



Las estrategias de participación y representatividad local y ciudadana en la Administración Sanitaria

Francesc Sancho Serena^{a,*}, Montserrat Grané Alsina^a y Miquel Olivet^b

^aSecretaría de Participación Social y Local en Salud, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

^bServei Català de la Salut (CatSalut), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

RESUMEN

Palabras clave:

Modelo sanitario catalán
Participación de la ciudadanía
Estrategias de representación
Cataluña

Los ciudadanos son los propietarios y beneficiarios del sistema sanitario público de nuestro país. Como tales colaboran en su mantenimiento a través de los impuestos. Los gobernantes tienen la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía de cómo se utilizan los recursos, siempre escasos y que, en materia de sanidad, tienen un suplemento de complejidad y especificidad que los hacen especialmente sensibles. En el ámbito de la salud, tanto la Ley General de Sanidad como la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña determinan los actores en los que recae la representación de los ciudadanos. Sin embargo, su incorporación no necesariamente garantiza la percepción de participación por parte de la ciudadanía ni una mayor calidad democrática. El modelo debe entenderse como el eslabón intermedio entre un marco regulado legalmente y el debate real que, en un mundo globalizado con gran volumen de información a disposición del ciudadano y con las actuales redes sociales electrónicas, se produce en el seno de la población, aunque no exista un cauce de incorporación por parte de la administración. Será necesario evolucionar el sistema, a medida que las nuevas tecnologías lo permitan, hacia formas de participación más directas y más globales. La participación es un concepto líquido que, en la medida de lo posible, es necesario adaptar, tanto a las diferentes problemáticas como a los distintos ámbitos territoriales. La regulación legislativa debe proveer de mecanismos y marcos estables de participación; pero, a su vez, ha de prever mecanismos ágiles que permitan adaptarse e incorporar las distintas demandas y formas de participación emanadas de la ciudadanía ante procesos dispares.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Local and citizen participation and representation strategies in Healthcare Administration

ABSTRACT

Keywords:

Catalan health model
Citizen participation
Representation strategies
Catalonia

The public as a whole are the rightful owners and beneficiaries of the public healthcare system in our country. As such, they collaborate in its maintenance and upkeep through payment of taxes. The government is accountable to the public as to how the ever-scarce resources are allocated. When it comes to the area of healthcare, this represents an added factor of complexity and specificity which makes the issue a particularly sensitive one. In the field of healthcare, both the General Health Law and the Law of Catalan Healthcare Code define the actors responsible for the public representation of its citizens. Nevertheless, their inclusion does not necessarily guarantee the perception of participation by its citizens or that of a greater democratic quality. The model must be understood as the intermediary link between a legally regulated framework and the actual debate, which in a globalized world with such an immense volume of information available to citizens and with the current online social networking sites, occurs at the heart of society in general, even though government has no such incorporation channel. The system will need to be developed as new technologies enable this, towards a more direct and more global models for participation. Participation is a flexible concept which, as far as possible, needs to adapt to the different problems as well as the different regions. Legislative regulation must therefore provide the mechanisms and stable frameworks for participation. In turn however, it must also establish dynamic systems capable of adapting to and incorporating the varying demands and methods of participation coming from the public in response to disparate processes.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sec.salut@gencat.cat (F. Sancho Serena).

Introducción

El estado del bienestar que conocemos en la Europa occidental considera la sanidad como uno de sus pilares básicos, juntamente con la educación y los servicios sociales. Los ciudadanos de Cataluña sienten como propio el sistema sanitario público del que nos hemos dotado desde hace casi 30 años, a partir de la Ley General de Sanidad (LGS)¹ de 1986 y la posterior Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)² de 1990. Estas 2 leyes son el marco referencial para la construcción de nuestro sistema nacional de salud, que en Cataluña ha tomado unas características diferenciales del resto del Estado y que en el ámbito sanitario internacional se conoce como el modelo sanitario catalán.

