

**LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA
EN LA SANIDAD PÚBLICA
CATALANA: CONCEPTO,
ANÁLISIS Y PROPUESTAS**

Grupo de trabajo formado por

- Josep Artigas i Candela
jartigas@icab.cat
- Luis Edo Martín
luisedo3@gmail.com
- Olga Fernández Quiroga (coordinadora)
oquiroga@copc.es
- Albert Ferris i Pellicer
ferrispardo@mixmail.com
- Roser Pérez Gimenez
roserpg@hotmail.com
- Toni Tuà i Molinos
ttua@conc.es

Barcelona, junio de 2007

ÍNDICE

	PREÁMBULO	3
1	INTRODUCCIÓN	4
	1.1 El concepto de Salud.....	4
	1.2 La participación ciudadana.....	5
	1.2.1 un ejemplo.....	5-6
	1.3 Un posible catálogo de acciones.....	7-8
	1.4 Una posible organización.....	8-9
2	MARCO REGLAMENTARIO ACTUAL	9
	2.1 Normativa de aplicación.....	9-11
	2.2 Concepto de participación reglamentado.....	12
	2.3 Estamentos de participación reglamentados.....	13
	Mapa de participación comunitaria.....	14
	2.4 Resumen de la situación actual.....	15-16
	2.5 Solapamientos de los diferentes órganos de participación según la legislación actual.....	16
3	CRITERIOS DE LA PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO DE PARTICIPACIÓN	16
	3.1 Sujetos de participación.....	16-20
	Esquema I: organigrama sanitario para Cataluña.....	20
	Esquema II: Gestión democrática de la Sanidad.....	21
	Esquema III: esquema funcional de un Consejo Local de Salud.....	22
	Esquema IV: Hospital de proximidad.....	23
	3.2 Esquema de los órganos de participación.....	24
	MUP: Malla de la Red de usuarios/as participativos/as (I).....	25
	MUP: Malla de la Red de usuarios/as participativos/as(II).....	26
	3.3 Definición de los sujetos de participación propuestos en cada nivel.....	27
4	CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	27-30
	BIBLIOGRAFIA	32-33
	ANEXOS	34-36

LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA SANIDAD PÚBLICA CATALANA: CONCEPTO, ANÁLISIS Y PROPUESTAS

PREÁMBULO

Aprovechando la aprobación del Decreto 38/2006 de Guberns Territorials de Salut de la Generalitat de Catalunya y la regulación que se reglamenta respecto a la participación ciudadana, nos proponemos, en este documento, analizar la situación actual y desarrollar propuestas que ayuden a impulsar todos aquellos procesos necesarios para poner en marcha los Consejos de participación Ciudadana.

Para hacerlo, hemos analizado los siguientes aspectos:

- 1.- Marco conceptual desde el que trabajamos
- 2.- Análisis de la reglamentación vigente respecto a la participación ciudadana en el Sistema Sanitario.
- 3.- Señalización de sus disfunciones
- 4.- Propuestas de modificaciones de acuerdo con el apartado anterior.

Tenemos que decir que nuestra idea de Participación Ciudadana implica órganos de decisión i co-responsabilización y la legislación vigente propone principalmente órganos de consulta y asesoramiento.

Muchos de los conceptos y del marco ideológico de este trabajo se inspiran o copian literalmente, con la intención de recuperar y reivindicar propuestas, del libro¹ “Salut , Sanitat i Societat” per una resposta socialista a l’actual situació sanitària, del año 1977 que a pesar del tiempo transcurrido nos ha parecido un compendio de ideas, conceptos y organización totalmente vigente y aplicable.

Ésta es la definición que resume nuestras ideas respecto al Sistema Sanitario.

Un sistema de salud que ofrezca una atención sanitaria pública a toda la población sin ningún tipo de discriminación ni social, ni económica, ni geográfica, ni sexual, con la máxima calidad.

En resumen, una Sanidad COMPLETA (comprendiendo toda la problemática de la Salud y no solo la asistencia médica), UNIFORME (para todo el país y para todas las clases sociales) y UNITARIA (en su gestión, como la mejor forma de llevar a cabo las dos premisas anteriores).

1 INTRODUCCIÓN

1.1 EL CONCEPTO DE SALUD

En lugar de hacer una definición de salud o adherirnos a cualquiera de las que ya están hechas, incluida posiblemente la más extendida, que es la de la OMS (Organización Mundial de la Salud):² "... salud es el estado de bienestar físico, mental y social completos, y no solamente la ausencia de enfermedad y minusvalía,..” (1946), hemos escogido señalar unos cuantos puntos que enmarquen el concepto de salud desde la perspectiva de la participación ciudadana.

- 1.1.1 Salud como un concepto asintótico o sea que hemos de tener en cuenta que se trata de un modelo ideal al que nos podemos acercar sin alcanzarlo nunca del todo.
- 1.1.2 Noción de salud como un asunto interdisciplinario y político, que implica a todos los sujetos de participación ciudadana y profesionales de las ciencias sociales y de la salud. Esta perspectiva de la salud es extensiva al propio sistema sanitario.
- 1.1.3 Salud como información, tanto de todos los recursos del enfermo y de la comunidad, como en mostrar los límites de la ciencia y la tecnología que con su omnipotencia nunca puede sustituir el cuidarse uno mismo ni tampoco eliminar la muerte..
- 1.1.4 Salud como toma de responsabilidad en la parte que le toca a cada cuál: en la curación cuando se está enfermo y en asumir la propia enfermedad cuando es incurable.
- 1.1.5 Salud como colaboración, crítica responsable y control del sistema sanitario por parte de la ciudadanía.
- 1.1.6 Salud en dónde sea la Medicina quién dé prioridad a la enfermedad, pero el sistema sanitario dé prioridad a la persona. No se puede descuidar a la persona para luchar contra la enfermedad.

Pero teniendo en cuenta estos puntos nos resulta muy adecuada la definición de salud que la ponencia coordinada por el Dr. Jordi Gol i Gurina hizo en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado el año 1975 en Perpiñán:

“una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa”.

Cada uno de los adjetivos utilizados está definido y razonado en las actas del Congreso.

1.2 LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La participación ciudadana en el gobierno de los sistemas de salud es un derecho fundamental recogido en nuestra legislación básica. Es también una dimensión esencial en los procesos sociales que tienden a la promoción de la salud, tal y como ha sido reconocido por la OMS, que da voz y voto a la ciudadanía haciéndola co-responsable e incorporándola como parte integrante del proceso, de manera que esté comprometida con la toma de decisiones en las estructuras regulares del sistema, que comprende recursos, organización, gestión y control de resultados. Es un esquema de funcionamiento basado en la cooperación de todas las partes que intervienen en los sistemas de salud.

1.2.1 un ejemplo

Hemos considerado interesante transcribir algunas notas del libro “health systems and public scrutiny”³ (la traducción es nuestra).

“...hoy en día cada vez se siente más la necesidad de participación de los ciudadanos en la decisión y en la gestión de los servicios y más aún en los servicios de salud donde el ciudadano tiene una mayor responsabilidad pues afecta a la salud de una manera muy directa toda la decisión que se tome en su disponibilidad, organización y gestión.

Se habla de la necesidad de participación de los ciudadanos ya que la administración cada vez es más compleja y se aleja de los ciudadanos. Se cree que ya no basta con una participación indirecta y por representantes: se necesita una participación permanente y adaptada a las necesidades nuevas y a la aparición de nuevos servicios, nuevas tecnologías y nuevas formas asistenciales. Los ciudadanos creen que su voz y su opinión tienen que poder manifestarse mediante organismos abiertos y flexibles donde puedan escucharse todas las voces y todas las opiniones.

Hay fenómenos que han contribuido al desarrollo de esta sensación o ideología:

1.- El crecimiento de las Instituciones Sociales que no pueden ya responder a las necesidades humanas básicas o fundamentales. En ausencia de unos criterios estándares y la pérdida de confianza en que los gobiernos tengan en cuenta las necesidades y los deseos de los ciudadanos.

2.- El incremento de los servicios y la penetración social de los Gobiernos y sus actividades. El crecimiento de la tecnología y la población han producido una mayor interdependencia de instituciones dentro de la sociedad. En las zonas muy urbanizadas y densamente pobladas se necesita más organización y administración para la prestación de los servicios a los ciudadanos. El mayor número de funcionarios o burócratas hace que muchas decisiones y aplicaciones se dejen a la discreción de éstos.

El resultado es la demanda de la “voz del consumidor” en la toma de decisiones del Gobierno. Así, el transporte público, la educación pública, el bienestar, el medio ambiente y los servicios de salud son utilizados por todos o la mayor parte de los ciudadanos: la seguridad y la eficacia de estos servicios está regulada por el Gobierno. La participación de los ciudadanos puede ayudar a gestionar la administración de éstos y garantizar que se tienen en cuenta las demandas públicas del momento.

AL objeto de saber cuáles son estas demandas, los grupos de ciudadanos hacen servir mecanismos como los Consejos de Consumidores, Defensores de los ciudadanos y representantes de los pacientes.

3.- La influencia de los medios de comunicación (Mass Media).- Muchos de estos medios se hacen eco muy importante de casos de corrupción o incompetencia de las administraciones. Las desigualdades en los servicios resultan muy evidentes cuando se exponen en las cadenas de TV. En respuesta a estos retos, la participación de los ciudadanos puede ayudar a construir un consenso, ayudar a las agencias administrativas y comenzar la reforma del gobierno.

