

REALA, número 18, octubre de 2022
Sección: COMUNICACIONES Y COMENTARIOS JURISPRUDENCIALES
Recibido: 14-07-2022
Modificado: 16-09-2022
Aceptado: 16-09-2022
Publicado: 17-10-2022
DOI: <https://doi.org/10.24965/reala.11099>
Páginas: 215-235



Referencia: González Iglesias, M. Á. (2022). 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*, 18, 215-235. <https://doi.org/10.24965/reala.11099>

La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia¹

Socio-health assistance and coordination in rural areas in Castilla y León. Aspects to improve after the pandemic

González Iglesias, Miguel Ángel
Universidad de Salamanca (España)
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4423-0388>
miguelin@usal.es

NOTA BIOGRÁFICA

Profesor Titular de la Universidad de Salamanca (área de Derecho Administrativo) desde el año 2012 y doctor en Derecho por la misma Universidad desde el año 2000. Forma parte, como investigador, de la Unidad de Investigación Consolidada de Castilla y León –UIC 198–. En el año 2010, formó parte del equipo dirigido por el profesor Tomás Quintana López que obtuvo el premio: “Colección de Estudios del Consejo Económico y Social de Castilla y León”, sobre el tema de la colaboración público-privada. Tiene reconocido el segundo sexenio de investigación (año 2019) e interviene, actualmente como investigador, en varios proyectos de investigación, siendo el más reciente: “La inclusión social a través de la renovación de elementos de estructura, relación y contenido en la negociación colectiva” (PID20221-122631OB-C21). Ha investigado y publicado sobre variados temas: contratos del sector público; medio ambiente; planificación hidrológica; régimen local; urbanismo; la profesión de dentista; publicidad de productos y servicios sanitarios, etc.

RESUMEN

Nuestra sociedad envejece, lo que conlleva una mayor presencia de enfermedades crónicas, dependencia y los necesarios cuidados personales de quienes las padecen. Para estos pacientes, el logro de una asistencia sociosanitaria integral, sobre todo en el medio rural, requiere, entre otras cuestiones, de una adecuada coordinación y planificación de los servicios sanitarios y sociales, lo cual se ha puesto de manifiesto, más aún si cabe, con la irrupción de la pandemia del COVID.

PALABRAS CLAVE

Asistencia sociosanitaria; coordinación sociosanitaria; servicios sanitarios y sociales; planificación; medio rural.

ABSTRACT

Our society ages, which entails a greater presence of chronic diseases, dependency and the necessary personal care of those who suffer from them. For these patients, achieving comprehensive socio-health care, especially in rural areas, requires, among other issues, adequate coordination and planning of health and social services, which has been shown, even more so if possible, with the outbreak of the COVID pandemic.

¹ Artículo elaborado en el marco del Proyecto de Investigación: LE013P20-2021-2023, 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 noviembre).

KEYWORDS

Socio-sanitary assistance; socio-sanitary coordination; social and health services; planning; rural environment.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN. ASPECTOS GENERALES. 2. CONCEPTOS: LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA Y EL MEDIO RURAL. 2.1. CONCEPTO DE ASISTENCIA SOCIOSANITARIA. 2.2. CONCEPTO DE MEDIO RURAL. EL PROBLEMA DE SU DESPOBLAMIENTO. 3. LA GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA. 3.1. LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y EL MODELO DE GESTIÓN DESCENTRALIZADO: ESTADO Y COMUNIDADES AUTÓNOMAS. LA COORDINACIÓN COMO MECANISMO DE GARANTÍA DE LA ASISTENCIA SANITARIA. 3.2. EL CONTENIDO DE LA ASISTENCIA SANITARIA: LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA COMO PRESTACIÓN INCLUIDA EN LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES. 3.3. LAS COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS EN MATERIA SOCIAL Y SANITARIA. 3.4. LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES; EN ESPECIAL, EN EL MEDIO RURAL EN CASTILLA Y LEÓN. 4. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ESPECIAL REFERENCIA A LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN SOCIOSANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN. 5. EL MEDIO RURAL EN LA LEY DE ORDENACIÓN, SERVICIOS Y GOBIERNO DEL TERRITORIO DE CASTILLA Y LEÓN. 6. CONCLUSIONES: ASPECTOS A MEJORAR TRAS LA PANDEMIA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. INTRODUCCIÓN. ASPECTOS GENERALES

La defensa y garantía de las prestaciones y servicios públicos básicos en el medio rural debería ser una prioridad para nuestras Administraciones Públicas, aparte de servir como instrumento de lucha contra la despoblación, dado que 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.

Efectivamente, la despoblación del medio rural supone una hemorragia continua que puede conllevar la desaparición de muchos municipios de nuestro interior peninsular, pues nos encontramos ante 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 sociales².

Por ello, para luchar contra este fenómeno sería importante intentar romper el círculo vicioso: pérdida de población-desmantelamiento de servicios-pérdida de población, para sustituirlo por el consistente en: refuerzo de servicios-atracción de población-refuerzo de servicios³. Ello exigiría llevar a cabo una coordinación más efectiva y una gestión más eficiente de los recursos públicos y privados existentes en dicho territorio.

Por otra parte, nuestra sociedad envejece, especialmente en Castilla y León⁴, lo que viene acompañado de una mayor presencia de enfermedades crónicas y de la consiguiente 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. Por lo tanto, se debe situar al ciudadano con problemas de salud y de tipo social en el eje del nuevo diseño de nuestros sistemas de bienestar⁵, sanitario y social, para otorgarles una atención de calidad e integral; es decir, adaptada a sus necesidades particulares⁶. Así, uno de los grandes desafíos de nuestro Estado del Bienestar será el de procurar que la cobertura de sus prestaciones se vea mejorada y garantizada⁷. Para ello, entre otras cuestiones, deberá garantizarse la calidad de las prestaciones ofrecidas a las personas con enfermedades

² Así se expone en el informe: Pérdida de Servicios en el Medio Rural y Despoblación (SEFAR, 2018, pp. 10-11).

³ Cruz Roja Española (2020, p. 8).

⁴ Como señala el Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2017-2021 (Servicios Sociales de Castilla y León, 2017, pp. 11-13), «El proceso de envejecimiento en Castilla y León es más acusado que el experimentado en el contexto español y europeo... Así, la población mayor para el 2029 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 que tres de cada diez personas serán mayores de 65 años».

⁵ En este sentido, Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, IMSERSO (2011, p. 11).

⁶ Así, López Peláez y Castillo de Mesa, (2020, pp. 21-32).

⁷ Sobre la necesidad de la continua actualización de las carteras de servicios sociales, Ezquerro Huerva (2020, pp. 416-436).

crónicas que necesiten cuidados continuados, así como desarrollar medidas orientadas a la mejora de la coordinación de los sistemas sanitario y social⁸.