Este es un modelo complejo donde participan proveedores de diferente índole y condición (públicos, privados, fundaciones sin ánimo de lucro, entidades religiosas, etc.) y todos ellos están regulados y supervisados por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), que actúa como garante del sistema sanitario público de Cataluña. La colaboración público-privada es una característica fundamental de este modelo sanitario y probablemente es esta característica la que hace más necesaria que nunca la participación local y ciudadana en los foros y órganos de participación creados a tal efecto.

Los ciudadanos de Cataluña son propietarios y beneficiarios del sistema sanitario público de nuestro país y como tales colaboran en su mantenimiento a través de los impuestos. Es pues de sentido común que también puedan aportar sus propuestas y sugerencias a través de los foros habilitados a tal efecto. Los gobernantes tienen la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía de cómo se utilizan los recursos, que siempre son escasos y que en materia de sanidad tienen un suplemento de complejidad y especificidad que los hacen especialmente sensibles³.

En el mundo complejo, incierto y cambiante en el que vivimos no existen soluciones milagrosas para la mayoría de los problemas que debemos abordar. Eso se pone especialmente de manifiesto en el ámbito de la salud, donde una parte considerable de la ciudadanía vive los procesos sanitarios (la atención sanitaria en un centro de salud, una intervención quirúrgica o una atención en urgencias) con una cierta subjetividad, en función del conocimiento previo de su proceso vital, de las expectativas que tenga o que se le hayan generado, etc. Y no debemos olvidar la relación paciente-profesional, que es un factor clave y decisivo en todo este proceso, basado en la confianza y el respeto mutuos.

En este contexto, la incorporación de la ciudadanía en la elaboración de las políticas públicas se hace evidente y es necesario articular mecanismos de participación⁴. De todos modos, bajo el mismo epígrafe de participación podemos referirnos a conceptos diferentes, incluso a entender posiciones contrapuestas. De un modo muy esquemático podríamos decir que la participación⁵ en el ámbito sanitario puede ser directa o indirecta.

La participación directa

La participación directa es la que puede ejercer cualquier ciudadano cuando tiene algún contacto con el sistema sanitario, ya sea como paciente o como familiar de paciente. Esta fase parece adecuada para recabar la participación de los ciudadanos en su condición de usuarios del sistema sanitario a través de las encuestas de satisfacción, que permiten conocer las expectativas de los usuarios del sistema sanitario e incorporar las mejoras que se detecten a través de este proceso directo de participación. Este podría ser un nivel básico de participación, casi primario. También son muy útiles en esta fase las quejas y las reclamaciones, que permiten detectar, después de analizarlas, cuáles son los elementos del sistema sanitario (organizativos, de atención, de confort, hotelería, etc.) que generan mayor malestar y más molestias en los usuarios. En las escuelas de negocios se comenta que “quien tiene una queja, tiene un tesoro”, ya que estas per-

miten introducir elementos de mejora en los procesos asistenciales y este es un reto continuo de los gestores y profesionales del sistema.

La participación indirecta

Es la que se realiza a través de los agentes u organismos que ostentan su representatividad.

A mediados del siglo xx, David Marsh y Rod Rhodes desarrollaron el concepto de “*policy networks*”⁶, traducido como “redes de política pública”. El concepto no es nuevo, pero su formalización es esencial para analizar las políticas públicas en un determinado ámbito. Según este concepto, las políticas públicas surgirían de la negociación y la agregación de intereses de los diferentes miembros de las redes que, de forma general, suelen estar formadas por las patronales, los sindicatos, los colegios profesionales, los usuarios y otros grupos interesados. Este modelo otorga a los actores de la red la representación de la sociedad, con el objetivo y la esperanza, por parte de los responsables políticos, de que sus decisiones sean socialmente más aceptadas. Los diferentes ámbitos (bienestar social, educación, sanidad, política ambiental, etc.) desarrollan sus propias redes de política pública.