4.- La justificación en general de la participación pública.- La elección de representantes por un período de tiempo se ha considerado por algunos la única solución. Pero las sociedades actuales son muy heterogéneas, hay muchas desigualdades, hay cambios muy rápidos. Es imposible encontrar unos representantes que lleguen a un acuerdo como si fuese un consenso social. Durante la vida de un parlamento, ningún ciudadano puede ser informado de todos los proyectos del gobierno. Los ciudadanos tienen que poder transmitir la reacción de las decisiones. Resumiendo: podemos decir que la participación es tan esencial como difícil

5.-Definición de la Participación Pública y su objetivo.- Se ha definido la participación como aquellas actividades finalistas en las que el ciudadano interviene en relación al gobierno. Pero más que de ciudadano tendríamos que referirnos a un miembro del público a quién le afectan sus intereses. En todas aquellas decisiones que afectan a los individuos tendrían que tener los derechos siguientes:

- a) Conocer cuándo, dónde y cómo se han de tomar estas decisiones.*
- b) Ser informado de la política y recursos comprometidos al tomar estas decisiones.*
- c) Influir en la dirección de estas decisiones.*

6.-Sistemas sobre participación Pública.- Podemos destacar los puntos siguientes:

- a) La participación es un valor defendido por muchos teóricos de la democracia. Los teóricos de derechas aprueban una participación moderada por un grupo electo de ciudadanos nombrados por el gobierno. Los teóricos de izquierdas se pronuncian en el sentido que el control ciudadano se debe hacer por representantes elegidos.*

- b) *En cualquier sociedad poca gente son participantes activos y no representan a toda la población.*
- c) *La participación pública no constituye necesariamente una fuerza para el cambio sino que puede constituir una movilización de todas las fuerzas.*
- d) *Les agencias administrativas a menudo hacen servir la participación para conseguir sus propios objetivos....”*

1.3 UN POSIBLE CATÁLOGO DE ACCIONES

La participación ciudadana tiene que institucionalizarse y estar presente en todas las acciones de salud pública. Catalogamos las siguientes:

1.3.1 acciones de promoción de la salud

Se trata de fomentar los recursos de los propios ciudadanos para generar procesos protectores de la salud. Las campañas de sensibilización y educación sanitaria sobre problemas que afectan a la población en general y que en su resolución mejoran las condiciones de salud, serían un ejemplo (educación por la salud en las escuelas, campañas en los medios de comunicación, jornadas de sensibilización sobre la dieta mediterránea).

1.3.2 acciones de protección de la salud y prevención de la enfermedad

- vacunaciones, infraestructura sanitaria (alcantarillas, ventilaciones, basuras, hospitales)
- Higiene medioambiental: polución alimentaria, del aire, del agua, ruido, radiaciones iónicas.
- Enfermedades transmisibles
- Nutrición y control de alimentos
- Atención a la familia
- Atención a las mujeres (morbilidad diferencial, embarazos, partos...),
- La sanidad escolar
- La salud de los niños
- La salud de las personas mayores
- La Medicina del trabajo
- La salud Mental
- La salud dental
- Enfermedades crónicas degenerativas...
- Les curas paliativas
- La prevención de accidentes

1.3.3 acciones de restauración de la salud perdida, cura y acompañamiento de la persona enferma

El seguimiento y control por parte de los ciudadanos de la intervención asistencial y el acompañamiento de la persona en el proceso de mejorar su estado de salud, lo que implica la reinserción en todos los ámbitos de la vida cotidiana (laboral, personal, social...) Se trata de la participación a nivel individual en los procesos particulares así como a nivel colectivo en la determinación de los objetivos y los recursos necesarios.

1.3.4 Enseñanza e investigación

La enseñanza y la investigación tienen que considerar sistemáticamente la participación ciudadana, reforzando los conocimientos de los ciudadanos sobre el sistema sanitario y su funcionamiento. Se trata de que la participación tenga un contenido más allá de las necesidades individuales pero a partir de ellas y en el contexto de implementación de los diferentes niveles del sistema sanitario...

Todas estas acciones, aplicadas en tres niveles.

- a) Asistencia primaria
- b) Asistencia hospitalaria y rehabilitación
- c) Asistencia Socio-Sanitaria

1.4 UNA POSIBLE ORGANIZACIÓN

En el plano de la organización territorial de los sistemas de salud, la participación ciudadana tiene que constituirse en todos los niveles, comenzando por el ABS, Región Sanitaria o Gobierno Territorial, hasta el Servicio Catalán de Salud en el propio Consejo de Salud, con facultades para la gestión y la co-responsabilización y no únicamente el asesoramiento y/o consulta.

En este sentido, además de otras colaboraciones propias para el seguimiento funcional del sistema, que detallaremos más adelante, los entes en los que se organice la participación ciudadana a diferentes niveles, tienen que poder intervenir juntamente con las administraciones públicas en aspectos como, por ejemplo los que señalamos a continuación:

- Definición de políticas de salud, el diagnóstico de la comunidad, objetivos y prioridades.
- Aprobación del presupuesto en los niveles o áreas específicas.
- Seguimiento de la ejecución de los presupuestos durante el ejercicio.
- Evaluación y aprobación de la memoria del ejercicio.
- Accesos directos a disponer de información sobre los servicios de prevención sanitaria y salud pública.

El Decreto del Departamento de Salud 38/2006 del 14 de Marzo por el que se regula la creación de los Gobiernos Territoriales de Salud, en el art. 4, c) determina que el Consejo de Salud, como órgano de participación, estará integrado por las organizaciones sindicales, empresariales, vecinales de **personas usuarias**, profesionales y familiares de los enfermos más representativos en el territorio.

Dado que “personas usuarias” del sistema de salud lo somos todas y tal como queda recogido en el Estatut, el derecho fundamental a la participación directa en los asuntos públicos, al margen e independientemente de las otras asociaciones y organizaciones mencionadas como componentes del Consejo de Salud y sin cuestionar su específica representatividad, entendemos que para impulsar la necesaria participación ciudadana, la administración sanitaria tiene que facilitar canales para que este amplio sector no organizado de la ciudadanía pueda insertarse en toda la escala participativa desde el rigor democrático y la eficacia.

Una posible forma de organizar e institucionalizar la participación ciudadana directa en los sistemas de salud, podría partir de la base social de los usuarios que se configura en torno a los centros de Atención Primaria, mayores de edad y titulares de las correspondientes Tarjetas Sanitarias de Identificación, con los que se construiría la Asamblea para la Promoción de la Salud (APS). Estas APSs adecuadamente institucionalizadas y reguladas, se dotarían de unos representantes permanentes escogidos por la base social que forman las personas usuarias de la ABS, en elecciones convocadas periódicamente, por la Administración sanitaria. Estos Delegados formarían el núcleo de gestión permanente de las APSs, de cada ABS y se integrarían en los Consejos de Salud del Primer Nivel Participativo (CSPNP) junto con las otras asociaciones, organizaciones y sectores concernidos.

Entendemos que la participación ciudadana en las otras áreas o niveles de la organización sanitaria se estructuraría de acuerdo con el cuadro de la malla de usuarios participativos (MUP), del apartado 3.2

Teniendo en cuenta esto, se tiene que elaborar un Reglamento que establezca las normas de funcionamiento regulando la gestión y adjudicación de recursos por parte de la Administración pública, reuniones, convocatorias ordinarias y extraordinarias, la publicación de los trabajos, propuestas y debates realizados en los Consejos de Participación...etc.

2 MARCO REGLAMENTARIO ACTUAL

2.1 NORMATIVA DE APLICACIÓN

Actualmente existe la siguiente normativa sobre participación profesional y comunitaria en el conjunto del sistema sanitario catalán:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y Pacto internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 1966

2. Constitución Española de 6 de diciembre de 1978. Art. 9.2: "...facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural, social". Art. 23.1: "Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o mediante representantes, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal. Art. 51.2: "Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán las organizaciones y las escucharán en las cuestiones que los puedan afectar, en los temas que la ley establezca."
3. Ley General para la defensa de los Consumidores y Usuarios (ley 26/1984, de 19 de julio): Art. 2.1 e): "...la participación en el proceso de elaboración de las disposiciones generales que les afecten directamente..."; Art. 20: Derecho de representación, consulta y participación; Art. 22: Audiencia preceptiva.
4. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril): Art. 5; Art. 53; Art. 57
5. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (ley 16/2003, de 28 de mayo). El capítulo IX está dedicado y tiene por título "De la Participación Social" y comprende los artículos 67 y 68. Contempla tres mecanismos de participación: a) Comité Consultivo; b) Forum abierto de salud; c) Forum virtual.
6. Estatuto de autonomía de 2006. Aprobado por ley orgánica 6/2006, de 13 de julio. Contiene entre otras las siguientes disposiciones sobre salud y participación: Art. 23: Derechos en el ámbito de la salud; art. 28: Derechos de los consumidores y usuarios; Art.29: Derecho de participación; Art.43.1: Fomento de la participación; Artículo 49.1: Protección de los Consumidores y usuarios; Artículo 123: Consumo; Artículo 162: Sanidad, salud pública, ordenación farmacéutica y productos sanitarios.
7. Legislación sobre Ordenación sanitaria de Cataluña (Ley 15/1990 de 9 de julio y modificaciones posteriores). La participación se regula en el TITULO 4 en los artículos 12 a 42 donde se define la participación en los diferentes niveles.
8. Gobiernos Territoriales de Salud (Decreto 38/2006, de 14 de marzo). Aquí se regulan por primera vez los Gobiernos Territoriales de Salud al nivel de sector, que hasta ahora no se había puesto en funcionamiento mediante la creación de Consorcios por cada unidad territorial y crea Consejos de Salud del gobierno territorial, donde participan todas las entidades, asociaciones y ciudadanos del territorio.
9. Decreto 128/2006, de 9 de mayo por el cuál se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de la Salud. El capítulo IV de esta ley tiene por título "Órganos de participación comunitaria de la Agencia de protección de la Salud. Se regula todo el detalle de la participación en el artículos

