fin, las medidas de acción positiva también resultan previstas al establecer la obligación de los poderes públicos de adoptarlas «en beneficio de aquellas personas con discapacidad susceptibles de ser objeto de un mayor grado de discriminación, incluida la discriminación múltiple, o de un menor grado de igualdad de oportunidades, como son las mujeres, los niños y niñas, quienes precisan de mayor apoyo para el ejercicio de su autonomía o para la toma libre de decisiones y las que padecen una más acusada exclusión social, así como las personas con discapacidad que viven habitualmente en el Medio Rural» (art. 68). Por otra parte, y en particular, «las administraciones públicas garantizarán que las ayudas y subvenciones públicas promuevan la

efectividad del derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, así como las personas con discapacidad que viven habitualmente en el ámbito rural» (art. 69).

IV. La discapacidad en el ámbito rural en Castilla y León

Una respuesta efectiva y adecuada a las necesidades de apoyo, coherente con el nuevo enfoque de la discapacidad que surge con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y con el modelo de intervención y ayuda, requiere una actuación coordinada de los diversos sistemas de protección social.

La responsabilidad, tanto en el diseño como en el desarrollo de las actuaciones, es fundamental para posibilitar la máxima integración social y desarrollo comunitario, especialmente en los ámbitos de los servicios sociales, sanidad, educación, empleo, cultura, ocio y deporte, sin olvidar la colaboración estrecha con el movimiento del Tercer Sector.

Sobre esta base conceptual se sustenta el marco normativo, político y de planificación actual, en los diferentes ámbitos internacional, europeo y estatal.

La Estrategia Europea sobre Discapacidad se marca como objetivo capacitar a las personas con discapacidad para que puedan disfrutar de todos sus derechos y beneficiarse plenamente de una participación en la economía y la sociedad europeas, especialmente a través del mercado único. Para ello, la estrategia se centra en la supresión de barreras, e identifica ocho ámbitos primordiales de actuación: accesibilidad, participación, igualdad, empleo, educación y formación, protección social, sanidad y acción exterior.

En el ámbito estatal, la Estrategia Española sobre Discapacidad es el referente y la directriz de las políticas públicas españolas en materia de discapacidad, cuyos objetivos se orientan a la intervención en los principales ámbitos de actuación identificados en la Estrategia Europea. El contenido y actuaciones que contempla el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades de las personas con discapacidad en Castilla y León, se pretende dar cumplimiento tanto a la estrategia europea como a la española.

En todo caso, una de las claves del desarrollo rural es la implicación de los técnicos que desempeñan su labor profesional en los distintos campos de intervención social: agentes de desarrollo local, trabajadores sociales, animadores comunitarios, médicos, maestros, etc. Así, la planificación de políticas sociales en el medio rural debería ir vinculada con la planificación de políticas de desarrollo rural, de forma tal que cabe deducir «que la política social, como herramienta del bienestar social, no debería contemplarse como un campo específico y autónomo de los procesos de desarrollo rural»[30].

30 «Cuestión que nos remite a la pertinencia de considerar el desarrollo como una construcción histórica y social. Por tanto, y a partir de las premisas que acaban de enunciarse, sería

1. El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad

El artículo 68 de la Ley 2/2013 de 15 de mayo, de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de Castilla y León, encomendaba a la Junta de Castilla y León la aprobación de un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Por otra parte, esta norma prevé, en su artículo 54, la elaboración también por parte de la Junta de Castilla y León de un Plan Autonómico de Accesibilidad, que se incluirá dentro del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León tiene atribuida en el ámbito de su territorio competencia exclusiva en materia de prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia o la exclusión social, en los términos que vino a establecer el Estatuto de Autonomía en su artículo 70.1.10.°, correspondiéndole a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, a través de la Gerencia de Servicios Sociales, el desarrollo de las funciones dirigidas a favorecer el desarrollo integral, la autonomía, la igualdad de oportunidades y la integración plena de las personas.

Así, aun cuando previsto para el período 2016/2020, se aprobó el Acuerdo 7/2017, de 9 de febrero, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad 2016/2020, que continúa vigente ante la falta de recambio o actualización. Este Plan «se basa en el compromiso con las personas con discapacidad en Castilla y León en clave de derechos, de empoderamiento para el desarrollo de proyectos de vida, de apoyos orientados a la calidad de vida y a la participación comunitaria; todo ello, en el marco de un sistema de responsabilidad pública que garantiza la atención, el apoyo y la igualdad de oportunidades a todas las personas»[31].

Igualmente, y en este contexto, la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y el Comité de Representantes de personas con discapacidad (CERMI Castilla y León) suscribieron el Protocolo de 14 de abril de 2015 para impulsar el «Modelo de mejora para la atención a las personas con discapacidad en Castilla y León».

básico conocer el papel de los profesionales del Trabajo Social en un espacio específico y concreto como el medio rural», DEL BARRIO ALISTE, J. M.: «El papel de los profesionales y técnicos en los procesos de cambio y desarrollo de la sociedad rural», en AA. VV. (RAMOS REAL, E., Coord.): *El desarrollo rural en la Agenda 2000*, Madrid (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación), 1999, p. 173

31 https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1284723490602/Programa/1284723436622/Comunicacion.

Las medidas recogidas, tanto en el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad como en el Plan Autonómico de Accesibilidad de Castilla y León implican a las diferentes consejerías de la Junta de Castilla y León, lo que ha requerido la participación coordinada en su elaboración.

En el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad destacan, las siguientes partes: el diagnóstico, que realiza un análisis detallado de diversos aspectos que determinan el propio diseño del Plan y las medidas que incluye; los principios rectores, un total de diecisiete que abarcan temas gran trascendencia; la organización del Plan, que cuenta con once ejes estratégicos organizados en torno a dos categorías básicas como son la persona, junto a su familia en el contexto de su red natural y entorno próximo[32] y el entorno social que incluye medidas de impacto en los entornos en los que vive la persona[33]; la participación de los distintos agentes e instituciones involucradas; la financiación y presupuesto; la evaluación y seguimiento.

El primer punto del Plan afecta al diagnóstico a realizar con objeto de determinar cuáles serán las acciones más adecuadas o precisas a desarrollar. Para ello se debe atender a aspectos demográficos como son un análisis de la situación general de la discapacidad en la Comunidad Autónoma, así como de sus particularidades y necesidades de atención.

Los municipios rurales no se distribuyen de manera homogénea en el territorio nacional, de la misma manera que fenómenos relacionados con la ruralidad como el despoblamiento o el envejecimiento afectan más a algunas comunidades que a otras. Así, la población con discapacidad en el medio rural, que afecta a cerca de un millón de personas (es decir, una cuarta parte de dicha población), se concentra en su mayor parte en tres Comunidades Autónomas. Andalucía, Galicia y, por lo que aquí interesa, Castilla y León, cada una de ellas con más de cien mil personas con discapacidad residentes en este medio. La distribución por género y edad indica una población más envejecida que en el medio urbano, y con una mayoría de mujeres. La comunidad de Castilla y León, presenta una tasa de ruralidad superior a la media española y, en concreto, las provincias de Ávila, Zamora, Segovia, Soria, León y Palencia tienen a la mitad o más de su población con discapacidad residiendo en el Medio Rural[34].

---

32 En el marco de los siguientes itinerarios vitales que marcan los primeros seis ejes estratégicos: atención a la población infantil de 0 a 6 años; educación inclusiva; la formación y el empleo; la autonomía en el hogar; la participación comunitaria; el envejecimiento activo.

33 Y que se organizan en los restantes ejes estratégicos: medidas de sensibilización e información; medidas de accesibilidad universal (por su trascendencia, este eje lo define el Plan Autonómico de Accesibilidad de Castilla y León); medidas de dinamización en el empleo; medidas de diálogo civil y participación; y otras medidas.

34 Quezada García, M. Y. y Huete García, A.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción*, Madrid (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017, pp. 27 y 45.

El Plan Estratégico, tal y como se destacó, aparece regido por una serie de principios rectores. En concreto:

1. Respeto de la dignidad inherente a la persona y de su autonomía individual.
2. Igualdad de oportunidades y no discriminación, posibilitando que las personas con discapacidad dispongan de las mismas oportunidades y derechos que las demás personas y orientado a prevenir o corregir que ninguna persona con discapacidad sea tratada, de una manera directa o indirecta, menos favorablemente que otra que no lo sea, en una situación análoga o comparable.
3. Promoción de la autonomía personal y optimización de la figura del asistente personal en todos los ámbitos, participación y desarrollo en el entorno familiar y comunitario, de modo que las actuaciones que se desarrollen potencien al máximo sus competencias y habilidades personales, fomentando el poder de decisión sobre su proyecto de vida.
4. Inclusión en la sociedad de las personas con discapacidad que deberá realizarse a través del uso de los recursos generales y ambientes normalizados, y compartidos por personas con discapacidad y sin ella, de carácter comunitario que estén disponibles. Sólo cuando las características de las limitaciones de su actividad requieran una atención o apoyos específicos, podrán prestarse a través de servicios y centros para la atención de personas con discapacidad.
5. Normalización, de forma que las personas con discapacidad puedan llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.
6. Igualdad entre la mujer y el hombre, fomento del desarrollo y participación de las mujeres con discapacidad y lucha contra la desigualdad y, en especial, atención contra su máxima expresión, la violencia de género.
7. Respeto a la evolución de las facultades de los menores con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.
8. Responsabilidad pública, que implica que las administraciones públicas, sus entidades institucionales y empresas públicas, así como otras entidades públicas y privadas que colaboren con ellas, procurarán los medios necesarios para conseguir la plena igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.
9. Sostenibilidad financiera, los poderes públicos garantizarán una financiación suficiente que asegure la estabilidad y la continuidad en el tiempo de los servicios para las personas con discapacidad.
10. Colaboración, coordinación y cooperación entre los diversos sistemas de protección social, en los diferentes ámbitos de competencia terri-

torial, así como con las entidades privadas que desarrollan actuaciones para la atención y promoción de las personas con discapacidad.

11. Calidad de vida, consistente en el bienestar, felicidad y satisfacción de acuerdo con el sistema de valores en los que vive la persona con discapacidad y en relación con sus objetivos, expectativas e inquietudes, en las diversas dimensiones que la componen: bienestar físico, emocional y material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos.
12. Diálogo civil, en cuya virtud, las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad.
13. Continuidad de cuidados, garantizándose la atención que necesitan las personas afectadas por discapacidades en centros específicos o, en su caso, a través de la atención especializada a su discapacidad, especialmente cuando se pasa de la etapa escolar a los centros de atención dirigidos a adultos, con el fin de evitar la fragmentación de actuaciones y ofrecer una atención de calidad, durante todas las etapas de la vida.
14. Asegurar la atención y el apoyo a cada una de las personas con necesidad de apoyos y de sus familias en Castilla y León, independientemente de sus necesidades, su etapa vital y lugar de residencia.
15. Garantizar una especial atención a las personas con discapacidad que presenten mayores limitaciones, por constituir un grupo con mayor riesgo de exclusión.
16. Promoción de la accesibilidad universal como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad, y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de »diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.
17. Principio de sensibilización, referido a la necesidad de lograr una concienciación de toda la ciudadanía en relación a la discapacidad, accesibilidad e inclusión, con especial referencia a los menores de edad a fin de promocionar y difundir los derechos de la infancia y prevenir situaciones de maltrato con origen en la discapacidad.

La accesibilidad a las prestaciones sanitarias es una parte básica de cualquier plan en este ámbito, habida cuenta de que padecer una enfermedad crónica no significa necesariamente sufrir discapacidad, pero una parte de la discapacidad es secundaria a estas enfermedades. Asimismo, la propia dis-

capacidad genera situaciones de mayor vulnerabilidad, por las dificultades de acceso al sistema sanitario que tienen estas personas en función de la discapacidad que presentan[35].

La normativa establece que la accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones sanitarias para personas con discapacidad es un criterio de calidad que debe estar garantizado para estas personas en condiciones de igualdad al resto de los ciudadanos. Para hacer efectivo ese derecho a la igualdad, el sistema sanitario debe promover medidas de acción positiva entre las que se encuentran las actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes. Las personas con discapacidad precisan un entorno sanitario comprensivo que conozca sus características y necesidades específicas. Este conocimiento no se limita a facilitar la eliminación de estructuras arquitectónicas, sino que implica flexibilizar espacios, contextos, recursos humanos y tiempos. Uno de los retos de esta Estrategia es el de avanzar en estas medidas.

Así, uno de los ejes estratégicos del Plan lo constituye un itinerario para la autonomía en el hogar, que consiste en un conjunto de acciones combinadas o sucesivas tendentes a conseguir que la persona con discapacidad pueda vivir de acuerdo con sus deseos en condiciones apropiadas y pueda decidir cómo, dónde y con quién quiere vivir, pudiendo hacer efectivo el derecho a disfrutar de una vivienda digna, adecuada y accesible[36]. De tal manera, se plantean las siguientes medidas a desarrollar:

1. Garantizar el cumplimiento de la normativa respecto a reserva y situación de viviendas de protección pública para personas con discapacidad.
2. Desarrollo de las medidas necesarias para ofertar una red de viviendas de distintas tipologías que se puedan adaptar a las diferentes capacidades de las personas.
3. Utilización de las posibilidades que ofrece el servicio de asistente personal como complemento a los apoyos en el acompañamiento y las actividades básicas de la vida diaria.

---

35 «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, sin embargo, la atención sanitaria integral sigue constituyendo un objetivo a conseguir para muchas personas con discapacidad que, por determinadas circunstancias, presentan dificultades para acceder a los recursos sanitarios», https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1284723490602/Programa/1284723436622/Comunicacion.

36 «Esta línea de acción conduce a la necesidad de aumentar la oferta de apoyos en la vivienda, así como al fomento de viviendas en red y de los distintos tipos de alojamientos existentes, de acuerdo a los diferentes apoyos que puedan necesitar las personas. Asimismo, se establece la necesidad crear líneas de trabajo y recursos de apoyo a la familia o personas que convivan en el mismo domicilio con la persona con discapacidad», https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1284723490602/Programa/1284723436622/Comunicacion.

4. Impulso de los centros multiservicio en la prestación de apoyos a las personas con discapacidad en el itinerario dirigido a potenciar la vida autónoma.
5. Establecimiento dentro de la red de recursos públicos de alojamiento para las personas con discapacidad, de un sistema ágil y flexible para el cambio de la persona entre viviendas de distinta tipología, en función de la evolución de las capacidades de las personas, tendente al objetivo de una vivienda lo más autónoma posible.
6. Desarrollar programas de apoyo a la unidad familiar en el domicilio.
7. Diseño e implantación del Programa Marco del Cuidador Familiar. Tiene como fin mejorar la calidad de asistencia y la calidad de vida de las personas en situación de dependencia y de sus cuidadores familiares, mediante actividades de carácter individual; grupales con contenidos básicos, específicos según las necesidades de población a la que se dirigen y a través de grupos de apoyo.
8. Definir e implantar el proceso de atención integrada en el domicilio entre el sistema sanitario y social, contemplando las necesidades de las personas con discapacidad y dependencia.
9. Poner en marcha programas de corresponsabilidad entre hombres y mujeres con discapacidad, entre sus familiares y profesionales de atención directa, con el fin de evitar que las mujeres con discapacidad se vean limitadas al ámbito doméstico.
10. Impulsar distintas vías de financiación para apoyar la autonomía en el hogar.

2. El Programa *A gusto en mi casa*

El aumento de la esperanza de vida también implica un aumento de la población dependiente, que debe contar con la asistencia necesaria para satisfacer sus necesidades vitales. Esta realidad es especialmente acuciante en Castilla y León, que cuenta con el mayor índice de envejecimiento de España, ya que el 24,1 % de la población tiene 65 años o más. De hecho, la esperanza de vida en esta Comunidad Autónoma es de las más altas (83,7 años) de España, que ya de por sí tiene una esperanza de vida de las más altas del mundo (82,7 años).

Además, la población está distribuida en múltiples núcleos, sobre todo en pequeños pueblos y en áreas rurales, lo que dificulta la prestación de servicios a personas dependientes y encarece la actuación gubernamental. No es baladí el hecho de que casi el 55 % de las personas mayores de Castilla y León residan en el medio rural.

Si, además, se tiene en cuenta que el envejecimiento de la población cada vez se acentúa más, se demuestra la necesidad de actuar gubernamen-

talmente para garantizar la asistencia a personas dependientes en toda la Comunidad Autónoma y sentar las bases de una política que debe ampliarse y mejorar progresivamente para adelantarse a la realidad social futura[37].

Un alto porcentaje de personas mayores reside en pequeños municipios en los que se plantean unas especiales dificultades para satisfacer el deseo de envejecer en casa, debido a las limitaciones en el acceso a los recursos. Cuando una persona presenta dependencia, enfermedad crónica o discapacidad, las alternativas de las que dispone para poder continuar desarrollando una vida satisfactoria, pueden verse muy reducidas. La familia y el entorno afectivo asumen, en muchos casos, la función de cuidador sin contar con los apoyos suficientes para mantener su calidad de vida y compatibilizar esas tareas con la vida laboral, personal y social[38].

En esta línea, se crea el Proyecto *A gusto en mi casa*, que ofrece a las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando sus actividades cotidianas, de participación social, cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades que cada persona desee.

El reconocimiento de la dignidad de la persona, la búsqueda de su máxima capacidad de autonomía, el respeto a sus preferencias y deseos y la capacidad de adecuar los apoyos a las necesidades que en cada momento se puedan presentar, son los aspectos que dirigen todas las acciones previstas. Este nuevo modelo, que nace con voluntad de prever el aumento de la atención a personas dependientes, «está basado en una atención centrada en la persona, que promociona su autonomía y prioriza sus preferencias y una nueva forma de entender el envejecimiento activo, otorgando un papel protagonista a cada persona mayor en su proceso de envejecimiento»[39]. Se trata de un ambicioso proyecto, pionero en España, cuyo objetivo es que las personas mayores con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que residan en el medio rural sean atendidas en sus hogares en función de su individualidad y singularidad, recibiendo los apoyos necesarios, tanto técnicos en el hogar como del ámbito socio-sanitarios y servicios de proximidad activados, para que puedan permanecer en sus domicilios en función de sus proyectos de vida, siempre con actuaciones desde la proactividad de los propios profesionales de referencia con los que contará cada persona.

La finalidad de este proyecto viene constituida por prevenir y actuar ante hogares en riesgo de forma proactiva, desde los sistemas de protección

37 Instituto Nacional de Administración Pública: «A gusto en mi casa»: programa piloto para prevenir la dependencia y promocionar el envejecimiento activo, Madrid (INAP), 2019, p. 1.

38 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html.

39 Instituto Nacional de Administración Pública: «A gusto en mi casa»: programa piloto para prevenir la dependencia y promocionar el envejecimiento activo, Madrid (INAP), 2019, p. 1.

públicos, con procesos sociosanitarios integrados, dotando a las personas que vivan en esos hogares de los elementos necesarios para que se consideren seguros desde la perspectiva de la calidad de vida.

Por ese motivo, el principal propósito de su primera etapa ha sido experimental, recabando evidencias de que es posible crear un sistema eficiente de atención a personas mayores dependientes, con discapacidad o pacientes crónicos a través de los apoyos y servicios socio-sanitarios que necesiten, en sus propios hogares. Así, la primera actuación será valorar el nivel de riesgo del hogar dentro de una escala con distintos niveles para, a continuación, planificar las actuaciones necesarias para convertirlo en hogar seguro. Es importante el hecho de que, no serán tanto las personas las que soliciten esos apoyos, sino los profesionales de referencia que tendrán estas personas los que actuarán de forma proactiva, adelantándose a las posibles necesidades de esa persona para darle los apoyos que necesite.

Este programa se sustenta básicamente en el componente tecnológico, si bien también incorpora las ayudas a domicilio, servicios de catering, apoyo del vecindario, voluntariado y actividades sociales.

La primera actuación consiste en valorar el nivel de riesgo del hogar dentro de una escala con distintos niveles, para planificar actuaciones hasta convertirlo en un hogar seguro. Como ya se ha destacado, los solicitantes de apoyo no son las personas dependientes, sino los profesionales de referencia de estas personas, que actúan de forma proactiva, adelantándose a sus necesidades futuras para darle los apoyos que necesita. Dentro de estas posibles medidas se encuentran:

- Ayudas técnicas para la promoción de la autonomía.
- Incorporación de nuevas tecnologías: sensores, controles, avisadores, etc.
- Paquetes flexibles de servicios a la carta adaptados a las necesidades y deseos de las personas.
- Servicios de proximidad.
- Apoyo a las familias.
- Centros de día y centros multiservicios.
- Ayudas económicas y subvenciones.
- Productos de apoyo.
- Servicios sanitarios.
- Teleasistencia avanzada.

El desarrollo del proyecto se realiza en varias fases:

- En primer lugar, se informará a la persona a través de los Centros de Acción Social (CEAS) sobre la posibilidad de participar en este proyecto.

- A continuación, se firmará con la persona un acuerdo de adhesión y se comunicará al centro de salud su participación, para posteriormente realizar una valoración inicial tanto del hogar como social y del entorno.
- Posteriormente, el gestor del caso hará una propuesta de adaptación del hogar y un plan provisional de apoyos que, en una siguiente fase, se aplicarán.
- En los dos meses siguientes se elaborará un proyecto de vida para esa persona y el profesional de referencia realizará la historia de vida, especificando los apoyos sociales o el plan de cuidados sanitarios.

Este programa va dirigido a las personas, preferentemente de edad avanzada, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que hayan solicitado la valoración de dependencia y residan en el domicilio habitual, sea propio, alquilado o cedido, pro también a las familias y cuidadores habituales de las personas que participen en el proyecto, ofreciéndoles los apoyos que precisen para poder realizar sus funciones de forma idónea y compatibilizarlo con su vida cotidiana.

El programa, en definitiva, pretende ofrecer los apoyos sociales y sanitarios necesarios para que las personas puedan permanecer en su domicilio con garantías de seguridad y calidad de vida; a poyar al entorno familiar y a otros cuidadores, para el desempeño de sus tareas de cuidado, la conciliación con su vida personal, social y laboral y el autocuidado de su propia salud; así como promover el desarrollo de la cohesión social, para favorecer entornos rurales protectores y facilitadores de la autonomía de las personas[40].

Para ello se ofrece la valoración de la accesibilidad del hogar, la adaptación del hogar, ayudas técnicas, teleasistencia avanzada, así como un profesional técnico gestor de caso y un profesional de referencia que ayudarán a decidir cómo quiere que sea su vida cotidiana y planificar los apoyos sociales y sanitarios y las actividades necesarias para poder vivir según sus deseos y preferencias.

En este sentido, el Programa *A Gusto en Casa* pone a disposición de la persona, los siguientes servicios:

- Un profesional, coordinador de caso, vinculado al CEAS, que será el responsable de garantizar que los cuidados y apoyos sean adecuados y satisfactorios para la persona.
- Un profesional, gestor de caso, que ayuda a la persona a diseñar su proyecto de vida, definir los apoyos que precisa y garantizar que éstos estén disponibles y se ofrezcan respetando sus deseos.

40 https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html.

- Servicio de asistencia personal, para la realización de las actividades cotidianas, tanto en el hogar como en la comunidad.
- Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia, desde el sistema de salud pública.
- Si es necesario, adaptación del hogar y ayudas técnicas para favorecer la seguridad, la accesibilidad y la movilidad.
- Teleasistencia básica y avanzada.
- Programa de apoyo a los cuidadores no profesionales.
- Actividades en la comunidad.

En fin, tales apoyos se financian entre la administración y la persona beneficiaria del programa, dependiendo la cuantía a aportar por la persona de su valoración de dependencia, de la intensidad del servicio y de sus recursos económicos, pretendiéndose que ninguna persona pueda o se vea obligada a abandonar el programa por falta de recursos económicos.

V. Bibliografía

Álvarez Cuesta, H.: «La relación laboral especial de los minusválidos en los centros especiales de empleo», *Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo*, n.º 5, 2004.

Álvarez de la Rosa, M.: «La regulación especial del trabajo de los minusválidos (I y II)», *Relaciones Laborales*, T. I, 1987.

Consejo Económico y Social: *Informe 5/95 sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*, Madrid (CES), 1995.

del Barrio Aliste, J. M.: «El papel de los profesionales y técnicos en los procesos de cambio y desarrollo de la sociedad rural», en AA. VV. (Ramos Real, E., Coord.): *El desarrollo rural en la Agenda 2000*, Madrid (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación), 1999.

Esteban Legarreta, R.:

— «La relación laboral especial de los minusválidos», *Tribuna Social*, n.º 91, 1998.

— *Contrato de trabajo y discapacidad*, Madrid (Ibidem), 1999.

Garrido Pérez, E.: *El trabajo de minusválidos en Centros Especiales de Empleo*, Valencia (Tirant lo Blanch), 2000.

Junta de Castilla y León:

— https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html.

— https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1284723490602/Programa/1284723436622/Comunicacion.

Instituto Nacional de Administración Pública: «A gusto en mi casa»: programa piloto para prevenir la dependencia y promocionar el envejecimiento activo, Madrid (INAP), 2019.

Instituto Nacional de Estadística: *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia*, Madrid (INE), 2020.

Laparra Navarro, M. *et alii*: «Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión social. Implicaciones metodológicas», *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 5, 2008.

Martín Jiménez, R: «Discapacidad y Derecho Laboral transversal», *Análisis GA&P*, septiembre de 2011.

Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: *Buenas prácticas en desarrollo rural y personas con discapacidad*, Madrid (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino), 2009.

Palacios, A.: *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en el Convenio Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid (CERMI), 2008.

Quezada García, M. Y. y **Huete García, A**.: *Las personas con discapacidad residentes en el Medio Rural: situación y propuestas de acción, Madrid* (Observatorio Estatal de la discapacidad), 2017.

Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*, 21.ª ed., Madrid (RAE), 1992.

Reig Martínez, E.; **Goerlich Gisbert, F. J**. y **Cantarino Martí, I.**: *Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local: demografía, coberturas del suelo y accesibilidad*, Bilbao (Fundación BBVA), 2016.

Rodríguez-Piñero y **Bravo-Ferre, M**.: «Centros especiales de empleo y cuota de reserva para trabajadores con minusvalía», *Relaciones Laborales*, n.º 5, 2000.

Sánchez-Cervera Senra, J. M. y **Sánchez-Cervera Valdés, J. M**.: *Los trabajadores discapacitados*, Valencia (CISS Praxis), 2000.

Sempere Navarro, A. V.: «El trabajo de los minusválidos: problemas de su regulación», *Tribuna Social*, n.º 91, 1998.