Y es que 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 definitiva, 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; teniendo presente que la mejora de la calidad en los sistemas sanitario y social es una responsabilidad compartida entre todas nuestras administraciones territoriales; como es sabido: Administración General del Estado, Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales.

2. CONCEPTOS: LA ASISTENCIA SOCIO SANITARIA Y EL MEDIO RURAL

2.1. Concepto de asistencia sociosanitaria

La asistencia sociosanitaria aparece definida en el art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud –en adelante, LCCSNS– de esta manera: es aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos⁹, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales¹⁰.

La finalidad de esta asistencia es aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social –art. 14.1 LCCSNS–. En estos casos, la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales mediante 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 definitiva, este concepto engloba la prestación de cuidados continuados o de larga duración que se dispensan a personas que padecen dependencia o enfermedades crónicas –causantes muchas veces de la situación de dependencia– y que, bien simultánea o sucesivamente, necesitan de cuidados personales y sanitarios. La misma definición implica la colaboración entre los sectores sanitario y social, que deberá abordarse desde una perspectiva holística y sinérgica, garantizando un tratamiento global de la situación que permita, además, la optimización de los recursos existentes.

De hecho, el objetivo esencial 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. De esta manera, 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: el cuidado social y el sanitario ha de basarse en la necesidad individual y en la diversidad que esta pueda conllevar. Estamos ante 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 conocimientos¹¹.

⁸ IMSERSO (2011, p. 9).

⁹ La cronicidad supone la permanencia en el tiempo de una enfermedad que, o bien es incurable por el tipo de patología o bien porque no es posible su curación por falta de respuesta al tratamiento completo o por la carencia de éste. Estamos, pues, ante enfermedades que persisten a lo largo del tiempo y que requieren de un tratamiento constante durante toda su duración, 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. 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. Ya lo advertía el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España, IMSERSO (2011, pp. 229-231).

¹⁰ 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.

¹¹ IMSERSO (2011, p. 245-246).

Pues bien, 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 asistencial¹². En efecto, dicha coordinación, como método de gestión eficaz y eficiente de los servicios sociosanitarios, es clave ya 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 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 años¹³. En este contexto, cobra especial relevancia 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 León¹⁴ 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.

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

Tradicionalmente, la definición de medio rural se ha concebido en oposición a lo urbano. No obstante, desde la segunda mitad del siglo XX este concepto tradicional de lo «rural»¹⁵ ha ido transformándose debido a que el mundo rural se ha vuelto más diverso y complejo, siendo mejor hablar de distintos espacios rurales que abarcan 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. En todo caso, nos hallamos ante particularidades que impiden una consideración uniforme de esta realidad¹⁶.

Ahora bien, desde el punto de vista normativo, debemos acudir a la definición que, sobre el medio rural, se contiene en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, de Desarrollo Sostenible del Medio Rural –en adelante, LDSMR–.

En primer lugar, el art. 3 LDSMR 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 km².

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.

¹² Consejo Económico y Social de España (2021, p. 227).

¹³ Servicios Sociales de Castilla y León (2017, p. 20).

¹⁴ BOE, núm. 108, de 6 de mayo de 2003.

¹⁵ Caracterizado por cuatro ideas: la capacidad de explotar los recursos cercanos; la preponderancia de la actividad agraria; la intensa relación con el medio natural y la presencia de fuertes vínculos sociales entre los habitantes, enclavados en colectividades de reducido tamaño y relativamente estables. Ver: Consejo Económico y Social de España (2018, p. 15).

¹⁶ Consejo Económico y Social de España (2018, p. 19).

Y, municipio rural de pequeño tamaño, es aquel que posee una población residente inferior a los 5.000 habitantes y esté integrado en el medio rural.

Ahora bien, el medio rural se enfrenta actualmente a un problema capital, que afectará a su futuro, al condicionar tanto su actividad económica como su propia existencia: 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 acelerado¹⁷.

Y ello se agudiza en Castilla y León, donde el 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– sigue desangrándose, pues perdió 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 2020¹⁸. 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 Comunidad¹⁹.

En definitiva, el 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 básicos²⁰.

El problema del despoblamiento del medio rural y las formas de afrontarlo se han ido incorporando paulatinamente a la agenda política española²¹.

La Estrategia Nacional frente al Reto Demográfico adoptada en 2019²² prevé, 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 siguientes: 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.

En línea con esta Estrategia Nacional, se aprobó, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia²³, el Plan de Medidas ante el Reto Demográfico²⁴ –PMRD, en adelante– como marco de actuación transversal para establecer una agenda de igualdad y cohesión territorial, incorporando a los pequeños municipios. Así, dicho PMRD deberá afrontar el desafío de garantizar la igualdad de derechos, entre otras cuestiones, en el acceso a los servicios básicos²⁵.

¹⁷ Consejo Económico y Social de España (2021, p. 21).

¹⁸ Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021a).

¹⁹ Consejo de Cuentas de Castilla y León (2022, p. 41).

²⁰ Consejo Económico y Social de España, (2021, p. 22).

²¹ Ya el Acuerdo, adoptado por la Conferencia de Presidentes, del 17 de enero de 2017, impulsó la elaboración de una Estrategia ante el reto demográfico. La creación, por 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 de 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.

²⁴ Ver, en este sentido, <https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/>

²⁵ Consejo Económico y Social de España (2021, p. 30).

Así, para garantizar, entre otras cuestiones, la adecuada prestación de servicios en el territorio, este PMRD se organiza en torno a 10 ejes de acción, entre los que destacamos el séptimo –el 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 busca 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 territorio²⁶–. Pues bien, para la consecución de dichos ejes, dicho PMRD propone 130 medidas tales como las consistentes en la mejora de los servicios prestados por la Administración General del Estado en el territorio a través de la aprobación del correspondiente Plan Estratégico Integral²⁷ o el fortalecimiento del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria como eje vertebrador del sistema sanitario español, apostando por las estrategias de salud para realizar una atención integral y centrada en el paciente, interdisciplinar, experta y personalizada –Estrategias para el abordaje de la Cronicidad, la Estrategia en Salud Mental y la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas–; o la activación del Fondo de Cohesión Sanitaria como mecanismo para garantizar la cohesión y la equidad en el acceso de la ciudadanía a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio español; o la ampliación de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud mediante los servicios de atención bucodental, genética, prestación ortoprotésica y atención temprana; o el reforzamiento de las dotaciones de médicos y enfermeras en el Sistema Nacional de Salud contratando personal que permita una mayor flexibilidad en zonas de difícil cobertura como las rurales; o la mejora del Sistema para la autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) mediante un Plan de Choque en Dependencia 2021-2023²⁸; o, por último, la aprobación de un plan de modernización de los servicios sociales que apueste por la innovación y el uso de las nuevas tecnologías que favorezcan la identificación de las necesidades de atención, la actualización de los profesionales y la cohesión de servicios en el territorio²⁹.