- 14 al 20. Crea un Consejo General de Participación y Consejos regionales de participación.
10. Decreto 202/2005, de 27 de septiembre, por el cuál se crean y se establecen las normas reguladoras de os órganos de participación de los centros hospitalarios gestionados por el Instituto Catalán de la Salud
 11. Ley de Reforma del ICS (proyecto)
 12. Reglamentos Orgánicos Municipales. Estos Reglamentos regulan el desarrollo de la participación ciudadana a nivel de municipio y los hay que definen órganos de participación específicos en temas de salud y de atención sanitaria, con participación de asociaciones de vecinos y de enfermos del propio municipio o de niveles territoriales inferiores como ahora los distritos (en el caso de Barcelona).
 13. Decretos de creación de los Consejos Asesores del Departamento de Salud (Trasplantes, Bioética, Inmigración, Socio sanitario, Salud Mental, de Aseguradoras, de Ética en Investigación Clínica.) Estos Consejos con exclusivamente de asesoramiento técnico al Departamento de Salud, con participación de profesionales y expertos en las materias propias de cada Consejo.
 14. Decreto de creación del Consejo Asesor de la Profesión Médica. Consejo de la Profesión Médica de Cataluña: Se crea por Orden SLT/349/2006, de 6 de julio, adscrito al Departamento de Salud. DOGC nº 4676 de 14.7.2006, pp. 30880. Este es un órgano permanente de consulta y participación del colectivo profesional médico en Cataluña (Art. 1). El Consejo está constituido por 35 miembros presidido por la Consejera de Salud. También se crean dos comisiones de trabajo para la configuración del sistema de formación profesional y a aspectos asociados al ejercicio profesional médico respectivamente.
 15. Decreto de creación del Consejo Asesor de la Profesión Enfermera. Consejo de la Profesión Enfermera de Cataluña. Se crea por Orden SLT/457/2006, de 2 de octubre, adscrito al Departamento de Salud. DOGC nº 4734 de 5.10.2006 pp. 41365. El Consejo queda constituido como órgano permanente de consulta y participación del colectivo enfermero en Cataluña. (Art. 1). El Consejo está constituido por 36 miembros presidido por la Consejera de Salud. También se crean dos comisiones de trabajo para la configuración del sistema de formación profesional y a aspectos asociados al ejercicio profesional de la enfermería respectivamente
 16. Decreto de los Estatutos de la agencia Catalana de Seguridad Alimentaria. Este órgano técnico se ha dotado de un consejo de participación con presencia de la administración de la Generalitat y de los Municipios, Asociaciones de vecinos y ciudadanos. Decreto 162/2003 de 8 de julio i DOGC 3928 de 18/7/2003.

17. Consejo Asesor de l' ICAM (Institut Català d' Avaluacions Mèdiques) Ley 31/2002 de 30 de diciembre de medidas fiscales y administrativas, art. 41 creación ICAM. Órgano de consulta y seguimiento de la actividad del ICAM, en sus funciones de evaluación de las situaciones de incapacidad laboral derivada de enfermedad. Está constituido por la Administración Sanitaria, la Administración de la Seguridad Social, Patronales del Sector i Sindicatos mayoritarios.

2.2 CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN REGLAMENTADO

Los criterios que definen la participación ciudadana en el Sistema Sanitario Público de Cataluña, le dan básicamente, un carácter consultivo i/o asesor sin ninguna participación comunitaria directa en los órganos de dirección y de gestión. Este carácter consultivo es la base conceptual para definir qué modelo de participación está actualmente reglamentado.

Después de de 16 años de promulgada la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 15/1990 de 9 de julio, modificada por la Ley 11/1995 de 29 de septiembre), no se ha hecho el despliegue de los consejos de participación de los Sectores Sanitarios, que son los más próximos a los ciudadanos y han sido sustituidos por consejos de salud de los Gobiernos Territoriales de Salud.

Así pues, la participación está reglamentada en dos niveles cualitativos:

2.2.1 Nivel consultivo

Son aquellos órganos de participación comunitaria o profesional, que no están dotados de poder ejecutivo sobre las decisiones que adoptan, sino que tienen las funciones de consulta, asesoramiento y seguimiento de la actividad de los entes a los que pertenecen.

Estos órganos son:

- Los Consejos de Participación del Departamento de Salud, SCS, ICS, GTS, Hospitales, Municipios.
- Los Consejos Asesores del Departamento de Salud

2.2.2 Nivel ejecutivo

Son los órganos de participación con capacidad ejecutiva sobre los temas que acuerden:

- Consejos de Dirección del SCS y las Regiones Sanitarias
- Consejo de Administración del ICS
- Consejos de Gobierno de los GTS.

2.3 ESTAMENTOS DE PARTICIPACIÓN REGLAMENTADOS

La participación, además de estar estructurada en niveles, también lo está en ámbitos territoriales y sectoriales:

2.3.1 Ámbitos Territoriales

- Consejos del SCS : de Cataluña (1), y de las Regiones Sanitarias (8)
- Consejos del ICS : de Cataluña (1), de los Centros Hospitalarios (8)
- Consejos de los GTS : de cada territorio (Comarcas o Distritos) (37)
- Consejos Municipales : de Ciudad o de Distrito (6 – 8)
- Agencia de Protección de la Salud : de Cataluña (1)

2.3.2 Ámbitos Sectoriales

- Consejos Asesores : Trasplantes, Bioética, Inmigración, etc. (8)
- Consejos Asesores Profesionales: Medicina, Enfermería. (2)

El mapa de participación comunitaria en los ámbitos territoriales del sistema sanitario catalán es que queda reflejado en el cuadro de la página siguiente.

MAPA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Participantes	Generalitat	Ajuntaments y comarcas	Assoc. vecinos	Assoc. enfermos	Assoc. familiares	Assoc. profesionales	Assoc. usuarios	ONG	Sindicatos	Patronales	Personas de prestigio	50% mujeres
Consejos Participación Centros y Servicios ICS	X	x	x			x	x	x	x	x	x	x
Consejos Salud Distrito/Municipio	X	x	x	x	x		x	x	x	x	x	
Consejos Salud GTS	X		x		x	x	x		x	x		
Consejos de Gobierno GTS	X	x							x			
Consejos de Salud Regiones Sanitarias	X	x				x	x		x	x		
Consejos de Dirección Regiones Sanitarias	X	x										
Consejo General de Participación ICS	X	x	x			x	x		x	x		x
Consejo Administración ICS (en proceso)	X								x		x	
Consejo de Salud SCS	X	x				x	x		x	x		
Consejo de Dirección SCS	X	x							x	x		
Consejo Gen. APS	X	x	x			x			x			
Consejos Regiones APSS	X	x	x			x			x			
Consejos Asesores Sectoriales	X					x					x	
Consejos Asesores Profesionales	X					x			x	x		

Como se ve en el cuadro, es evidente la falta de órganos de participación comunitaria de las Áreas Básicas de Salud, que no están contempladas en ninguna Ley, Decreto ni Orden

Hace tiempo se contemplaban como cláusula en los convenios de colaboración entre el SCS y las entidades proveedores de servicios, pero actualmente ya no se contemplan. Lo cierto es que son contadas las ABS que en Cataluña, han constituido un órgano de participación ciudadana en su ámbito.

2.4 RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente están previstas 14 instancias de participación comunitaria en la Administración local y autonómica en la sanidad pública, que representan, efectivamente unos 24 o 25 órganos de participación

Presencia de los diferentes agentes:

- En 14 órganos la Administración de la Generalitat
- En 10 “ la Administración Local
- En 12 “ los Sindicatos
- En 10 “ las Patronales
- En 8 “ las Ass. de Profesionales
- En 7 “ las Ass. de Usuarios
- En 6 “ las Ass. de Vecinos
- En 6 “ personas de Prestigio
- En 4 “ el 50% tienen que ser Mujeres
- En 2 “ las Ass. de Familiares
- En 1 “ las Ass. de Enfermos

Algunas precisiones respecto a los diferentes niveles de participación.

2.4.1 El nivel de participación de los Agentes Sociales tradicionales (herencia de la Seguridad Social)

- Los Sindicatos, que el único sitio dónde no están son los Consejos de Dirección de las Regiones Sanitarias y en los Consejos Asesores Sectoriales.
- Las patronales, que no están en los Consejos de Gobierno Territoriales ni en los Consejos de Dirección de las Regiones Sanitarias, ni en el Consejo de Administración del ICS (Proyecto de Ley)

2.4.2 El nivel de participación de la Administración Local (incorporada a partir de la Ley General de Sanidad y la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña)

- Los Ayuntamientos no están en los Consejos de Salud de los Gobiernos Territoriales de Salud, ni en el Consejo de Administración del ICS. (del proyecto de Ley)

2.4.3 La incorporación formal de nuevos agentes (vecinos, familiares, profesionales, personas de prestigio) se plantea a partir de:

- Consejos de Salud de Municipios y Distritos (en funcionamiento)
- Consejos de Salud de los GTS (por implantar)
- Consejo General del ICS reformado (por implantar)

2.4.4 A destacar la endeble propuesta de participación de Asociaciones de Enfermos y Familiares:

- Ass. de Enfermos únicamente en los Consejos de Salud Municipales (genéricamente como “entidades del ámbito de la salud”)
- Ass. de Familiares en los Consejos de Salud Municipales (“genéricamente como Ass. del ámbito de la Salud”) y específicamente en los Consejos de salud de los GTS.

2.4.5 A diferenciar la participación en dos niveles:

a) Consejos de Dirección: ejecutivos

- Participación en los Consejos ejecutivos: Generalitat, Ayuntamientos, Sindicatos, Patronales, Personas de Prestigio.

b) Consejos de Salud: consultivos

- Participación en los consejos consultivos: además de los anteriores, Ass. de Vecinos, Enfermos y Familiares, Profesionales y Usuarios.

Vemos que profesionales y usuarios, familiares, vecinos y enfermos, en orden decreciente, son los menos representados de forma directa en los órganos de representación del sistema público de salud y ninguno de ellos tiene representación en los órganos de dirección.

2.5 SOLAPAMIENTOS DE LOS DIFERENTES ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE

- ◆ Los Consejos de Salud de las Regiones Sanitarias se solapan con los Consejos de Salud de los GTS (siendo éstos los más próximos a los ciudadanos)
- ◆ Los Consejos Municipales de Salud se solapan con los Consejos de Salud de los GTS, según la extensión territorial de estos Gobiernos Territoriales de Salud (posiblemente en Barcelona ciudad los consejos de distrito correspondan al consejo de Salud territorial: 1.500.000 habitantes). Hay 66 ABS y 10 distritos.
- ◆ Los Consejos de Participación de los Centros y Servicios del ICS (Proyecto de Ley), dependen del desarrollo que se les dé, versus los Consejos de Salud de los GTS.