CAPÍTULO XII

LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LAS ÁREAS RURALES DE CASTILLA Y LEÓN COMO OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE

M.ª Ángeles González Bustos

I. La necesidad de partir de datos a la hora de elaborar políticas públicas de igualdad

La Comunidad Autónoma de Castilla y León se caracteriza por ser una de las regiones que mayores problemas presentan de despoblación al existir unos 2.126 municipios con población inferir a los 2.000 habitantes, el 35 % de toda España[1] y el 95 % de Castilla y León; e incluso la mitad de la población española que vive en municipios de menos de 100 habitantes reside en esta Comunidad Autónoma. Esta situación hace que los problemas de despoblación, masculinización y envejecimiento sean mayores que en el resto de España y que las políticas públicas de igualdad que se adopten deban de tener en cuenta todos estos factores.

En los pequeños municipios españoles residen aproximadamente 6.302.038 personas, de las que 3.084.148 son mujeres frente a los 3.217.890 de hom-

1 En España existen unos 8.131 municipios, de esos aproximadamente 6.832 municipios tienen menos de 5.000 habitantes según datos del Instituto Nacional de Estadística: Estadística del Padrón continuo. Datos a 1 de enero de 2019: https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/&file=0tamu001.px.
Según datos del Instituto Nacional de Estadística en Castilla y León hay 2.248 municipios de los cuales 2.188 tienen menos de 5.000 habitantes. Nos encontramos con poblaciones de menos de 101 hab.: 699, entre 101 y 500 hab.: 1.100, entre 501 y 1.000: 207, entre 1.001 y 2000: 117, y entre 2.001 y 5.000: 65.
Residían aproximadamente 6.302.038 personas, de las que 3.084.148 eran mujeres y 3.217.890 eran hombres.

bres, lo que parece presentar cierto equilibrio en los datos; sin embargo, la realidad va a depender de la situación territorial en la que las cifras cambian. No resulta igual vivir en la zona de costa o en las zonas periurbanas que en la zona de montaña, o de interior, (…) tampoco es igual vivir en Cataluña o en Andalucía que en Castilla y León. Esto da lugar a desequilibrios demográficos derivados de:

- La masculinización de la población, según el INE el índice de masculinidad en los municipios rurales en el 2021 era 111,7 hombres por cada 100 mujeres en edades comprendidas entre 30 y 49 años, en cambio en los entornos urbanos estos datos se invierten por cada 94,7 hombres, 100 son mujeres. En Castilla y León (hay 2.248 municipios) nos encontramos con que en los municipios de menos de 101 habitantes (tenemos unos 699) el porcentaje es de 200 % de varones frente a las mujeres de edades entre 45-20 años.
- Envejecimiento: en Castilla y León tenemos 226 municipios en los que más del 50 % de la población supera los 65.

Estos datos nos ponen en situación a la hora de hablar de mujeres en el entorno rural. A esta masculinización y envejecimiento se le unen las desigualdades en la distribución de responsabilidades domésticas, la falta de empleabilidad y de oportunidades laborales dando como resultado además un abandono de los medios rurales por parte de las mujeres. En el medio rural nos encontramos con más mujeres en los tramos de edad avanzada, debido a un aumento de la esperanza de vida, que en edad central que es cuando se incorporan al mercado de trabajo y además es cuando son protagonistas de la maternidad por lo que las bajas tasas de natalidad provocan además la falta de relevo generacional, lo que redunda en la situación de envejecimiento a la que se enfrentan las zonas rurales españolas, y por lo tanto a la despoblación lo que pone en peligro la sostenibilidad social del medio rural español[2].

Las mujeres, junto a los jóvenes, son el colectivo que mayores problemas y debilidades presentan en cuanto al acceso y permanencia en el empleo, lo que constituye un factor importante a la hora de entender el abandono de estos del medio rural. Esto se traduce en cifras en lo siguiente: la tasa de empleo de las mujeres rurales en el 2021 es del 51,6 % % frente al 60,6 % de hombres. La tasa de paro es del 17,4 % frente al 25,9 % de los hombres rurales.

El empleo se da fundamentalmente en el sector primario: agricultura, ganadería, caza, silvicultura, explotación forestal, pesca y acuicultura. Empleo que está muy masculinizado con un porcentaje bastante alto de empleo autónomo frente a la media de la economía situada en el 16,1 % (62,8 % es asalariado y 37,2 % es

2 *Vid* sobre la despoblación: Sanz Larruga, Fr. J.: «Incidencia de las medidas de impulso demográfico en la lucha contra la despoblación rural», en *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, Santiago Iglesias, D. Miguez Macho, L. y Ferrerira Fernández, A. (dirs), Aranzadi, 2021, pp. 111-145.

por cuenta propia). A esto se la añade que se necesitan muchos trabajadores de temporada durante determinados momentos del año (temporeros), o por ejemplo la ganadería que supone una especial dedicación con horarios que no tienen nada que ver con una jornada laboral reglada y con insuficiencia de mano de obra autóctona que se ha suplido con personas extranjeras de sexo masculino. Además, las explotaciones agrarias están la mayoría en manos de los hombres, las mujeres sólo representan un tercio de las personas titulares, subordinándose al cónyuge que suele ser el titular de la explotación.

Todas las políticas públicas enfocadas a la mujer del medio rural parten de premisas generales, es decir contemplan a la mujer rural de forma genérica, sin embargo, no se tienen en cuenta otras variantes, a la hora de poner en funcionamiento todos los programas, estrategias, planes y proyectos evidenciándose una falta de información estadística pues aunque el art. 20 de la LO 3/2007 de igualdad efectiva de mujeres y hombres señala la necesidad de las estadísticas y estudios con perspectiva de género, observamos que en las bases de datos de las diferentes instituciones hay una falta total de desagregación de datos estadísticos por sexo, edad, nivel educativo, municipios… con insuficiencia de indicadores de género para evaluar el grado de avance o retroceso de la igualdad en el medio rural. Esta necesidad de información es una herramienta clave en el análisis de la desigualdad ya que una información veraz y desagregada permite dar respuesta a los problemas específicos, visibilizar las tareas que realizan las mujeres e identificar las causas que puedan incidir en la desigualdad. Para poder adoptar políticas con perspectiva de igualdad adecuadas es importante disponer de datos desglosados por sexos pero también datos que estén relacionados con los roles que se asignan a cada sexo y discriminaciones que se producen: violencia de género, brecha salarial, lugar de residencia… o datos que se refieren solo a mujeres por razón de sexo (salud, afectación de la pandemia COVID-19….) para que de esta forma los responsables de la toma de decisiones puedan explorar los datos de manera independiente y adoptar actuaciones eficaces[3].

II. Instrumentos jurídicos adoptados en España para la igualdad en los territorios rurales

En España para dar cumplimiento a nuestra Constitución de 1978 y a la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efec-

3 Hay una iniciativa destacable en Barcelona Open Data que a través del portal: OpenDataWoman.org recopila diversas fuentes de interés para los derechos de las mujeres y que disponen de un Observatorio de datos abiertos y género *(Data Gender Lab)* que se centra en reclamar datos abiertos que incluyan a las mujeres. La importancia de una organización *Data Driven* en que cada persona pueda acceder y utilizar esa información para tomar las mejores decisiones es esencial ya que se tiene acceso a los datos que se necesitan.

tivas (art. 14 y 9.2), se aprueba un conjunto de normas que han ido desarrollándose a través de la política de planificación que nos sitúa ante actuaciones administrativas de fomento y dirección indirecta.

Entre las normas aprobadas con carácter general cabe señalar: Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno, Ley 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género o la Ley Orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres[4].

Concretamente en cuanto al ámbito rural la LO de igualdad en su art. 30 establece una serie de acciones encaminadas a garantizar la igualdad de oportunidades en el ámbito rural, proponiendo mejorar las condiciones educativas, laborales y socio-sanitarias de las mujeres, así como facilitar el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. Asumiendo este mandato las leyes de política de desarrollo rural, incluyen tales premisas, de tal forma que la **Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural**[5], que tiene como finalidad *mejorar la situación socioeconómica de las población de las zonas rurales y el acceso a unos servicios públicos suficientes y de calidad* (exposición de motivos); establece en su artículo 8, el principio de igualdad de trato y oportunidades entre hombres y mujeres y señala que «*podrán contemplarse medidas de acción positiva*

4 *Vid*. González Bustos, M.ª A.: *La mujer ante el siglo XXI. Una perspectiva desde el ordenamiento jurídico-administrativo*, abecedario, 2006; o González Bustos, M.ª A (dir.): *La mujer ante el ordenamiento jurídico administrativo: soluciones a realidades de género*, Atelier, 2009.

5 Esta Ley define el medio rural en el art. 3 como 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. El mismo artículo define zona rural (ámbito de aplicación de las medidas derivadas del Programa de Desarrollo Rural Sostenible regulado por la Ley, de amplitud comarcal o subprovincial, delimitado y calificado por la comunidad autónoma competente) y municipio rural de pequeño tamaño (el que posea una población residente inferior a los 5.000 habitantes y esté integrado en el medio rural).
Posteriormente el artículo 10 de la Ley, sobre la delimitación y clasificación de zonas rurales, toma en consideración factores como la densidad de población, la estructura económica y los niveles de renta, y conforme a ello, las clasifica en:
Zonas rurales a revitalizar: aquellas con escasa densidad de población, elevada significación de la actividad agraria, bajos niveles de renta, y un importante aislamiento geográfico o dificultades de vertebración territorial.
Zonas rurales intermedias: aquellas de baja o media densidad de población, con un empleo diversificado entre el sector primario, secundario y terciario, bajos o medios niveles de renta, y distantes del área directa de influencia de los grandes núcleos urbanos.
Zonas rurales periurbanas: aquellas de población creciente, con predominio del empleo en el sector terciario, niveles medios o altos de renta y situadas en el entorno de las áreas urbanas o áreas densamente pobladas.

a favor de las mujeres del medio rural encaminadas a superar y evitar situaciones de discriminación de hecho por razones de sexo». De esta forma los poderes públicos para combatir los desequilibrios de género y fomentar la igualdad de mujeres y hombres en el medio rural podrán adoptar actuaciones y programas dirigidos: a la atención social prioritaria (art. 7), al apoyo a la agricultura territorial (art. 16), al fomento de la actividad económica (art. 17), a programas específicos de apoyo a las iniciativas locales (art. 20), al empleo (art. 22), a tecnologías de la información y comunicación (art. 26), a la seguridad ciudadana a través de planes de prevención y protección contra la violencia de género y el maltrato hacia las mujeres en el medio rural (art. 27), a la educación (art. 28), protección social (art. 32), y urbanismo y viviendas (art. 33).

La Disposición final 4.ª, de la LO de igualdad que desarrolla el art. 30.1, señala que el «*Gobierno promoverá y desarrollará el régimen de cotitularidad de bienes, derechos y obligaciones en el sector agrario y la correspondiente protección de la Seguridad Social*», aprobándose la **Ley 35/2011, de 4 de octubre, sobre titularidad compartida de las explotaciones agrarias**, con el objetivo de pretender el reconocimiento jurídico y económico de la participación de la mujer en la actividad agraria ya que la mayor parte de la titularidad de las explotaciones agrarias se encuentra en poder de los hombres, y el trabajo de las mujeres se caracteriza por su invisibilidad[6]. Esta Ley se considera como un mecanismo para la consecución de la igualdad efectiva de género, sin embargo, la implantación de esta ley no ha tenido los resultados esperados ya que hasta febrero del 2023 sólo se han dado de alta en el Registro de explotaciones agrarias de Titularidad compartida 1.099 explotaciones de las 914.871 explotaciones que existen[7], en Castilla y León del total de explotaciones unas 84.865 se han dado de alta 236[8].

El darse de alta en este registro supone ciertos beneficios ya que la explotación pasa a tener la condición de explotación prioritaria (trato preferente en el acceso a subvenciones de la Administración General del Estado) y gozan de ventajas en la cotización a la seguridad social (acceso a una pensión contributiva originada por la cotización a la Seguridad Social), además las mujeres que se incorporen a la titularidad compartida adquieren los mismos derechos que cualquier mujer trabajadora autónoma (ayudas a guardería, bajas

6 *Vid*., en general, sobre la titularidad compartida Blázquez Agudo, E. M.: «La titularidad compartida: un derecho de la mujer rural». *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, n.º 28, 2011, págs. 34-45.

7 Datos del boletín de marzo 2030 n.º 20: Datos y Noticias sobre Mujeres Rurales, del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

8 En Castilla y León: Orden AAA/1408/2012, de 26 de junio, por el que se regula el Registro de explotaciones agrarias de titularidad compartida. La regulación del procedimiento de inscripción se contempla en la Orden 548/2012, de 6 de junio.

de maternidad…); sin embargo, sería necesaria una mayor información para que muchas explotaciones se acogieran a estos beneficios[9].

En este marco jurídico, la política de planificación se ha encuadrado en diferentes Planes y estrategias[10], destacando el vigente *Plan para la Promoción de las mujeres del medio Rural* (2015-2018)[11] que parte del Plan Estratégico de igualdad de Oportunidades (2014-2016)[12], que establecía entre sus objetivos la elaboración de un Plan para la promoción del *desarrollo de las mujeres en los ámbitos rural y pesquero*. Este instrumento para la promoción de las mujeres del medio rural señala como objetivo el impulso del desarrollo de las mujeres en los ámbitos rural y pesquero para hacer visibles a las mujeres del medio rural y promover las condiciones para cerrar la brecha de género a través de las medidas de apoyo necesarias para que la mujer rural no se vea obligada a abandonar su medio. Se pretende a través de él mejorar la inclusión socio-laboral y la participación económica de las mujeres del medio rural.

Con respecto a la promoción del desarrollo de la mujer en el sector pesquero conviene tener en cuenta que las mujeres representan una mayoría en el marisqueo (89.25 %) mientras que en la pesca extractiva ellas únicamente llegarían a un 4.6 %. Sin embargo, tienen las peores condiciones laborales (salarios bajos, jornadas no fijadas, falta de reconocimiento profesional, enfermedades no tipificadas como laborales…). A raíz de lo cual se aprobaron dos planes[13] estando vigente el *Plan para la Igualdad de Género en el Sec-*

9 Para paliar esta situación se ha creado la Oficina nacional de titularidad Compartida (ubicada en el municipio de Membrilla (Ciudad Real)), dicha oficina recibe numerosas consultas de mujeres demandando información y se la asesora elaborando una radiografía de la situación de la explotación, si se cumple los requisitos para acogerse a la Ley y se les explica los pasos a seguir: www.mujerrural.com.

10 Entre los planes y estrategias anteriores citamos: Plan para favorecer la Igualdad entre Mujeres y Hombres en el Medio Rural (2007-2010) que fue el primer paso para la incorporación del principio de igualdad en la política de desarrollo rural; en este perfil se aprueba el Plan Estratégico Nacional de desarrollo rural (2007-2013) que parte de la base de que todos los ejes de la programación van a tener en cuenta la igualdad de oportunidades desde un punto de vista transversal. El Plan Estratégico para la Igualdad de Género en el Desarrollo Sostenible del Medio Rural (2011-2014) recogía entre sus principales objetivos: combatir la doble discriminación que sufren las mujeres que viven y trabajan en el medio rural, frenar el éxodo femenino de las zonas rurales a los centros urbanos, contribuyendo así a combatir el despoblamiento, la masculinización y el sobre envejecimiento de la población rural; e impulsar la incorporación de las mujeres al mercado laboral, garantizando su participación en el desarrollo económico del medio rural .

11 https://www.mapa.gob.es/es/desarrollo-rural/temas/igualdad_genero_y_des_sostenible/planpromocionmujeresmediorural2015-2018_tcm30-445192.pdf.

12 https://www.mapa.gob.es/es/desarrollo-rural/temas/igualdad_genero_y_des_sostenible/peio2014-2016_tcm30-448614.pdf.

13 El primer Plan para la igualdad de género en el sector pesquero y acuícola (2015-2020) intenta impulsar el emprendimiento femenino y mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de vida de las mujeres e impulsar su liderazgo y empoderamiento en dicho sector.

tor Pesquero y Acuícola 2021-2027[14], que se configura como una herramienta eficaz para definir sus políticas y acciones dirigidas a combatir la desigualdad entre mujeres y hombres en el ámbito de la pesca y la acuicultura teniendo entre sus objetivos: la consecución de la plena incorporación de las mujeres al sector, la mejora de las condiciones laborales que afectan a las profesionales del mar y la participación efectiva de las mujeres en los órganos y procesos de toma de decisión a través del refuerzo de su asociacionismo y liderazgo.

Se han articulado numerosas actuaciones, no obstante, siguen existiendo desigualdades, lo que hace necesario centrar las políticas públicas en aspectos tales como:

- Visibilización de la contribución de las mujeres a la actividad económica del medio rural, la incorporación de la mujer al empleo asalariado y a los órganos de dirección dentro de las empresas y cooperativas.
- Favorecimiento del acceso real de las mujeres a la propiedad, fomentando la titularidad compartida de las explotaciones, lo que derivaría en la necesaria reforma de la Ley 35/2011, de Titularidad compartida de las explotaciones agrarias, al no haber obtenido los resultados esperados, lo que nos aboca a la búsqueda de alternativas.
- Fomento de programas formativos en habilidades digitales y competencias informáticas, para así superar la brecha digital de género.
- Mejora de las infraestructuras y servicios, lo que implicaría una mejora de la calidad de vida de las personas que deciden vivir en el medio rural apostando por la complementariedad entre los servicios rurales y urbanos, y su adecuación a las necesidades específicas de la población que reside en el medio rural.
- Búsqueda de fórmulas para lograr la conciliación y la corresponsabilidad en el medio rural ya que en el medio rural todavía existen un gran número de las mujeres que han sido educadas para asumir un rol diferente al de los hombres.

La apuesta por la igualdad es una constante en la actuación de los poderes públicos tal y como podemos observar en los planes, proyectos y estrategias aprobados en los últimos tiempo que parten del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia aprobado por el Gobierno (Resolución de 29 de abril de 2021, de la Subsecretaría, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de abril de 2021, por el que aprueba el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia) para canalizar los fondos destinados por

14 https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/estrategia-digitalizacion-sector-agroalimentario/estrategia_digitalizacion_sector_agroalimentario_forestal_medio_rural_ve_tcm30-509645.pdf.

Europa a reparar los daños provocados por la crisis del COVID-19, a través de reformas e inversiones, dirigidas a construir un futuro más sostenible[15]. Este Plan apuesta por la lucha contra la despoblación y desarrollo de la agricultura en la política palanca 1, prestando atención en la población que vive en el entorno rural y articulando medidas específicas que impulsen la innovación social y territorial, y faciliten el desarrollo de nuevos proyectos profesionales, la fijación de población, la atracción de talento, la prestación de servicios, así como un uso sostenible de nuestros recursos. Se prevén inversiones dirigidas a favorecer la movilidad y lograr la plena conexión de los territorios rurales con el mundo global, con el objeto de mejorar la cohesión territorial, eliminar la brecha urbana-rural e impulsar las actuaciones en las áreas más afectadas por la desigualdad.

Desarrollando esta materia se aprobó el Plan de Medidas del Gobierno ante el Reto Demográfico[16] que en su eje 5 sobre la igualdad de derechos y oportunidades de las mujeres y los jóvenes recoge una serie de medidas con el objetivo de Impulsar el empoderamiento de las mujeres y desarrollar las condiciones objetivas para el fomento del emprendimiento, avanzar en la mejora de la educación, la formación profesional y la capacitación digital en las áreas rurales, adecuar las políticas para asegurar la equidad en políticas de igualdad en el medio rural, como la conciliación y la corresponsabilidad; y garantizar la máxima seguridad y atención a las víctimas de violencia contra las mujeres.

En relación a la necesidad de superar la brecha digital se ha aprobado la Estrategia de Digitalización del Sector Agroalimentario y Forestal y Del medio Rural, Consejo de Ministros de 29 de marzo de 2019[17], que define las líneas estrategias y medidas necesarias para impulsar en este sector la transformación digital. Tiene como objetivo general eliminar o reducir las barreras técnicas, legislativas, económicas y formativas existentes, contribuyendo al liderazgo de un sector agroalimentario sostenible económica, social y medioambientalmente, así como al poblamiento activo del medio rural para que sean lugares más atractivos, vivos, dinámicos y diversificados, generador de riqueza y de empleo de calidad, con especial atención de jóvenes y mujeres.

Es de destacar el Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres 2022-2025 aprobado por Consejo de ministros de 8 de marzo 2022, para dar cumplimiento al art. 17 LOI relativo a la obligación de aprobar perió-

15 https://planderecuperacion.gob.es/politicas-y-componentes.

16 https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/plan_recuperacion_130_medidas_tcm30-524369.pdf.

17 https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/planes-estrategias/estrategia-digitalizacion-sector-agroalimentario/estrategia_digitalizacion_sector_agroalimentario_forestal_medio_rural_ve_tcm30-509645.pdf.

dicamente un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades, que incluirá medidas para alcanzar el objetivo de igualdad entre mujeres y hombres y eliminar la discriminación por razón de sexo.

Este Plan está formado por 4 ejes de actuación, señalando en el primero ellos el interés por crear condiciones para que la igualdad se aborde desde un modelo de gobierno que impulsa prácticas feministas y democratizadoras, mientras que los otros tres tienen en cuenta los cambios sociales que se están produciendo[18]:

1. EJE 1: Buen Gobierno, para avanzar hacia un modelo de gobierno más inclusivo y democrático. (Presupuesto: 59 millones de euros, un 0.3 % del total).
2. EJE 2: Economía para la vida y el reparto justo de la riqueza, contra la feminización de la pobreza y la precariedad. (18.461 millones de euros el 90.9 %).
3. EJE 3: Hacia la garantía de vidas libres de violencia machista contra las mujeres, con el objetivo de erradicar todas las formas de violencia. (976 millones de euros un 4.8 %).
4. EJE 4: Un país con derechos efectivos para las mujeres, que pretende asegurar a todas las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos en todos los ámbitos de la vida. (826 millones de euros el 4.1 %).

El mundo rural está presente en cada uno de los ejes para contribuir a la igualdad de género e impulsar la participación de las mujeres en estos entornos.

El éxito del Plan se medirá a través del cumplimiento de una serie de indicadores: de impacto (por ejemplo: decremento de los indicadores de desigualdad de las mujeres en el medio rural), resultado (tasas de titularidad femenina de las explotaciones agrarias) y de realización (acciones realizadas para impulsar la titularidad femenina de las explotaciones agrarias).

Por consiguiente, las políticas públicas aprobadas en los últimos tiempos demuestran una sensibilidad especial en cuanto al medio rural siendo la igualdad de género un eje transversal en la adopción de estas apostando por:

a) Necesidad de inserción laboral de las mujeres en el medio rural.

b) Conciliación y corresponsabilidad en el medio rural.

c) Necesidad de mejoras en infraestructuras y servicios en general.

d) Participación de las mujeres en los órganos de toma de decisiones.

18 En cada eje de intervención se identifica un objetivo estratégico para señalar las metas a medio y largo plazo que se persiguen, de tal forma que se establecen 20 líneas de trabajo, 49 objetivos específicos y 141 objetivos operativos.

III. El impuso de la presencia femenina en el mundo rural y la lucha por la no discriminación en Castilla y León

En Castilla y León el impulso de las políticas de igualdad y no discriminación debe partir de la reforma del Estatuto de Autonomía por Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, que contempla entre sus derechos el de no discriminación por razón de género señalando que los poderes públicos garantizarán la transversalidad del principio de igualdad de género en todas sus políticas y promoverán acciones positivas en el mundo rural (art. 14.2 Estatuto), y entre los principios rectores se apuesta por la conciliación en todos los ámbitos (art. 16).

Cumpliendo con dicho mandato y en relación con el desarrollo del medio rural se aprueba la Ley 1/2014, de 19 de marzo, Agraria de Castilla y León, que parte del principio de igualdad para el reconocimiento y promoción de la participación de la mujer en los sectores agrario y agroindustrial, así como en la actividad económica de las zonas rurales (capítulo II del título II); estableciendo en el art. 10 las actuaciones dirigidas a la participación de la mujer en el marco de las explotaciones agrarias poniendo de manifiesto la apuesta por la mujer como motor del cambio que necesita la actividad agrícola y agroalimentaria para conseguir un desarrollo sostenible del medio rural, incidiendo en:

a) Favorecer el reconocimiento jurídico y económico de su participación en la actividad agraria.

b) El acceso a la titularidad exclusiva de la explotación agraria.

c) La integración como socio en una explotación agraria asociativa o en una entidad asociativa agroalimentaria.

d) Su constitución como titular de una explotación agraria de titularidad compartida.

e) El tratamiento preferente en el acceso a las parcelas del Fondo de Tierras Disponibles.

f) El tratamiento preferente en el acceso a las medidas de apoyo al sector agrario.

g) El tratamiento preferente al acceso a los cursos y programas de formación agraria.

La importancia de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo se recoge en el art. 11 que configura las actuaciones dirigidas a fomentar esa participación y que van dirigidas a la incorporación de mujeres emprendedoras, potenciar el uso de nuevas tecnologías, y facilitar el acceso a la financiación e internacionalización.

Llevando a la práctica estos principios programáticos la Junta de Castilla y León ha aprobado por Acuerdo 49/2016, de 25 de agosto, las Directrices para

la promoción de la mujer en los sectores agrario y agroalimentario. Estas directrices marcan los criterios de acción para que la perspectiva de género se incorpore de forma transversal en la política agraria de la Comunidad, y marcan la hoja de ruta de la posterior Estrategia.

Contempla tres objetivos básicos:

- Hacer visible el papel de las mujeres que trabajan en el sector agrario.
- Convertir a los sectores agrario y agroindustrial en una oportunidad de empleo y realización personal y profesional.
- Implicar a las mujeres en la dinamización del medio rural.

Establece 68 directrices de discriminación positiva en favor de la mujer rural tanto en el sector agrario como agroindustrial, así como en otras actividades relacionadas con el medio rural que se desarrollan a partir de estos sectores destacando el papel esencial de la mujer en el desarrollo y crecimiento de las zonas rurales:

- Respecto al sector agrario se incide en dos tipos de medidas: las dirigidas al emprendimiento de la mujer rural; y las relativas a la titularidad de la explotación agraria.

  El emprendimiento presta especial atención a la titularidad compartida de las explotaciones agrarias a través de su promoción, el fomento de la instalación de jóvenes agricultoras, promoción de criterios prioritarios para el acceso de mujeres a las parcelas que forman parte del fondo de tierras, y la consideración como criterio prioritario en la adjudicación de los aprovechamientos la condición de mujer joven.

  En lo que respecta a la titularidad de una explotación agraria se hace referencia a las inversiones a realizar siendo criterio preferente para la concesión de ayudas que los planes de mejora de explotaciones sean promovidos por mujeres, así como la diversificación de la producción agraria, destacando en este punto la producción ecológica como medio para incorporar a los jóvenes y a las mujeres en la agricultura. También es de destacar la importancia del fomento del cooperativismo entre mujeres agriculturas y ganaderas, así como la incorporación de las mujeres a proyectos I+D+i, y el establecimiento de servicios de gestión, sustitución y asesoramiento agrícola para la mejora de las condiciones de trabajo.
- En el sector agroindustrial, en el que la mujer trabaja por cuenta ajena, se consideran prioritarios los proyectos que creen empleo femenino a la hora de otorgar las ayudas. Se pretende incorporar la perspectiva de género en la planificación de las estrategias de diversidad rural y promocionar la presencia equilibrada en los puestos de responsabilidad en las Redes de los Grupos de Acción Local que gestionan la iniciativa LEADER. En definitiva, se apuesta por la inclusión de la perspectiva de género en todas las convocatorias de ayudas, criterios de valoración, obtención de datos, o estudios que se realicen.