No obstante, la pandemia ha puesto de manifiesto la urgente necesidad de emprender reformas que garanticen el acceso, en condiciones de igualdad y calidad, a los servicios públicos básicos, sanitarios o sociosanitarios, a toda la población que lo necesite con independencia del lugar en el que residan³⁰.

3. LA GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SOCIOSANITARIA

3.1. La protección de la salud y el modelo de gestión descentralizado: Estado y Comunidades Autónomas. La coordinación como mecanismo de garantía de la asistencia sanitaria

En el marco de los principios rectores de la política social y económica se reconoce el derecho a la protección de la salud en el art. 43 CE³¹. Ahora bien, ¿cuál es el modelo de gestión de la asistencia sanitaria por el que se ha optado en España para preservar la salud?

Pues bien, 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–.

²⁶ Consultar eje 8, p. 100 en: <https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/>

²⁷ Consultar medida 7.22. p. 98 en: <https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/>

²⁸ Con fecha 15 de enero de 2021, el pleno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia aprobó el denominado «Plan de Choque». No obstante, el diagnóstico efectuado por el XXII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia resalta los problemas y las dificultades que sufren, actualmente, las personas dependientes en estos términos: «...la burocracia y la impericia de algunos gobiernos autonómicos no permiten lograr el objetivo de la reducción de la lista de espera y ni siquiera ejecutar el incremento presupuestario. Mientras 46.300 personas fallecieron en España en las listas de espera de la dependencia, 75.776.923 millones de euros no se gastaron de las cantidades presupuestadas... Se está abandonando sin atenciones a las 396.787 personas que están a la espera de un procedimiento. El tiempo de espera medio es de 421 días». Ver en: <https://directoressociales.com/xxii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>, p. 1.

²⁹ Consultar las medidas 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.8 y 8.9, pp. 100-108, en: <https://www.miteco.gob.es/es/reto-demografico/temas/>

³⁰ Por ejemplo, el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 15 de diciembre de 2021, en su p. 7, 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».

³¹ Sobre el derecho a la protección de la salud, Pemán Gavín (2020, pp. 25-72).

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 territorial³².

De igual manera, de otros preceptos del texto constitucional debe deducirse 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».

Reconociendo estas premisas constitucionales, las comunidades autónomas, de forma progresiva, fueron recibiendo transferencias en 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 Estado³³.

Por lo tanto, actualmente tenemos una pluralidad de servicios autonómicos de salud lo que se traduce en diferencias territoriales en materia de prestaciones sanitarias. Ello no debe sorprendernos pues nuestra Constitución consagra la diversidad territorial sanitaria, lo que conlleva 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 cohesión³⁴.

No obstante, debido al 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 –en adelante, LGS– 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.

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. Además, la política de salud ha de estar orientada a la superación de los desequilibrios sociales y territoriales –art. 3.3 LGS–.

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. Así es, específicamente el Capítulo IV del Título III LGS se dedicaba a la coordinación general sanitaria³⁵ 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.

No obstante, la consolidación de la coordinación sanitaria como herramienta para combatir las desigualdades territoriales se produjo con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud –en adelante, LCCSNS– a través de las dos siguientes novedades: una, 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 para promover la

³² Sobre ello, Trillo García (2021, p. 492).

³³ 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, Bohigas (2003).

³⁴ Díaz Aznarte (2021, pp. 432-433).

³⁵ 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».

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–; y otra, 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 eficiente³⁶.

No obstante, estos mecanismos de coordinación se han mostrado francamente deficientes como se ha puesto de manifiesto con la pandemia, sobre todo en sus primeros meses del año 2020. Así, hoy, 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 LGS³⁷. 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 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 ciudadanos³⁸.

3.2. 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 de su art. 7.1. En concreto, la delimitación de dichas prestaciones se realiza en el Catálogo de Prestaciones de Atención Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que incluye, entre otras, la correspondiente a atención sociosanitaria. La estructura de este Catálogo se apoya sobre una herramienta básica, la Cartera de Servicios Comunes, definida por el art. 8.1 LCCSNS, 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.^a 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 LCCSNS–. 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.^a Cartera Común Suplementaria. Incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario; en concreto: prestación farmacéutica, 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.^a 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–.

En definitiva, tomando como premisa la garantía de igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias incluidas en el SNS –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 indicada³⁹.

³⁶ Díaz Aznarte (2021, p. 438).

³⁷ 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.

³⁸ Díaz Aznarte (2021, p. 435).

³⁹ Díaz Aznarte (2021, p. 445).

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 temporales⁴⁰.

Por último, hemos de ser conscientes que tanto nuestro legislador –art. 8 quinqués 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 SNS configurara una cartera de servicios comunes lo más amplia, actualizada, eficaz y eficiente 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 efectivamente⁴¹.

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

Actualmente, las competencias en materia sanitaria y social pasan por un intenso proceso de descentralización hacia las Comunidades Autónomas⁴² y, en parte, también, hacia las Corporaciones Locales⁴³. Así, tanto la redacción originaria de la Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local –en adelante, LBRL–, como las distintas leyes sectoriales de las Comunidades Autónomas han venido reconociendo competencias específicas a los municipios en estas materias⁴⁴. 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 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. 25.2–⁴⁵.

Ahora bien, la aprobación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local –en adelante, LRSAL– modificó sustancialmente la atribución competencial a los municipios, en especial en estas dos materias: atención social y atención sanitaria.

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»⁴⁶.

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

⁴⁰ 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.

⁴¹ Díaz Aznarte (2021, p. 447).

⁴² 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, núm. 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–.

⁴³ Sin dejar de reconocer el fundamental papel que jugó el INSALUD, hasta que tuvo lugar la descentralización en las Comunidades Autónomas, debe reconocerse 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, Tollívar Alas (2009) y Font i Llovet (2020, p. 22).

⁴⁴ Así, la Ley 1/1998, de 4 de junio, de Régimen Local de Castilla y León (BOE, núm. 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.

⁴⁵ Sobre ello, Almeida Cerredá (2011, pp. 2702 y ss.).

⁴⁶ Arias Martínez (2014, pp. 373 y ss.).

La primera tuvo lugar con la supresión del art. 28 LBRL, que reconocía la existencia de las mal llamadas «competencias impropias» de los municipios⁴⁷, 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.