3 CRITERIOS DE LA PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO DE PARTICIPACIÓN

3.1 SUJETOS DE PARTICIPACION

3.1.1 Preámbulo

El Consejo de salud del primer nivel participativo (CSPNP), comprende la articulación de las interacciones de los usuarios/as, de los trabajadores, las entidades, las autoridades locales sanitarias que utilizan los centros de atención primaria, socio sanitarios y de salud mental, del Servicio Público de Salud existente en Cataluña, que desean conformar una malla de usuarios participantes (MUP)⁴ y que se quieren fundamentar legalmente en el despliegue estatutario de los artículos (23,29,43,44,84,90,92 y 93) del vigente Estatut d' Autonomia de Catalunya 2006 y en los compromisos de "La Nova Governança del Sistema Públic de salut de Catalunya"⁵

Este Consejo Participativo de primer nivel, responde a la convicción que si se escoge desde la base y con criterios de democracia operativa, los ciudadanos y ciudadanas que trabajan en el mundo de la salud, mejorará si se profundiza en su comprensión y en el control y seguimiento de la toma de decisiones que inspirará el correcto funcionamiento de cada centro.

Este capital social generado desde el primer eslabón de accesibilidad de la ciudadanía al sistema sanitario, puede fundamentar más sólidamente la articulación de las instancias de los otros niveles hasta conseguir un encaje que facilitará el adecuado despliegue de las iniciativas de mejora que son necesarias para todos.

3.1.2 objetivos del primer eslabón participativo

A pesar de que en este documento proponemos que la participación tenga un carácter decisorio en todos los niveles, hemos considerado que teniendo en cuenta la legislación actual y sin pretender ser exhaustivos, podemos relacionar algunas de las funciones siguientes a que puede aspirar el:

1. Conocer el estado de salud de la población adscrita al centro según los criterios epidemiológicos en uso
2. Disponer de un perfil de la saturación de las capacidades ofertadas del centro con el aval de los informes de los sindicatos representados.
3. Disminuir los problemas que puedan surgir en la práctica de sus servicios y entre el resto de dispositivos sanitarios que afecten a la población cubierta.
4. Dar soporte y colaboración a las campañas de prevención y sensibilización de las autoridades sanitarias orientadas a la mejora de la Calidad de vida.
5. Recibir la información presupuestaria de la memoria de actividades sanitarias del centro, explicada pedagógicamente
6. Pedir la información que se crea necesaria a la administración autonómica para fundamentar iniciativas de mejora
7. Emitir informes y propuestas para elevarlos a los órganos que correspondan.

8. Impulsar y estimular la colaboración de las diversas asociaciones y entidades que tengan impacto sobre la salud.
9. Fomentar la participación democrática de la ciudadanía adscrita al centro tanto para legitimar sus representantes como usuarios/as, como para conseguir una rendición de cuentas de lo que se haya acordado en el seno del CSPNP

3.1.3 composición del CSPNP

Hacemos esta propuesta únicamente para señalar un posible ejemplo de equilibrio y proporcionalidad

- Tal y como habíamos dicho cuando poníamos en marcha el presente proceso, se trataba de conseguir que la comunidad sanitaria tenga el mismo estatus participativo que la comunidad educativa en dónde encontramos muy normal que en el Consejo escolar tenga presencia la dirección, la secretaria, los representantes del claustro de profesores, el personal no docente, el alumnado y los representantes de las AMPA.
- El Consejo sanitario propuesto queremos que responda al mismo esquema y que recoja la filosofía de los GTS en dónde la representación de la administración y las Entidades se complementa con usuarios individuales electos y escogidos por sorteo (si no se cubren los puestos de elección) tal y como se describe en el anteriormente citado documento sobre “Bona Governança”.
- Aquí propondríamos un/a representante que de entrada podría ser el/la gerente del Centro, pero que posteriormente se escogería entre los 20 componentes del Consejo, que su voto tenga poder dirimente.
- Imprescindible una secretaria determinada por el municipio, entre los profesionales de la de salud pública.
- 8 vocales que representarían con criterios de igualdad de género a médicos/as, enfermería, técnicos y personal no sanitario (2 por ámbito). Estas 10 personas “de la casa” se equilibrarían con 10 vocales que podrían representar al:
 - Mundo asociativo. AAVV (1), escuelas (1), ONG (1) Familiares de enfermos (1). Total 4 (2 mujeres + 2 hombres)
 - Usuarios/Ciudadanos/as: Pacientes habituales con ganas de participar (con varias líneas de asistencia: pediatría, crónicos, rehabilitación...).

Si la elección mediante votación de una asamblea convocando a todos los usuarios no cubriese estas proporciones, se puede hacer un sorteo y como “Última ratio” ofrecerlo a miembros de las CUS, Plataformas en Defensa de la Salud Pública o estudiantes de medicina, pacientes del Centro.

La composición mencionada es indicativa y la idea madre es la proporción 50-50 (administración-usuarios y hombres-mujeres) y que la presidencia, después de un rodaje salga de la reunión del CSPNP y que el secretario/a sea el representante territorial de la agencia de Salud Pública del distrito/ciudad en donde radique el ambulatorio o persona en quién delegue.

En cuanto a los aspectos más concretos de la organización del Reglamento, que puede variar según la decisión de cada órgano de participación, damos un posible ejemplo al final del documento.⁶

3.1.4 publicación de resultados

Como en todo rodaje, ir puliendo los defectos de la propuesta es fundamental para acabar consiguiendo lo que habíamos expresado como objetivo de primer eslabón (punto 3.1.2)

De entrada nos conformaríamos con llenar el primer año el 80% de los ítems señalados con datos objetivables.

El output/informe de este primer año de cada centro de primaria, enriquecería la información inicial del Consejo Municipal correspondiente así como la de los consejos de los hospitales del territorio.

3.1.5 apuntes sobre la continuidad de los siguientes eslabones

A pesar de que aquí únicamente nos centraríamos en los Consejos participativos y que los consejos rectores o de Gobierno también tendrán que contrastar las propuestas de las comisiones coordinadoras de las entidades proveedoras, no podemos dejar de señalar la inconveniencia que vemos en que “el que gobierna controle a los que asesoran”. Es una buena manera de esterilizar la participación desacomplejada; así como dejar el verdadero poder de conducción del proceso en manos de las “permanentes” que con su profesionalización acaban barriendo excesivamente a favor de las inercias seculares.

El segundo nivel de participación, el municipal, hemos pensado que estaría bien que se alimentase de las aportaciones de la “publicación de resultados” del punto anterior

Sería necesario añadir a las aportaciones de los centros de primaria, socio sanitaria y salud mental, los “resultados de los centros hospitalarios “de la localidad, a lo que se tendría que someter al esquema de nuestros objetivos del punto 1 a fin y efecto que los ampliasen y modificasen en función de sus peculiaridades.

Las oficinas de atención al usuario de este eslabón, pensamos que estaría bien que alimentase a la vez sus estructuras funcionales habituales el departamento del Síndic de Greuges del ámbito sanitario.

El sorteo de sus usuarios lo dejamos a su arbitrio y solamente nos atrevemos a sugerir la conveniencia de disponer de los conocimientos de los eméritos y antiguos trabajadores de la estructura sanitaria (acostumbran a saber de qué va el asunto y no están tan condicionados como los trabajadores de plantilla).El informe de resultados de ese nivel podría también alimentar al “Consejo general de participación ICS+XHUP” del mapa de niveles de esquema 1

De la agregación de municipios/distritos metropolitanos pueden salir pautas de prioridades para los gobiernos territoriales de salud y una vez analizado su decreto y la parafernalia mística que lo envuelve⁷, o sea sin dotación presupuestaria, sería necesario profundizar en sus vulnerabilidades y aberturas ya que creemos que permite un grado de

participación más efectiva que el actual. Este tercer nivel nos puede ayudar a dotar de contenido el primer nivel.

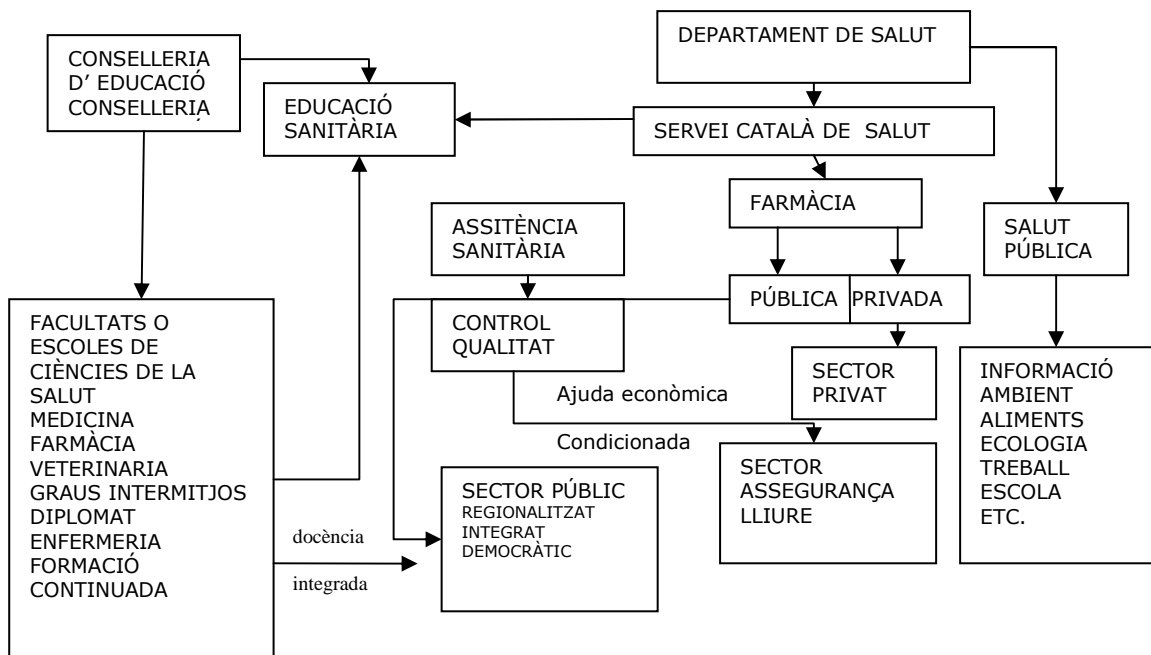
3.1.6 Otras consideraciones

A la presente propuesta le faltan muchas aportaciones. Principalmente los resultados de las tablas anunciadas por la Consejera de Salud el 2 de mayo de 2006 a “El Periódico” (las 10 tablas de debate). Nos complacería conocer los resultados de las tablas que estarán trabajando sobre “El modelo y los valores” sobre “el financiamiento y el grado de consenso alcanzado entre los políticos. Sobre “los profesionales y la calidad”; sobre los “Agentes sociales, empresariales y sindicales” y sobre todo del pacto entre “los ciudadanos y la ordenación de la demanda”, donde esta aportación queremos que sea tratada y discutida.