- Las estrategias de diversificación rural han de tener en cuenta el papel destacado de la mujer para una mayor variación de las actividades del medio rural (creación de microempresas, conservación y mejora del patrimonio rural y servicios básicos para la economía y la población rural) y reforzar su protagonismo.
- La necesidad de un mayor conocimiento de la situación de la mujer rural en el sector agrario y agroindustrial, y su participación pública, para conocer las expectativas y necesidades de la mujer es clave para el impulso de la participación de las mujeres en el desarrollo y crecimiento de las zonas rurales. En este sentido, el Observatorio Industrial del Sector Agroalimentario deberá recopilar la información y analizar los datos desde una perspectiva de género.
- Las ayudas financiadas con fondos de la Consejería de Agricultura y Ganadería tienen como criterios de selección que la actividad subvencionada tenga como destinataria directa o indirecta a una mujer, aplicándose así la discriminación positiva en favor de las mujeres, establecida en el art. 14.2 del Estatuto de Autonomía.

  En este conjunto de actuaciones es de observar la importancia de la adopción de medidas de acción positiva a favor de la mujer que vive en el medio rural para conseguir esa igualdad, destacando la preferencia de la mujer joven en los criterios que se tienen en cuenta a la hora de poner en marcha acciones de emprendimiento que se justifica en estrategias de dinamización rural dirigidas a atraer nueva población.

Partiendo de la Ley Agraria de Castilla y León y del Programa de Desarrollo rural de Castilla y León 2014-2020[19], así como de las Directrices antes señaladas[20], se ha elaborado *La estrategia para el emprendimiento de la mujer rural en los ámbitos agrarios y agroalimentario* (2021-2023)[21]. que tiene entre sus premi-

19 No hay que olvidar la Agenda para la población de Castilla y León aprobada por Acuerdo 44/2010, de 14 de mayo, de la Junta de Castilla y León. Modificada en varias ocasiones 2014 (Acuerdo 55/2014) y 2017 (Acuerdo 44/2017, de 31 de agosto): https://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/701/300/NUEVA%20AGENDA-Revisada%20con%20Acuerdo%2044-2017.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true), señalando en la medida 109 el: «Apoyo a las mujeres del sector agrario y agroindustrial y su papel en el asentamiento y permanencia de población en el medio rural».

20 Directrices para la promoción de la mujer en los sectores agrario y agroalimentario (Acuerdo 49/2016): a. Directrices orientadas al sector agrario. b. Directrices orientadas al enfoque agroindustrial del sector agrario. c. Directrices orientadas a la diversificación de actividades en el medio rural. d. Directrices orientadas al conocimiento de la situación de la mujer en el sector agrario. e. Directrices orientadas a otras actuaciones públicas sobre el sector agrario.

21 https://agriculturaganaderia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/932/218/Estrategia%20de%20emprendimiento%20de%20la%20mujer%20rural%202021-2023.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobnocache=true.

sas la necesidad de mejorar la formación de las mujeres para adquirir nuevas competencias y facilitar el acceso al mercado laboral; resulta preciso también un mayor asesoramiento a la hora de emprender un negocio por lo que se ponen en marcha medidas que ayuden a desarrollar las ideas, así como para consolidarse en el mercado. La apuesta por el empoderamiento y liderazgo femenino es clave para el desarrollo de políticas públicas siendo imprescindible fomentar una nueva cultura de valores que lo refuercen, lo que a su vez repercutirá en una mayor visibilización de la mujer en el mundo rural.

De tal forma que esta estrategia se estructura en 5 ejes —formación, emprendimiento, consolidación e impulso, empoderamiento y liderazgo, y visibilidad—, 15 objetivos estratégicos y 30 medidas para cumplir esos ejes dirigidos principalmente:

1. A aumentar la oferta formativa, facilitar la formación especializada, orientar laboralmente, desarrollar iniciativas ya implantadas.
2. A financiar proyectos emprendedores a través del apoyo de los Fondos LEADER para fomentar las empresas rurales cuya titularidad sea de mujeres; de ayudas, incentivos y criterios favorables para mejorar la inserción laboral de la mujer y potenciar la contratación de mujeres; o a través de la financiación de proyectos emprendedores. En esta línea se crea un programa de proyectos Mujer rural emprende que pone en valor los proyectos de las mujeres y se impulsa nuevos procesos, proyectos y servicios a través del I+D+i.
3. A financiar proyectos ya implantados a través de instrumentos financieros, impulsando el programa de asesoramiento de explotaciones, fomentando los canales de comercialización, la promoción de productos como la campaña «Tierra de Sabor» …
4. A impulsar las alianzas entre mujeres como un instrumento imprescindible para revertir las desigualdades a través de la participación femenina en los órganos consultivos, comités, comisiones de la correspondiente Consejería, en el sector privado (asociaciones, organizaciones profesionales, sindicales, empresariales, cooperativas…); priorizar las explotaciones de titularidad compartida a la hora de solicitar ayudas y subvenciones, derecho preferente en las actividades de formación y asesoramiento en materia de agricultura, reducción de la cuota de la seguridad social (al cónyuge con el límite de edad de 50 años); y sensibilizar y fomentar la unión de mujeres en asociaciones, organizaciones y cooperativas[22].

Esta estrategia contempla actuaciones en 5 Ejes que se alinean con los cinco grandes enfoques para mejorar la posición de la mujer: formación, emprendimiento, consolidación e impulso, empoderamiento y liderazgo y visibilidad. Estos ejes se despliegan en 15 Objetivos Estratégicos y 30 Medidas planteadas para cumplir con el desarrollo de los Ejes.

22 *Vid*. *Plan Estratégico de Cooperativismos Agroalimentario de Castilla y León 2019-2023*

5. A desarrollar compañas específicas que visibilicen el papel de la mujer en el medio rural a través de los medios de comunicación y las redes sociales, a incluir las variables de género en todas las estadísticas oficiales, y a crear reconocimientos y eventos que promocionen la figura de la mujer rural identificando los talentos de las personas.

El presupuesto para llevar a cabo esta estrategia ha sido de 50. 047.000 € siendo la partida mayor la del emprendimiento y consolidación.

El *Plan Estratégico para la Igualdad de Género 2022-2025 de la Junta de Castilla y León*[23], que sin perjuicio de que todas las áreas que lo integran contemplen objetivos y actuaciones que aborden el avance hacia la igualdad y la prevención de la violencia de género, el Área 3 está dedicado específicamente a la promoción de la Igualdad e Innovación en el medio rural con el objetivo estratégico de alinear todas las políticas públicas en torno al binomio mujeres y medio rural, y con el reto de consolidar la red mujer rural y apoyar al papel de las mujeres del medio rural como dinamizadoras en su entorno de los diferentes ámbitos social, económico y cultural.

Entre las actuaciones que prevé esta Plan podemos destacar:

a) Acciones encaminadas a la formación, el asociacionismo, al fomento del empleo y el emprendimiento a través de los distintos agentes sociales del medio rural de Castilla y León.

b) Inclusión de criterios de acción positiva a favor de las mujeres en la selección de las personas beneficiadas de las ayudas para fomentar las inversiones en las explotaciones agrarias.

c) Considerar como criterio prioritario de la selección de las ayudas la titularidad compartida de la explotación agraria.

d) Acciones formativas sobre la gestión de las explotaciones agrarias que incluyan la promoción de la titularidad compartida.

e) Inclusión de criterios de acción positiva a favor de las mujeres en la adjudicación directa de los aprovechamientos de pastos sometidos a ordenación común.

f) Aprobación del mapa de ordenación del transporte de viajes por carretera de Castilla y León, teniendo en cuenta que las mujeres de las zonas rurales tienen mayor dependencia del transporte público.

aprobado por la Consejería de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural en 2019.

23 https://familia.jcyl.es/web/jcyl/binarios/501/989/planestrategico2025.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadername1=Cache-Control&blobheadername2=Expires&blobheadername3=Site&blobheadervalue1=no-store%2Cno-cache%2Cmust-revalidate&blobheadervalue2=0&blobheadervalue3=JCYL_Familia&blobnocache=true

g) Formación en intervención comunitaria rural con perspectiva de género.

h) Formación en las dificultades para la igualdad y salud y género en las mujeres del mundo rural.

i) Fomentar los espacios de comunicación y la promoción de los movimientos para mujeres en el mundo rural.

j) Incentivar la conciliación a través de programas como conciliamos en verano dirigido a la atención lúdica de los niñas y niños durante el periodo vacacional; el programa canguros para niños de 0 a 3 años; o el programa crecemos (ampliación de horario).

k) Incentivar la adopción de medidas de conciliación y corresponsabilidad a través del bono concilia (ayudas directas de 750 euros por hijo, destinadas a las familias con menores de 0 a 3 años a su cargo que durante el curso escolar 2021/2022 hayan necesitado utilizar algún recurso de conciliación para atender a los pequeños y poder seguir trabajando).

l) Creación e impulso de colaboración público-privada a través de redes sociales por la igualdad o de la Red de empresas comprometidas con la igualdad.

m) Promover la capacitación digital para la inserción socio laboral de las mujeres.

n) Promoción y apoyo al asociacionismo en el mundo rural para la formación de empleo vinculado a proyectos de emprendimiento y de formación en igualdad y prevención de la violencia de genero especialmente mujeres con discapacidad y personas mayores.

Respecto a las políticas públicas orientadas a unos servicios sociales y de atención sanitaria de calidad para las mujeres que viven en el medio rural, la estrategia se centra en actividades de formación tanto en Intervención Comunitaria rural con perspectiva de género como en las dificultades para la igualdad y salud y género en las mujeres del mundo rural, promoción de la intervención Comunitaria y Educación para la Salud Grupal con perspectiva de género en el mundo rural orientada a las necesidades específicas de mujeres y hombres, y fomento de los espacios de comunicación y la promoción de los movimientos para mujeres siendo destacando así la importancia de las alianzas entre mujeres.

Estas actuaciones han de ser complementadas con el resto de medidas que se desarrollan en el medio urbano para que de esa forma no encontremos desigualdades en el trato es decir que se puedan aplicar por igual los protocolos y programas de salud y de prevención de la violencia de género en los que es esencial la participación de asociaciones de mujeres, colectivos de ciudadanos y de pacientes, y que los profesionales estén formados con perspectiva de género tanto en materia sexual como en prevención y aten-

ción a víctimas de violencia de género. Para acercar todas estas medidas al mundo rural se apuesta por implantar proyectos de teleasistencia debiendo superar la brecha digital y el sesgo de género, así como la solución a los numerosos problemas de conectividad, sin embargo sería aconsejable una mayor asistencia sobre el territorio que acerque el medio rural al urbano con una mayor presencialidad de profesionales.

El área estratégica 5 del Plan Estratégico para la Igualdad de la Junta de Castilla y León hace referencia al bienestar, salud y calidad de vida estableciendo como objetivo el impulso de políticas públicas que mejoren la salud y calidad de vida de todas las mujeres, especialmente de las que se encuentren en situación de vulnerabilidad; con el reto de introducir la perspectiva de género y la interseccionalidad en el diseño de todas las políticas de salud y sociales, y el incremento del conocimiento e investigación sobre la desigualdad en materias sociales y de salud.

Se pretende la incorporación la perspectiva de género en los programas de salud relativos a la cronicidad, salud sexual y reproductiva, cartera de servicios de Administraciones públicas, violencia de género, maltrato infantil e intrafamiliar, atención a la enfermedad por COVID-19, salud cardiovascular, salud mental, y asistencia psiquiátrica (prevención del suicidio, prevención del burnout etc.), atención a población inmigrante, etc.; definir indicadores de calidad para la evaluación de las estrategias de salud con perspectiva de género; elaborar y difundir guías que ayuden a una mejora de la actuaciones asistenciales con perspectiva de género; educar para la salud e intervenciones comunitarias con perspectiva de género; formar de manera continuada en salud con perspectiva de género; priorizar proyectos de investigación en salud y género y prevención y atención a la violencia de género incorporando la perspectiva de género como criterio de calidad para la selección; mejorar servicios específicos de atención a la mujer (IVEs, anticoncepción femenina, atención gineco-obstétrica, violencia de género, etc.); y buscar la interseccionalidad en todas las actuaciones. Esta perspectiva de género se debe complementar con la perspectiva rural para evitar de esa forma la discriminación cruzada que sufren las mujeres que viven en entorno rurales.

Todas estas actuaciones desarrolladas a través de planes y estrategias están alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados por la ONU en la llamada Agenda 2030 (2015) que a pesar de carecer de carácter vinculante se han convertido en la hoja de ruta de las políticas públicas aprobadas por los diferentes países en los próximos años, siendo la mujer el vector clave de todos y cada uno de los ODS jugando el medio rural un papel protagonista en la consecución de estos.

Para concluir y a pesar de la incertidumbre sobre la eficacia de todas estas actuaciones respecto a la posibilidad de revertir los desequilibrios demográficos relativos a las bajas tasas de natalidad, el éxodo de las mujeres a las ciudades lo que incide en la masculinización del medio rural o el envejecimiento de la población que cada vez está más feminizado, además de luchar

contra la mal llamada España vaciada. Se ha de señalar que sin duda alguna contribuirán a la disminución de la brecha de género del empleo en el medio rural; la reducción de las desigualdades en materia de ocio y tiempo libre ya que las mujeres utilizan parte del tiempo libre para el cuidado de los demás (familiares); la mejora de infraestructuras y servicios (transporte, educación, sanidad….) que supone una mejora de la calidad de vida; la superación de los estereotipos y roles de género que en el medio rural están más agudizados; o la incorporación de la mujer en todos los procesos de desarrollo rural sostenible.

IV. Bibliografía

Alario, M.: *Las mujeres en el medio rural de Castilla y León*. Consejo Económico y Social de Castilla y León, Valladolid, 2004.

Blázquez Agudo, E. M.: «La titularidad compartida: un derecho de la mujer rural». *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, N.º 28, 2011, págs. 34-45.

del Barrio Aliste, J. M.: «Los problemas a los retos de la población rural de Castilla y León», *Encrucijadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 2013, número 6, pp. 117-128.

García Lastra, M.: «Mujeres rurales españolas. La reinvidación de la identidad en un medio adverso», en *Mujeres rurales. Estudios multidisciplinares de género*, Mata Frades, V. (dir.), Ediciones Universidad de Salamanca, 2008, pp. 38-46.

García Sanz, B.: *La mujer rural ante el reto de la modernización de la sociedad rural*, Madrid, Instituto de la Mujer, 2004.

González Bustos, M.ª A.:

— *La mujer ante el siglo XXI. Una perspectiva desde el ordenamiento jurídico-administrativo*, @becedario, 2006.

— *Mujer y desarrollo sostenible en el medio rural*, Atelier, 2020

— «El destacado papel de la mujer en el desarrollo rural», en M. M. Fernando Pablo (dir.): *Rural Renaissance: derecho y medio rural*, Aranzadi, 2020, pp. 167-182.

— «La perspectiva de género y discapacidad en el ámbito rural», en M. M. Fernando Pablo (dir.): *Rural Renaissance: acción, promoción y resiliencia,* Aranzadi, 2022, pp. 433-449.

— *La mujer ante el ordenamiento jurídico administrativo: soluciones a realidades de género*, Atelier, 2009

— *Agenda 2030, desarrollo sostenible e igualdad*, Aranzadi, 2021.

— *La transversalidad de la igualdad en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Atelier, 2023.

Maya Frades, V.: «Señas de identidad de la mujer rural», en *Mujeres rurales. Estudios multidisciplinares de género*, Mata Frades, V. (dir.), Ediciones Universidad de Salamanca, 2008, pp. 17-33.

Rodriguez Escanciano, S y **Álvarez Cuesta, H.** (dirs.): *La economía social como palanca para la sostenibilidad en los terrenos rurales*, Tirant lo Blanch, 2021.

Sampedro, Mª R.: *Género y ruralidad. Las mujeres ante el reto de la desagrarización*. Madrid, Instituto de la Mujer, 1996.

Santiago Iglesias, D., **Miguez Macho, L.** y **Ferrerira Fernández, A.** (dirs); *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, Aranzadi, 2021

Sanz Larruga, Fr. J.: «Incidencia de las medidas de impulso demográfico en la lucha contra la despoblación rural», en *Instrumentos jurídicos para la lucha contra la despoblación rural*, Santiago Iglesias, D. Miguez Macho, L. y Ferrerira Fernández, A. (dirs), Aranzadi, 2021, pp. 111-145

Soriano Moreno, S. (coord..): *Los derechos de las mujeres en las zonas rurales. Un estudio de caso*, Aranzadi, 2022.

CAPÍTULO XIII

POBREZA FEMENINA EN CASTILLA Y LEÓN: CAUSAS Y SOLUCIONES

Henar Álvarez Cuesta
Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. Conceptos de pobreza

Resulta en extremo complejo realizar una definición de pobreza, dadas las múltiples facetas y formas en las que se manifiesta y el imaginario que comporta el término, por lo que parece preferible perfilar sus contornos acudiendo a varias acotaciones provenientes de distintas instancias o entidades[1].

Así, la Declaración del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en relación con la Carta Internacional de Derechos Humanos, define pobreza como «una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales»[2].

En el Prefacio de los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos, aprobados por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2012, se afirma que «la pobreza no es solo una cuestión económica». Se trata de un fenómeno multidimensional que engloba la falta de ingresos y las capacidades básicas para vivir con dignidad (párr. 2). Estos Principios Rectores recogen la definición de la extrema pobreza como «una combinación de escasez de ingresos, falta de desarrollo humano y exclusión social en que una falta prolongada de seguridad básica afecta a varios ámbitos de la

1 Siguiendo a Álvarez Cuesta, H.: *Protección Social Contra La Pobreza*, Albacete (Bomarzo), 2023.

2 Declaración del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 4 de mayo de 2001 (E/C.12/2001/10).

existencia al mismo tiempo, comprometiendo gravemente las posibilidades de las personas de ejercer o recobrar sus derechos en un futuro previsible».

Por su parte, el Banco Mundial emplea el umbral internacional de la pobreza (esto es, los 1,90 dólares per cápita al día), si bien con él se miden erróneamente los avances, dado que se toma como referencia un nivel de subsistencia miserable, en lugar de un nivel de vida mínimamente adecuado[3]. Otros sistemas de medición definen la pobreza mediante la combinación de tres elementos: la escasez de ingresos, la falta de desarrollo humano y la exclusión social. Este planteamiento se detalla en el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que trata de reflejar las múltiples privaciones en los hogares, incluyendo la salud, la escolarización y las condiciones de vida. En este caso, al adoptar un enfoque multidimensional de la pobreza, la incidencia de la pobreza extrema en el mundo deviene asombrosa[4].

En la Unión Europea (siguiendo el criterio de Eurostat), la forma más habitual de medir la carencia material severa es calculando el porcentaje de personas que no pueden adquirir (diferenciando de quienes no quieren tenerlos o no los necesitan) al menos cuatro ítems de nueve definidos y considerados básicos. Al cabo, se trataría de examinar tanto la dimensión monetaria como material de la pobreza, de forma alternativa y complementaria.

El indicador AROPE (At Risk Of Poverty or Social Exclusion) combina ambas dimensiones (monetaria y material) y además añade la intensidad del trabajo como dimensión adicional. Al ser suficiente sufrir pobreza en alguna de las tres formas señaladas (monetaria, carencia material severa o baja intensidad laboral) para considerar a una persona en riesgo de pobreza o exclusión social, el indicador AROPE ofrece siempre índices mayores de pobreza que cualquiera de los otros dos indicadores considerados por separado, en tanto su evolución está marcada por la del empleo, con relativa independencia de sus características.

La Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023 trata de aquilatar quiénes se consideran en riesgo de pobreza y lo hace incluyendo a aquellas personas que viven en hogares donde la renta disponible por unidad de consumo es inferior al 60 % de la mediana de la renta nacional. Se trata, en este caso, de un indicador de pobreza relativa, pues se define en relación a la renta o ingresos que obtienen el conjunto de hogares en el país y año de referencia. El porcentaje de personas por debajo de dicho umbral constituye lo que se denomina tasa de

3 Ushakova, T.: «La protección contra la pobreza con especial referencia al compromiso de la OIT», *Revista General De Derecho Del Trabajo Y De La Seguridad Social*, n.º 62, 2022, p. 313.

4 Ushakova, T.: «La protección contra la pobreza con especial referencia al compromiso de la OIT», *Cit*., pp. 314 y ss.

riesgo de pobreza. También se puede calcular el porcentaje de personas en hogares con renta por unidad de consumo inferiores al 40 % y al 25 % de la mediana de la renta nacional. Frente a la pobreza relativa medida a partir de los ingresos, la pobreza o privación material hace referencia a un estado de dificultad económica que se traduce en la incapacidad de acceder a determinados bienes o servicios que se consideran deseables o necesarios para llevar una vida con un nivel de bienestar adecuado[5].

Resulta en extremo difícil deslindar las causas de la pobreza de las propias circunstancias y características de las personas que la padecen[6]. Tradicionalmente, se ha mencionado como una de las razones fundamentales, la ausencia de trabajo, de hecho, desempleo y la falta de actividad son factores que directamente influyen en la pobreza (y acaban afectando más a mujeres que a hombres)[7], pero no deja de aumentar el número de personas trabajadoras pobres[8], ni siquiera en este momento tener un trabajo es garantía de protección contra la pobreza y la vulnerabilidad social[9]. Tal sucede con el trabajo a tiempo parcial, que supone un riesgo añadido de pobreza: si es involuntario incrementa en un 10,3 % el riesgo de pobreza si se compara con el trabajo a tiempo completo; y en el caso del trabajo a tiempo parcial voluntario, además de tener una menor significatividad estadística, incrementa el citado riesgo en un 4,4 %[10].

---

5 Sobre los datos en Castilla y León, CESCYL: Políticas públicas para combatir la pobreza en Castilla y León, https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia/politicas-publicas-combatir-pobreza-castilla-leon, 2020, pp. 7 y ss.

6 «La pobreza no es el resultado de la pereza, la falta de autocontrol o una planificación deficiente: tiene su origen en factores estructurales como el elevado desempleo, el estancamiento de los salarios y la discriminación91. La desigualdad no es un factor que estimule el rendimiento. Por el contrario, reduce la movilidad social92, en parte porque dificulta la inversión en capital humano de las personas en situación de pobreza y porque el éxito en la vida depende del acceso a recursos», *Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos sobre: La persistencia de la pobreza: cómo la igualdad real puede romper los círculos viciosos de 19 de julio de 2021*, https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a76177-persistence-poverty-how-real-equality-can-break-vicious-cycles.

7 Rodríguez Sanz de Galdeano, B.: *El Derecho del Trabajo ante la feminización de la pobreza*, Albacete (Bomarzo), 2013, p. 58.

8 Eurofound: *In-work poverty in the EU*, Luxemburgo (Oficina de Publicaciones de la Unión Europea), 2017 y Peña-Casas, R. *et alii*: *In-work poverty in Europe. A study of national policies*, Luxemburgo (European Social Policy Network ESPN), 2019.

9 AA. VV.: *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*, https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf.

10 Cescyl: *Políticas públicas para combatir la pobreza en Castilla y León*, https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia/politicas-publicas-combatir-pobreza-castilla-leon, 2020, p. 23.

A todo lo anterior, se añade que las personas trabajadoras pobres generarán pensionistas con pensiones muy bajas, que pasarán a engrosar las filas de colectivos en situación de necesidad de protección, en tanto accederán a prestaciones de Seguridad Social insuficientes[11].

Entre las causas de la pobreza conviene atender al género[12], por cuanto aquí importa, y a la edad como elemento transversal: el riesgo de pobreza afecta especialmente a las mujeres, y su tasa de pobreza a nivel comunitario se sitúa en el 17,1 % después de las transferencias sociales. Según Eurostat, hay actualmente 64,6 millones de mujeres y 57,6 millones de hombres en situación de pobreza en los Estados miembros, lo que demuestra que el impacto de la pobreza en las mujeres y los hombres es diferente. Si se asume que, tal y como indican los estudios, las familias monoparentales corren mayor riesgo de sufrir pobreza y exclusión social y tienen una mayor probabilidad de transmitir la pobreza de generación en generación y el 85 % de las familias monoparentales están encabezadas por mujeres, fácil resulta concluir que el 42,1 % de la población de la Unión que vive en hogares monoparentales con hijos a cargo estaba en riesgo de pobreza o exclusión social en 2020[13] y de ellos la mayoría están a cargo de mujeres[14].

La pobreza de las mujeres es multidimensional y es el resultado de la discriminación que sufren a lo largo de toda su vida; de los estereotipos de género todavía presentes en la división de tareas en el hogar, en la educación, en el trabajo y en la sociedad, así como en el acceso al poder y la toma de decisiones; el trabajo asistencial y doméstico no remunerado sigue imponiendo una carga desproporcionada a las mujeres, que son quienes principalmente lo realizan; la remuneración de las mujeres sigue siendo inferior a la de los hombres; las mujeres tienen más contratos a tiempo parcial debido a la pobreza de tiempo; en fin, por no seguir, las mujeres sufren la pobreza de las personas con empleo, que aumenta el riesgo de pobreza y exclusión social debido a la baja intensidad laboral. A las afirmaciones anteriores cabe sumar (o multiplicar) que el riesgo de pobreza y exclusión social es mayor en

11 López Gandía, J.: «Las reformas de las pensiones y sus efectos no inclusivos», en AA. VV.: *Cambio laboral y políticas inclusivas*, Valencia (Universidad), 2017, p. 195.

12 Sobre el impacto de la pandemia en mujeres y niños, Poyatos i Matas, G.: «Los impactos invisibles de la pandemia: género, infancia y adolescencia», en AA. VV.: *El escudo social frente a la pandemia. Análisis jurídico y propuestas para una legislación social más justa*, Albacete (Bomarzo), 2021, pp. 139 y ss.

13 Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la pobreza de las mujeres en Europa (2021/2170(INI)).

14 Desde una perspectiva más amplia, Goñi Sein, J. L.: «La familia monoparental: ausencia de atención política y legislativa y su impacto sobre la situación sociolaboral de la mujer», *Temas laborales*, n.º 82, 2005, págs. 11 y ss.

determinados grupos de mujeres, como las madres solteras, las mujeres de más de 65 años, las mujeres con discapacidad, las mujeres con bajo nivel de educación y las de origen migrante[15].

Dentro de este colectivo de mujeres es preciso atender a la edad, bien de la persona, bien por concurrir en la unidad familiar hijos menores de edad: «todos los hogares en los que viven niños, niñas y adolescentes tienen tasas más altas en los principales indicadores que aquellos donde hay adultos solamente, y esto no es una cuestión coyuntural; sucede siempre, pasa todos los años»[16]. En España, es la población menor de edad la que experimenta mayores tasas de pobreza (28,3 por ciento) entre todos los grupos de edad comparados, seguida de cerca por los jóvenes entre 18 y 29 años (28,2 por ciento)[17].