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 suma, estas previsiones de la LRSAL, calificadas como auténtica «mutación constitucional»⁴⁸, 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 2016⁴⁹ 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. Así, según expresa la STC 41/2016 los servicios de asistencia social y atención primaria a la salud son competencias de las Comunidades Autónomas que «el nivel municipal venía prestando porque así lo decidieron (o permitieron) las Comunidades Autónomas (al amparo de los Estatutos) o el Estado (en aplicación del art. 149.1.18 CE) o, simplemente, porque fueron desarrollados de hecho por los Ayuntamientos». Y sigue añadiendo la sentencia que el Estado «sólo podrá atribuir competencias locales específicas, o prohibir que éstas se desarrollen en el nivel local, cuando tenga competencia en la materia o sector de que se trate». Por lo tanto, «en materias de competencia autonómica, sólo las Comunidades Autónomas pueden atribuir competencias locales prohibir que el nivel local las desarrolle; sujetándose en todo caso a las exigencias derivadas de la Constitución». Así pues, en la medida en que impiden a las Comunidades Autónomas descentralizar servicios de su competencia, ambas disposiciones, en palabras del TC, «han superado el ámbito que la Constitución asigna a una regulación básica sobre atribuciones locales (art. 149.1.18 CE) y, con ello, han invadido las competencias autonómicas de asistencia social y sanidad». En definitiva, el Estado carece de competencias para realizar dichas operaciones, ya que esas materias corresponden, vía estatutos respectivos, a las Comunidades Autónomas. Son, entonces, 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 básica⁵⁰.

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, 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, en palabras de la sentencia «algo de 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

⁴⁷ Font i Llovet (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 (2019). Sobre las competencias locales en materia de servicios sociales, Arias Martínez (2014, p. 373 y ss.).

⁴⁸ Font i Llovet y Galán Galán (2013).

⁴⁹ BOE, núm. 85, de 8 de abril de 2016. Un análisis exhaustivo de la STC 41/2016 lo lleva a cabo Gracia Retortillo (2017, pp. 225 y ss.). Respecto a los aspectos competenciales, ver Medina Alcoz (2017, p. 189 y ss.).

⁵⁰ Font i Llovet (2020, p. 26).

servicios públicos en Castilla y León⁵¹. 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 –LOSSCYL, en adelante– 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 Ayuntamientos, 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.

3.4. La estructura organizativa de los servicios sanitarios y sociales; en especial, en el medio rural en Castilla y León

A nivel estatal, el acceso de la población rural a la asistencia sanitaria en sus dos principales niveles asistenciales –atención primaria y atención especializada– está, en teoría, garantizado a través de la ordenación del Sistema Nacional de Salud –SNS– prevista en la LGS.

Así, 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–.

Ahora bien, para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las Áreas de Salud se dividen 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–. 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; si bien, excepcionalmente, para medios rurales, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen –art. 1.2 del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud⁵². Además, en el medio rural podrá existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona –art. 2 del aludido Real Decreto 137/1984–.

En resumen, la estructura del SNS 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, lo que resulta clave pues la continuidad asistencial es un aspecto esencial en el seguimiento de los pacientes crónicos y dependientes por el sistema sanitario y social.

Aunque ya se recalcó por el Marco Estratégico Para la Atención Primaria y Comunitaria –MAPyC–, de 10 de abril de 2019⁵³ que en nuestra sociedad los problemas sanitarios, sobre todo los de naturaleza crónica

⁵¹ BOCyL, núm. 62, de 31 de marzo de 2014.

⁵² BOE, núm. 27, de 1 de febrero de 1984.

⁵³ Editado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019).

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. En definitiva, 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 mismo⁵⁴. Y así se concibe, también, en el actual Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 15 de diciembre de 2021⁵⁵.

Pues bien, 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 LOSSCYL⁵⁶, en cuyo Título III se lleva a cabo la ordenación territorial del sistema sanitario de dicha comunidad.

Dicho sistema se articula en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones Sanitarias y otras divisiones territoriales que puedan crearse en el futuro. Esta organización configura el Mapa Sanitario Público de Castilla y León como instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad y 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–.

En este sentido, las Áreas de Salud son la referencia para la organización de las actuaciones sanitarias –art. 14.2 LOSSCYL–, y garantizan la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales coordinando, para ello, los recursos que le correspondan, a fin de asegurar un sistema sanitario coordinado e integral. Así, 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. 14.3 LOSSCYL–.

Como ya sabemos, 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.), pero 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–.

Cada Zona Básica de Salud contará con un Centro de Salud, como estructura física y funcional, 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–⁵⁷.

En el ámbito rural, Las 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–.

⁵⁴ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019, pp. 23-24).

⁵⁵ Me remito a sus pp. 8, 42 y 43.

⁵⁶ BOE, núm. 235, de 28 de septiembre de 2010.

⁵⁷ 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 domiciliar necesaria.

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

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

Por último, en lo que respecta a los servicios sociales, 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–⁵⁸.

Pue bien, en lo que respecta a 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 lo conforman 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 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–.

4. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: ESPECIAL REFERENCIA A LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN Y LA PLANIFICACIÓN SOCIOSANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN

En España, el acervo normativo de la coordinación sanitaria y social se constituye, además de por la normativa de carácter nacional⁵⁹, por toda la normativa y planes autonómicos que han ido estableciendo e implantando la misma.

⁵⁸ BOE, núm. 7 de 8 de enero de 2011.

⁵⁹ A nivel estatal, apuntar que ya el Plan Estratégico del INSALUD, de 1997, adoptó como estrategia la coordinación integrada de recursos sanitarios y sociales y se crearon, en el año 1999, los ESAD –equipos de soporte de ayuda a domicilio– en el ámbito de

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; es decir, que requieran la prestación, simultánea o sucesiva, de servicios sanitarios y sociales⁶⁰; 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. En el futuro, pues, 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, como aspecto necesario para garantizar una atención integrada.

Respecto al modelo de coordinación sociosanitaria adoptado por Castilla y León, señalar que el mismo aglutina a los profesionales asistenciales de los servicios de salud y de los servicios sociales, así como sus estructuras gestoras y directivas, y se manifiesta en los Planes Sociosanitarios aprobados por la Junta de Castilla y León.