A continuación nos ha parecido interesante insertar algunos de los esquemas del libro “Salud, sanidad y sociedad...”, en concreto el trabajo desarrollado por Jacint Raventós y Josep Artigas, que ya en el año 1975 presentaban los organigramas que hoy recuperamos

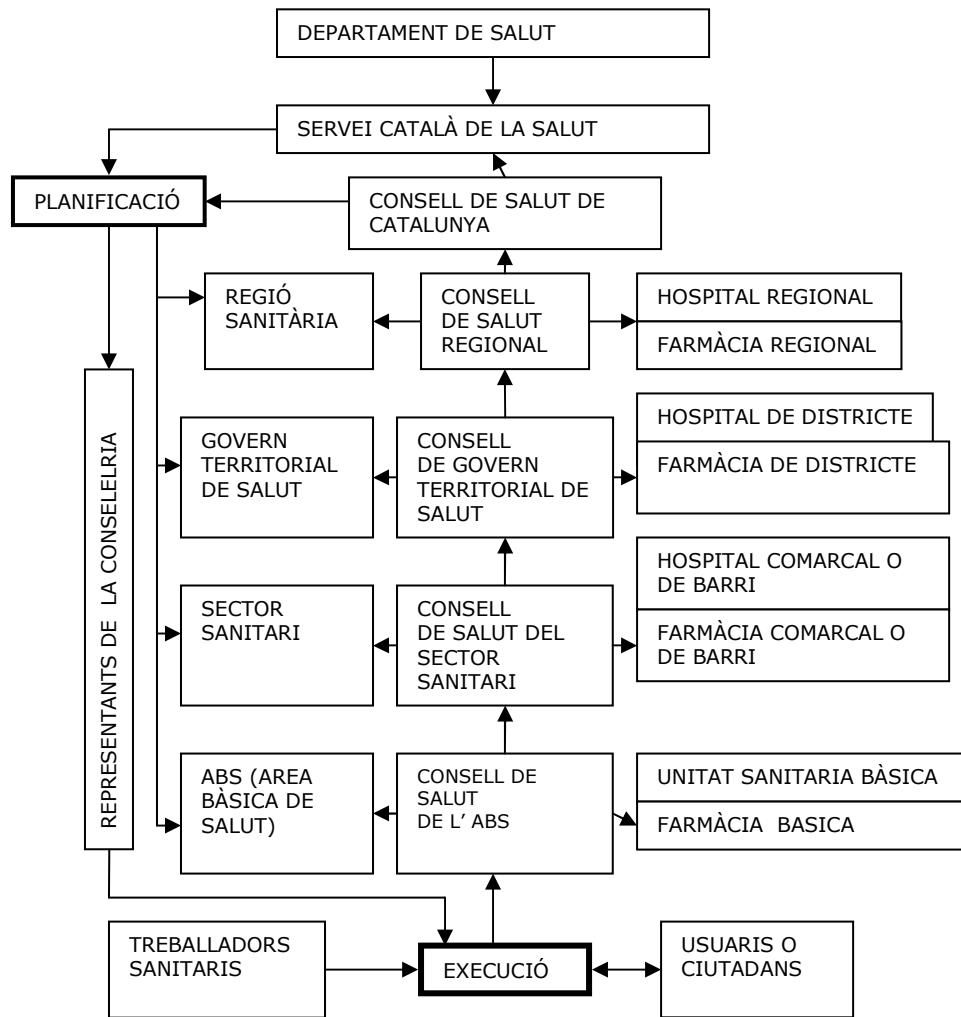
Los esquemas son los originales, válidos actualmente y únicamente hemos adaptado la terminología que utilizamos en este momento. Asimismo, mantenemos la lengua original, el catalán, dado que los términos usados, son fácilmente comprensibles en castellano.

ESQUEMA 1 ORGANIGRAMA SANITARIO PARA CATALUNYA



ESQUEMA 2

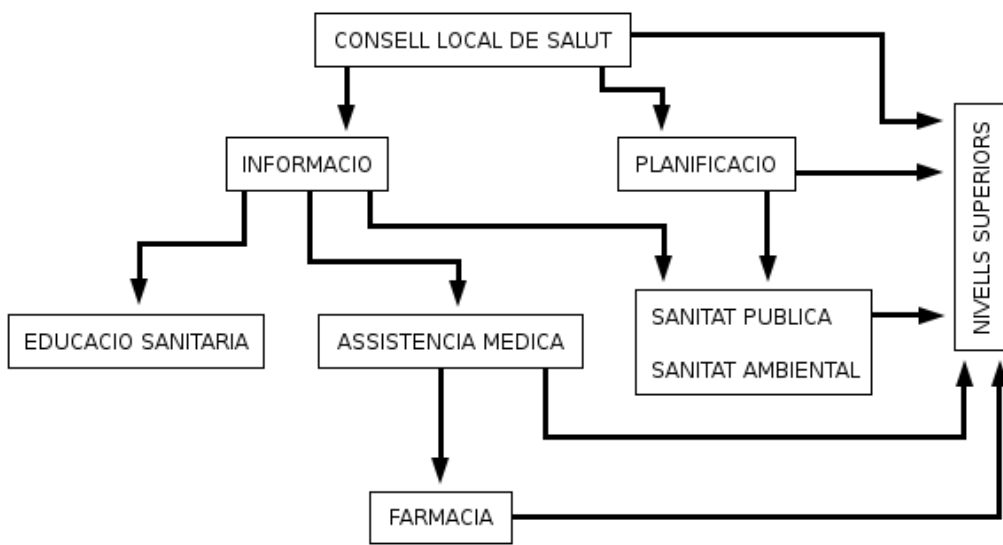
GESTIÓ DEMOCRÀTICA DE LA SANIDAD



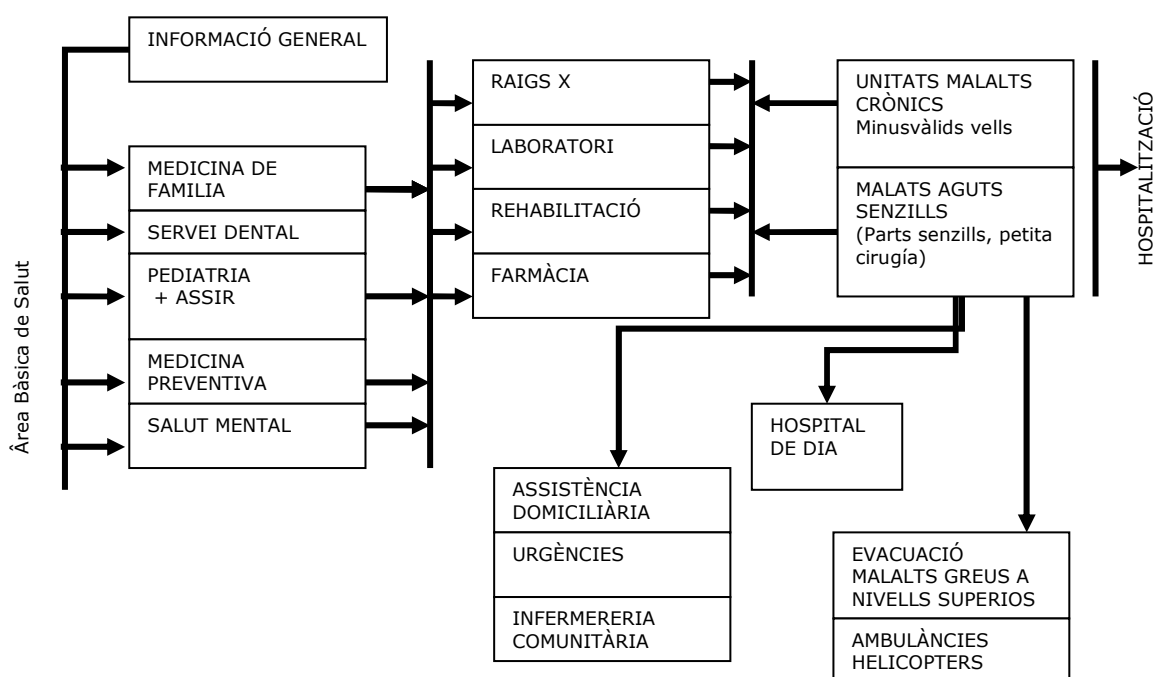
La doble línia que sale de "planificació", quiere decir que obiamente en cada nivel se tendría que adaptar a los diagnósticos de salud de la población atendida.

ESQUEMA 3

ESQUEMA FUNCIONAL D'UN CONSELL LOCAL DE SALUT



ESQUEMA 4: HOSPITAL DE PROXIMIDAD: Con hospitalización de pocas camas para 80.000-120.000 habitantes. La hospitalización únicamente se recomienda en municipios rurales (o la agrupación de éstos), en los medios urbanos o semiurbanos podría efectuarse en los hospitales comarcales o de barrio.