Las cifras dadas por los distintos estudios varían, pero todas son sonrojantes: «más del 26 por ciento de los niños de menos de 16 años viven en hogares con ingresos inferiores al umbral de la pobreza, una situación que se agrava aún más en los hogares monoparentales, particularmente vulnerables además a la volatilidad de ingreso» (Preámbulo de la Ley de Ingreso Mínimo Vital). En la actualidad, se estima que un 27 % de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de España viven en riesgo de pobreza y exclusión social, y que un 12 % padece pobreza severa; una proporción que casi duplica la media de la UE[18].

La pobreza infantil así configurada constituye, sin duda, uno de los problemas estructurales más graves de nuestro país, y una seria amenaza para el futuro, ya que la pobreza infantil presenta un alto coste para la sociedad y es uno de los mayores determinantes de la pobreza en la edad adulta, generando un auténtico círculo vicioso por sus interdependencias con otros múltiples aspectos de la desigualdad social, y más teniendo en cuenta la inmovilidad de la brecha social en España. La misma condiciona la igualdad de oportunidades entre la población joven y acaba por impedir el acceso a empleos de calidad[19].

---

15 Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la pobreza de las mujeres en Europa (2021/2170(INI)).

16 AA. VV.: *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2019*, AROPE, 2020, https://www.eapn.es/estadodepobreza/descargas.php, p. 4.

17 *Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023*, https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/estrategia_es.pdf.

18 AA. VV.: *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*, https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf.

19 AA. VV.: *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*, https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf.

II Mujeres y pobreza en Castilla y León

A la hora de analizar la situación de pobreza de las mujeres en Castilla y León y con la finalidad de lograr una imagen lo más real posible, se acude al umbral de pobreza, esto es, la renta necesaria para una sola persona, que para 2020 se toma como referencia a los 9.626 euros; en hogares compuestos por dos adultos y dos menores de 14 años el umbral es de 20.215 euros (el año anterior se estimó en 18.919). Utilizando este criterio, en 2020 la población por debajo de este umbral fue del 15,1 %, quedando situado dicho porcentaje por debajo de la media nacional, pero incrementándose 2.1 puntos respecto a 2019. La Comunidad de Castilla y León se sitúa casi 6 puntos por debajo del registro nacional, en el 5.º puesto de las CCAA con menor porcentaje de población bajo el umbral de la pobreza[20].

Sin embargo, cabe observar un aumento del porcentaje de hogares con dificultades para llegar a fin de mes (un 34,1 % en Castilla y León en 2020); la tasa AROPE en estos territorios experimentó un ascenso; la carencia material severa ha subido en 2020 al 3,6 %; las familias de Castilla y León que no pueden permitirse una comida de carne, pescado o pollo al menos cada dos días ha subido al 2,7 %; existe un 7,1 % de unidades con pobreza energética; y el 25 % de las familias no pueden afrontar gastos imprevistos[21].

Las cifras ofrecidas muestran el progresivo incremento de la pobreza en los hogares de Castilla y León, sin distinguir entre mujeres y hombres, aun cuando conviene recordar a este respecto cómo la mayoría de hogares con niños está compuesto por al menos una mujer, siendo mayoritarios a este respecto los hogares monoparentales compuestos por una mujer y sus hijos.

El Informe AROPE sí distingue por sexo estas variables y muestra cómo la pobreza afecta a un 20,4 %, esto es 247.888 mujeres en este territorio en 2020 (y solo a 227.067 hombres); en riesgo de pobreza se encuentran el 15,8 %, 191.669 mujeres en Castilla y León; y en privación material severa un 3.5 % (42.662 mujeres)[22].

La misma imagen dibujan las cifras de solicitudes de la renta garantizada de ciudadanía: en 2021 se han presentado un total de 2690 solicitudes, un 16 % menos que el registrado en 2020. Asimismo, el número de titulares refleja un descenso continuado e imparable, pasando de 5693 en enero a 3686 en diciembre, lo que implica una reducción del 35,3 %. El presupuesto inicial en 2021 fue de 48.700.002 euros, lo que supone una reducción del 38,4 %

20 Cescyl: *Informe sobre la situación económica y social de Castilla y León 2021*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia., pp. 1107 y ss.

21 Cescyl: *Informe sobre la situación económica y social de Castilla y León 2021*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia., pp. 1107 y ss.

22 https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-AROPE-2021-castilla-y-leon.pdf.

respecto al de 2020; y el presupuesto ejecutado se ha reducido casi el 50 %, consecuencia de la extensión del ingreso mínimo vital y la reducción de beneficiarios de la renta garantizada[23]. Precisamente la coexistencia entre ambos instrumentos será objeto de atención en las siguientes páginas.

III. Mecanismos de lucha contra la pobreza

Determinado el acuciante problema de la pobreza femenina en España y en particular en Castilla y León, no han sido escasos los instrumentos programáticos o normativos que han puesto el foco en esta crisis sistémica.

En primer lugar, la Agenda 2030 fija como Objetivo 1 (Fin de la pobreza)[24]. Para ello plantea, como objetivos específicos, los siguientes[25]:

- Para 2030, erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo, actualmente medida por un ingreso por persona inferior a 1,25 dólares al día.
- Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños y niñas de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.
- Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables.
- Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los más vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías y los servicios económicos, incluida la microfinanciación.

---

23 CESCYL: *Informe sobre la situación económica y social de Castilla y León 2021*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia., pp. 1107 y ss.

24 Más de 700 millones de personas, o el 10 % de la población mundial, aún vive en situación de extrema pobreza a día de hoy, con dificultades para satisfacer las necesidades más básicas, como la salud, la educación y el acceso a agua y saneamiento, por nombrar algunas. La mayoría de las personas que viven con menos de 1,90 dólares al día viven en el África subsahariana. En todo el mundo, los índices de pobreza en las áreas rurales son del 17,2 %; más del triple de los mismos índices para las áreas urbanas.
Para los que trabajan, su puesto de trabajo no les garantiza una vida digna. De hecho, el 8 % de los trabajadores de todo el mundo, y sus familias, vivían en situación de extrema pobreza en 2018. Uno de cada cinco niños vive en situación de extrema pobreza. Garantizar la protección social de todos los niños y otros grupos vulnerables resulta crucial para reducir la pobreza, https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/.

25 Su aplicación en la Unión Europea aparece contenida en COMISIÓN EUROPEA: *Report from the CommissionSupporting the Sustainable Development Goals across the world: The 2019 Joint Synthesis Report of the European Union and its Member States* {COM(2019) 232 final.

- Para 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y a otros desastres económicos, sociales y ambientales.

Este primer Objetivo está intrínsecamente ligado al 2 (Hambre cero) y 10 (Reducción de las desigualdades). Este último pretende garantizar que los ingresos del 40 % de las personas con menores ingresos aumenten más rápido que la media. Lejos de desalentar el crecimiento, la reducción de las desigualdades y la redistribución de la riqueza contribuyen tanto al crecimiento como a la reducción de la pobreza, minimizando al mismo tiempo la tensión entre el crecimiento como medio para reducir la pobreza y el imperativo de mantenerse dentro de la capacidad de carga de la Tierra. Cuanto mejor sea la redistribución de los resultados del crecimiento en la sociedad, menor será la cantidad de crecimiento necesaria para reducir la pobreza[26].

La ONU ha publicado los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos[27], que constituyen los primeros lineamientos de políticas a nivel mundial centrados específicamente en los derechos humanos de las personas que viven en la pobreza. Estos principios están destinados a que los gobiernos los utilicen para asegurar que las políticas públicas, incluyendo los esfuerzos para erradicar la pobreza, alcancen a los miembros más pobres de la sociedad; respeten y defiendan sus derechos, y tomen en cuenta los significativos obstáculos sociales, culturales, económicos y estructurales que enfrentan las personas que viven en la pobreza para gozar de los derechos humanos y cuenten con perspectiva de género. Para ello, obliga a los Estados a:

- Elaborar y aprobar una estrategia de reducción de la pobreza basada en los derechos humanos que integre activamente a las personas y grupos, especialmente a los que viven en la pobreza, en su diseño y aplicación. La estrategia debe contener puntos de referencia sujetos a plazos y un plan de aplicación bien definido que tenga en cuenta las consecuencias presupuestarias necesarias, y debe designar claramente a las autoridades y organismos responsables de la aplicación y establecer los recursos y mecanismos de denuncia adecuados para los casos de incumplimiento.
- Establecer un sistema de seguridad social integral y asignar los recursos necesarios para lograr progresivamente el acceso a la seguridad social para todos y el disfrute de por lo menos los niveles esenciales

26 *Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos sobre La persistencia de la pobreza: cómo la igualdad real puede romper los círculos viciosos* de 19 de julio de 2021, https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a76177-persistence-poverty-how-real-equality-can-break-vicious-cycles.

27 El Consejo de Derechos Humanos aprobó los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos por consenso a través de su Resolución 21/11, en setiembre de 2012: http://www.ohchr.org/EN/Issues/Poverty/Pages/DGPIntroduction.aspx.

mínimos de los derechos económicos, sociales y culturales. Aunque el objetivo es que los sistemas de seguridad social cubran progresivamente a todas las personas, debe darse prioridad a los grupos más desfavorecidos y marginados.

- Adoptar medidas específicas para asegurar que las personas que viven en la pobreza, en particular las mujeres y quienes trabajan en la economía informal, tengan acceso a prestaciones de la seguridad social, con inclusión de pensiones sociales, que sean suficientes para permitirles llevar un nivel de vida adecuado y acceder a atención de salud para sí mismas y sus familias.
- Velar por que los sistemas de seguridad social se establezcan por ley de manera transparente, sostenible e incluyente y sean solo uno de los componentes de un plan nacional más amplio y coherente para la erradicación de la pobreza.
- Asegurar que los sistemas de seguridad social se diseñen, apliquen y evalúen teniendo en cuenta las necesidades particulares de las personas que viven en la pobreza, especialmente las mujeres.

A nivel comunitario, el Pilar Europeo de Derechos Sociales, adoptado en la Cumbre social en favor del empleo justo y el crecimiento celebrada en Gotemburgo en noviembre de 2017[28], pretende dar a los ciudadanos europeos unos derechos sociales nuevos y más efectivos[29].

Por su parte, el Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales se marca, entre otros, como objetivo para 2030, reducir en 15 millones las personas en riesgo de exclusión social en la Unión. Para ello, dentro del Capítulo dedicado a la protección social, se marca como objetivos los referidos a:

- las prestaciones por desempleo: los desempleados tienen derecho a ayudas adecuadas a la activación por parte de los servicios públicos de empleo para (re)integrarse en el mercado laboral y a prestaciones de desempleo adecuadas de duración razonable, en consonancia con sus propias contribuciones y los criterios de concesión nacionales. Estas prestaciones no deben desincentivar un retorno rápido al trabajo); y
- la renta mínima: toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a unas prestaciones de renta mínima adecuadas que garanticen una vida digna a lo largo de todas las etapas de la vida,

28 Arufe Varela, A.: «El nuevo pilar europeo de derechos sociales. Análisis crítico», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, n.º 49, 2018.

29 Sobre su vinculación constitucional, en Jimena Quesada, L.: «El derecho a la protección contra la pobreza y la exclusión social como paradigma del respeto de la dignidad humana. la inserción del ingreso mínimo vital en el marco de la evolución de los estándares internacionales», *Lex Social*, vol. 10, n.º 2, 2020, pp. 361-423.

así como el acceso a bienes y servicios de capacitación. Para las personas que pueden trabajar, las prestaciones de renta mínima deben combinarse con incentivos a la (re)integración en el mercado laboral.

El punto 12 del Pilar Europeo reconoce que, al margen del tipo y duración de su relación laboral, las personas trabajadoras tienen derecho a una protección social adecuada. El 14 (renta mínima) complementa al anterior, al reivindicar que «toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a unas prestaciones de renta mínima adecuadas que garanticen una vida digna a lo largo de todas las etapas de la vida, así como el acceso a bienes y servicios de capacitación. Para las personas que pueden trabajar, las prestaciones de renta mínima deben combinarse con incentivos a la (re)integración en el mercado laboral»[30].

Específicamente en relación a la pobreza femenina, el Parlamento Europeo ha pedido a la Comisión que elabore una ambiciosa estrategia europea de lucha contra la pobreza para 2030 con objetivos concretos de reducción de la pobreza y se centre en acabar con la pobreza de las mujeres y en romper el ciclo intergeneracional del riesgo de pobreza. Subraya la importancia de que las políticas tengan en cuenta el reto demográfico y promuevan la igualdad de oportunidades para todos, en particular para los más afectados por la crisis, como los grupos vulnerables, las familias en toda su diversidad, las jóvenes generaciones y las personas mayores, y de garantizar que todas las oportunidades de negocio que ofrece la actual revolución tecnológica y digital estén orientadas a las mujeres. Señala que la pobreza sigue midiéndose en función de los ingresos acumulados de los hogares, lo que implica presumir que todos los miembros del hogar ganan lo mismo y reparten los recursos por igual; pide derechos y cálculos individualizados basados en los ingresos individuales para luchar contra la verdadera magnitud de la pobreza femenina (tal y como se demandará *infra* respecto al ingreso mínimo vital); y pide que la medición de la pobreza, incluida la pobreza de tiempo, sea multidimensional[31].

A nivel interno, en España se han elaborado distintos documentos e informes que prevén estrategias (y tácticas) contra la pobreza. En primer lugar, el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia[32], tiene una importante dimensión social demostrada en el objetivo declarado de lograr una recuperación que mitigue el impacto social de la crisis y siente las bases de un modelo de crecimiento más inclusivo en España. Ello se refleja en líneas de

30 https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es.

31 Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la pobreza de las mujeres en Europa (2021/2170(INI)).

32 16 de junio de 2021, https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf.

actuación plenamente coherentes con los tres capítulos del Pilar Europeo de Derechos Sociales, como políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo. En efecto, se prevé que el Plan tenga impacto positivo sobre la desigualdad en la distribución de la renta de los hogares, reduciendo en dos terceras partes la distancia que aún separa España de la Unión Europea. Por ejemplo, prevé financiar programas piloto para poner en marcha y evaluar el impacto de itinerarios de inclusión para los beneficiarios del ingreso mínimo vital.

Dentro de la Palanca VIII «Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo» destaca, por cuanto aquí importa, los propósitos que contiene en orden a reforzar las políticas de inclusión y la economía de los cuidados y avanzar hacia un mercado de trabajo más resistente, con mecanismos de ajuste internos ante shocks como la reciente crisis sanitaria, reformar las políticas activas de empleo y promover políticas de inserción laboral en torno a la renta mínima.

Para su desarrollo y puesta en marcha diseña los siguientes componentes relacionados con la lucha contra la pobreza y exclusión social:

1. El Componente 22 (Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión) tiene como retos y objetivos el refuerzo y la modernización de las políticas de cuidados y, en general, de los servicios sociales. En este marco, se refuerzan las políticas de atención a la dependencia, impulsando el cambio en el modelo de cuidados de larga duración hacia una atención más centrada en la persona, e impulsando la desinstitucionalización. La atención integral de las personas más vulnerables requiere de un conjunto de políticas que permitan su plena inclusión social y laboral y, para lograrlo, se propone un nuevo modelo de inclusión a partir del Ingreso Mínimo Vital que aborda varios retos: i) Mejorar el sistema de prestaciones económicas no contributivas de la Administración General del Estado. ii) Fomentar la activación laboral de las personas beneficiarias del Ingreso Mínimo Vital. Sin embargo, más allá de la prestación monetaria, la atención integral de las personas más vulnerables requiere de un conjunto de políticas que permitan su plena inclusión social y laboral. iii) Evitar la «trampa de la pobreza» y fomentar la coordinación y la gobernanza entre los agentes relevantes para la política de inclusión.

   Como propuesta de reforma C22.R5 prevé mejorar el sistema de prestaciones económicas no contributivas de la Administración General del Estado, en tanto considera, como se examinará a continuación, que las prestaciones no contributivas y asistenciales presentan un alto nivel de fragmentación en nuestro país que, en muchos casos, las vuelve ineficientes. Por tal razón, propone una progresiva reorganización del conjunto de prestaciones estatales de naturaleza no contributiva.

Este componente aúna protección social y políticas activas de empleo, en tanto, en conjunto, estas reformas e inversiones, según lo indicado en el propio Plan «tienen una elevada capacidad para la creación de empleos de calidad, no deslocalizables y esenciales para el aumento del bienestar de la población. Adicionalmente, dado que el sector de cuidados en España descansa en buena medida en cuidadoras no profesionales, es necesaria una fuerte inversión en formación que permita elevar la cualificación y profesionalización, contribuyendo a mejorar sus condiciones laborales y a reducir la precariedad y la economía sumergida».

2. Por su parte, el Componente 23 (Nuevas políticas públicas para un mercado de trabajo dinámico, resiliente e inclusivo) apuesta por la simplificación y mejora del nivel asistencial de desempleo (C23.R10) y por el fomento del crecimiento inclusivo mediante la vinculación de las políticas de inclusión social al Ingreso Mínimo Vital (C23.I7).

   Respecto al desempleo, se prevé reducir la fragmentación del sistema nacional de asistencia al desempleo y subsanar las carencias en la cobertura de los regímenes autonómicos de renta mínima.

   Específicamente como objetivo en el caso del Ingreso Mínimo Vital apunta a los dos siguientes. De un lado, la erradicación de la pobreza: previniendo el riesgo de pobreza y exclusión social de las personas que vivan solas o integradas en una unidad de convivencia, cuando se encuentren en una situación de vulnerabilidad por carecer de recursos económicos suficientes para la cobertura de sus necesidades básicas. El objetivo es alcanzar una sociedad con mayores oportunidades para todos, que evite la cronificación y la transmisión intergeneracional de la pobreza. De otro, la inclusión social y participación en el mercado de trabajo: se asienta en la compatibilidad del IMV con los rendimientos del trabajo y el acompañamiento de un mecanismo incentivador del empleo, así como de la obligación del beneficiario de participar en las estrategias de inclusión que promueva el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, y de inscribirse como demandante de empleo en caso de no trabajar, en un plazo de seis meses desde la notificación de la concesión de la prestación, porque, como ya ha sido constatado, la pobreza severa es en sí misma un lastre para la incorporación al mercado laboral y tiene efectos negativos sobre el crecimiento.

En segundo término, el documento España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo[33], contiene, dentro de los distintos desafíos que identifica y a los cuales procede hacer frente, el 8.º: «Reducir la pobreza y la desigualdad y reactivar el ascensor social». En

33 Elaborado por el Ministerio de la Presidencia en 2021, https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf.

él se afirma que, como ya ha sido puesto de manifiesto *supra*, que «España acarrea todavía numerosas carencias y desequilibrios que le hacen ser el tercer país con mayor desigualdad de la renta de la UE y el cuarto con mayor población en riesgo de pobreza» y, desde hace algunos años, se observa una tendencia preocupante hacia la concentración de la riqueza, con diferencias especialmente abruptas en el plano intergeneracional. En lo que va de siglo, la diferencia de riqueza que existe entre las personas de 65 años y las de 35 se ha duplicado, asemejándose ya a la que existe en EE. UU.

Como principales causas señala las deficiencias del mercado laboral y la insuficiente capacidad recaudatoria y redistributiva de nuestro sistema fiscal y del Estado de Bienestar (como ya ha sido puesto de manifiesto): las personas más pobres pagan más impuestos (en términos relativos) que las de clase media, y las transferencias sociales están menos focalizadas en los colectivos vulnerables que en otros países de nuestro entorno. «En la actualidad, nuestro estado de bienestar reduce la desigualdad en más de un 37 % como resultado del sistema de prestaciones e impuestos; esto es menos que en otros países de la UE, pero más de 11 puntos porcentuales a como lo hacía en 1980. También reduce la pobreza en más de un 37 %, mientras que en 1980 la reducía en un 30 %». A ello se une el deficiente funcionamiento del ascensor social: en España, nacer en familias de bajos ingresos condiciona las oportunidades de educación y desarrollo profesional en mayor medida que en otros países europeos.

De atender al gasto en protección social, cabe constatar que es bajo en comparación con el resto de países europeos (en 2018, se dedicó un 17 % de su PIB frente al 19 % de la UE-27 y al 20 % de la UE-8) y a ello se une que el diseño mismo del sistema de protección social, que concede un menor peso relativo a aquellas transferencias que más directamente benefician a los colectivos más pobres y a las prestaciones no contributivas (solo un 20 % del total), algo especialmente problemático dados los elevados niveles de subempleo y desempleo que se registran. El resultado es un sistema en el que el quintil más rico recibe más transferencias públicas (30 %) que el quintil más pobre (el 12 %). En la OCDE, tan solo Portugal, Italia y Grecia tienen sistemas más regresivos en este sentido.

Las grandes pandemias de las últimas dos décadas (SARS, H1N1, MERS, Ébola y Zika) fueron seguidas de un aumento de la desigualdad de la renta de 1,5 puntos en el coeficiente de Gini en la mayoría de los países afectados, principalmente como consecuencia de la pérdida de empleo y de la reducción de ingresos procedentes de otras fuentes y lo más probable es que la pandemia del coronavirus tenga un efecto similar en Europa. Así las cosas, es razonable asumir que la España de 2023 será más desigual que la de 2020. Este proceso podría verse agravado además por el efecto de megatendencias como el envejecimiento demográfico, la transformación tecnológica o la transición ecológica ya apuntado, sin olvidar los efectos de la invasión de Ucrania y el contexto geopolítico resultante.

Ante el panorama dibujado, el mayor esfuerzo a realizar en los próximos años ha de consistir en reducir significativamente los niveles de desigualdad de la renta y de pobreza y mitigar las diferencias de oportunidades que registra en ámbitos como el educativo a fin de reactivar su ascensor social.

Para lograrlo, habrá de llevar a cabo una transformación profunda del sistema productivo, resolver las deficiencias del mercado laboral, solucionar el problema del acceso a la vivienda, modernizar el sistema de formación y recualificación a lo largo de toda la vida, y mejorar la capacidad recaudatoria y redistributiva. Para ello, se proponen los siguientes objetivos:

- Objetivo 6. Disminuir el peso de la economía sumergida hasta situarlo, al menos, en niveles similares al de los países de la UE-8 de aquí a 2050.
- Objetivo 46. Reducir la desigualdad de la renta hasta converger con la media actual de la UE-27 en el medio plazo y la de los países de la UE-8 en 2050.
- Objetivo 47. Reducir la proporción de personas que viven en riesgo de pobreza del 22 % actual al 18 % en 2030, para llegar a un 10 % en 2050.
- Objetivo 49. Incrementar el gasto público en protección social hasta converger con la media de la UE-8.

De forma más específica y alineada con el desafío supra expresado, desgrana como segundo frente «ampliar las prestaciones sociales y adaptarlas a las nuevas realidades laborales y demográficas», con el objetivo de transitar hacia un modelo de Estado de Bienestar más centrado en las necesidades de las personas que en su historial laboral. En pos de tal objetivo, señala los pasos a dar:

- Aumentar el gasto público en protección social hasta converger con la media de la UE-8 antes de 2050.
- Garantizar que el ingreso mínimo vital y el resto de prestaciones no contributivas actúen como un mecanismo de redistribución potente para colectivos con historias laborales de cotización limitada, e integrar estas prestaciones con medidas de acompañamiento que aseguren la plena inclusión de estos colectivos en la sociedad.
- Extender la cobertura y la cuantía de las prestaciones no contributivas en el marco del IMV y más allá de este, adaptándolas a las necesidades de colectivos específicos, como las familias con hijos e hijas a cargo.

Por su diseño, el ingreso mínimo vital tendrá un limitado efecto redistributivo, aunque sí será clave en la reducción de la pobreza extrema. Por tanto, serán necesarios otros instrumentos que amplíen la cobertura de ingresos. En este sentido, por ejemplo, se propone:

- Reformar las prestaciones familiares, que en España tienen un efecto muy pequeño sobre la redistribución de la renta.

- Crear una nueva prestación por crianza de hijos e hijas menores de 18 años. En un primer momento, esta prestación deberá dirigirse a todas aquellas familias que se encuentran en situación de riesgo de pobreza, pero no cumplen los requisitos para acceder al IMV. Posteriormente, deberá ampliarse al resto de familias del país, tal y como ya se hace en la mayoría de los estados europeos.
- Preservar la eficiencia del gasto público en protección social a través de la integración de prestaciones no contributivas que, respetando las competencias de las distintas administraciones, cumpla de manera conjunta los objetivos de erradicar la pobreza extrema y disminuir al mínimo el riesgo de pobreza en España. Para ello, se propone potenciar la Comisión de Seguimiento del Ingreso Mínimo Vital como marco de diálogo y coordinación interterritorial en materia de políticas de reducción de la pobreza.

En tercer lugar, la Estrategia Fondo Social Europeo+ 2021-2027[34], contempla, como Objetivo Político 4: una Europa más social mediante la aplicación del pilar europeo de derechos sociales. Y entre las finalidades preferentes de las inversiones del FSE+ se encuentra la inclusión social y la lucha contra la pobreza.

Con la finalidad de responder a la prioridad de inversión identificada establece la obligación de fomentar la inclusión activa, la integración social de las personas en riesgo de pobreza o exclusión social (incluidas las personas más desfavorecidas y los niños y niñas) y reforzar el acceso igualitario y adecuado a unos servicios de calidad y a la protección social. Asimismo, prioriza afrontar los retos demográficos y garantizar una protección social adecuada y sostenible durante todo el ciclo de vida para todos, con mediante la prestación de un apoyo individualizado a las familias y comunidades, mejorando el acceso a servicios sociales asequibles, sostenibles y de gran calidad, así como a los servicios de salud y vivienda.

Para la promoción de la inclusión social, prevé la ayuda alimentaria y la asistencia material básica, así como priorizar medidas para reducir o prevenir la pobreza infantil con acciones que apoyen directamente a los niños/as por lo que respecta a la atención a la primera infancia, la educación, la atención sanitaria, la vivienda digna y la alimentación adecuada, así como la transmisión intergeneracional de la pobreza entre las personas con antecedentes migratorios y los nacionales de terceros países.

Desde una perspectiva territorial, deberá tenerse en cuenta de forma transversal en las diferentes prioridades de inversión propuestas los retos a los que se enfrentan las zonas rurales que se enfrentan a la despoblación y al envejecimiento, así como algunas zonas urbanas que afrontan la presión demográfica.

34 https://www.mites.gob.es/uafse/ficheros/fse_2021_2027/documento_estrategia_FSE_2021-2027.pdf.