Así, uno de los aspectos más positivos del Plan de Atención Sociosanitaria de 1998⁶¹ fue la puesta en marcha de las estructuras de coordinación sociosanitaria previstas en el mismo. En desarrollo de dichas previsiones, el Decreto 74/2000, de 13 de abril⁶² reguló la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León, compuesta por los siguientes órganos:

- 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. Su finalidad: integrar y coordinar las actuaciones de los diferentes Centros Directivos Sanitarios y Sociales vinculados a los objetivos y programas de la planificación sociosanitaria –art. 2.1–.
- 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 paso del tiempo puso de manifiesto que la existencia de órganos de coordinación de ámbito regional o provincial, aunque necesaria, era insuficiente; si la coordinación sociosanitaria quería ser efectiva debía de comenzar desde las mismas puertas de entrada de ambos sistemas de protección 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 se encargan de pres-

la atención primaria y hospitalaria a la tercera edad y, en general, a pacientes en situación de dependencia y/o con enfermedades terminales. Más recientemente, el marco normativo estatal de carácter general se ha centrado en la regulación y desarrollo de distintos aspectos de la coordinación sociosanitaria, destacando, entre otros: tanto el Plan de Acción para personas mayores 2000-2005 y el de 2003-2007 que proponían el desarrollo de un sistema integral de atención a las personas en situación de dependencia así como la garantía de la accesibilidad territorial de las prestaciones sociosanitarias; o la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que consagra el derecho del paciente o usuario a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles; o el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, por el que se establece el título de técnico de atención sociosanitaria; o la LCCSNS que señala la importancia de la búsqueda de mecanismos de integración en la atención social y sanitaria y establece 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 dedicaba su capítulo VII a la coordinación sociosanitaria; o el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización; 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 mecanismo de cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas el 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 las distintas Estrategias para enfermedades que puedan generar gran dependencia (EPOC, ICTUS, ambas en el año 2009, o la de cuidados paliativos, en el año 2007) que inciden en la importancia de la coordinación sociosanitaria para la atención integral de estos pacientes; o el Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 que señalaba que el Ministerio debía elaborar la Estrategia de Coordinación de la Atención Sociosanitaria; o, por último, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública que, en su art. 22.2 señala 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.

⁶⁰ Como se ha dicho, ello obliga a superar el histórico funcionamiento en paralelo de los sistemas sanitarios y de acción social, lo que exige la creación de un nuevo modelo de atención sociosanitario, compartido y coordinado. Ver: Rodríguez Caldero; Rodríguez Losada Allende; et al. (2011).

⁶¹ Por Decreto 16/1998, de 29 de enero, se aprobó el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León (BOCyL, núm. 22, de 3 de febrero de 1998).

⁶² BOCyL núm. 77, de 19 de abril.

tar los servicios sociales y sanitarios básicos a todos los ciudadanos, mediante la modificación del Decreto 74/2000 por el Decreto 49/2003, de 24 de abril⁶³.

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 2003⁶⁴. 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.

Y, en virtud de la Disposición Adicional Primera del Decreto 74/2000, apartado 2⁶⁵, 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.

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 – pues 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 mayores, se requieren dos premisas más para extraer el máximo provecho de la integración funcional de los servicios⁶⁶:

En primer lugar, debe dotarse a las distintas estructuras de metodologías de trabajo comunes, tanto en lo que respecta a la gestión de procesos como de casos⁶⁷. Precisamente, para gestionar la actividad sociosanitaria se ha diseñado un sistema de información al que se ha denominado GASS⁶⁸ –gestión de la actividad sociosanitaria–. 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.

Y, en segundo lugar, atendiendo al principio de participación, favorecer 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 social⁶⁹.

Pero lo que urge, realmente, 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 2007⁷⁰– 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.

⁶³ BOCyL de 30 de abril de 2003.

⁶⁴ Aprobado por Decreto 59/2003, de 15 de mayo (BOCyL, núm. 95, de 21 de mayo de 2003).

⁶⁵ Añadido por el Decreto 49/2003.

⁶⁶ 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. 26-29.

⁶⁷ 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 (Junta de Castilla y León, 2007) 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; Melgosa Arcos; et al. (2011, pp. 61-74).

⁶⁸ <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/sistema-informacion-gass>

⁶⁹ Relevantes son las posibilidades abiertas por la Ley 5/2021 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 10 de octubre, del Voluntariado de Castilla y León (BOCYL, núm. 189, de 29 de septiembre de 2021) debiendo destacarse el papel que juegan las entidades del Tercer Sector Social en el desarrollo de los servicios a las personas, especialmente a las más vulnerables, así como la estrecha cooperación que debe darse entre las Administraciones Públicas y el Tercer Sector, y la opción preferencial por éste, cuando se trata 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 el Tercer Sector Social.

⁷⁰ 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.

5. EL MEDIO RURAL EN LA LEY DE ORDENACIÓN, SERVICIOS Y GOBIERNO DEL TERRITORIO DE CASTILLA Y LEÓN

La ordenación del territorio es un proceso complejo; siendo sus objetivos: la promoción de un desarrollo equilibrado y sostenible, el aumento de la cohesión económica y social y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos; y su finalidad: dar respuesta a la realidad del territorio en que la población se asienta y a sus problemas⁷¹. Su dificultad deriva de la complejidad de la organización de la sociedad a la que sirve y, en el caso de Castilla y León, de sus singularidades territoriales y sociodemográficas. Ante todo, debe garantizar la igualdad de todos los castellanos y leoneses en el acceso a los servicios públicos autonómicos y locales en todo el territorio de Castilla y León, con independencia de su lugar de residencia. Ahora bien, la Comunidad de Castilla y León es muy extensa y diversa lo que dificulta, a veces, la accesibilidad a los servicios; y el reducido tamaño de muchos de sus municipios imposibilita, en ocasiones, la dotación y mantenimiento de los servicios mínimos indispensables e incluso el propio mantenimiento de una estructura administrativa. Por ello, cobra especial importancia en esta Comunidad el papel que juegan las administraciones supramunicipales –Diputaciones Provinciales, comarcas o mancomunidades– en la prestación de estos servicios.

Teniendo esto presente, Castilla y León apostó por un nuevo modelo de ordenación y gobierno del territorio mediante la aprobación de la Ley 7/2013, de 27 de septiembre, de Ordenación, Servicios y Gobierno del Territorio –en adelante, LORSEGO⁷². Según señala su propia Exposición de Motivos (III), esta Ley esta inspirada, especialmente, en dos principios rectores que han de orientar las políticas públicas de la Comunidad –art. 16 de su Estatuto de Autonomía–: el de la prestación de unos servicios públicos de calidad –apartado 1– y el de la modernización y el desarrollo integral de las zonas rurales de Castilla y León, dotándolas de infraestructuras y servicios públicos suficientes –apartado 10–.

Para ello, su objeto es: delimitar los espacios funcionales para efectuar la ordenación territorial; planificar y programar en el territorio los servicios prestados por la Administración de la Comunidad y potenciar fórmulas de gobierno y administración local más eficientes, especialmente las de carácter asociativo voluntario, así como fomentar la solidaridad de la comunidad municipal –art. 1–. Entre sus fines –art. 2–, destaca el de impulsar la cercanía a los ciudadanos en la gestión y prestación de los servicios y garantizar el acceso, en condiciones de igualdad de todos los ciudadanos de Castilla y León, a los servicios públicos prestados por la Administración Autonómica, especialmente aquéllos que hacen efectivos sus derechos sociales.