3.2 ESQUEMA DE LOS ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

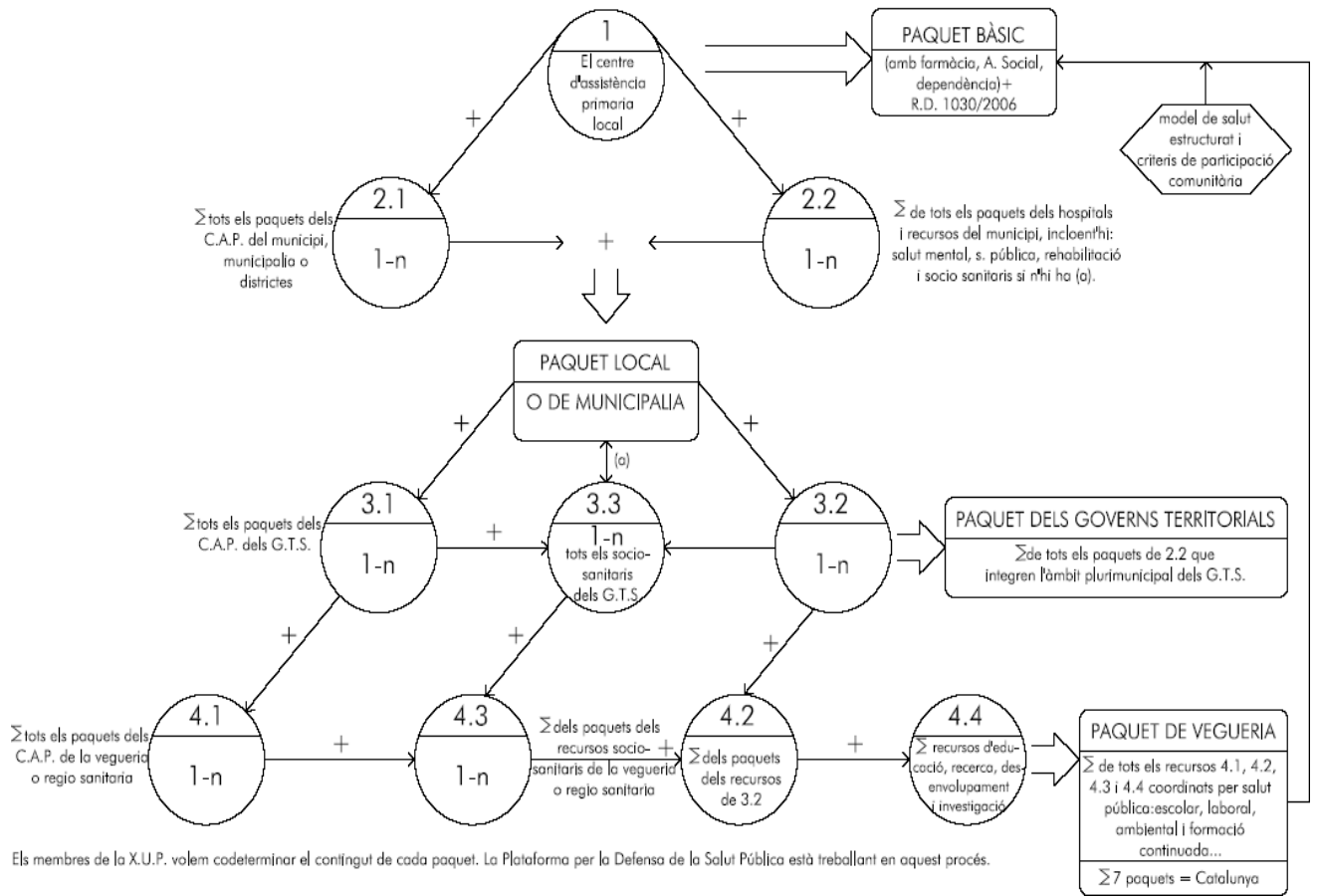
Los niveles inspirados en las notas del “Código Artigas/Raventós” (esquema 2) y modulados por los comentarios de punto 2.3 nos recomiendan que sean los siguientes:

1. Consejo de Salud de Primer Nivel de Centros y Servicios de Atención Primaria CSPNP ,que velará por el cumplimiento del “Paquete Básico” (MUP)
2. Consejo de salud de distritos/municipio , el segundo nivel (Área metropolitana o no), que garantice la adecuación del “paquete local” o municipalia (MUP)
3. Consejo de Salud de los Gobiernos territoriales de salud. (CSTNP. Consejos de Salud de Tercer Nivel o Gobiernos Territoriales (MUP)
4. Consejos de Salud de Región sanitaria/Veguería. (CSQNP. Consejos de Salud de Cuarto Nivel Participativo, que garantiza la adecuación del “paquete de veguería”.
5. Consejos Generales de Participación ICS+XHUP (Hospitales y primaria)
6. Consejo de la administración ICS
7. Consejo de Salud del Servei Català de la Salut (SCS)
8. Consejo de Dirección del Servei Català de la Salut (SCS).

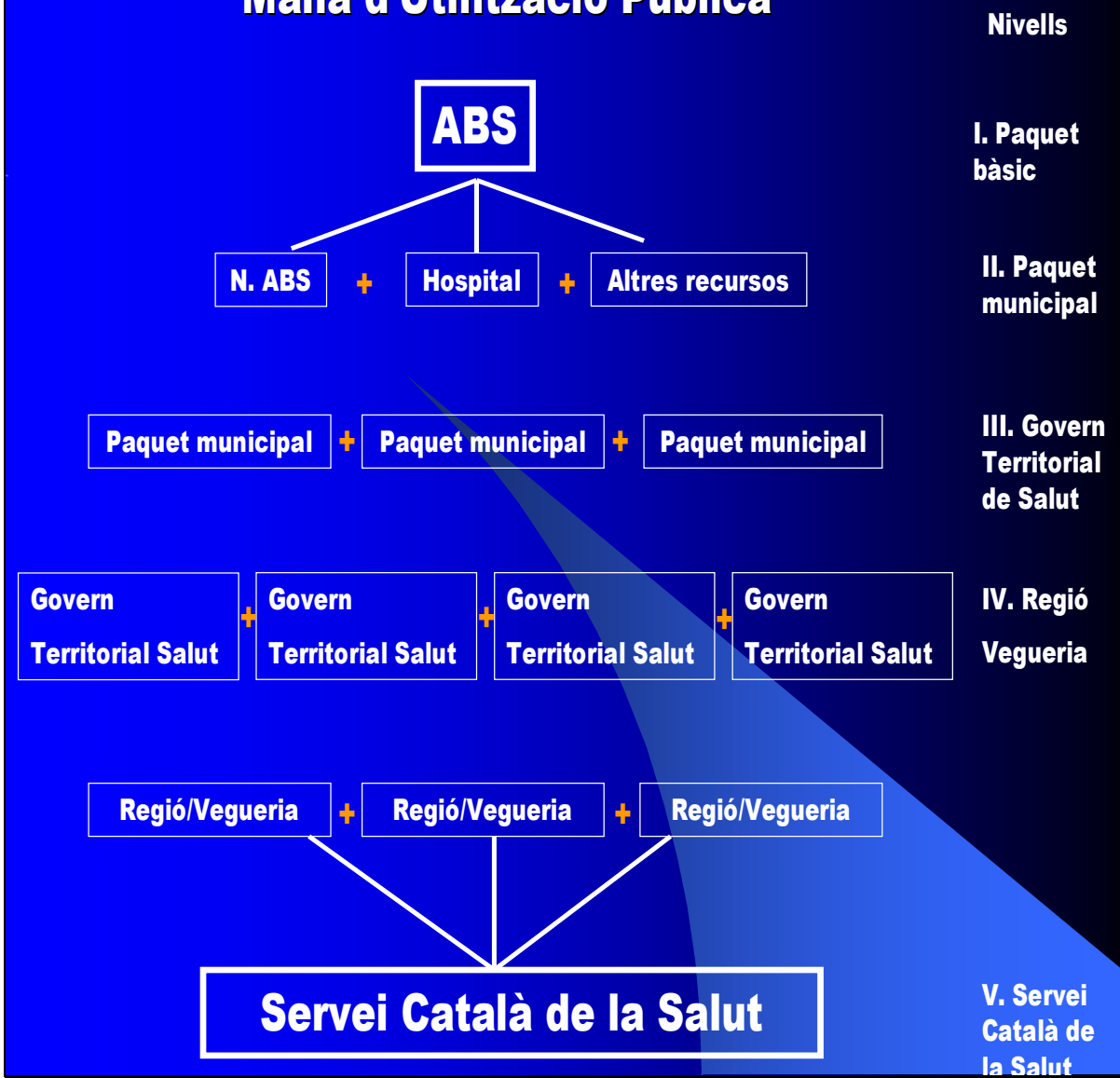
En función de esto, proponemos este esquema que denominados MUP (Malla de usuarios participativos). Hacemos dos formatos de presentación. El primero, implica una arquitectura conceptual en la que hemos definido tanto el texto como los conectores (punto, línea, espacio, volumen) y el segundo es la presentación simple atendiendo únicamente a los elementos organizativos.

LA MALLA DE LA XARXA D'USUARIS/ES PARTICIPATIUS/YES

(LA M.U.P.)



Malla d'Utilització Pública



3.3 DEFINICIÓN DE LOS SUJETOS DE PARTICIPACION PROPUESTOS EN CADA NIVEL

- ◆ Red de personas usuarias participativa (formada por representantes d'AAVV As. de enfermos, As. de familiares, d'ongs sanitarias. y personas a título individual escogidas)....
- ◆ Proveedores internos (Trabajadores/es, sindicatos y asociaciones y colegios profesionales).
- ◆ La patronal (Gestores públicos y privados)
- ◆ Responsables institucionales (Generalitat, Ayuntamientos, Mundo local...)
- ◆ Proveedores externos (Lobbys públicos y privados de los productos y servicios sanitarios)
- ◆ Expertos/es (personas, grupo y fundaciones de alcance más o menos independiente)

4 CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

En función de lo que hemos ido desarrollando en los diferentes apartados, queremos finalizar con algunas conclusiones. Nos ha parecido una derivación lógica del trabajo realizado.

Añadimos las correspondientes propuestas para mejorar, adecuar o establecer. Según corresponda.

En todos los casos son propuestas razonadas y argumentadas, ya sea en diversos apartados del texto, ya en este mismo apartado.