El FSE+ señala como amenaza latente a la hora de lograr el objetivo de inclusión pretendido el cambio demográfico (el envejecimiento, la pérdida de población, la baja densidad, la caída de la natalidad, la sobrepoblación…), al entender que tiene repercusiones económicas, sociales, culturales y territoriales y que supone un desafío para la sostenibilidad de nuestro Estado del Bienestar, y puede poner en riesgo la cohesión social, la vertebración territorial y del modelo de convivencia. Este cambio demográfico afecta a todas las Comunidades Autónomas, a la mayor parte de los municipios, y fundamentalmente, a sus áreas rurales. Para afrontar ese reto entiende que deberá garantizarse la prestación y acceso a servicios básicos en condiciones de equidad, adaptada a las características de cada territorio, trabajando en los territorios, junto con las Administraciones de las Entidades Locales, para propiciar un desarrollo local, una generación de oportunidades de empleo y también contribuir a la fijación de la población en el territorio, así como, a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Entre los 11 «objetivos específicos» a los que debe apoyar el FSE+, cabe subrayar, por cuanto aquí importa, los tres siguientes:

1. mejorar la igualdad y la oportunidad del acceso a unos servicios de calidad, sostenibles y asequibles; modernizar los sistemas de protección social, y en especial promover el acceso a la protección social; mejorar la accesibilidad, la efectividad y la resiliencia de los sistemas de asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración;
2. promover la integración social de las personas en riesgo de pobreza o exclusión social, incluidas las personas más desfavorecidas y los niños;
3. corregir la privación material mediante alimentos o la prestación de asistencia material básica a las personas más desfavorecidas, mediante medidas de acompañamiento, entre otras cosas,

A continuación, el FSE+ 2021-2027 identifica los colectivos o grupos de destinatarios a los que irán dirigidos las medidas y actuaciones del FSE, colectivos o personas que considera en situación o en riesgo de pobreza y exclusión social: mujeres víctimas de la violencia de género, acoso sexual y acoso por razón de sexo; personas sin hogar; personas con discapacidad; personas migrantes, nacionales de terceros países, personas refugiadas y solicitantes o beneficiarios de protección internacional, con atención específica a colectivos más vulnerables como mujeres, menores, embarazadas, personas enfermas o discapacidad, así como víctimas de trata de seres humanos; población gitana y otras comunidades marginadas; personas reclusas y ex reclusas; personas con problemas de adicción; personas mayores, especialmente, en situación de dependencia o discapacidad; colectivo LGTBI; personas incluidas en «pobreza energética»; personas víctimas de cualquier tipo de discriminación en el mercado laboral; víctimas de terrorismo y sus familias; personas con responsabilidades familiares pertenecientes a grupos vulnerables,

sobre todo, las familias monoparentales y personas que aportan el segundo ingreso familiar; población en situación administrativa irregular, asentamientos y personas sin hogar, que no entran dentro del circuito de los servicios sociales; población infantil; personas con enfermedades crónicas; otras personas víctimas de cualquier forma de discriminación por razón de raza, sexo, etnia, edad, discapacidad, orientación sexual, religión o creencias.

La enumeración de estos colectivos constituye una primera aproximación muy superficial y en determinadas ocasiones redundante, pero con una seria intención de ser inclusiva y omnicomprensiva de todas las posibles situaciones. De contrastar tal enumeración con los posibles sujetos beneficiarios de las prestaciones contra la pobreza, no cabe duda que se abren profundos agujeros de desprotección, en particular por cuanto hace a las mujeres.

Más específicamente dirigido a la lucha contra la pobreza y la exclusión social en España, por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de marzo de 2019 se aprobó la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023[35]. Entre otros elementos, la Estrategia, tal y como sucede con los instrumentos anteriores, identifica la reducción de la desigualdad de rentas entre los principales desafíos de las sociedades europeas y que España en particular ha de afrontar.

Para ello, pretende mejorar «las prestaciones sociales para proteger a la infancia y a las familias, incrementando la eficacia de las políticas de reducción de la pobreza infantil»; y «asegurar un sistema de ingresos mínimos con cobertura suficiente que permita a las personas vivir con dignidad, así como favorecer el incremento de la renta neta disponible de los hogares, especialmente en el caso de que cuenten con niños, niñas o adolescentes a cargo, puesto que los mayores niveles de vulnerabilidad se registran entre los hogares con menores». Para su cumplimiento, plantea las siguientes líneas de actuación:

- Avanzar en el desarrollo de un ingreso mínimo vital, comenzando por el despliegue de un programa de prestaciones por hijo a cargo con mayor cobertura y mayor intensidad protectora frente a situaciones de vulnerabilidad.
- Actualizar el Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM) para asegurar la intensidad protectora de las prestaciones y beneficios que lo toman como referencia.
- Garantizar, simplificar y ordenar las prestaciones y subsidios de competencia estatal, mejorando la coordinación con aquellos de competencia autonómica.

35 https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/contenido-actual-web/estrategia_es.pdf.

Como se ha podido concluir, los instrumentos analizados prestan especial atención al desarrollo y extensión del ingreso mínimo vital y su coordinación con otras prestaciones, especialmente autonómicas, pero no acaban por concretar un modelo coherente, claro y eficaz que sirva para luchar contra la pobreza en toda su extensión, ni cómo reformar las prestaciones actualmente existentes destinadas a tal efecto.

En fin, la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030[36], y en aras al cumplimiento de la Agenda 2030 en España se marca como metas las siguientes para dicha fecha: reducir a menos de la mitad la proporción de hombres, mujeres, niños, niñas y adolescentes que se encuentran en riesgo de pobreza y/o exclusión (Tasa AROPE); erradicar la privación material severa sufrida por niños, niñas y adolescentes y reducir a menos de la mitad la tasa de pobreza infantil relativa; incrementar el gasto público en protección social hasta situarlo en la media de la UE-27; ampliar la cobertura del Ingreso Mínimo Vital de modo que proteja a todas las personas y unidades familiares que se encuentren en situación de pobreza severa; e incrementar la capacidad redistributiva de las transferencias sociales para situarla, como mínimo, en la media de la UE-27.

Desgranados los ambiciosos objetivos, en las páginas siguientes procede analizar cuál es la regulación jurídica en presencia destinada a proteger a las mujeres que residan en Castilla y León frente a la pobreza: ingreso mínimo vital (en adelante IMV), regulado en la Ley 19/2021, de 20 de diciembre, por la que se establece el ingreso mínimo vital, y renta garantizada de ciudadanía, contemplada en el Decreto Legislativo 1/2019, de 10 de enero, por el que se aprueba el texto refundido de las normas legales vigentes en materia de condiciones de acceso y disfrute de la prestación de renta garantizada de ciudadanía de Castilla y León (en adelante DLRGCCYL), y cómo responde al cumplimiento de las finalidades expresadas para, en su caso, proponer las reformas oportunas para lograr la erradicación de la pobreza.

Antes de proceder al examen exhaustivo de los requisitos y condiciones más destacables, y anticipando conclusiones, parece pertinente, de un lado y siguiendo las recomendaciones del Consejo Económico y Social de Castilla y León, adaptar la Renta Garantizada de Ciudadanía a la realidad social, dado que las necesidades que cubre son cambiantes, siempre contando con la participación de los agentes económicos y sociales en el marco del Diálogo Social; y de otro, coordinar de manera efectiva e integral los distintos ámbitos competenciales, a fin de eliminar duplicidades y disminuir las desigualdades propias de un sistema complejo[37].

36 https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf.

37 CESCYL: *Informe sobre la situación económica y social de Castilla y León 2021*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia, pp. 98 y ss.

IV. Mujeres destinatarias de las últimas redes de protección

Ambas prestaciones (estatal y autonómica) parten de una doble consideración de los beneficiarios, bien la unidad familiar o bien individuos que no estén integrados en ninguna de aquellas. La concesión de las prestaciones a la persona titular de la unidad familiar puede acabar distorsionando e invisibilizando a las mujeres integrantes de dicha unidad, pues tradicional y culturalmente se ha venido considerando cómo el titular de dicha unidad ha de ser el hombre en caso de haberlo. La dependencia en ese caso de la mujer que integra la unidad respecto del titular solicitante no deja de suponer un nuevo lastre para la igualdad real.

El IMV contempla estos dos tipos de beneficiarios, titulares individuales o unidades de convivencia. En cuanto hace a los primeros, tienen que tener al menos 23 años y no estar integrados en una unidad de convivencia ni estén unidas a otra persona por vínculo matrimonial o como pareja de hecho, salvo que hayan iniciado los trámites de separación o divorcio o las que se encuentren en otras circunstancias que puedan determinarse reglamentariamente. Como excepción que atiende específicamente a determinados colectivos de mujeres, no se exigirá el cumplimiento del requisito de edad ni el de haber iniciado los trámites de separación o divorcio en los supuestos de mujeres víctimas de violencia de género o de trata de seres humanos y explotación sexual[38].

Tampoco se exigirá el cumplimiento de este requisito a las personas de entre 18 y 22 años que provengan de centros residenciales de protección de menores de las diferentes Comunidades Autónomas, habiendo estado bajo la tutela de Entidades Públicas de protección de menores dentro de los tres años anteriores a la mayoría de edad, o sean huérfanos absolutos, siempre que vivan solos sin integrarse en una unidad de convivencia (art. 4 LIMV).

De nuevo, contempla de forma más favorable a las mujeres víctimas de violencia de género o de trata de seres humanos y explotación sexual, que permite la percepción del subsidio, aunque sean usuarias permanentes de una prestación de servicio residencial, de carácter social, sanitario o socio-sanitario.

Respecto a los segundos, la unidad de convivencia aparece configurada como un concepto de imputación subjetiva de la prestación de forma colectiva[39]. Así, el art. 6.1 LIMV considera unidad de convivencia «la constituida

38 Un estudio específico sobre el ingreso mínimo vital y la protección dispensada a las víctimas de violencia de género en Serrano Argüeso, M.: «Ingreso mínimo vital e inserción social», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, n.º 1, 2021.

39 González Ortega, S. y Barcelón Cobedo, S.: *El ingreso mínimo vital*, Valencia (Tirant lo blanch), 2020, p. 36.

por todas las personas que residan en un mismo domicilio y que estén unidas entre sí por vínculo matrimonial, como pareja de hecho o por vínculo hasta el segundo grado de consanguinidad, afinidad, adopción, y otras personas con las que convivan en virtud de guarda con fines de adopción o acogimiento familiar permanente». Respecto a las relaciones de parentesco entre los distintos miembros, surgen dudas sobre cómo interpretar la vinculación hasta el segundo grado[40], aun cuando la interpretación más respetuosa con la finalidad protectora parece ser la segunda, en tanto la primera llevaría a decisiones tácticas de asignación de titularidad o expulsaría a potenciales miembros.

En todo caso, para ser miembro de la unidad de convivencia es necesario acreditar la residencia efectiva, legal (dejando fuera a cuantos carezcan de la debida autorización de residencia, y convirtiendo en invisibles su persona, sus ingresos y sus gastos) y continuada en España; y la pertenencia a la misma es única y exclusiva (en ningún caso una misma persona podrá formar parte de dos o más unidades de convivencia —art. 6.3—).

En cuanto hace a quienes carecen de domicilio (o, gráficamente, techo) se aplican las reglas especiales del art. 8.1, a efectos, parece entenderse, de considerar dicha adscripción, que a veces es colectiva, individual, al vivir de forma separada, o bien considerándose, cuando tal sea el caso, unidades de convivencia unidas por vínculos familiares. De darse el último caso, «la unidad de convivencia estará constituida por las personas unidas entre sí por vínculo matrimonial, como pareja de hecho, y, en su caso, con sus descendientes menores de edad hasta el primer grado de consanguinidad, afinidad, adopción o en virtud de régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción. Los descendientes citados podrán ser hasta el segundo grado si no estuvieran empadronados con sus ascendientes del primer grado». Si en virtud de un contrato queda acreditado el uso individualizado, por una persona sola o por una unidad de convivencia, de una habitación en un establecimiento hotelero o similar, será considerado domicilio a los efectos previstos en esta norma. En fin, en estos casos especiales, cuando mediante título jurídico se acredite el uso exclusivo de una determinada zona del domicilio por una persona sola o por una unidad de convivencia, dicha zona de uso exclusivo será considerada domicilio (art. 8 LIMV). Como regla de cierre, y como sucede con otras prestaciones, se considera que no rompe la convivencia la separación transitoria por razón de estudios, trabajo, tratamiento médico, rehabilitación u otras causas similares (art. 6.2).

40 Gómez Gordillo, R.: «El ingreso mínimo vital: la pensión que aspira a ser subsidio. Análisis del RDL 20/2020, de 29 de mayo y de sus modificaciones», *Revista de Derecho Social*, n.º 91, 2020, p. 54.

Esta sería la unidad de convivencia «general»[41], a continuación el art. 7 LIMV describe las especiales, que no se integran en una unidad de convivencia o, en su caso, de personas beneficiarias integradas en una unidad de convivencia independiente, aquellas personas que convivan en el mismo domicilio con otras con las que mantuvieran alguno de los vínculos de parentesco y se encontraran en alguno de los siguientes supuestos:

a) Cuando una mujer, víctima de violencia de género, haya abandonado su domicilio familiar habitual acompañada o no de sus hijos o de menores en régimen de guarda con fines de adopción o acogimiento familiar permanente.

b) Cuando, con motivo del inicio de los trámites de separación, nulidad o divorcio, o de haberse instado la disolución de la pareja de hecho formalmente constituida, una persona haya abandonado su domicilio familiar habitual acompañada o no de sus hijos o menores en régimen de guarda con fines de adopción o acogimiento familiar permanente. En el supuesto de parejas de hecho no formalizadas que hubieran cesado la convivencia, la persona que solicite la prestación deberá acreditar, en su caso, el inicio de los trámites para la atribución de la guarda y custodia de los menores (debido a su configuración como unidad de convivencia, de no ser así sería beneficiario individual).

En estos dos casos debe entenderse que el otro progenitor no forma parte de esta unidad ni puede solicitar la prestación en nombre de quienes la configuran[42].

La norma limita la consideración como unidad independiente en los dos últimos casos a los tres años siguientes a la fecha de los acontecimientos (divorcio, separación, disolución de la pareja de hecho, desahucio o inhabitabilidad por accidente o fuerza mayor), no así en caso de víctima de violencia de género, que parece contemplarse de forma indefinida como unidad de convivencia separada en aras a una mayor protección.

Por último, y como regla de cierre en los arts. 8 y 9 LIMV, cuando convivan en el mismo domicilio personas entre las que no concurran los vínculos ya analizados. En el fondo, se trata de una vía abierta para dar cobertura a situaciones sobrevenidas o no imaginadas por la norma, pero que la fuerza de los hechos hace necesaria la obtención de esta prestación[43].

---

41 Monereo Pérez, J. L.; Rodríguez Iniesta, G. y Trillo García, A.: *El ingreso mínimo vital en el sistema de protección social. Estudio de su configuración y régimen jurídico*, Murcia (Laborum), 2021, p. 140.

42 Gómez Gordillo, R.: «El ingreso mínimo vital: la pensión que aspira a ser subsidio. Análisis del RDL 20/2020, de 29 de mayo y de sus modificaciones», *cit*., p. 48.

43 Álvarez Cuesta, H.: «El ingreso mínimo vital en la encrucijada», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, n.º 2, 2021, pp. 246 y ss.

Como se ha podido observar, la configuración de la unidad de convivencia carece de perspectiva de género, dejando a salvo la protección dispensada a las víctimas de violencia de género y a las mujeres víctimas de trata o explotación sexual, respecto a las cuales la norma establece un amparo superior.

Por su parte, la renta garantizada de ciudadanía de Castilla y León tiene como «destinatarios», a semejanza del ingreso mínimo vital, tanto al titular de la renta como al resto de personas que integran la unidad familiar o de convivencia (art. 7 DLRGCCYL) mayores de 25 años. Pero exige otro condicionante vinculado al ámbito territorial (art. 2 DLRGCCYL): que sean ciudadanos de Castilla y León o extranjeros con vecindad administrativa en esta Comunidad, como se examinará *infra*.

El art. 8 DLRGCCYL define el concepto de unidad familiar o de convivencia como:

a) Dos personas unidas por matrimonio o relación estable y acreditada análoga a la conyugal. En este caso, la renta es más permisiva que la definición dada para el ingreso mínimo vital, pues no fija un marco temporal para la pareja de hecho, solo acreditación de la análoga relación.

b) Dos o más personas que convivan en el mismo domicilio y estén unidas por parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, afinidad o adopción. En este caso, vuelven a reproducirse las dudas ya manifestadas respecto a los lazos de unión necesarios a la hora de constituir la unidad de convivencia en el IMV.

c) Dos o más personas que convivan en el mismo domicilio en razón de tutela o acogimiento familiar.

Como excepción, se puede reconocer dos prestaciones diferenciadas cuando convivan en el mismo domicilio y les unan los lazos enumerados *supra* cuando se encuentren en determinadas situaciones, entre las que destacan las familias monoparentales o en caso de separación, divorcio y nulidad con hijos (art. 8.2). En la práctica y en la mayor parte de los casos, ambas situaciones tratan de proteger a una mujer con hijos a cargo.

Excepcionalmente, podrá reconocerse más de dos prestaciones de renta garantizada de ciudadanía por domicilio en aquellos supuestos en los que en alguna de las unidades familiares o de convivencia existentes en el domicilio concurra una situación de violencia de género, desahucio o fuerza mayor, debidamente acreditada. De nuevo las mujeres víctimas de violencia de género tienen una garantía reforzada a la hora de acceder a la renta.

En cuanto a los beneficiarios únicos, han de vivir solos de manera autónoma e independiente, o bien conviviendo con otras personas en el mismo domicilio y no tengan con ellas los vínculos necesarios para ser considerados unidades de convivencia. Además, y como sucede con el IMV, deberán acreditar independencia de su familia de origen al menos con un año de antela-

ción a la presentación de la solicitud, y continuar manteniendo esta situación. Sin embargo, esta última condición no será exigible, entre otros supuestos y por cuanto aquí interesa, a las víctimas de violencia de género que, habiendo vivido de forma independiente, regresen temporalmente al domicilio de su familia de origen como consecuencia del empeoramiento coyuntural de su situación socioeconómica. Una vez reconocida la prestación, entre las obligaciones que se establezcan deberá incluirse el compromiso de reiniciar el proceso de vida independiente (art. 9 DLRGCCYL).

V. Requisitos para acceder a la red de protección frente a la pobreza

Los requisitos para percibir el ingreso mínimo vital, una vez se consideran beneficiarios, aparecen enumerados en el art. 10 LIMV y están vinculados al concepto de vulnerabilidad económica, de un lado, y de otro a intentar combatir los posibles fraudes en su percepción:

- En primer lugar, exige tener residencia legal y efectiva en España y haberla tenido de forma continuada e ininterrumpida durante al menos el año inmediatamente anterior a la fecha de presentación de la solicitud. En consecuencia, y como ya sucedía al analizar a los beneficiarios, excluye a quienes están en situación irregular[44], aun cuando pudieran acreditar períodos en situación regular en España, o a los españoles que vuelvan del extranjero[45] (no se contempla la aplicación de ningún paréntesis a la hora de acreditar el año inmediatamente anterior). Sin embargo, prevé excepciones, entre las cuales contempla a las personas víctimas de trata de seres humanos y de explotación sexual (mayoritariamente mujeres) y a las mujeres víctimas de violencia de género.
- En orden a prevenir las percepciones fraudulentas o la creación de beneficiarios (individuales o grupales) *ad hoc*, y para ello exige, a quienes sean menores de treinta años en la fecha de la solicitud del ingreso mínimo vital y lo soliciten de forma individual, que acrediten haber vivido de forma independiente en España durante al menos los dos años inmediatamente anteriores a la indicada fecha. Este requisito no se exigirá a las personas de entre 18 y 22 años que provengan de centros residenciales de protección de menores de las diferentes Comunidades Autónomas. En cambio, cuando las personas benefi-

44 Analizando este requisito, Chabannes, M.: «Un nuevo derecho para la ciudadanía: el ingreso mínimo vital», *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, n.º 1, 2020, p. 281.

45 Gómez Gordillo, R.: «El ingreso mínimo vital: la pensión que aspira a ser subsidio. Análisis del RDL 20/2020, de 29 de mayo y de sus modificaciones», *cit*., p. 51.

ciarias de forma individual sean mayores de 30 años en la fecha de la solicitud, el requisito de vida independiente solo es de un año (deberán acreditar que, durante el año inmediatamente anterior a dicha fecha, su domicilio en España ha sido distinto al de sus progenitores, tutores o acogedores), y tampoco parece requerirse un año de alta en la Seguridad Social. La diferencia requerida carece proporcionalidad por razón de edad, tanto antes de los 23[46] como de los 30. Entre los 23 y los 30 el ingreso mínimo vital no ayuda a alcanzar una vida independiente, pero una vez sobrepasado el umbral (a juicio de la norma) esta prestación coadyuva a lograr dicho objetivo.

Los requisitos enumerados no se exigirán cuando el cese de la convivencia con los progenitores, tutores o acogedores se hubiera debido al fallecimiento de estos. Tampoco se exigirán a las personas que, por ser víctimas de violencia de género, hayan abandonado su domicilio habitual, a las personas sin hogar, a las que hayan iniciado los trámites de separación o divorcio, a las personas víctimas de trata de seres humanos y de explotación sexual o a las que se encuentren en otras circunstancias que puedan determinarse reglamentariamente.

Cuando las personas beneficiarias formen parte de una unidad de convivencia, se exigirá que esté constituida durante al menos seis meses antes de la presentación de la solicitud de forma continuada. Como excepción, este requisito no se exigirá en los casos de nacimiento, adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento familiar permanente de menores, en los supuestos de mujeres víctimas de violencia de género o víctimas de trata de seres humanos y explotación sexual, o en otros supuestos justificados. De nuevo, la norma incorpora cierta perspectiva de género en la protección dispensada al tener en consideración la dificultad, derivada de la propia situación que trata de corregir el IMV, que ciertos colectivos tienen para cumplir las condiciones impuestas.

- En tercer lugar, la Ley exige encontrarse en situación de vulnerabilidad económica por carecer de rentas, ingresos o patrimonio suficientes. Para la determinación de la situación de vulnerabilidad económica exigida se tomará en consideración la capacidad económica de la persona solicitante beneficiaria individual o, en su caso, de la unidad de convivencia en su conjunto, computándose los recursos de todos sus miembros (art. 11 LIMV), y se apreciará que concurre este requisito cuando el promedio mensual del conjunto de ingresos y rentas anuales computables de la persona beneficiaria individual o del conjunto de miembros de la unidad de convivencia, correspondientes al ejercicio anterior, en los términos establecidos en la norma anali-

46 Gómez Gordillo, R.: «El ingreso mínimo vital: la pensión que aspira a ser subsidio. Análisis del RDL 20/2020, de 29 de mayo y de sus modificaciones», *cit.*, p. 57.

zada, sea inferior, al menos en 10 euros, a la cuantía mensual de la renta garantizada con esta prestación que corresponda en función de la modalidad y del número de miembros de la unidad de convivencia (art. 11.2); y a continuación, el art. 11.3 LIMV define de forma negativa quién no está en situación de vulnerabilidad económica.

En Castilla y León los requisitos contenidos en el art. 10 DLRGCCYL discurren en paralelo con los examinados respecto al IMV, pero con una exigencia añadida de vinculación territorial:

- Así, es preciso tener domicilio (en el caso de solicitantes que estén alojados en espacios que no sean susceptibles de ser reconocidos como viviendas bastará con acreditar dicha situación en el informe social correspondiente), estar empadronado y residir legalmente en algún municipio de la Comunidad de Castilla y León, al menos, con un año de antelación a la presentación de la solicitud. Este plazo de un año no será exigible, entre otros colectivos y por cuanto aquí interesa, a las mujeres víctimas de violencia de género que por este motivo hayan cambiado su residencia desde otra comunidad o ciudad autónoma.
- Tener una edad comprendida entre los 25 años y la que permita el acceso a prestaciones contributivas o no contributivas a cargo de cualquiera de las administraciones públicas. Como ya se ha manifestado, la edad ordinaria es menor en dos años a la prevista en el DLRGCCYL y el paso a la jubilación no contributiva marcará la finalización de esta renta. Excepcionalmente, podrán solicitar la prestación quienes no estén en este arco de edad, entre otros colectivos, quienes tengan familiares a su cargo (en la inmensa mayoría de casos, van a ser mujeres) y las mujeres menores 25 años, que tengan la condición de víctimas de violencia de género.
- Carecer de los medios económicos o patrimoniales suficientes para atender sus necesidades básicas de subsistencia, cuyo umbral está fijado en la cuantía de la renta básica, y calculados los medios según se fija en el art. 12 DLRGCCYL.
- No estar percibiendo prestaciones contributivas o no contributivas a cargo de cualquiera de las administraciones públicas, salvo las previsiones de compatibilidad. No obstante, cuando la persona solicitante tenga la condición de víctima de violencia de género y sea beneficiaria del programa de renta activa de inserción por la citada causa, tendrá derecho a percibir los complementos por cada restante miembro de la unidad familiar o de convivencia, siempre y cuando concurra el resto de requisitos exigidos. Vuelve a observarse cierta atención a la pobreza femenina vinculada a la condición de víctima de violencia de género.
- No residir en centros que pertenezcan a instituciones o entidades que por sus normas de organización estén obligados a prestarle, como miembro o usuario, la asistencia necesaria para atender a sus

necesidades básicas de subsistencia. En este caso, no se diferencia entre residencia permanente y temporal, como sí sucede en el IMV, aun cuando las excepciones sí recogen esta diferencia. Así, cabe el acceso a la renta entre otros supuestos, para mujeres que residan en centros de acogida para víctimas de violencia de género o abandono familiar o en otros centros específicos destinados a la atención de problemáticas sociales asociadas a las referidas situaciones.

- Añade además dos condicionantes que no aparecen en el IMV: que haya transcurrido el plazo establecido en los supuestos de extinción del derecho por incumplimiento de las obligaciones o compromisos vinculados a su percepción, cuando el solicitante sea el mismo; y en los casos de haber sido condenado por delitos contra la vida o contra la libertad sexual, haber satisfecho la responsabilidad civil declarada en sentencia. Esta condición semeja la prevista para el desempleo asistencial de los liberados de prisión, y parece que obedece a idéntica finalidad.
- En el caso de pertenencia a una unidad, todos sus integrantes han de acreditar las siguientes condiciones, incluida la residencia legal y empadronamiento en algún municipio de la Comunidad (art. 11): carecer de los medios económicos o patrimoniales suficientes para atender sus necesidades básicas de subsistencia; todos los miembros de la unidad familiar o de convivencia que pudieran tener derecho a alguna de las prestaciones públicas las hayan solicitado ante el organismo correspondiente y se haya resuelto su denegación o se haya agotado su percepción, sin perjuicio de los supuestos de complementariedad; quienes se encuentren en edad de trabajar estén inscritos como demandantes de empleo en la provincia de residencia en la fecha de presentación de la solicitud, salvo que estén cursando una actividad formativa reglada; sean cuidadores familiares de personas dependientes beneficiarias de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar; o exista un informe social, en atención a las circunstancias personales o sociales concurrentes, que determine la imposibilidad o improcedencia de aquella; y que, cuando en la unidad familiar o de convivencia existan menores en edad de cursar enseñanzas obligatorias, sus padres o tutores hayan dispuesto todas las condiciones y medios necesarios y suficientes para que aquellos reciban dicha educación.