Pues bien, la nueva referencia espacial y funcional, el nuevo parámetro básico para el desarrollo de la ordenación del territorio en Castilla y León son las unidades básicas de ordenación y servicios del territorio; las cuales pueden ser rurales⁷³ o urbanas –art. 3.1 y 3, respectivamente–. Además, la LORSEGO –art. 7– prevé, también, la elaboración de un Mapa de unidades básicas de ordenación y servicios del territorio, que deberá aprobarse mediante una norma con fuerza de Ley, y que requerirá el apoyo de dos tercios de las Cortes de Castilla y León, pero que todavía, actualmente, no se ha aprobado.

Por último, se regulan las Áreas Funcionales⁷⁴ –art. 7–, distinguiendo entre las Estables⁷⁵, dirigidas a impulsar una planificación conjunta de los grandes municipios y su entorno o alfoz –art. 8.1 LORSEGO–, y

⁷¹ Sobre ello, López Ramón, (2005, pp. 213-230).

⁷² BOE, núm. 260, de 30 de octubre de 2013. Dicha Ley se dicta en el ejercicio de las competencias atribuidas a la Comunidad, con carácter exclusivo, recogidas en distintos apartados del art. 70.1 de su Estatuto de Autonomía, aprobado por Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre; específicamente, en las siguientes materias: «Estructura y organización de la Administración de la Comunidad» –apartado 2.º–; «Organización Territorial de la Comunidad. Relaciones entre las instituciones de la Comunidad y los entes locales y regulación de los entes locales creados, en los términos previstos en el presente Estatuto» –apartado 4.º–; y «Ordenación del Territorio, urbanismo y vivienda» –apartado 6.º–. Y en el ejercicio de la competencia de desarrollo normativo y ejecución prevista en el art. 71.1.1.ª en materia de «Régimen Local».

⁷³ La unidad básica de ordenación y servicios del territorio rural –art. 4 LORSEGO– agrupa a agrupa a municipios iguales o menores de 20.000 habitantes de una provincia, con contigüidad espacial y con características similares que cumpla, alternativamente, alguna de las siguientes reglas: a. En función de su tamaño, que la población total de la unidad básica tenga como mínimo 5.000 habitantes y como máximo 30.000.; b. En función de la dispersión, que la unidad básica tenga una densidad menor de 15 habitantes por kilómetro cuadrado, y como mínimo agrupe cinco municipios. Si bien, por diversas razones (singularidad geográfica, históricas, económicas, medioambientales, etc.) se podrá disponer de la configuración de unidades básicas que no cumplan las anteriores reglas.

⁷⁴ En virtud de la Ley 9/2014, de 27 de noviembre, se declaran las áreas funcionales estables de la Comunidad de Castilla y León.

⁷⁵ En el Proyecto de Ley de 29 de junio de 2021, de modificación de la LORSEGO se apostaba, como nuevo espacio de distribución territorial o zonificación de servicios, por las áreas funcionales estables, tanto urbanas como rurales, que deberán plasmarse en el mapa correspondiente –art. 6 modificado LORSEGO–. Estas áreas funcionales estables se establecen como los ámbitos territoriales intermedios necesarios y adecuados para el planeamiento y la gestión supramunicipal. Se constituyen pues estas áreas funcionales como la referencia espacial básica para el desarrollo de la ordenación del territorio y la organización de los servicios públicos autonómicos.

las Estratégicas, con una fuerte vocación de dinamización del medio rural, integradas por una unidad básica de ordenación y servicios del territorio o por varias contiguas, para el impulso de programas de desarrollo en aquellas zonas de menor dinamismo económico y demográfico o afectadas por circunstancias extraordinarias; que se extinguirán una vez alcanzados los objetivos perseguidos o cumplido el plazo previsto en el instrumento de ordenación de ámbito subregional que las creó –art. 9 LORSEGO–.

En lo que respecta a la prestación de los servicios autonómicos en el territorio, señalar que la Administración de la Comunidad de Castilla y León utilizará como base territorial para la planificación y programación de sus servicios urbanos y rurales, cuando el ámbito funcional deba ser inferior al de la provincia, la unidad básica de ordenación y servicios del territorio –art. 10.1–⁷⁶. Así, la prestación de todos los servicios autonómicos zonificados en el ámbito rural deberá atender a las unidades básicas de ordenación y servicios rurales, especialmente para, entre otros, la prestación de los siguientes servicios esenciales –art. 11 LORSEGO–: la asistencia sanitaria –cada zona básica de salud deberá coincidir con una unidad básica de ordenación y servicios–; y los servicios sociales básicos –cada Zona de Acción Social deberá comprender un mínimo de una unidad básica de ordenación y servicios y un máximo de tres–.

En todo caso, la Administración de la Comunidad de Castilla y León atenderá a la realidad territorial, especialmente la rural, en la prestación de sus servicios y en la gestión de sus diferentes políticas públicas, garantizando la igualdad de los ciudadanos castellanos y leoneses en el acceso a la prestación de los servicios. A tal fin, constituirá un principio rector de sus políticas la modernización y el desarrollo integral de las zonas rurales, dotándolas de infraestructuras y servicios públicos suficientes –art. 13 LORSEGO–. Particularmente, en materia de administración electrónica, la Junta de Castilla y León impulsará el acceso de toda la ciudadanía en condiciones de igualdad a las redes de comunicaciones en todas las entidades locales de la Comunidad Autónoma, particularmente en las áreas rurales –art. 24 LORSEGO–.

Por otra parte, como entidades locales de base asociativa y carácter voluntario –arts. 32.2 y 33.3 LORSEGO–, se apuesta por las mancomunidades de interés general, clasificándolas en urbanas y rurales⁷⁷ –art. 32.5 LORSEGO–. Pues bien, con respecto a las mancomunidades de interés general rurales, las Diputaciones Provinciales, sin perjuicio de las competencias y funciones que realicen con respecto a los municipios de menos de 20.000 habitantes⁷⁸, ejercerán las mismas competencias y funciones –art. 46.1 LORSEGO–. Así, las Diputaciones Provinciales ejercerán la competencia de coordinación de los servicios de los municipios de menos de 20.000 habitantes que presten por sí o asociados –art. 47.1 LORSEGO–. Y para garantizar la prestación integral y adecuada de servicios, las Diputaciones Provinciales, en el ámbito de la legislación de bases de régimen local, aprobarán anualmente el plan provincial de obras y servicios y podrán otorgar subvenciones y ayudas con cargo a sus fondos propios, a través de planes especiales –art. 47.2 LORSEGO–. Asimismo, las Diputaciones Provinciales prestarán la asistencia y cooperación jurídica, económica, técnica y material a los municipios, especialmente a los de menor capacidad económica y a las mancomunidades de interés general rurales –art. 47.3 LORSEGO–.

micos –nueva redacción del art. 3.1 LORSEGO–. Interesante es que en el área funcional rural ha de procurarse la prestación de los siguientes servicios generales –art. 4.3, letra c) modificada de la LORSEGO–: atención sanitaria de nivel primario; educación infantil y primaria; prestaciones sociales esenciales; transporte de público de viajeros, sobre todo en relación con los servicios anteriores; y acceso a internet y a redes de telecomunicaciones. Además, el tiempo de acceso desde cualquier núcleo de población del área funcional rural al lugar más próximo de prestación de los servicios generales anteriores, medida en tiempo de desplazamiento por carretera por los medios habituales de locomoción, será de un máximo de 30 minutos –art. 4.3, letra d) modificada de la LORSEGO–. Lamentablemente dicho proyecto de ley ha quedado en el olvido.