4.1.1 Conclusión: escasa aplicación de la normativa reguladora existente.

Propuesta: calendario de implementación y evaluación.

4.1.2 Conclusión: concepto de participación consultivo y/o de asesoramiento

Propuesta: concepto de participación de co - responsabilidad en la elaboración y gestión de la política sanitaria.

4.1.3 Conclusión: falta de recursos materiales y humanos

Propuesta: organización institucional de los recursos materiales y humanos adecuados para un funcionamiento óptimo de los órganos de participación

4.1.4 Conclusión: elección indirecta de los sujetos de participación

Propuesta: elección directa de los sujetos de participación en el primer nivel (ABS).

El adjetivo “participativa” que añadimos al nombre democracia, nos remite al otro adjetivo “representativa” alusivo a la modalidad en que la ciudadanía escoge a sus representantes mediante una lista de partidos. Estos, deciden cada vez sobre cuestiones que nos afectan en la vida diaria y sobre los que posiblemente la única manera de incidir sea mediante asociaciones. Nos parecería uno de los posibles caminos si estas asociaciones fuesen garantía de democracia y dinamismo en lugar de burocratización y formalismo. Las hay que presentan la misma garantía que cualquier partido político, pero también muchas que simplemente reflejan unos determinados intereses corporativos y nunca tienen como objetivo el “bien común”. Ni tan solo el “bien general”. Tendríamos que diferenciar claramente parlamentarismo y democracia, y por eso insistimos en conceptualizar la democracia como una manera de hacer que se ha de ejercer en cada momento.

4.1.5 Conclusión: inicio del primer nivel de participación con el distrito/ Gobierno Territorial

Propuesta: iniciar el primer nivel de participación en los ABS

4.1.6 Conclusión: falta de formación en participación ciudadana

Propuesta: dotación de recursos para formar a la ciudadanía que quiera participar.

Los recursos, que habitualmente traducimos por dinero y costos no deben contabilizarse exclusivamente desde esta perspectiva economicista. Es una manera de hacer (no de tener) democracia, que invierte en que la gente se conozca en su ámbito físico del barrio, que haya una continuidad cultural e histórica que hoy en día desaparece poco a poco no solo las ciudades sino también los pueblos

Estos recursos vía un tema tan vital como la salud, intenta que los vecinos no se miren como extraños, que la eliminación de las distancias físicas no se convierta en un alargamiento de las distancias sociales y emocionales. Estamos actuando no solo en el ámbito de la competencia social, sino, dado que incidimos en el tema de la salud, también en el de la competencia subjetiva.

4.1.7 Conclusión: falta de análisis de los resultados.

Propuesta: mecanismos de análisis que permitan evaluar la aplicación, el funcionamiento y la efectividad de las medidas.

Si nos implicamos y trabajamos en un determinado tema, es preciso saber que lo hemos conseguido y que de

verdad es una mejora. Eso anima a continuar y a ver que el trabajo no es meramente formal.

En si mismo podría es suficiente, pero para nosotros no supone necesariamente el único ni el más importante objetivo en el marco de la participación.

Resulta mucho más interesante y saludable el proceso que se ha dado y mediante el cuál hemos podido hablar, dialogar con otros y hemos adquirido una competencia cívica, una ética democrática, que convierte la palabra democracia en una palabra llena, en un camino para caminar, en un hacer, sacándola de ese lugar puramente formal, de palabra vacía, que diría el psicoanalista Jacques Lacan y por tanto , siguiendo con el psicoanálisis, la cura (los resultados), “se dan por añadidura”.

4.1.8 Conclusión: falta de capacidad didáctica y pedagógica en la transmisión de la información

Propuesta: transmisión de la información, en todo el ámbito de manera comprensible, accesible para todos los que no utilicen un determinado lenguaje técnico o metalenguaje. Un diálogo no puede existir sin que las dos partes, emisora i receptora quieran comunicarse, hablar, escuchar y aprender mutuamente. Si no es así, hablamos de relaciones de poder, sea mediante el saber, el estatus social, la profesionalización o cualquier asimetría que se quiera utilizar. No es diálogo. Por eso ,sería fundamental asegurar que los Consejos de Salud se conviertan en espacios de interacción, de discusión, de esfuerzo para transmitir y entender y sus integrantes tendrían que tener muy en cuenta rectificar cualquier discurso que no se enmarque en este encuadre y si por cualquier razón se enfrentan a una situación así, se puedan tomar medidas inmediatas tanto si es por parte del que no tiene metodología para transmitir información como si lo es por parte del que, a pesar de todo., no lo puede entender.

4.1.9 Conclusión: las reclamaciones se resuelven por los mismos gestores

Propuesta: derivar las reclamaciones hacía una institución independiente, como puede ser el Síndic de Greuges.

El resumen, en este cuadro

CONCLUSIONES	PROPUESTAS
Escasa aplicación de la normativa reguladora existente	Calendario de implementación y evaluación
Concepto de participación consultivo i/o de asesoramiento	Concepto de participación de co-responsabilización en la elaboración y gestión de la política sanitaria
Falta de recursos materiales y humanos	Organización institucional de los recursos materiales y humanos necesarios para un funcionamiento óptimo de los órganos de participación.
Elección indirecta de los sujetos de participación	Elección directa de los sujetos de participación en el primer nivel (ABS).
Comienzo del primer nivel de participación en el distrito	Empezar el primer nivel de participación en las ABS
Falta de formación en participación ciudadana	Dotación de recursos para formar a la ciudadanía que quiera participar.
Falta de análisis de los resultados	Mecanismos de análisis que permitan evaluar la aplicación, el funcionamiento y la efectividad de las medidas. Modificación y/o adecuación si fuera necesario.
Falta de capacidad didáctica y pedagógica en la transmisión de la información.	Transmisión de la información, en todos los ámbitos, de manera comprensible y accesible para todos los que no utilizan un determinado lenguaje técnico o metalenguaje.
Las reclamaciones se resuelven por los mismos gestores.	Derivar las reclamaciones hacia una institución independiente, como puede ser el Síndic de Greuges.

¹ *Salut , Sanitat i Societat ” per una resposta socialista a l’actual situació sanitària”,* colección Alternativa. (1977). Barcelona. 7 x 7 ediciones

² Lista de acrónimos utilizados en el texto:

ABS	Área Básica de salud
APS	Asamblea para la promoción de la salud
AA.VV.	Asociaciones de Vecinos
CSPNP	Consejos de Salud de Primer Nivel Participativo
CUS	Comités de usuarios de la salud
GTS	Gobiernos Territoriales de Salud
ICAM	Instituto Catalán de Evaluaciones Médicas
ICS	Instituto Catalán de la Salud
MUP	Malla de usuarios Participativos
OMS	Organización Mundial de la Salud
SCS	Servicio Catalán de la Salud
XHUP	Red (Xarxa) Hospitalaria de Utilización Pública

³ Bates, Erica. (1983). *Health. systems and public scrutiny.* London/ Canberra. Croom Helm, 214 pag.

⁴ Esta Malla, inexistente hoy, es como “la mano que dibuja la mano” y que se auto constituye agrupándose e interactuando en el esquema 2.3 , más o menos corregido según la siguiente propuesta, derivada del apartado “El fallo del modelo generalista público- privado de “A la búsqueda de los sujetos transformadores” donde los “factores de conflicto” configuran un perfil participativo que justamente ahora iniciamos

La matriz con sus interacciones será el resultado de un proceso que la MUP quiere coprotagonizar y que en “ Como iniciar un proceso participativo comunitario desde el centro de salud (<http://pacap.semfiyc.es/>) tiene uno de los referentes operativos más claros y más sencillos de desarrollar,

⁵ Nova Governança (Junio 2006) “Ciudadanos y entidades asociativos pág. 17 y que dice: “Los GTS incrementan las capacidades de los ciudadanos para incorporar sus demandas a las políticas públicas de salud. Por una parte, mejora la representación ciudadana gracias a la colaboración más estrecha entre sus representantes. Esto implica que el ciudadano puede ejercer una mayor función de control e incrementar la responsabilidad de sus representantes. De otra parte los GTS también mejoran la participación ciudadana directa en temas de salud. El Consejo de Salud es un modelo mixto de participación con representantes de entidades y ciudadanos a nivel individual en un intento de reconocer el liderazgo que tienen las asociaciones en la vida política local y también de favorecer la diversidad...

⁶ Establecer una frecuencia de las reuniones como deseable una vez cada trimestre o cuando un 25% de los miembros del CSPNP lo proponga de manera extraordinaria

Esta pequeña red capilar tomaría sus acuerdos por mayoría simple de los asistentes regularmente convocados con 15 días de anticipación, de una sesión debidamente publicitada en los tabloneros de anuncios del ambulatorio y comunicada por correo o teléfono.

La asistencia a las reuniones sería abierta y al final se abriría un espacio de ruegos y preguntas que el secretario/a haría llegar a quién correspondiese. No es el objeto de estas reuniones responder a nada sobrevenido del orden del día.

Para fundamentar la correcta alimentación del bagaje informativo del “n” componentes de la red, será preciso recibir también la información sobre las reclamaciones e iniciativas expresadas por escrito en el “buzón abierto” de la participación y que recogería las aportaciones expresadas por la ciudadanía, trabajadores, sindicatos y asociaciones que reclaman actuaciones, orientadas a ayudar a resolver problemas de calidad de vida de los usuarios del centro.

⁷ Decreto 38/2006 del 14 de marzo Art., 4.5 “En cualquier caso los gobiernos territoriales de salud no dispondrán de medios económicos ni de presupuestos propios.”

BIBLIOGRAFIA

(esta bibliografía,, no exhaustiva, está formada por material utilizado por todos, varios o un solo componente del grupo)

Acarín, N., Espasa, R., Verges, J., Campo, M. (1976). *La salud, exigencia popular*. Barcelona: Ed. Laia.