VI. Cuantía y duración de las distintas prestaciones destinadas a combatir la pobreza en Castilla y León

El ingreso mínimo vital, fiel a la finalidad que pretende alcanzar, consiste en una prestación económica mensual (art. 12 LIMV), cuya cuantía viene determinada por la diferencia entre la cuantía de la renta garantizada y el

conjunto de todas las rentas e ingresos de la persona beneficiaria o de los miembros que componen esa unidad de convivencia del ejercicio anterior, siempre que la cuantía resultante sea igual o superior a 10 euros mensuales.

No se establece una cuantía mínima[47], sino que este ingreso depende del resto de ingresos percibidos, al igual que cabe su incremento en función de las circunstancias, singularmente el número de miembros de la unidad de convivencia. Así, el art. 13 determina que, en el caso de una persona beneficiaria individual, la cuantía mensual de renta garantizada ascenderá al 100 % del importe anual de las pensiones no contributivas fijada anualmente en la ley de presupuestos generales del Estado, dividido por doce; y a esta cantidad se sumará un complemento equivalente a un 22 % en el supuesto de que el beneficiario individual tenga un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 65 %.

En el caso de una unidad de convivencia la cuantía mensual de la letra a) se incrementará en un 30 % por miembro adicional a partir del segundo hasta un máximo del 220 %, y un 22 % adicional si uno de los miembros tiene una discapacidad reconocida igual o superior al 65 %.

Cuando los mismos hijos o menores o mayores incapacitados judicialmente formen parte de distintas unidades familiares en supuestos de custodia compartida establecida judicialmente, se considerará, a efectos de la determinación de la cuantía de la prestación, que forman parte de la unidad donde se encuentren domiciliados (art. 13.4).

A continuación, y teniendo en cuenta que la mayoría de las familias monoparentales están compuestas por mujer e hijos a su cargo, la norma establece un complemento de monoparentalidad, equivalente a un 22 % de la cuantía establecida para los beneficiarios individuales en el supuesto de que la unidad de convivencia sea monoparental. A estos efectos, se considera unidad de convivencia monoparental la constituida por un solo adulto que conviva con uno o más descendientes hasta el segundo grado menores de edad sobre los que tenga la guarda y custodia exclusiva, o que conviva con uno o más menores en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción cuando se trata del único acogedor o guardador, o cuando el otro progenitor, guardador o acogedor se encuentre ingresado en prisión o en un centro hospitalario por un periodo ininterrumpido igual o superior a un año.

También se aplica dicho complemento a la formada exclusivamente por una mujer que ha sufrido violencia de género, y uno o más descendientes hasta el segundo grado, menores de edad, sobre los que tenga la guarda y custodia o, en su caso, uno o más menores en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.

47 Monereo Pérez, J. L.; Rodríguez Iniesta, G. y Trillo García, A.: *El ingreso mínimo vital en el sistema de protección social. Estudio de su configuración y régimen jurídico*, *cit*., p. 173.

El art. 11.6 LIMV regula un complemento de ayuda para la infancia para aquellas unidades de convivencia que incluyan menores de edad entre sus miembros, siempre que en el ejercicio inmediatamente anterior al de la solicitud los ingresos computables sean inferiores al 300 % de los umbrales del anexo I y el patrimonio neto sea inferior al 150 % de los límites fijados en el anexo II, cumpliendo el test de activos definido en el anexo III. La cuantía de dicho complemento será una cantidad mensual por cada menor de edad miembro de la unidad de convivencia, en función de la edad cumplida el día 1 de enero del correspondiente ejercicio y en un arco entre los 100 y los 50 euros. Tal y como sucede en otros casos, estos incrementos de protección al menos acaban repercutiendo en la protección de las mujeres, que son quienes porcentualmente tienen hijos a su cargo. En fin, de forma excepcional, durante 2022 y 2023 se han establecido incrementos coyunturales de las cuantías examinadas.

Falta por comprobar la cuantía media recibida en la práctica, y si las distintas escalas consiguen alcanzar la renta mínima decente, en palabras del Consejo Económico y Social Europeo, «ingresos mínimos para llevar una vida digna, por encima del umbral de pobreza, inspirándose en el concepto de trabajo decente de la OIT»[48].

El art. 16, como sucede con el resto de prestaciones no contributivas, prevé alterar la cuantía de la prestación (al alza o a la baja) si cambiaran las circunstancias personales[49] de la persona beneficiaria del ingreso mínimo vital, o de alguno de los miembros de la unidad de convivencia, mediante la revisión correspondiente por la entidad gestora. Dicho cambio tendrá efectos a partir del día primero del mes siguiente al de la fecha en que se hubiera producido el hecho causante de la modificación, siendo de aplicación lo dispuesto en el art. 129 LGSS. Y en todo caso, con periodicidad anual, la cuantía se actualizará con efectos del día 1 de enero de cada año, tomando como referencia los ingresos anuales computables del ejercicio anterior. Cuando la variación de los ingresos anuales computables del ejercicio anterior motivara la extinción de la prestación, esta surtirá igualmente efectos a partir del día 1 de enero del año siguiente a aquel al que correspondan dichos ingresos (art. 16).

En la analizada autonómica, la cuantía básica mensual de la prestación de la renta garantizada de ciudadanía estará cifrada en el 80 % del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) vigente en cada ejercicio económico (art. 15 DLRGCCYL), cuantía ciertamente inferior, en principio, a la percibida por el IMV.

48 Dictamen del Comité Económico y Social Europeo «Por una Directiva marco europea sobre la renta mínima» (2019/C 190/01).

49 La disposición final 5.7 del Real Decreto-ley 30/2020, suprime referencia a las circunstancias «económicas o patrimoniales», dado que pueden ser de otro tipo.

Por cada miembro de la unidad familiar o de convivencia distinto del titular se reconocerá un complemento de la prestación (art. 16): el complemento por el primer miembro será el 25 % de la cuantía básica; por el segundo miembro será el 15 %; y por el tercer miembro y siguientes será el 10 %. Como máximo, la cuantía será del 130 % del IPREM (art. 19). En este caso, la concreta cuantía dependerá de los ingresos de la unidad o de la persona destinataria (art. 17), sin tampoco fijar un umbral mínimo a percibir.

De nuevo, se establece una diferencia en beneficio de las víctimas de violencia de género que sean beneficiarias del programa de renta activa de inserción, en ese caso, tendrán derecho a percibir los complementos por cada restante miembro de la unidad familiar o de convivencia.

Junto con la prestación económica, en ambos casos (estatal y autonómico) se diseña un proyecto individualizado de inserción como expresión formal del itinerario programado para la consecución de la integración social de los destinatarios y contiene el conjunto de obligaciones y compromisos que han de ser suscritos por el solicitante en relación con las actuaciones que se entiendan necesarias para superar la situación de exclusión social en que aquellos se encuentren, distinguiendo entre situaciones coyunturales y estructurales de exclusión (en Castilla y León contenidas en el art. 14 DLRGCCYL)[50].

En cuanto hace a la duración de ambas prestaciones, el IMV (con clara vocación de temporalidad) tiene una duración no prefijada, sino subordinada a la persistencia de los motivos que dieron lugar a su concesión, y se mantiene mientras se sigan cumpliendo los requisitos y obligaciones previstos en la normativa reguladora (art. 15 LIMV).

El riesgo que acompaña a este diseño es que se difunda «la idea de que es una prestación sin límite temporal alguno, de por vida»[51]. Para sortearlo, y aunque su cuantía diste de ser alta, es preciso complementarlo con mecanismos que propicien la superación de esta situación de exclusión social. En todo caso, como obligación vinculada al cambio de circunstancias, todas las personas beneficiarias, integradas o no en una unidad de convivencia, estarán obligadas a poner en conocimiento de la entidad gestora competente, en el plazo de treinta días naturales, aquellas circunstancias que afecten al cumplimiento de los requisitos o de las obligaciones establecidos (art. 15.2 LIMV).

Idéntica vocación de temporalidad con duración indefinida, mientras se sigan cumpliendo los requisitos, ostenta la renta garantizada en Castilla y León.

---

50 Sobre su puesta en práctica y eficacia, Elices Acero, A.: «El componente de la activación laboral en la Renta Garantizada de Ciudadanía de Castilla y León: una perspectiva profesional», *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n.º 19, 2020, pp. 30 y ss.

51 Gala Durán, C.: «El nuevo ingreso mínimo vital estatal: régimen jurídico y retos pendientes», *Trabajo, Persona, Derecho, Mercado*, n.º 1, 2020, p. 131.

VII. Protección efectiva de las mujeres en situación de pobreza en Castilla y León

Para obtener una imagen real y certera de la red de protección dispensada por las prestaciones estatal y autonómica es preciso conocer las posibilidades de su percepción o no simultánea, a la vista de sus requisitos coincidentes o paralelos.

En este sentido, el ingreso mínimo vital es compatible, con el fin de facilitar eficazmente el tránsito a la actividad profesional, en primer lugar, con el salario y con la actividad económica como autónomo (art. 11.4 LIMV), y evitar así las trampas de la pobreza[52], previsión desarrollada por el RD 789/2022, de 27 de septiembre, por el que se regula la compatibilidad del Ingreso Mínimo Vital con los ingresos procedentes de rentas del trabajo o de la actividad económica por cuenta propia con el fin de mejorar las oportunidades reales de inclusión social y laboral de las personas beneficiarias de la prestación. También se considera lícita la compatibilidad del ingreso mínimo vital con las contributivas o no contributivas de desempleo[53] derivadas de la pérdida del trabajo compatible con esta prestación (al igual que con el cese de actividad) en función de los umbrales de renta de cada beneficiario[54].

En segundo término, y por cuanto aquí interesa, es compatible con las rentas de inserción autonómicas, al no computarlas en la cuantía, remitiendo a cada Comunidad Autónoma la fijación de reglas, sean directas o indirectas, de incompatibilidad de sus prestaciones con esta prestación, con una indudable carga «político-normativa»[55]. «Por tanto, el ingreso mínimo vital se configura como una prestación "suelo" que se hace compatible con las prestaciones autonómicas que las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias estatutarias, puedan conceder en concepto de rentas mínimas, tanto en términos de cobertura como de generosidad. De esta forma, el diseño del ingreso mínimo vital, respetando el principio de autonomía política, permite a las comunidades autónomas modular su acción protectora para adecuarla a las peculiaridades de su territorio, al tiempo que preserva su papel como última red de protección asistencial» (preámbulo de la LIMV). En este punto, la norma estatal «se limita a desplazar la cuestión hacia las Comunidades Autónomas», y no cercena por completo la desigualdad entre

52 Sala Franco, T. y Martín-Pozuelo López, A.: *El ingreso mínimo vital. El sistema español de rentas mínimas*, Valencia (Tirant lo blanch), 2020, p. 120.

53 Gómez Gordillo, R.: «El ingreso mínimo vital: la pensión que aspira a ser subsidio. Análisis del RDL 20/2020, de 29 de mayo y de sus modificaciones», *cit*., p. 64.

54 Un exhaustivo estudio en Gómez Gordillo, R.: «¿Un nuevo marco de compatibilidad entre trabajo y protección social en España? El ingreso mínimo vital», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, n.° 1, 2021, pp. 127-153.

55 González Ortega, S. y Barcelón Cobedo, S.: *El ingreso mínimo vital*, *cit*., p. 78.

territorios en la protección de los más vulnerables[56]. Son ellas quienes deben valorar si mantienen las rentas mínimas y permiten la compatibilidad con el IMV, o bien impiden su acceso a quienes tengan derecho a esta protección[57].

Por cuanto hace a la renta garantizada de ciudadanía en Castilla y León, se configura fiel a sus principios de subsidiariedad y complementariedad, como complementaria, «hasta el importe que de ésta corresponda percibir en su caso, respecto de los ingresos y prestaciones económicas a que pudiera tener derecho cualquiera de los miembros de la unidad familiar o de convivencia, excepto para el solicitante o titular de la prestación de renta garantizada cuando sea titular de prestaciones que procedan de las acciones protectoras de la Seguridad Social, en cualquiera de sus modalidades contributiva o no contributiva, o de cualesquiera otros regímenes o sistemas públicos de protección, en cuyo caso será incompatible» (art. 4.3 DLRGCCYL).

No obstante, a continuación, permite también la complementariedad para su solicitante o titular con la percepción de, en primer lugar, prestaciones derivadas de la suspensión del contrato de trabajo por maternidad o paternidad, o por riesgo durante el embarazo, las derivadas de incapacidad temporal durante el desarrollo de actividad laboral, así como las prestaciones por hijo a cargo, en los casos en los que el sujeto causante sea el hijo.

En segundo, para su solicitante o titular, con carácter complementario, permite la compatibilidad hasta el 80 % del indicador público de renta de efectos múltiples vigente para cada ejercicio económico (IPREM) con la percepción de prestaciones por desempleo, subsidio de desempleo, Programa de Renta Activa de Inserción (RAI), Programa de activación para el Empleo (PAE), Programa Personal de Integración y Empleo (PIE), Programa de Recualificación Profesional (PREPARA) u otras de análoga naturaleza, siempre que su importe sea inferior al referido porcentaje del IPREM y se cumplan el resto de requisitos. En este caso olvida, intencionadamente o no, mencionar las prestaciones por cese de actividad de las personas trabajadoras autónomas.

En tercero, y por cuanto aquí importa, la renta garantizada de ciudadanía en Castilla y León es compatible con la prestación de ingreso mínimo vital que perciba cualquier miembro de la unidad familiar o de convivencia (por tanto se entiende que también el titular), pero fijando un límite pecuniario: únicamente cuando la cuantía reconocida de ingreso mínimo vital sea inferior a la de renta garantizada de ciudadanía que pudiera corresponder a esa unidad familiar o de convivencia, siendo incompatible en el resto de los casos.

---

56 Barcelón Cobedo, S.: «Situación de necesidad económica y Seguridad Social: el Ingreso Mínimo Vital como eje de la tutela», *Labos*, n.º 3, 2020, p. 175.

57 Un análisis de las opciones seguidas por los distintos territorios en Burriel Rodríguez-Diosdado, P.: «El desencuentro entre las rentas mínimas de las comunidades autónomas y el ingreso mínimo vital: decreciente protección y regulación confusa», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (CEF)*, n.º 468, 2022, pp. 5 y ss.

Para los casos de complementariedad, se tendrá derecho a percibir, en concepto de renta garantizada de ciudadanía, como máximo la diferencia entre la cuantía que de esta pudiera corresponder, en función del número de miembros de la unidad familiar o de convivencia, y la cuantía reconocida de ingreso mínimo vital (art. 4.4 DLRGCCYL).

La coordinación así definida permite describir tres posibles escenarios[58]. El primero, que la persona solicitante solo pueda acceder a una de las dos prestaciones, a la vista de cómo están configurados los requisitos; parece más probable que sea el ingreso mínimo vital el que pueda percibir, a la luz de los férreos requisitos que parece exigir la prestación autonómica.

En el segundo, la norma autonómica marca un camino claro: procede solicitar el ingreso mínimo vital y, una vez reconocido este, acudir a la renta garantizada, que solo percibirá en una cantidad que resulte de restar lo percibido por el IMV y la cuantía teórica de la renta[59]. Sin embargo, la norma autonómica no responde a la plausible situación en la cual el ingreso mínimo fuera más alto que la renta garantizada.

En fin, cuando el curso de los acontecimientos fuera inverso, esto es, la persona beneficiaria de la prestación autonómica solicitare la prestación no contributiva, dicha renta garantizada no se tendrá en cuenta para acceder al ingreso mínimo, pero una vez concedido tendrá que comunicar su percepción a la Administración autonómica para que proceda a aplicar el escenario segundo.

Con todo, la claridad en la conformación de las distintas posibilidades olvida las dificultades que surgen en la práctica a la hora de solicitar y percibir ambas prestaciones. De todos es conocido el escaso número de perceptores del ingreso mínimo vital de contrastar dicha cifra con la de potenciales beneficiarios y solicitantes. De igual modo, en el caso de la renta garantizada conviene tener en consideración el tiempo que por término medio se tarda en resolver estimatoriamente un expediente, el cual alcanzaba de aproximadamente cinco meses: en la provincia de Burgos es donde el plazo es mayor, superando los seis meses de promedio, seguida de las de Valladolid, Ávila y León, que obtienen promedios próximos a los seis meses[60]. En tal extremo incide también el Consejo Económico y Social de Castilla y León, pues considera necesario que se lleven a cabo actuaciones para generalizar el conocimiento y difundir información sobre la renta garantizada entre la población de Castilla y León y se faciliten los trámites administrativos que estén difi-

58 Siguiendo a Álvarez Cuesta, H.: «Conexiones y vacíos entre la renta garantizada de ciudadanía de Castilla y León y el ingreso mínimo vital», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 58, 2022, pp. 151 y ss.

59 Castro Argüelles, M. A.: «Ingreso mínimo vital y rentas autonómicas», en AA. VV.: *El Ingreso mínimo vital en el sistema español de protección social*, Oviedo (KPR), 2022, pp. 325 y ss.

60 Cubero del Barrio, E.: «La eficacia de la gestión de la renta garantizada de ciudadanía en Castilla y León», *Auditoría Pública*, n.º 72, 2018, p. 41.

cultando que se pueda acceder más fácilmente a esta prestación. También considera necesario conocer con detalle la aplicación de esta renta por provincias y analizar las causas por las que no se accede a la misma[61].

De atender a los datos obtenidos hasta el momento, «la aproximación a las resoluciones de las solicitudes de Ingreso Mínimo Vital de acuerdo con la situación respecto a la Renta Garantizada de Ciudadanía (aprobada o en suspenso) en el momento en que se produce dicha resolución permite comprobar que, a octubre de 2021, había un total de 11.284 expedientes de Ingreso Mínimo Vital tramitados que, o bien tenían aprobada la Renta Garantizada de Ciudadanía (9.359), o bien tenía la tenían suspendida (1.925). De los expedientes de Ingreso Mínimo Vital tramitados que contaban con Renta Garantizada de Ciudadanía aprobada al 63,7 % se les concedió la prestación (5.966), al 30,3 % se les denegó (2.838) y el 5,9 % de los expedientes fueron inadmitidos (555). Por otra parte, de los expedientes de Ingreso Mínimo Vital tramitados que contaban con Renta Garantizada de Ciudadanía suspensa, en octubre de 2021 el 50,4 % había sido concedido (971), denegado el 34,9 % (672) e inadmitido el 14,6 % (282). Atendiendo a la cuantía de la Renta Garantizada de Ciudadanía en aquellos supuestos en los que coexisten ambas prestaciones, se puede destacar que, en octubre de 2021, el 62,8 % (3.744) de los expedientes de Ingreso Mínimo Vital concedidos resultaron de una cuantía superior a la de Renta Garantizada de Ciudadanía, con una cuantía media del Ingreso Mínimo Vital de 635,80 euros. Por el contrario, aquellos expedientes concedidos con cuantía inferior a la de Renta Garantizada de Ciudadanía fueron el 37,2 % (2.222) siendo la cuantía media de 314,68 euros. Si analizamos la evolución de la cuantía media del total de los expedientes de Ingreso Mínimo Vital reconocidos con Renta Garantizada de Ciudadanía se puede observar que ha ido descendiendo desde octubre de 2020 hasta octubre de 2021, pasando de 576,99 euros a 516,20 euros, respectivamente»[62].

En conclusión, la superposición de ambas redes de protección frente a la pobreza en ocasiones produce agujeros donde no llega ninguna de ambas y no acaba de estar correctamente hilvanada su complementariedad, como supra se ha expuesto. Dentro de los colectivos que necesariamente han de tenerse en cuenta a la hora de formular políticas frente a la vulnerabilidad económica, como son las mujeres, en particular con hijos a cargo, tampoco acaban por encontrar mecanismos *ad hoc* destinados a facilitar su percepción, sin perjuicio de las disposiciones más favorables y excepciones referidas a las víctimas de violencia de género. Por todo ello, parece necesario reformular ambas prestaciones con perspectiva de género con el fin de proteger a quien es más vulnerable, a la vista de las cifras, frente a la pobreza.

61 CES: *Informe a iniciativa propia sobre Políticas públicas para combatir la pobreza en Castilla y León*, 2020, p. 35.

62 CESCYL: *Convivencia renta garantizada de ciudadanía e ingreso mínimo vital*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia, 2022, p. 19.

VIII. Bibliografía

AA. VV.:

— *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*, https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf.

— *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2019*, AROPE, 2020, https://www.eapn.es/estadodepobreza/descargas.php.

Álvarez Cuesta, H.:

— «El ingreso mínimo vital en la encrucijada», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, n.º 2, 2021.

— «Conexiones y vacíos entre la renta garantizada de ciudadanía de Castilla y León y el ingreso mínimo vital», *Revista Jurídica de Castilla y León*, n.º 58, 2022.

— *Protección social contra la pobreza*, Albacete (Bomarzo), 2023.

Arufe Varela, A.: «El nuevo pilar europeo de derechos sociales. Análisis crítico», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, n.º 49, 2018.

Barcelón Cobedo, S.: «Situación de necesidad económica y Seguridad Social: el Ingreso Mínimo Vital como eje de la tutela», *Labos*, n.º 3, 2020.

Burriel Rodríguez-Diosdado, P.: «El desencuentro entre las rentas mínimas de las comunidades autónomas y el ingreso mínimo vital: decreciente protección y regulación confusa», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (CEF)*, n.º 468, 2022.

Castro Argüelles, M. A.: «Ingreso mínimo vital y rentas autonómicas», en AA. VV.: *El Ingreso mínimo vital en el sistema español de protección social*, Oviedo (KPR), 2022.

CES: *Informe a iniciativa propia sobre Políticas públicas para combatir la pobreza en Castilla y León*, 2020.

CESCYL:

— *Políticas públicas para combatir la pobreza en Castilla y León*, https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia/politicas-publicas-combatir-pobreza-castilla-leon, 2020.

— *Informe sobre la situación económica y social de Castilla y León 2021*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia.

— *Convivencia renta garantizada de ciudadanía e ingreso mínimo vital*, http://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-iniciativa-propia, 2022.

Chabannes, M.: «Un nuevo derecho para la ciudadanía: el ingreso mínimo vital», *Revista de Estudios Jurídico Laborales y de Seguridad Social*, n.º 1, 2020.

Comisión Europea: *Report from the CommissionSupporting the Sustainable Development Goals across the world: The 2019 Joint Synthesis Report of the European Union and its Member States* {COM(2019) 232 final.

Cubero del Barrio, E.: «La eficacia de la gestión de la renta garantizada de ciudadanía en Castilla y León», *Auditoría Pública*, n.º 72, 2018.

Elices Acero, A.: «El componente de la activación laboral en la Renta Garantizada de Ciudadanía de Castilla y León: una perspectiva profesional», *Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n.º 19, 2020.

Eurofound: *In-work poverty in the EU*, Luxemburgo (Oficina de Publicaciones de la Unión Europea), 2017.

Gala Durán, C.: «El nuevo ingreso mínimo vital estatal: régimen jurídico y retos pendientes», *Trabajo, Persona, Derecho, Mercado*, n.º 1, 2020.

Gómez Gordillo, R.:

— «El ingreso mínimo vital: la pensión que aspira a ser subsidio. Análisis del RDL 20/2020, de 29 de mayo y de sus modificaciones», *Revista de Derecho Social*, n.º 91, 2020.

— «¿Un nuevo marco de compatibilidad entre trabajo y protección social en España? El ingreso mínimo vital», *Revista Internacional y Comparada de Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, n.º 1, 2021.

González Ortega, S. y **Barcelón Cobedo, S.**: *El ingreso mínimo vital*, Valencia (Tirant lo blanch), 2020.

Goñi Sein, J. L.: «La familia monoparental: ausencia de atención política y legislativa y su impacto sobre la situación sociolaboral de la mujer», *Temas laborales*, n.º 82, 2005.

Jimena Quesada, L.: «El derecho a la protección contra la pobreza y la exclusión social como paradigma del respeto de la dignidad humana. la inserción del ingreso mínimo vital en el marco de la evolución de los estándares internacionales», *Lex Social*, vol. 10, n.º 2, 2020.

López Gandía, J.: «Las reformas de las pensiones y sus efectos no inclusivos», en AA. VV.: *Cambio laboral y políticas inclusivas*, Valencia (Universidad), 2017.

Monereo Pérez, J. L.; **Rodríguez Iniesta, G.** y **Trillo García, A.**: *El ingreso mínimo vital en el sistema de protección social. Estudio de su configuración y régimen jurídico*, Murcia (Laborum), 2021.

Peña-Casas, R. *et alii*: *In-work poverty in Europe. A study of national policies*, Luxemburgo (European Social Policy Network ESPN), 2019.

Poyatos I Matas, G.: «Los impactos invisibles de la pandemia: género, infancia y adolescencia», en AA. VV.: *El escudo social frente a la pandemia. Análisis jurídico y propuestas para una legislación social más justa*, Albacete (Bomarzo), 2021.

Rodríguez Sanz de Galdeano, B.: *El Derecho del Trabajo ante la feminización de la pobreza*, Albacete (Bomarzo), 2013.

Sala Franco, T. y **Martín-Pozuelo López, A.**: *El ingreso mínimo vital. El sistema español de rentas mínimas*, Valencia (Tirant lo blanch), 2020.

Ushakova, T.: «La protección contra la pobreza con especial referencia al compromiso de la OIT», *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, n.º 62, 2022

CAPÍTULO XIV

REFLEXIONES SOBRE POTENCIALES ACTUACIONES DE MEJORA DE LA SALUD EN LAS ZONAS RURALES

Rodrigo Tascón López
Profesor TU (acreditado a Catedrático) de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de León

I. La salud de las personas en el ámbito rural: reflexión general

Es un lugar común hablar de la España vacía (o vaciada) para poner de manifiesto los problemas agudizados de toda índole y condición que los (escasos) habitantes de tales territorios (enclavados en las zonas rurales, principalmente del interior y el noroeste de la península) encuentran en su quehacer cotidiano.

Entre tales aspectos de problemático abordamiento —y más difícil aún solución—, ninguna razonable duda puede caber acerca de que el cuidado de la salud (en sus diferentes variantes y manifestaciones) no representa, ni mucho menos, uno de los menos importantes.

Antes al contrario, ha de ocupar un lugar señero en un contexto dado por la escasez de residentes, el envejecimiento de la población y la dispersión geográfica. Soledad y lejanía, por tanto, que constituyen una descripción característica de la nueva realidad rural y, al tiempo, suponen una serie de inconvenientes fáciles de adivinar en la adecuada atención de las (en muchos casos perentorias y acuciantes) necesidades socio-sanitarias de sus habitantes.