⁷⁶ En este sentido, en virtud de la Disposición Adicional 3.ª LORSEGO, los servicios autonómicos prestados en el ámbito rural que tengan una zonificación territorial específica inferior a la provincia, deberán adaptarse de forma progresiva al mapa de unidades básicas de ordenación y servicios del territorio. La adaptación de la zonificación deberá producirse progresivamente en el plazo de los tres años siguientes a la aprobación del mapa de unidades básicas de ordenación y servicios del territorio, ya sea global o parcial, manteniéndose hasta entonces los servicios públicos prestados por la Administración Autonómica en los mismos lugares en los que radiquen en el momento de aprobarse el mapa.

⁷⁷ La mancomunidad de interés general rural surge de la asociación voluntaria entre los municipios con población inferior o igual a 20.000 habitantes, debiendo sus estatutos contener la cartera común y homogénea de materias, competencias y funciones propias de las mismas de entre las materias previstas en la legislación de régimen local –arts. 37 y 41 LORSEGO–. Dichas mancomunidades podrán solicitar su institucionalización como comarcas, en la forma y términos previstos en el art. 34.2 de la Ley de Régimen Local de Castilla y León –art. 37.5 y 6 LORSEGO–.

⁷⁸ Según el art. 46.2 LORSEGO, las Diputaciones Provinciales ejercerán, al menos, las siguientes competencias: coordinación y aseguramiento de servicios de competencia municipal, estableciendo los mecanismos de cooperación para ello; asistencia y cooperación jurídica, económica, técnica y material; prestación de servicios públicos supramunicipales; cooperación en el fomento del desarrollo económico y social; y, cooperación en la planificación en el territorio provincial.

Además, las Diputaciones Provinciales podrán constituir, junto con las mancomunidades de interés general de su respectivo ámbito territorial, consorcios provinciales denominados de servicios generales para la prestación de servicios en el ámbito local, quedando adscritos a las primeras –art. 48 LORSERGO–.

Por último, la Administración de la Comunidad de Castilla y León podrá integrar en su red de centros residenciales de titularidad pública, las residencias de personas mayores y los centros de personas con discapacidad de titularidad de las Diputaciones provinciales, así como las residencias de personas mayores de titularidad de los municipios, en el marco de la planificación regional y de los principios de estabilidad y suficiencia financiera, en los términos y condiciones que se establezcan en los correspondientes acuerdos –Disposición Adicional 7.ª LORSERGO–.

6. CONCLUSIONES: ASPECTOS A MEJORAR TRAS LA PANDEMIA EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La irrupción de la pandemia ha hecho que afloren algunas de las carencias más importantes que afectan a los servicios de salud y a los servicios sociales, y, por ello, a la atención sociosanitaria; carencias que se agudizan en el medio rural.

Así, en lo que respecta a la atención sanitaria en el medio rural, la pandemia ha hecho aflorar algunas de las deficiencias del Sistema Nacional de Salud (SNS), exigiendo que se emprendan las reformas oportunas para garantizarse el acceso a aquélla, en condiciones de calidad, igualdad y equidad, a toda la población. 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. Ya en 2019, el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria –MAPyC– 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 enfermería⁷⁹.

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, también, 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, cuando indica 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. Precisamente, la pandemia ha puesto de relieve las necesidades de fortalecer aquella 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. Por ello, 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. Pues bien, entre los objetivos de este Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023, 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 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. Todo ello, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la AP y Comunitaria y favorecer su recuperación, para que la misma sea accesible, integral, de calidad y orientada a la comunidad. Por otra parte, 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

⁷⁹ También así se ha puesto de manifiesto en las Recomendaciones (Tomo II) realizadas por el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021b, p. 70).

adecuada a toda la población. Por ello, debería organizarse 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 enfermería⁸⁰.

Con respecto a la atención especializada en el medio rural, señalar que esta 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 asumibles⁸¹. 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, debido a que el confinamiento o las limitaciones al movimiento adoptadas se han traducido en serias dificultades de la población que habita en este entorno para acceder a los recursos más elementales⁸² 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 citación. También se impuso la telemedicina; 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.

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 y en el actual Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria, 2022-2023, 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 este sentido, establece como objetivo del eje 8 (sobre bienestar social y economía de los cuidados) mejorar la atención sanitaria y asistencial en condiciones de equidad.

En materia de dependencia, 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 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

⁸⁰ Ver las Recomendaciones (Tomo II) realizadas por el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021b, p. 71).

⁸¹ También así se ha puesto de manifiesto en las Recomendaciones (Tomo II) realizadas por el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021b, p. 72). Sobre la problemática de las listas de espera en los hospitales, me remito a Calvo Vérguez (2020, pp. 100-106).

⁸² Procurador del Común de Castilla y León (2021, p. 279).

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 sociales⁸³.

Por último, 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 tele-asistencia. 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 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 esencial⁸⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Cerredá, M. (2011). Las competencias de los municipios en materia de servicios sociales. En S. Muñoz Machado (dir.), *Tratado de Derecho Municipal* [Tomo III], (3.ª ed., pp. 2701-2734). Iustel.
- Arias Martínez, A. (2014). 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 – RAP*, 194, 373-410. <https://www.cepc.gob.es/publicaciones/revistas/revista-de-administracion-publica/numero-194-mayoagosto-2014/las-competencias-locales-en-materia-de-servicios-sociales-tras-la-aprobacion-de-la-ley-272013-de-27-2>
- Bohigas, L. (2003). La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 316-318. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911103717543>
- Calvo Vérguez, J. (2020). *La sanidad en España. Situación actual y perspectivas de futuro*. Dykinson.
- Consejo de Cuentas de Castilla y León (2022). *Informe Anual sobre las cuentas del sector público local de Castilla y León, ejercicio 2020. Plan Anual de Fiscalizaciones 2021*. <https://www.consejodecuentas.es/es/informes/informes/informe-anual-cuentas-sector-publico-local-castilla-le-ae3d>
- Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021a). *Informe sobre la Situación Económica y Social* [Anexo Tomo I. Población]. <https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-anuales/informe-situacion-economica-social-2020>
- Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021b). *Recomendaciones. Informe sobre la Situación Económica y Social en 2020* [Tomo II]. <https://www.cescyl.es/es/publicaciones/informes-anuales/informe-situacion-economica-social-2020>
- Consejo Económico y Social de España (2018). *Informe 01/2018: El medio rural y su vertebración social y territorial*. Consejo Económico y Social. <https://www.ces.es/documents/10180/5182488/Inf0118.pdf/6d616668-0cb8-f58c-075b-2251f05dad9f>
- Consejo Económico y Social de España (2021). *Informe 02/2021: Un medio rural vivo y sostenible*. Consejo Económico y Social. <https://www.ces.es/documents/10180/5250220/Inf0221.pdf/b3bff689-bd99-6324-5cb2-c2de7b19f154>
- Cruz Roja Española (2020, diciembre). *La vulnerabilidad social en el contexto de la España Despoblada. Boletín sobre vulnerabilidad social*, 21. <https://www2.cruzroja.es/web/cruzroja/-/n-21-la-espana-despoblada>