Acarín, N., Espasa, R., Verges, J., Sans, C. (1977). *El Servei Nacional de Salut. Una alternativa democràtica a la sanitat*. Barcelona: Ed. Laia

Acarín N., Artigas, J., i altres (1984). *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Escola Superior d' Asistents Socials

Brearley, P., Gibbons, J., Miles, A. (1978). *The social context of health care*. Oxford : Ed. Basil Blackwell

Clark, E.,Forjes, J.A. (1979). *Evaluating primary care*. London: Ed. Croom Helm.

Congrés de Cultura Catalana. (1978) *Àmbit d'Estructura Sanitària* (president de l'Àmbit: R. Espasa, Secretari de l'Àmbit: J. Martí Valls). Publicación editada conjuntamente per 12 editoriales catalanas. Barcelona

Xe Congrés de Metges i Biòlegs de llengua Catalana celebrat a Perpinyà (1976) *IIª Ponencia: Funció social de la medicina*. Actes a l' Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears i al Col.legi Oficial de Biòlegs de Catalunya. Barcelona

Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Generalitat de Catalunya. (Març 2006). *Estudi de les visions de ciutadans, professionals i gestors sobre l'atenció Sanitària a Catalunya*.

Fundación Salud, Innovación y Sociedad *Implicación y coparticipación del ciudadano en las decisiones de políticas sectoriales: el caso de la salud y los servicios sanitarios*. Informe de: Astrid Lindström Karlson. 2007
Colección Papeles de trabajo nº 31.

Gol, J., de Miguel, M., Reventos, J., Segura, A ., Soler Sabaris F., (com a comissió de documentació de l'Àmbit d'Estructura Sanitària del Congrés de Cultura Catalana). (1978. *La sanitat als països catalans*. Barcelona: Ed. 62

Gol, J., .Artigas, J., .Jubert,J., Bohigas,LL., Raventos,J., i cols. (1977). *Salut, Sanitat i Societat. Per una proposta socialista a l'actual situació sanitària*. Barcelona :Editorial 7x7. col. Alternativa.

Lenita P Wendhausen, A. *Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en brasil: estudio de un caso*” Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 697-704”

Martín-Gracia, M., Ponte-Mittelbrun C., Sánchez-Bayle, M., Participación social y orientación comunitaria en los Servicios de Salud (2006) Gaceta Sanitaria 2006; 20 (sup 1) 192-202

Ramírez González, J.L. (1992) La participación ciudadana en los países nórdicos. Experiencias de Suecia. Análisis y conclusiones con miras al futuro. Conferencia Europea sobre Participación Ciudadana en los Municipios, Córdoba 4-7 de noviembre . Madrid: Comunidad de Madrid

Reventós, J., Bravo, F., i altres. (1976). *Sociología de los ambulatorios*. Barcelona: Editorial Ariel. Colección Demos.

ANEXOS: artículos del Nuevo Estatuto de Catalunya

Título I. Derechos, deberes y principios rectores

Capítulo I. Derechos y deberes del ámbito civil y social

ARTICULO 23. DERECHOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1. Todas las personas tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios sanitarios de responsabilidad pública, en los términos que se establecen por ley.
2. Los usuarios de la sanidad pública tienen derecho al respeto de sus preferencias en lo que concierne a la elección de médico o médica y de centro sanitario, en los términos y las condiciones que establecen las leyes.
3. Todas las personas, con relación a los servicios sanitarios públicos y privados, tienen derecho a ser informadas sobre los servicios a que pueden acceder y los requisitos necesarios para su uso; sobre los tratamientos médicos y sus riesgos, antes de que les sean aplicados; a dar el consentimiento para cualquier intervención; a acceder a la historia clínica propia, y a la confidencialidad de los datos relativos a la salud propia, en los términos que se establecen por ley.

Capítulo II. De los derechos en el ámbito político y de la Administración

ARTICULO 29. DERECHO DE PARTICIPACIÓN

1. Los ciudadanos de Cataluña tienen derecho a participar en condiciones de igualdad en los asuntos públicos de Cataluña, de forma directa o bien a través de representantes, en los supuestos y en los términos que establecen el presente Estatuto y las leyes.
2. Los ciudadanos de Cataluña tienen derecho a elegir a sus representantes en los órganos políticos representativos y a presentarse como candidatos, de acuerdo con las condiciones y los requisitos que establecen las leyes.
3. Los ciudadanos de Cataluña tienen derecho a promover y presentar iniciativas legislativas al Parlamento, en los términos que establecen el presente Estatuto y las leyes.
4. Los ciudadanos de Cataluña tienen derecho a participar, directamente o a través de entidades asociativas, en el proceso de elaboración de las leyes del Parlamento, mediante los procedimientos que establezca el Reglamento del Parlamento.
5. Todas las personas tienen derecho a dirigir peticiones y a plantear quejas, en la forma y con los efectos que establecen las leyes, a las instituciones y la Administración de la Generalidad, así como a los entes locales de Cataluña, en materias de las respectivas competencias. La ley debe establecer las condiciones de ejercicio y los efectos de este derecho y las obligaciones de las instituciones receptoras.
6. Los ciudadanos de Cataluña tienen derecho a promover la convocatoria de consultas populares por parte de la Generalidad y los ayuntamientos, en materia de las competencias respectivas, en la forma y las condiciones que las leyes establecen.

Capítulo V. Principios rectores

ARTICULO 43. FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN

1. Los poderes públicos deben promover la participación social en la elaboración, prestación y evaluación de las políticas públicas, así como la participación individual y asociativa en los ámbitos cívico, social, cultural, económico y político, con pleno respeto a los principios de pluralismo, libre iniciativa y autonomía.
2. Los poderes públicos deben facilitar la participación y representación ciudadanas y políticas, con especial atención a las zonas menos pobladas del territorio.
3. Los poderes públicos deben procurar que las campañas institucionales que se organicen en ocasión de los procesos electorales tengan como finalidad la de promover la participación ciudadana y que los electores reciban de los medios de comunicación una información veraz, objetiva, neutral y respetuosa del pluralismo político sobre las candidaturas que concurren en los procesos electorales.

ARTICULO 49. PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS

1. Los poderes públicos deben garantizar la protección de la salud, la seguridad y la defensa de los derechos y los intereses legítimos de los consumidores y usuarios.
2. Los poderes públicos deben garantizar la existencia de instrumentos de mediación y arbitraje en materia de consumo, promoviendo su conocimiento y utilización, y deben apoyar a las organizaciones de consumidores y usuarios.

Capítulo VI. El Gobierno local

ARTICULO 84. COMPETENCIAS LOCALES

1. El presente Estatuto garantiza a los municipios un núcleo de competencias propias que deben ser ejercidas por dichas entidades con plena autonomía, sujeta sólo a control de constitucionalidad y de legalidad.
2. Los gobiernos locales de Cataluña tienen en todo caso competencias propias en las siguientes materias:
 - a) La ordenación y la gestión del territorio, el urbanismo y la disciplina urbanística y la conservación y el mantenimiento de los bienes de dominio público local.
 - b) La planificación, la programación y la gestión de vivienda pública y la participación en la planificación en suelo municipal de la vivienda de protección oficial.
 - c) La ordenación y la prestación de servicios básicos a la comunidad.
 - d) La regulación y la gestión de los equipamientos municipales.
 - e) La regulación de las condiciones de seguridad en las actividades organizadas en espacios públicos y en los locales de concurrencia pública. La coordinación mediante la Junta de Seguridad de los distintos cuerpos y fuerzas presentes en el municipio.
 - f) La protección civil y la prevención de incendios.
 - g) La planificación, la ordenación y la gestión de la educación infantil y la participación en el proceso de matriculación en los centros públicos y concertados del término municipal, el mantenimiento y el aprovechamiento, fuera del horario escolar, de los centros públicos y el calendario escolar.
 - h) La circulación y los servicios de movilidad y la gestión del transporte de viajeros municipal.
 - i) La regulación del establecimiento de autorizaciones y promociones de todo tipo de actividades económicas, especialmente las de carácter comercial, artesanal y turístico y fomento de la ocupación.
 - j) La formulación y la gestión de políticas para la protección del medio ambiente y el desarrollo sostenible.
 - k) La regulación y la gestión de los equipamientos deportivos y de ocio y promoción de actividades.
 - l) La regulación del establecimiento de infraestructuras de telecomunicaciones y prestación de servicios de telecomunicaciones.
 - m) La regulación y la prestación de los servicios de atención a las personas, de los servicios sociales públicos de asistencia primaria y fomento de las políticas de acogida de los inmigrantes.
 - n) La regulación, la gestión y la vigilancia de las actividades y los usos que se llevan a cabo en las playas, los ríos, los lagos y la montaña.
3. La distribución de las responsabilidades administrativas en las materias a que se refiere el apartado 2 entre las distintas administraciones locales debe tener en cuenta su capacidad de gestión y se rige por las leyes aprobadas por el Parlamento, por el principio de subsidiariedad, de acuerdo con lo establecido por la Carta europea de la autonomía local, por el principio de diferenciación, de acuerdo con las características que presenta la realidad municipal, y por el principio de suficiencia financiera.
4. La Generalidad debe determinar y fijar los mecanismos para la financiación de los nuevos servicios derivados de la ampliación del espacio competencial de los gobiernos locales.

ARTICULO 90. LA VEGUERIA

1. La veguería es el ámbito territorial específico para el ejercicio del gobierno intermunicipal de cooperación local y tiene personalidad jurídica propia. La veguería también es la división territorial adoptada por la Generalidad para la organización territorial de sus servicios.

2. La veguería, como gobierno local, tiene naturaleza territorial y goza de autonomía para la gestión de sus intereses.

ARTICULO 92. LA COMARCA

1. La comarca se configura como ente local con personalidad jurídica propia y está formada por municipios para la gestión de competencias y servicios locales.

2. La creación, modificación y supresión de las comarcas, así como el establecimiento del régimen jurídico de estos entes, se regulan por una ley del Parlamento.

ARTICULO 93. LOS DEMÁS ENTES LOCALES SUPRAMUNICIPALES

Los demás entes locales supramunicipales se fundamentan en la voluntad de colaboración y asociación de los municipios y en el reconocimiento de las áreas metropolitanas. La creación, modificación y supresión, así como el establecimiento del régimen jurídico de estos entes, se regulan por una ley del Parlamento.