Así las cosas, de un lado y en primer lugar, resulta menester mencionar la mayor dificultad y coste que tienen las administraciones sanitarias para proveer adecuadamente de los servicios básicos, tanto de atención primaria como (todavía mucho más) de las especialidades médicas, a los territorios rurales.

Desde luego, dotar de costosos servicios (en instalaciones, equipo y personal) a amplios territorios sin apenas población es un reto para las zonas rurales que sólo con verdaderos juegos malabares está pudiendo ser mínimamente atendido —no sin evidentes problemas y polémicas— en las diferentes comunidades autónomas que integran el territorio nacional[1].

En segundo lugar, cabe dar cuenta de los riesgos específicos para la salud que acechan a las personas residentes de los territorios rurales. No es ocioso mencionar, en este sentido, a la edad como un factor decisivo, habida cuenta el envejecimiento de la población provoca un aumento de la prevalencia de patologías numerosas y, correlativamente, de las necesidades sanitarias.

Igualmente, la soledad y el tedio como factores que, si bien escurridizos, acaban pasando factura de diferentes formas; desde la depresión, hasta el abuso en el consumo de alcohol y tabaco (y acaso de otros estupefacientes, como se podido verificar en las zonas rurales más deprimidas), con los variados y consabidos menoscabos de salud que tales hábitos provocan.

En fin, como puede apreciar el lector, el desafío es gigantesco y, desde tal punto de vista, las soluciones pueden ser variadas. Desde luego, un aumento de la inversión en recursos sanitarios se antoja como una demanda evidente, por más que la lógica económica (y la electoral) no invite a pensar en su adecuada satisfacción. Igualmente, bien diseñadas, las campañas formativas podrían contribuir a mejorar el estado de salud general de la población rural.

En este sentido, el presente ensayo va a tratar de esbozar algunas líneas de actuación que, presididas por la idea de su escaso coste material y por el aprovechamiento de los conocimientos científico-médicos ya existentes, puedan lograr conseguir, a corto plazo y sin granes costos, mejoras tangibles en el estado de salud de la población rural.

II. Algunos cauces para tratar de mejorar el estado general de salud de las personas en el entorno rural

El objetivo confesado del presente ensayo pasa por tratar de encontrar cauces jurídicos y de gestión que permitan mejorar la salud de las personas, pues con ello no sólo se obtendrían innegables beneficios individuales (para quien ve mejorada su esperanza de vida y salud y ahorra, en lo posible, dramas familiares anticipados), sino también colectivos (ahorro en gasto sanitario y pensiones de incapacidad, incremento de la productividad, reducción del absentismo laboral, etc.).

1 Al respecto, sobre las posibles opciones para atender tal cometido, con un fantástico trabajo de campo sobre las normativas y usos seguidos en diferentes Comunidades Autónomas, Fernández Domínguez, J. J.: «Modelos de prestación de servicios sanitarios en el medio rural español», *Revista Jurídica de la Universidad de León*, n.º 10, 2022, pp. 139 y ss.

Vaya por delante que, como se ha insinuado, la mejora de la salud suele ir directamente relacionada con la inversión en infraestructuras sanitarias y en gasto en medios personales y materiales. Ahora bien, como las cuentas no suelen «salir» cuando se habla de inversión sanitaria en territorios rurales notablemente extensos y despoblados (resultando mucho más eficiente desde un punto de vista económico la centralización de servicios en grandes hospitales ubicados normalmente en las capitales de provincia), la necesidad ha de tratar de trocarse en virtud, para encontrar vías realistas que redunden en una mejora del estado general de salud de los habitantes del mundo rural.

En este sentido, hecho del morrión celada, se pueden descubrir algunas líneas de actuación que, si aplicadas correctamente por las administraciones públicas (no solo las sociosanitarias, sino también las generales más presentes en el territorio rural, como ayuntamientos y mancomunidades), las entidades sociales y empresariales radicadas en estos lugares (que siempre y desde su responsabilidad social tendrán un evidente incentivo en colaborar al bienestar colectivo[2]) y la población en general (que, por como hipótesis elemental, siempre estará interesada en su propia salud) podrían, sin un coste excesivo y con unos resultados que la ciencia sitúa fuera de toda duda, mejorar sustancialmente la salud y el bienestar en el ámbito rural.

Así, entre otros que podrá esbozar el lector más instruido, se puede aludir a objetivos tales como favorecer una alimentación saludable, fomentar la práctica de ejercicio físico habitual; tratar de eliminar hábitos poco saludables o encontrar vías de apoyo efectivas para aquellas personas que sufran adicción al tabaco, alcohol o drogas y se propongan abandonarla.

Cuestiones todas ellas que pueden parecer simples —casi perogrulladas— pero que, como siempre, esconden un margen de recorrido que podría llegar a sorprender de valorarse adecuadamente. En efecto, tras los increíbles éxitos alcanzados por la especie humana en los últimos tiempos, reduciendo el hambre y la extrema pobreza a cotas nunca vistas en otros momentos históricos y alargando la esperanza de vida a umbrales apenas si soñados hace unas cuantas décadas, la batalla contra la enfermedad y el envejecimiento, empero, continúa siendo una realidad cotidiana en una especie en la que las ansias de inmortalidad han pasado de ser consideradas un pecado *contra natur*a (tan solo alcanzables en otras realidades existenciales diferentes a la física) a una expectativa *quasi*razonable[3].

---

2 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *Trabajo y Derecho*, n.º 90, 2022, pp. 5 y ss.

3 Sin recurrir a publicaciones científicas que refrenden las ideas generales expuestas, baste la remisión a dos libros de divulgación aparecidos recientemente y que resultan esclarecedores al respecto. Harari, Y. N.: *Sapiens. De animales a dioses: breve historia de la humanidad*, Madrid (Debate), 2019, pp. 34 y ss. y Norberg, J.: *Progreso*, Bilbao (Deusto), 2018, pp. 23 y ss.

Así, (y dejando a un lado el exceso de mortalidad que en los años puntuales de la pandemia ha supuesto la COVID 2019), en España (y algo similar ocurre en los países de nuestro entorno) casi dos de cada tres personas fallecen como consecuencia de enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, ictus e insuficiencia cardíaca) o de cáncer (en las múltiples especies del género de las enfermedades oncológicas). Dichos grupos de patologías, a su vez, son la principal causa de discapacidad adquirida en adultos, con las implicaciones de toda índole que esta situación supone[4].

Aun cuando los avances médicos han sido espectaculares en las últimas décadas y, de igual modo, se espera que los mismos continúen en los tiempos venideros, el principal mecanismo de defensa contra dichas patologías (y el que podría tener unos resultados más espectaculares a corto plazo) pasa por su prevención[5].

Según opiniones médicas cualificadas, la prevención de las enfermedades cardiovasculares y oncológicas podría reducir la mortalidad por estas causas en edades tempranas entre un 30 y 50 %. Además, dichas medidas resultarían sorprendentemente económicas, pues consisten, básicamente, en cuidar la alimentación y practicar ejercicio físico. Por ejemplo, la reducción significativa de las cantidades de azúcar y sal consumidas, la eliminación de las grasas saturadas y (sobre todo) las catalogadas como «trans» y los carbohidratos refinados de rápida asimilación, la reducción del consumo de alcohol, la eliminación del tabaco, el aumento de la ingesta de frutas y verduras y la realización de 150 minutos de ejercicio moderado/medio a la semana[6].

Así las cosas, aun cuando en algunos casos dichas enfermedades vienen condicionadas por la predisposición genética de la persona a sufrirlas (respecto de lo cual solo cabe confiar en el impresionante desarrollo que las terapias génicas experimentarán en los próximos años), lo cierto es que en la mayoría de las ocasiones los hábitos de vida suponen un catalizador decisivo en la materialización de la enfermedad.

---

4 Que las enfermedades cardio y cerebro vasculares y oncológicas son la principal causa de muerte constituye casi un lugar común. Si el lector desea un desglose detallado de las causas de mortalidad en España durante los últimos años, imprescindible acudir a las fuentes oficiales recogidas en www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm.

5 Como explica uno de los médicos españoles más reputados internacionalmente, Fuster, V.: *La ciencia de la salud*, Barcelona (Planeta), 2011, pp. 23 y ss.

6 Entre el ingente volumen de materiales que podrían ser citados aquí, por reciente, se puede remitir a la guía elaborada por el Ministerio de Sanidad, dentro de la estrategia NAOS, AA. VV.: *Come sano y muévete. 12 decisiones saludables*, Madrid (Ministerio de Sanidad y Consumo), 2019. Sobre la estrategia NAOS, bajo el lema «come sano y muévete» no procede sino remitir a la extensa información incorporada en la página web del Ministerio de Consumo, https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm.

En este sentido, es común señalar como factores que favorecen la aparición de estas enfermedades los dos grandes grupos siguientes: de un lado, la falta de actividad física y la vida sedentaria; de otro, una dieta inadecuada. Ambos factores contribuyen a la aparición de un sinfín de problemas de salud, todavía no muy graves (obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia…) pero que merman calidad de vida y, a largo plazo, acaban provocando trastornos de salud graves e, incluso, la muerte.

La buena noticia que desde instituciones médico-sanitarias se empeñan en repetir es que estos factores son reversibles con cambios de hábitos de vida, que podrían aumentar, no sólo la esperanza total de vida, sino también la expectativa de años de vida saludable y de calidad. La mala noticia es que los adultos son extraordinariamente refractarios a cambiar hábitos de comportamiento que acaso lleven años arraigados en su forma de actuar y que se consideran, en no pocos caso, parte de una herencia cultural común[7].

Casi resultaría superfluo siquiera glosar las ventajas que el éxito de la perspectiva preventiva supondría tanto para el individuo (más años de vida y de mejor calidad) como, de forma refleja (pero significativa) para la Sociedad en su conjunto (menor gasto sanitario, ahorro en pensiones de incapacidad originadas «antes de tiempo»), como (y comienza aquí a atisbarse una perspectiva interesante) para la eventual empleadora de la persona concreta (reducción del absentismo laboral, mayor productividad…)[8].

En este contexto, al lector le puede surgir la duda de, hasta qué punto, algunos de estos malos hábitos de vida que se han generalizado entre la población occidental pueden verse favorecidos por circunstancias tales como el lugar de residencia (en el caso ahora objeto de reflexión, en el ámbito rural), los hábitos y costumbres sociales o el trabajo por cuenta ajena desarrollado y hasta qué punto resultaría factible a las autoridades sanitarias (y también, por qué no, a los sujetos privados interesados en promover la salud de determinados colectivos; *vgr*., una determinada empresa respecto de su plantilla) actuar para tratar de corregir esos comportamientos poco adecuados para conservar un buen estado general de salud[9].

Algunos datos, desde luego, pueden ayudar a aportar luz a tal cuestión. Así, en torno a un 60 % de las personas trabajadores realizan al menos una de las tres comidas principales fuera de casa en los días laborales (circunstancia, desde luego, muy frecuente en el mundo rural debido a las grandes distancias que pueden separar el domicilio del lugar de trabajo); y alrededor de un 30 % de ellas realizan hasta dos de esas comidas principales en lugar

7 Fuster, V.: *La ciencia de la salud*, *cit*., p. 45.

8 Deigard, J.: «Can worksite nutritional interventions improve productivity and firm profitability? A literature review», *Public Health*, n.° 131, vol. 4, 2011, pp. 184-192.

9 Lúcido, al respecto, Bray, I.: *Healthy Employees, Healthy Business: Easy, Affordable Ways to Promote Workplace Wellness*, Berkeley (NOLO) 2009, pp. 32 y ss.

distinto de su domicilio. Todo esto sin contar los innúmeros «pinchos», cafés y tentempiés que, a lo largo de la jornada laboral se suelen consumir por las personas trabajadoras.

Entre quienes han de alimentarse fuera de casas (circunstancia que seguramente se vea incrementada en el ámbito rural por la lejanía y dispersión geográfica) son mayoría los que optan por comer en un restaurante de menú del día (64 %) respecto a quienes, por el contrario, llevan sus propios alimentos desde casa para consumirlos en el lugar de trabajo (36 %)[10].

A la vista de tan apabullante realidad, nadie puede dudar de que las circunstancias personales condicionan la manera de alimentarse de las población; así, el gran número de horas trabajadas y la distancia que en buena parte de los casos separa el domicilio del centro de trabajo (algo que, se insiste, se acentúa en el ámbito rural, donde muchas veces quienes tienen la suerte de contar con un trabajo por cuenta ajena han de realizar largos desplazamientos para atenderlo) son dos factores claves que contribuyen a que los profesionales hayan de alimentarse en algún lugar cercano a su puesto y con alimentos no siempre todo lo adecuados que se deberían.

Por otro lado, 2 de cada 3 personas admiten que no llevan una vida activa y que no hacen el ejercicio recomendado, pero la mitad de ellas culpan al trabajo y al ritmo de vida como causa que les impide realizar toda la actividad física que les gustaría. Sin entrar a valorar la sinceridad de quienes así contestan, lo cierto es que resulta plausible aceptar una idea intuitiva conforme a la cual, en no pocas ocasiones, resulta complicado cohonestar intereses tan variopintos como el rendimiento profesional y el cuidado personal[11].

Añádase a todo lo anterior el estrés (factor, este sí, estudiado en un sinfín de escritos que lo vinculan al trabajo y a la dificultad para conciliar la vida personal, familiar y laboral[12]) al que en no pocos casos se hallan sometidas las personas trabajadoras y se encontrará el *cocktail* perfecto en el cual las enfermedades cardiovasculares y oncológicas encuentran su caldo de cultivo larvado pero, ciertamente, ideal.

Por tanto, y aun cuando España cuente con una esperanza de vida de las más altas entre todos los países del mundo, lo cierto es que la salud de los españoles es manifiestamente mejorable y que algunos de los factores que contribuyen al deterioro de la salud están más o menos directamente relacionados con el tra-

10 Estudio realizado por la Federación Independiente de Consumidores y Usuarios (FUCI), 2010; puede consultarse en www.fuci.org.

11 Estudio realizado por Infojobs: Sobre trabajo y hábitos de ejercicio, 2019; puede consultarse en https://orientacion-laboral.infojobs.net/gimnasio-antes-despues-trabajo.

12 Entre muchos, y por todos, Martínez Barroso, M. R.: «Reflexiones en torno al Acuerdo Marco Europeo sobre Estrés en el Trabajo», *Aranzadi Social*, n.º 22, 2005, p. 78; Velázquez Fernández, M.: *Impacto laboral del estrés, Bilbao* (Lettera), 2006, pp. 19 y ss. o Morán Astorga, C.: *Estrés, burn out y mobbing*, Salamanca (Amarú), 2005, p. 39.

bajo que la inmensa mayoría de la población desempeña para allegar los recursos necesarios para subvertir sus necesidades vitales y familiares.

Aceptada tal hipótesis (que el sentido común y los datos referidos permite ya elevar a la categoría de tesis) como punto de partida del presente ensayo, toca a continuación preguntarse cuál puede ser la respuesta proporcionada a tal situación y cómo podría mejorarse la salud de las personas en el mundo rural.

En este sentido, el discurso propone las siguientes líneas de actuación que, por su carácter genérico y flexible, bien pudieran ser desarrolladas tanto por las Administraciones Públicas Sanitarias, como por las Administraciones Locales de los territorios rurales (y, con seguridad, ya son muchos los ayuntamientos que desarrollan alguna labor en el sentido que se va a apuntar), como, en fin, por empresas y otras entidades privadas que, debido a su arraigo en un concreto territorio rural, pudieran estar interesadas (dentro de sus políticas de responsabilidad social[13]) en promover una mejora de la salud de sus *stakeholders*[14].

1. Fomento de una alimentación saludable por parte de la población rural

Desde luego, este objetivo no puede considerarse en modo alguno novedoso (pues son múltiples las campañas informativas y educacionales que la Administraciones sanitarias han desarrollado hasta la fecha), pero, a la vista de sus infructuosos resultados, quizá debieran pensarse en un cambio de estrategias.

En efecto, en este puzle en el que se ha convertido la jornada de las personas trabajadoras (con las especiales circunstancias que lo envuelven en el ámbito rural y que se han tratado de relatar en las páginas precedentes), una de las piezas más difíciles de cuadrar es el relativo a la alimentación.

La existencia de lugares apropiados para almorzar en lugares cercanos al puesto de trabajo (bien en la propia empresa, bien en su entorno inmediato) facilitan sobremanera la tarea. Que en dichos lugares se puedan ingerir alimentos saludables hace que, además, se esté contribuyendo de una manera efectiva a mejorar la salud de las personas y, con ello y de forma refleja, la mejora del clima laboral y social[15].

---

13 Álvarez Civantos, O. J.: *Mercado sostenible y responsabilidad social (Hacia la responsabilidad social de los actores sociales)*, Granada (Comares), 2006, p. 142.

14 Zwstsloot, G. y Bos, J.: *Desing for sustainable development: enviromental management and safety and health*, Luxemburgo (Office for Offical Publications of the European Communities), 1998, pp. 67 y ss.

15 Henrique, D.; Moura, K., Lobo, D: «The influence of the availability of fruits and vegetables in the workplace on the consumption of workers», *Nutrition & Food Science*, n.º 40,

Queda aquí, por tanto, un espacio abierto para que el Ayuntamiento rural en cuestión o la empresa responsable con presencia en un ámbito rural desarrollen su papel y, en aras de una mejor salud de la población, siempre y cuando sea posible (por las circunstancias del centro de trabajo y el volumen de personas que prestan servicios) se concrete la posibilidad de establecer un comedor adecuado, donde las personas trabajadoras puedan ingerir los alimentos saludables que traiga de su domicilio al centro de trabajo[16].

Un lugar adecuado para comer facilitará una ingesta saludable no sólo de las comidas principales, sino también de los pequeños tentempiés que se puedan producir a lo largo de la jornada laboral en las breves pausas intrajornada, en los que la fruta y los frutos secos se revelan como la mejor opción para sustituir en las eventuales máquinas de *vending* de la empresa a los típicos bollos o snacks salados.

Desde luego, tal decisión de habilitar un lugar adecuado de comedor comportará un gasto para el Ayuntamiento o la Empresa afectada y, probablemente, solo tendrá sentido en lugares donde se concentre una gran masa obrera (por ejemplo, en las cercanías de una gran explotación agrícola o fabril).

Evidentemente ese coste será mayor si a la mera habilitación de unas dependencias en las que la persona interesada pueda preparar e ingerir los alimentos que trae de casa, se une la decisión de la empresa de instalar un servicio de restaurante en la que se preparen y sirvan (a precios módicos) alimentos caseros y saludables (y aquí, por supuesto, la dieta mediterránea se ha revelado como una opción ideal)[17].

En aquellos casos, mucho más frecuentes, en los que no se produzca una aglomeración de personas trabajadoras suficiente como para justificar la inversión en un comedor colectivo, aún será posible una labor de facilitación de un lugar saludable para la alimentación de las personas que viven y trabajan en el entorno rural consistente en tratar de llegar a acuerdos con restaurantes de la zona para favorecer la ingesta de alimentos y menús saludables[18].

En este sentido, procede parar mientes en la necesidad de que los poderes públicos y las autoridades sanitarias fomenten también estos menús (y, desde

vol. 4, 2010, pp. 20-25 o Houghton, J.; Neck, C. y Cooper, K.: «Nutritious food intake: a new competitive advantage for organizations, *International Journal of Workplace Health Management*, n.º 2, vol. 2, 2009, p. 161-179.

16 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

17 Leighton, F. *et alii*: «Impacto en la Salud de Dieta Mediterránea implementada en el Trabajo», *Public Health Nutrition*, n.º 12, vol. 9, 2009, pp. 1635 y ss.

18 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

luego, iniciativas hay en este sentido[19]), ofreciendo sellos y distinciones de «establecimiento saludable» a aquellos restaurantes que se avengan a ofertar opciones adecuadas en sus menús para una correcta alimentación de quienes hacen uso de estos establecimientos a diario, que, como a buen seguro intuye el lector, normalmente son personas trabajadoras, por las circunstancias ya descritas en el inicio del presente discurso y que resulta ahora ocioso repetir[20].

En este sentido, el presente ensayo pretende ser un llamado de atención a las Administraciones locales del entorno rural para que, en la medida de lo posible, traten de favorecer (mediante conciertos e, incluso, promociones o subvenciones directas) que en los establecimientos situados en sus territorios (donde habitualmente se abusa de las carnes rojas, los productos azucarados y el acompañamiento etílico) se proceda a incluir en las cartas alimentos (pues para los breves tentempiés intrajornada resultan más apropiadas las frutas y frutos secos que los pinchos grasientos y los snacks azucarados) y menús saludables (un primero de legumbres, verduras o ensaladas y un segundo de pescado o carne magra a la plancha, con una fruta de postre, entre las diversas opciones de cada día).

La medida puede venir acompañada, además, por una práctica relativamente frecuente, cual es que la empresa responsable situada en el entorno rural asuma el coste de tales menús (en una cuantía que merece la consideración de partida extrasalarial, salvo que su abono se realice de forma regular e incondicionada, en cuyo caso se convierte en salario en especie[21]) facilitando a su plantilla los pertinentes vales o cupones canjeables en los establecimientos con los que haya llegado a un concierto. Dicho sea de paso,

---

19 Quizá, en este sentido, la principal iniciativa que merece ser destacada venga dada por la *Red Española de Empresas saludables*, constituida en el seno del Ministerio de Trabajo y Economía Social, y en funcionamiento desde el año 2013, que permite a aquellas empresas que quieran desarrollar una política de promoción integral de la salud de las personas trabajadoras adherirse a la conocida como *Declaración de Luxemburgo* y, si lo desea y cumple con los criterios de calidad elaborados, pedir su reconocimiento como buena práctica en promoción de la salud en el trabajo. Aunque la perspectiva dominante está centrada en la prevención de riesgos laborales en un sentido clásico, desde luego, caben otras acciones más amplias de fomento y promoción de la salud, como las propuestas en el presente ensayo. Al respecto, se puede consultar toda la información en https://www.insst.es/red-espanola-de-empresas-saludables.
Vid., respecto a otras iniciativas de los poderes públicos específicamente dirigidas a mejorar los hábitos alimenticios de la población trabajadora, entre múltiples instrumentos elaborados en los últimos años por los poderes públicos y autoridades sanitarias, *Madrid Alimenta/Alimenta Madrid. Estrategia de alimentación saludable y sostenible 2018-2020*, Ayuntamiento de Madrid, 2018 o *Guía Iniciativas para una alimentación saludable en Euskadi*, Gobierno Vasco, 2018.

20 Procede destacar, en este sentido y entre otras, la iniciativa AMED, que identifica y distingue a los establecimientos promotores de la dieta mediterránea. *Vid*. http://www.amed.cat/es/amed.php.

21 STS 3 octubre 2013 (Recurso de Casación 1678/2012).

la propia empresa ha podido contribuir a esa negociación antes mencionada con los centros hosteleros de su entorno para incluir el compromiso de que se sirva siempre al menos una opción de comida saludable en el menú.

2. Fomento de la actividad física y el deporte

Como ya se ha dicho páginas atrás, además de la alimentación, uno de los talones de Aquiles de la salud de las personas occidentales viene dado por el estilo de vida sedentario y, si bien en ocasiones el mundo rural puede ser una excepción (pues muchas personas que aún viven en su ámbito suelen tener trabajos que requieren un notable esfuerzo físico), lo cierto es que debido de un lado al envejecimiento de la población (pues las personas jubiladas son muchas veces las que más necesitan de un ejercicio moderado), y, de otro, a la tecnificación de las tareas agrícolas, lo cierto es que el déficit de actividad física también constituye una lacra presente en el ámbito rural.

En este contexto, y en un intento por encontrar más teselas que contribuyan a construir el mosaico de la buena salud de las personas, no es descabellado pensar en que las Administraciones sanitarias, las locales y las organización productivas presentes en el territorio puedan pensar en tratar de fomentar que esa actividad física tan necesaria para la buena salud se pueda realizar de una forma más o menos integrada con el estilo de vida de los residentes en el mundo rural.

Téngase en cuenta que el ejercicio recomendado por la OMS no es excesivamente dificultoso de realizar: 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico moderado a medio (caminar, montar en bici, bailar…), lo que arroja un saldo no demasiado exigente de 30 minutos diarios durante los 5 días normalmente laborables, y que, a ser posible se combinen con otros ejercicios de fuerza y flexibilidad (pesas, yoga, pilates…).

Existen abrumadoras evidencias científicas de que la práctica regular de estos moderados y razonables niveles de ejercicio (pues tampoco se trata de que cada persona haya de estar en condiciones de abordar con éxito una maratón) retardan los efectos del envejecimiento y contribuye a conservar durante más tiempo un adecuado estado de salud[22].

Encuentra entonces aquí tanto la Administración local, como la empresa responsable inserta en el territorio, un gran campo de actuación (que, en muchos casos ya está siendo en cierta medida acometido) de fomento de la actividad física en el contexto de una vida activa y saludable[23].

22 Entre muchos, Cordero, A.; Maisá, M.ª D. y Galve, R.: «Ejercicio físico y salud», *Revista Española de Cardiología*, vol. 67, n.º 9, 2014, pp. 1016 y ss.

23 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

Así, entre otras, se pueden plantear la financiación de la instalación de gimnasios, piscinas u otras instalaciones deportivas (medidas estas muy costosas que sólo encontrarán justificación cuando exista un gran número de potenciales usuarios[24] o se cuente con subvenciones *ad hoc*) o la creación de clubes de senderismo o running o la convocatoria de encuentros o excursiones (estas mucho más baratas de implementar y con igual potencial de mejora de la salud).

Está claro que la realización de ejercicio en comunidad (convocada o auspiciada por el Ayuntamiento) siempre supondrá un plus de motivación para muchas personas que habitualmente encuentran aburrido la realización del ejercicio en solitario, amén de constituir un punto de encuentra que facilita la socialización, algo muy favorable también para mejorar el estado de salud general.

Además, las empresa instaladas en el territorio pueden encontrar aquí un punto más de implicación para tratar de que sus plantillas se mantengan activas (cuando no realicen un trabajo físico). Así, entre otras, quizá quepa pensar en la concesión de permisos para ir y volver caminando o en bicicleta al lugar de trabajo, que, acaso, y cuando la distancia sea muy grande, puedan asumir de forma compartida la empresa y el trabajador (por ejemplo, si el desplazamiento estimado de ida y vuelta suma 40 minutos, descontándose 20 del tiempo de trabajo)[25].

De igual modo, puede resultar muy útil que la empresa fomente los «descansos activos y saludables», esto es, que en las breves pausas intrajornada, la persona trabajadora aproveche para dar un paseo al aire libre (lo que el medio rural favorece sobremanera), o para realizar una pequeña tabla de estiramientos que mejoren el desenvolvimiento corporal y ergonómico, acompañados, acaso y como ya se razonó, de un tentempié saludable[26].

3. Fomento del abandono de hábitos perjudiciales para la salud.

En fin, las administraciones y entidades implicadas en el territorio rural aún tienen otro posible campo de actuación en el intento por mejorar la salud de los residentes, cual es el intento por mejorar otros hábitos de vida que contribuyen a un deterioro rápido y demostrado de la salud de las personas.