⁸³ También así, las Recomendaciones que, en el Área de la Economía, se han realizado por el Consejo Económico y Social de Castilla y León (2021b, p. 80).

⁸⁴ Cruz Roja Española (2020, p. 52).

- Díaz Aznarte, M. T. (2021). La estructura de gestión de la asistencia sanitaria en España. Descentralización y papel de las Comunidades Autónomas. En J. L. Monereo Pérez, P. Rivas Vallejo, M. N. Moreno Vida, F. Vila Tierno y J. C. Álvarez Cortés (dirs.) y M. Fernández Ramírez y S. I. Pedrosa Alquézar (coords.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19* [Tomo I], (pp. 429-454). Thomson Reuters Aranzadi.
- Ezquerro Huerva, A. (2020). Epílogo. Algunas reflexiones jurídicas acerca del futuro de los servicios sociales. En M. V. Forns i Fernández (ed.), *La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales. Una perspectiva interdisciplinaria* (pp. 401-443). Atelier.
- Font i Llovet, T. y Galán Galán, A. (2013). La reordenación de las competencias municipales: ¿una mutación constitucional? En T. Font i Llovet y A. Galán Galán (dirs.), *Anuario del Gobierno Local 2013 ¿Un Nuevo Gobierno Local en España? La Reforma de la Administración Local*. Fundación Democracia y Gobierno Local.
- Font i Llovet, T. (2020). Gestión de servicios sociales en el ámbito local. Nuevos planteamientos sobre la ciudad y la contratación pública. En L. Tolívar Alas y M. Cueto Pérez (auts.), *La Prestación de Servicios Socio-Sanitarios. Nuevo Marco de la Contratación Pública* (pp. 21-45). Tirant lo Blanch.
- Gracia Retortillo, R. (2017). La LRSAL ante el Tribunal Constitucional: la afectación a la autonomía local. En T. Font i Llovet y A. Galán Galán (dirs.), *Anuario del Gobierno Local 2015/2016 Nuevas Exigencias Locales: Servicios Públicos, Economía Colaborativa, la Provincia*. Fundación Democracia y Gobierno Local.
- IMSERSO (2011, 15 de diciembre). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/doc_interes/lb_coorsociosanitaria/index.htm
- Junta de Castilla y León (2007). *Guía para la gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria: equipos de coordinación de base*. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-gestion-compartida-casos-coordinacion-sociosanitaria-e>
- López Peláez, A. y Castillo de Mesa, J. (2020). Prólogo. La atención a la persona. Una visión de futuro. En M. V. Forns i Fernández (ed.), *La protección jurídica de la atención a las personas en materia de Servicios Sociales. Una perspectiva interdisciplinaria* (pp. 21-36). Atelier.
- López Ramón, F. (2005). Introducción a los significados de la ordenación del territorio en Europa. *Revista de Administración Pública – RAP*, 166, 213-230. <https://www.cepc.gob.es/publicaciones/revistas/revista-de-administracion-publica/numero-166-eneroabril-2005/introduccion-los-significados-de-la-ordenacion-del-territorio-en-europa-2>
- Medina Alcoz, L. (2017). La distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas a la luz de las sentencias constitucionales sobre la reforma local de 2013. En T. Font i Llovet y A. Galán Galán (dirs.), *Anuario del Gobierno Local 2015/2016 Nuevas Exigencias Locales: Servicios Públicos, Economía Colaborativa, la Provincia*. Fundación Democracia y Gobierno Local.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019, 10 de abril). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Centro de publicaciones. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
- Pemán Gavín, J. M. (2020). El derecho a la protección de la salud entre aspiraciones y realidades. Marco conceptual y perspectiva internacional. En L. Salamero Teixidó (coord.), *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*. Thomson Reuters Aranzadi.
- Procurador del Común de Castilla y León (2021, 20 de abril). *Informe Anual 2020*. Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León. <https://sirdoc.cyl.es/sirdoc/PDF/PUBLOFI/BO/CCL/10L/BOCCL1000231/BOCCL-10-018444.pdf>
- Rodríguez Caldero, C., Melgosa Arcos, A. y Sánchez Hernández, S. (2011). Guía para la gestión de casos sociosanitarios de Castilla y León, una herramienta para la práctica. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, 12(4), 61-74. <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/Guia%20para%20la%20gestion%20de%20casos.pdf>
- Rodríguez Caldero, C., Rodríguez Losada Allende, M., Fernández Alonso, M. C., Sánchez Hernández, S. y Hernando Monge, A. (2011). La coordinación sociosanitaria en Castilla y León. *Comunidad*, 13(1), 83-86. <https://comunidad.semfycc.es/la-coordinacion-sociosanitaria-en-castilla-y-leon/>
- SEFAR (2018). *Pérdida de Servicios en el Medio Rural y Despoblación. El medio Rural y sus oficinas de farmacia*. Sociedad Española de Farmacia Rural – SEFAR. <https://sefar.org.es/project/perdida-de-servicios-en-el-medio-rural-el-medio-rural-y-sus-oficinas-de-farmacia/>
- Servicios Sociales de Castilla y León (2017). *Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Castilla y León 2017-2021*. <https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/Noticia/1284757107242/Comunicacion>
- Tolivar Alas, L. (2009, 17 de junio). *Servicios sociales y competencias locales «impropias»*. El blog de EsPublico. <https://www.administracionpublica.com/servicios-sociales-y-competencias-locales-%E2%80%9Cimpropias%E2%80%9D/>
- Trillo García, A. R. (2021). El impacto del COVID-19 sobre la gestión de sanidad en España. Implicaciones presentes y de futuro y papel de las entidades locales. En J. L. Monereo Pérez, P. Rivas Vallejo, M. N. Moreno Vida, F. Vila Tierno y J. C. Álvarez Cortés (dirs.) y M. Fernández Ramírez y S. I. Pedrosa Alquézar (coords.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia COVID-19* [Tomo I]. Thomson Reuters Aranzadi.