---

24 Que por ello suelen situarse en territorios urbanos, donde también es necesario el fomento de la actividad física saludable, Vozmediano, J.: *Hacia unas urbes ecológicas y sostenibles*, Madrid (Instituto de Ecología y Mercado), 2002, pp.272 y ss.

25 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

26 Maes, L., *et alii*: «Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review», *European Journal of Public Health*, n.º 21, 2011, pp. 23 y ss.

En efecto, el abuso del alcohol, el tabaquismo y el consumo de sustancias estupefacientes son hábitos, por desgracia relativamente extendidos en la sociedad española (que acaso se encuentren exacerbados en el ámbito rural, por las consabidas notas de soledad, lejanía y aburrimiento), que, sin duda, merecen una cierta reflexión.

No se trata, desde luego, de que las referidas entidades traten de intentar controlar la conducta de las personas —algo claramente lesivo del derecho a la intimidad, de la cual inespecíficamente es titular el empleado[27]—, sino, precisamente, que se trate de ayudar a quien puede verse afectado por un problema personal más o menos grave[28].

En este sentido, un primer paso obvio consiste en que el Ayuntamiento (o entidad comprometida) favorezca el desarrollo y asistencia a cursos de deshabituación tabáquica o de consumo responsable de alcohol como actividades cotidianas a celebrar en el marco de la dinámica normal de la vida local.

De nuevo, estas actuaciones pueden ayudar a reforzar la vida comunitaria y la socialización en territorios de escasa población y asentamientos distantes y, si correctamente desarrollados, puede conseguir convertirse en un acicate que logre disminuir el consumo (por desgracia, tantas veces muy arraigado en el ámbito rural) de unas sustancias tan perjudiciales para la salud.

Ahora bien, en algunos casos el consumo de estas sustancias no será una mera inconveniencia capaz de provocar problemas de salud a medio o largo plazo, sino un adicción acreditada de devastadoras consecuencias no sólo ya para la salud, sino para la vida social y familiar de la persona afectada[29], en cuyo caso quizá se pueda implementar alguna actuación más intensa[30].

Así, de un lado, el Ayuntamiento puede tratar de desarrollar servicios de atención dentro de su cartera de servicios sociales (o, si el tamaño de la entidad es demasiado pequeño, el concierto con otros de entes de mayor tamaño) para tratar de lograr aportar una ayuda y un itinerario de desintoxicación que resulte efectivo.

De otro, y cuando la afectada sea una personas trabajadora por cuenta ajena, la empresa responsable instalada en el territorio tiene un nuevo campo de actua-

---

27 Como reconocen Goñis Sein, J. L.: *El respeto de la esfera privada del trabajador*, Madrid (Civitas), 1989, p.109; de Vicente Paches, F.: *El derecho del trabajador al respeto de su intimidad*, Madrid (CES), 1998, pp.299 y ss.

28 Jenkins, R.; Pearson, R. y Seyfang, G.: *Corporate responsibility and labour rights: codes of donduct in the global economy*, Londres (Earthscan publications), 2002, pp. 23 y ss. o Neal, C.: «A conscious change in the workplace», *Journal of Quality & Participation*, vol. 22, Issue 2, 1999, pp. 27-32.

29 Goff, J. L.: «Corporate responsibilities to the addicted employee: a look at practical, legal and ethical issues», *Labor Law Journal*, abril, 1990, pp. 214-221.

30 Álvarez Civantos, O. J.: *Mercado sostenible y responsabilidad social (Hacia la responsabilidad social de los actores sociales)*, *cit*., p. 142.

ción muy interesante en este punto[31]. Como bien es sabido, el ordenamiento laboral proporciona una vía fácil para permitir a la empresa librarse del problema, en tanto contempla como justa causa de despido disciplinario los supuestos de embriaguez habitual o toxicomanía, siempre y cuando quede acreditado que repercuten negativamente en el trabajo y se pruebe la gravedad de la conducta, de modo tal que ésta no sea esporádica u ocasional (art. 54.2 f ET)[32].

Sin embargo, tal solución, perfectamente legal y quizá incluso razonable desde un punto de vista estrictamente productivo, resulta poco satisfactoria desde una perspectiva de valoración integral de la persona, ínsita a cualquier política de Responsabilidad Social Corporativa. En realidad, tales supuestos constituyen una oportunidad magnífica para que la empresa muestre su compromiso social y trate de facilitar soluciones al problema sufrido por su empleado[33].

En este sentido, un enfoque adecuado del problema quizá permitiera distinguir con nitidez entre la embriaguez y el alcoholismo[34], reputando éste como enfermedad[35] que, más que justificar el despido, haya de habilitar un intento serio en aras de la curación. Ciertamente, la actitud habitual de la empresa no ha sido especialmente satisfactoria ante este problema, pues, de un lado, y con carácter general, son muchas las organizaciones en las cuales de manera implícita o explícita se incita al consumo del alcohol [con un evidente matiz social, relacionado, en ocasiones, con la propia actividad institucional de la entidad: reuniones y congresos, comidas y cenas…], pero, al tiempo, se considera al operario afectado por un problema de adicción como alguien poco recomendable, «poco menos que un delincuente»[36].

Por buscar algunas consecuencias concretas que destila lo afirmado, la actitud de una empresa responsable pasa por, en primer lugar, tratar de evitar en el seno de la organización cualquier comportamiento o hábito que pueda conducir a sus empleados hacia alguna situación de dependencia de sustancias tóxicas[37].

---

31 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

32 Por extenso, dando cuenta de una abundante jurisprudencia, Ciscart Beà, N.: *El despido por embriaguez y toxicomanía*, Barcelona (Bosch), 1998, p. 104.

33 Fernández Domínguez, J. J.: «La embriaguez habitual como causa de despido y/o la asistencia al trabajador con problemas de alcohol o drogas», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (CEF)*, núms. 365/366, 2013, pp. 135 y ss.

34 Alonso Olea, M. y Casas Baamonde, M.ª E.: *Derecho del Trabajo*, *cit*., p. 447.

35 Taylor, N.: «Alcoholism: disease or willful misconduct», *Journal of Psychiatry*, Issue 791, vol. 2, 1990, pp. 273 y ss.

36 Goff, J. L.: «Corporate responsibilities to the addicted employee: a look at practical, legal and ethical issues», *cti*., p. 215.

37 A día de hoy no está muy clara cuál es la verdadera etiología de las adicciones. En cualquier caso, se puede considerar que existe cuando una persona no es capaz de abstenerse de tomar una cierta cantidad de una determinada sustancia durante un período regular de

Entre ellas, sin duda, cabría aludir tanto a las relaciones sociales (cenas o comidas de empresa o con clientes, *afterworks*…) sistemáticamente acompañadas de alcohol, como a la imposición de unos ritmos de trabajo tan estresantes e insoportables que requirieran de algún tipo de estimulante para ser sobrellevados (piénsese en aquel tópico conforme al cual, en sus orígenes, se relacionaba el consumo de ciertas drogas con las categorías profesionales propias de los altos directivos y/o ejecutivos de las grandes compañías)[38].

En no pocas ocasiones (sobre todo en determinados sectores), el planteamiento correcto de la cuestión exigirá presentar el alcoholismo o la drogadicción como un riesgo laboral (o, al menos, relacionado con el trabajo), perfectamente encuadrable en la pertinente evaluación llevada a cabo por el servicio de prevención de la empresa.

En consecuencia, deberá ir acompañada de aquellas medidas destinadas a evitarla, entre las cuales probablemente quepa aludir de forma principal a las campañas educativas, mediante las cuales informar y formar a los trabajadores de los gravísimos riesgos para la salud aparejados a hábitos tan poco saludables[39].

Un problema evidente para la organización productiva que quiera colaborar con sus trabajadores para tratar de superar una determinada adicción puede venir dado por la detección del problema. Evidentemente, algunas conductas derivadas de la adicción pueden ser manifiestas, permitiendo una identificación rápida; sin embargo, en algunos casos es posible que permanezcan ocultas (e, incluso, sean sistemáticamente negadas como problema por el afectado), y sólo puedan ser descubiertas a través de exámenes médicos que, potencialmente, suponen una amenaza para la intimidad y dignidad del operario y, además, requieren su consentimiento, ex art. 26 LPRL.

Tan sólo bajo una interpretación propia de equilibristas del Derecho se podría considerar que, cuando el empresario tenga sospechas razonables de las conductas adictivas de los trabajadores, concurre una de aquellas situaciones que (real o potencialmente) pueden poner en peligro la integridad del trabajador o de sus compañeros (art. 22 LPRL), justificando así una prueba forzosa que determinara la presencia de sustancias adictivas[40].

---

tiempo, padeciendo síntomas de ansiedad y malestar cuando es privado de dicha sustancia. Frente a tal problema, la mejor solución pasa por seguir un tratamiento de desintoxicación y, posteriormente, mostrar una abstinencia total hacia aquella sustancia. Por todos, Peele, T.: *The meanig of Adiction: compulsive experience and its interpretation*, Lexintong (Heath & Co), 1995, pp. 111 y ss.

38 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

39 Goff, J. L.: «Corporate responsibilities to the addicted employee: a look at practical, legal and ethical issues», *cit*., p. 216.

40 Bible, S.: «Employee urine testing and the Federal Appeals Court», *American Business Law Journal*, Issue 6, vol. 2, 1998, pp. 701 y ss.

Cuando, por desgracia, se verifique que el riesgo se ha materializado y algún trabajador padece una determinada adicción, la empresa responsable no ha de lavarse las manos, sino que ha de participar de forma activa en la solución del problema; desde luego, pocas personas se hallan en mejor situación que el empresario para influir positivamente sobre el trabajador, por cuanto lo último que desea una persona que se sabe en dificultades es perder su empleo.

En cualquier caso, una mera prohibición o admonición empresarial rara vez se revela como un medio efectivo para evitar la recaída del trabajador. Más bien parece necesario que el empresario responsable se decida por invertir en la instrumentación de tratamientos completos de desintoxicación, concediendo entre tanto al empleado una suspensión del contrato de trabajo, con derecho de reserva del puesto de trabajo para permitir su reincorporación una vez superado el procedimiento[41].

En este sentido, procede recordar cómo profusa normativa dirigida a combatir la drogadicción, de acuerdo con la perspectiva hasta ahora descrita, ha venido tratando de fomentar «acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos que vayan encaminados a la reserva de puesto de trabajo de los trabajadores y trabajadoras drogodependientes durante su proceso de recuperación, y al desistimiento del ejercicio de las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos de problemas derivados del abuso de drogas»[42].

Haya norma paccionada que recoja tales obligaciones o se trate de una iniciativa del empresario individual responsable, lo cierto es que la organización productiva puede (y debe) desarrollar una actividad sumamente útil en auxilio y socorro de quien se encuentra en una difícil situación vital.

Sólo con una actitud de esta índole podrá la empresa contribuir de forma precisa a combatir un problema de hondo calado social, que, aun cuando su incidencia trasciende la frontera de las relaciones laborales, presenta importantes implicaciones para el mundo del trabajo y respecto de la cual, hasta ahora, se puede observar una actitud poco apropiada por parte de los empleadores[43].

---

41 Goff, J. L.: «Corporate responsibilities to the addicted employee: a look at practical, legal and ethical issues», *cit*., p. 221.

42 Dando cuenta profusa de todo este sistema de normativas autonómicas, Fernández Domínguez, J. J.: «La embriaguez habitual como causa de despido y/o la asistencia al trabajador con problemas de alcohol o drogas», *cit*., pp. 135 y ss.

43 Goff, J. L.: «Corporate responsibilities to the addicted employee: a look at practical, legal and ethical issues», *cit*., p.221.

III. Conclusión crítica: el abandono del mundo rural y su repercusión sobre el estado de salud de sus habitantes

Como ha sido puesto de manifiestos en las páginas precedentes, la situación sanitaria en los territorios rurales dista mucho de ser ideal. En este sentido, el abandono del mundo no urbano, su paulatino vaciamiento y la merma de las inversiones (de toda índole, también sanitarias) habidas en su seno, ha terminado por provocar efetos devastadores en la población que lo habita que sólo ahora, tras un largo periodo de carencia, empiezan a mostrar toda su lesividad.

El presente ensayo ha tratado de poner de manifiesto que es posible revertir, en parte, esta situación, a través de una serie de actuaciones sencillas y económicas que podrían coadyuvar a la mejora del estado general de salud de la población rural. Entiéndase que todo sería más fácil con una mayor cobertura de medios sanitarios (materiales y humanos), aunque un enfoque desde el realismo lleva a poner en cuestión que tal desiderátum vaya a materializarse en la práctica en un futuro inmediato.

Por tanto, no es descabellado pensar en que sean los propios ciudadanos rurales (y sus instituciones representativas (ayuntamientos y mancomunidades); así como las empresas responsables radicadas en el territorio) quienes asuman un papel proactivo para conseguir implementar algunas de las medidas propuestas que, en fin y a la postre, pudieran redundar en el cumplimiento de estos objetivos de mejora de la salud general de la población en el ámbito rural.

Desde luego, lo propuesto en el presente ensayo no es algo novedoso *a priori*, sino bien conocido por todos (alimentación saludable, ejercicio físico, evitar malos hábitos…); quizá lo novedoso sea la llamada de atención tanto a los propios ciudadanos, como a las Administraciones locales y las empresas responsables del entorno, para que traten de implementar medidas concretas, sencillas y en muchos casos económicas, pero que tienen un inmenso potencial en la mejora de la salud y bienestar y pueden servir como contrapeso a la falta de medios sociosanitarios que, en ocasiones y por mor de las peculiares circunstancias tantas veces comentadas (escasa población, dispersión geográfica…), caracterizan los entornos rurales de la geografía patria[44].

El coste económico de las medidas propuestas en este ensayo vendría a ser, en algunos casos, ridículo y, en muchos otros, más que razonable; en realidad, su implementación se sitúa más en el terreno de los principios y la concienciación que en el de las obligaciones jurídicas o económicas[45].

---

44 Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *cit*., pp. 5 y ss.

45 Bray, I.: *Healthy Employees, Healthy Business: Easy, Affordable Ways to Promote Workplace Wellness*, *cit*., pp. 32 y ss.

Sin perjuicio, claro está, de que la Administración local o la empresa socialmente responsable instalada en el territorio puedan potenciar hasta donde consideren oportuno estas medidas, efectuando las inversiones (pues los gastos en salud nunca son costes) necesarias para mejorar los buenos hábitos de vida y, por ende, de su estado general de salud[46].

Los beneficios son tan abundantes y las complicaciones tan nimias que, desde luego, merece la pena apostar por la prevención de riesgos en esta versión extendida y ajustada a las necesidades concretas de la situación analizada[47]. Aun cuando resulte quimérico, piénsese en que si tan sólo un pequeño porcentaje de las instituciones se atrevieran a dar el paso aquí propuesto, e integrar de verdad un concepto de prevención integral, los beneficios económicos, sanitarios y sociales serían exponenciales[48].

Quizá en tiempos pretéritos no existía un conocimiento tan exacto como existe hoy en día de la forma en la que la que ciertos hábitos de vida deterioran la salud (y provocan la muerte) de la mayoría de la población, generando patologías se van gestando de forma larvada a lo largo de períodos largos de tiempo[49].

Hoy, gracias a los innegables avances científicos y al conocimiento médico acumulado, se dispone de unas herramientas, que además se verán potenciadas en el futuro por el desarrollo tecnológico y el *big data*, que permiten elaborar estrategias de salud pública que redunden en beneficio de la colectividad.

En este sentido, la combinación de la actuación de las Administraciones locales (con los Ayuntamientos rurales a la cabeza), con las actuaciones en materia de prevención de riesgos laborales (y de los servicios médicos de las mutuas y aseguradoras) y con la actuación de los servicios públicos de salud, así como el mentado avance de las posibilidades que se derivarán del tratamiento de ingentes cantidades de datos de salud (siempre con el debido respeto a la normativa de protección de datos, obviamente) permitirán predecir con mucha mayor precisión la aparición de las patologías potenciales y, al tiempo, instrumentar las medidas adecuadas para evitarlas[50].

No es admisible ya pensar que el infarto, el ictus o el cáncer son enfermedades que sobrevienen súbitamente como una lotería; aun cuando en algún

46 Quintiliani, L.; Poulse, S. y Sorensen, G.: «Healthy eating strategies in the workplace», *cit*., pp.182 y ss.

47 Maes, L., *et alii*: «Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review», *cit*., pp. 23 y ss.

48 Goiría Ormazabal, J. I.: «Alimentación y trabajo», *cit*., pp. 151 y ss.

49 Fuster, V.: *La ciencia de la salud*, *cit*., p. 45.

50 *Vid*. el sugerente discurso contenido en López Zafra, J. M. y Queralt Sánchez de las Matas, R. A.: *Alquimia: cómo los datos se están transformando en oro*, Bilbao (Deusto), 2020, pp. 76 y ss.

caso aislado esto pueda ser así, en la inmensa mayoría de ocasiones los procesos de manifestación de tales patologías son lentos y larvados y obedecen, amén de a factores genéticos, a hábitos de vida.

En tanto esos hábitos vengan modelados por la actividad productiva, la actitud de la empresa (y la coadyuvancia de algunos instrumentos jurídico laborales) pueden jugar un papel interesante en su prevención y, además, hacerlo sin un coste excesivamente grande para las entidades involucradas en el proceso.

Este es un reto fundamental frente a las grandes pandemias silenciosas del siglo XXI, no tan espectaculares en su desarrollo con las producidas por virus como el reciente COVID-2019 (que esperemos ir ya razonablemente dejando atrás), pero tremendamente devastadoras en el largo plazo.

Si algunas de esas estrategias de salud pueden ser desarrolladas desde el ámbito rural, quien estas líneas firma considera que bien puede merecer la pena el esfuerzo[51]. Como ya se indicó, es posible estimar que el 80 % de estas muertes y enfermedades prematuras se podrían evitar (o, al menos, diferir) sin necesidad de que el estado de la ciencia actual avance (aunque sin duda seguirá haciéndolo, pues la investigación científica no se detiene) pero, ya con los conocimientos actuales, se podrían adoptar estrategias preventivas que redujeran drásticamente su incidencia[52].

Cada infarto que se evite; cada ictus que se posponga; cada enfermedad oncológica que se consiga esquivar, además de impedir un drama personal y familiar evidente, supondrá un incremento en la productividad de las empresas (que reducirán significativamente las bajas laborales[53]), un ahorro en gastos médicos y farmacéuticos (en un momento en el que el envejecimiento de la población amenaza con saturar el sistema) y una reducción significativa de las prestaciones de Seguridad Social (sobre todo por incapacidad permanente, las cuales serán evitables si se previenen las enfermedades de base que las generan)[54].

¿No es de todo punto racional que se exploren las posibles estrategias de prevención integral? ¿No merece la pena, hechas las sumas y las restas, afrontar la inversión (no excesiva) que requiere implementar una política de salud integral? ¿No resulta lógico que, teniendo el conocimiento científico necesario para evitar o retrasar tantas y tan dañinas enfermedades, y con-

51 Wandjek, C.: *La alimentación en el Trabajo: Soluciones Laborales para la Desnutrición, la Obesidad y las Enfermedades Crónicas*, *cit*., pp. 23 y ss.

52 Fuster, V.: *La ciencia de la salud*, *cit*., p. 45.

53 Bray, I.: *Healthy Employees, Healthy Business: Easy, Affordable Ways to Promote Workplace Wellness*, *cit*., pp. 32 y ss.

54 Heussner, S.: *Fit To Succeed: Make Health and Wellness Your Competitive Advantag*, *cit*., pp. 22 y ss.

tando con las posibilidades de actuación que se han detallado, se deje a la inercia actual una paulatinamente deteriorada salud pública?[55]. A ello ha pretendido llamar el presente ensayo que así se termina.

Siempre sin olvidar que, junto con limitaciones y problemas (de los que ya se ha hablado de forma prolija a lo largo del presente ensayo), también hay potencialidades y puntos fuertes que, como la esperanza, conviene dejar bien guardados en la caja de Pandora, para conservar lo más valioso que, desde el punto de vista de la salud, el campo puede ofrecer a las personas que, de forma temporal o definitiva, decidan en tal territorio pasar su tiempo.

A saber, una vida más tranquila, ajena a la prisa y el estrés cotidiano que se vive y respira en los ámbitos urbanos; un contacto permanente con la naturaleza, cuyo disfrute redunda en una mejora de la salud mental y del estado de ánimo; un estilo de vida que, compatible hoy gracias a la tecnología, con la prestación de servicios a distancia, permite unas mejores cotas de conciliación de la vida laboral, personal y familiar; en fin, una forma de existencia más sencilla pero, a la vez, más pura y sosegada.

Ya lo dijera el sabio… «qué descansada vida»….

IV. Bibliografía

Álvarez Civantos, O. J.: *Mercado sostenible y responsabilidad social (Hacia la responsabilidad social de los actores sociales)*, Granada (Comares), 2006.

Bible, S.: «Employee urine testing and the Federal Appeals Court», *American Business Law Journal*, Issue 6, vol. 2, 1998.

Bray, I.: *Healthy Employees, Healthy Business: Easy, Affordable Ways to Promote Workplace Wellness*, Berkeley (NOLO) 2009.

Ciscart Beà, N.: *El despido por embriaguez y toxicomanía*, Barcelona (Bosch), 1998.

Cordero, A.; **Maisá, M.ª D.** y **Galve, R.**: «Ejercicio físico y salud», *Revista Española de Cardiología*, vol. 67, n.º 9, 2014.

de Vicente Paches, F.: *El derecho del trabajador al respeto de su intimidad*, Madrid (CES), 1998.

Deigard, J.: «Can worksite nutritional interventions improve productivity and firm profitability? A literature review», *Public Health*, n.º 131, vol. 4, 2011.

55 Quintiliani, L.; Poulse, S. y Sorensen, G.: «Healthy eating strategies in the workplace», *cit*., pp. 182 y ss.

Fernández Domínguez, J. J.:

— «La embriaguez habitual como causa de despido y/o la asistencia al trabajador con problemas de alcohol o drogas», *Revista de Trabajo y Seguridad Social (CEF)*, núms. 365/366, 2013.

— «Modelos de prestación de servicios sanitarios en el medio rural español», *Revista Jurídica de la Universidad de León*, n.º 10, 2022.

Fuster, V.: *La ciencia de la salud*, Barcelona (Planeta), 2011.

Goff, J. L.: «Corporate responsibilities to the addicted employee: a look at practical, legal and ethical issues», *Labor Law Journal*, abril, 1990.

Goñis Sein, J. L.: *El respeto de la esfera privada del trabajador*, Madrid (Civitas), 1989.

Harari, Y. N.: *Sapiens. De animales a dioses: breve historia de la humanidad*, Madrid (Debate), 2019.

Henrique, D.; **Moura, K.**, **Lobo, D**: «The influence of the availability of fruits and vegetables in the workplace on the consumption of workers», *Nutrition & Food Science*, n.º 40, vol. 4, 2010.

Houghton, J.; **Neck, C.** y **Cooper, K.**: «Nutritious food intake: a new competitive advantage for organizations», *International Journal of Workplace Health Management*, n.º 2, vol. 2, 2009.

Jenkins, R.; **Pearson, R.** y **Seyfang, G.**: *Corporate responsibility and labour rights: codes of donduct in the global economy, Londres (Earthscan publications)*, 2002.

Leighton, F. *et alii*: «Impacto en la Salud de Dieta Mediterránea implementada en el Trabajo», *Public Health Nutrition*, n.º 12, vol. 9, 2009.

López Zafra, J. M. y **Queralt Sánchez de las Matas, R. A.**: *Alquimia: cómo los datos se están transformando en oro*, Bilbao (Deusto), 2020.

Maes, L., *et alii*: «Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review», *European Journal of Public Health*, n.º 21, 2011.

Martínez Barroso, M. R.: «Reflexiones en torno al Acuerdo Marco Europeo sobre Estrés en el Trabajo», *Aranzadi Social*, n.º 22, 2005.

Morán Astorga, C.: *Estrés, burn out y mobbing*, Salamanca (Amarú), 2005.

Neal, C.: «A conscious change in the workplace», *Journal of Quality & Participation*, vol. 22, Issue 2, 1999.

Norberg, J.: *Progreso*, Bilbao (Deusto), 2018.

Peele, T.: *The meanig of Adiction: compulsive experience and its interpretation*, Lexintong (Heath & Co), 1995.

Tascón López, R.: «Hacia la mejora integral de la salud de la persona trabajadora», *Trabajo y Derecho*, n.º 90, 2022.

Taylor, N.: «Alcoholism: disease or willful misconduct», *Journal of Psychiatry*, Issue 791, vol. 2, 1990.

Velázquez Fernández, M.: *Impacto laboral del estrés*, Bilbao (Lettera), 2006.

Vozmediano, J.: *Hacia unas urbes ecológicas y sostenibles*, Madrid (Instituto de Ecología y Mercado), 2002.

Zwstsloot, G. y **Bos, J.**: *Desing for sustainable development: enviromental management and safety and health*, Luxemburgo (Office for Offical Publications of the European Communities), 1998.

CÓDIGOS **COMENTADOS**

COLEX



LA **EDITORIAL JURÍDICA** DE **REFERENCIA** PARA LOS **PROFESIONALES** DEL **DERECHO** DESDE **1981**

DESCUBRA MÁS OBRAS EN:

www.colex.es

Editorial Colex SL Tel.: 910 600 164 info@colex.es

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN EL ÁMBITO RURAL DE CASTILLA Y LEÓN: Apostando por un bienestar integral

La estructura de la población rural de Castilla y León, calificada por baja densidad, dispersión y agudo envejecimiento hacen que el diagnóstico de sus necesidades se convierta en vital a la hora de planificar toda una línea de actuaciones a nivel regional y local ordenadas a revertir la situación: El libro ofrece al lector un análisis detallado de los problemas y propone soluciones atentas a la diferente dimensión de los municipios y las demandas concretas de los distintos colectivos en aspectos relacionados con el catálogo de servicios sociales existentes y el requerido, la sostenibilidad y habitabilidad del entorno y las medidas destinadas a mejorar la atención sanitaria y promover la salud.

DIRECTOR

Juan José Fernández Domínguez

COORDINADORA

Henar Álvarez Cuesta

PRÓLOGO DE

Tomás Quintana López

AUTORES

Agra Viforcos, Beatriz; Álvarez Cuesta, Henar; Casares Marcos, Anabelén; Fernández De Gatta Sánchez, Dionisio; Fernández Fernández, Roberto; Fernández-Costales Muñiz, Javier; González Bustos, M.ª Ángeles; González Iglesias, Miguel Ángel; Martínez Barroso, M.ª de los Reyes; Megino Fernández, Diego; Quintana López, Tomás; Quirós Hidalgo, José Gustavo; Rodríguez Escanciano, Susana y Tascón López, Rodrigo

ISBN: 978-84-1194-059-7

9 788411 940597