En el ámbito de la salud, tanto la LGS como la LOSC determinan los actores de la red en los que recae la representación de los ciudadanos. A pesar de su incorporación, aunque estos ostentan el apoderamiento de sus asociados y aportan una visión concreta del marco poliédrico de la salud, no necesariamente queda garantizada la percepción de participación por parte de la ciudadanía ni una mayor calidad democrática.

En el ámbito de Cataluña, el marco legislativo incluye la representación de los agentes siguientes: entidades locales, corporaciones profesionales, organizaciones empresariales, organizaciones de proveedores, organizaciones sindicales, colectivos de pacientes, organizaciones de consumidores y usuarios, asociaciones de vecinos, universidades catalanas y entidades científicas.

El número de componentes de cada tipo de agente obliga a su vez a determinar una nueva representación. Esta representación se extiende por las diferentes áreas territoriales de la Administración Sanitaria y se concreta —tal como ilustra la figura 1— en el Consejo de Salud de Cataluña, con ámbito territorial general, los consejos de participación de las regiones sanitarias y los consejos de participación de los sectores sanitarios.

La participación es un concepto líquido que en la medida de lo posible es necesario adaptar, tanto a las diferentes problemáticas como a los distintos ámbitos territoriales. La regulación legislativa debe proveer de mecanismos y marcos estables de participación; pero, a su vez, ha de prever mecanismos ágiles que permitan adaptarse e incorporar las distintas demandas y formas de participación emanadas de la ciudadanía ante procesos tan dispares como la aplicación de medidas racionalizadoras en la atención urgente, la ubicación de un centro de salud o la suplencia de un determinado profesional.

Con el objetivo de recuperar la esencia del modelo de participación que establece la LOSC, fortalecerlo, actualizarlo y dotarlo de elementos que permitan una mayor flexibilización y adaptación a las necesidades cambiantes, el Decreto 56/2013, de 22 de enero, de reestructuración del Departamento de Salud, crea la Secretaría de Participación Social y Local en Salud, de la que han de depender todos los órganos de participación del nuevo modelo.

El sistema sanitario en Cataluña se basa en la separación de la planificación (Departamento de Salud), de la compra (CatSalut) y de la provisión (proveedores). La LOSC atribuía los órganos de participación al CatSalut. Sin embargo, para asegurar la efectividad de la participación en el sistema sanitario es necesario que esta pueda impregnar todo el proceso desde su inicio, es decir, ha de poder incidir en la planificación. Se imponía, pues, modificar la LOSC en este apartado. En este sentido, la Ley 2/2014, de 27 de enero, dedica el Capítulo II a las Medidas de racionalización en el ámbito sanitario, y concre-

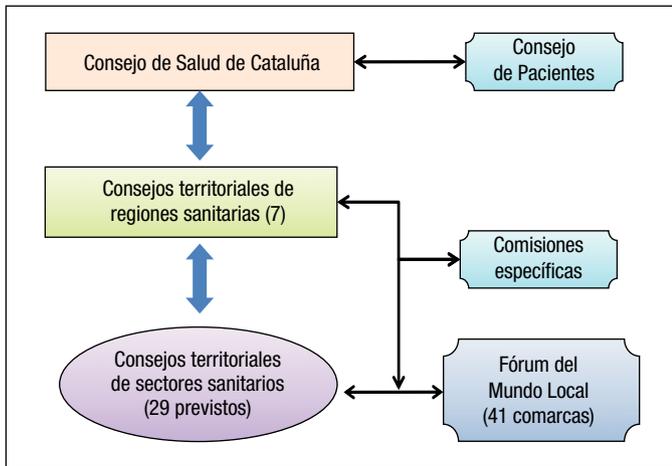


Figura 1. Esquema general de los consejos de participación en salud adscritos a la Secretaría de Participación Social y Local del Departamento de Salud.

tamente su artículo 160 incluye un nuevo artículo, el 10 bis, a la Ley 15/1990, que establece la adscripción de los órganos colegiados previstos en esta Ley al Departamento de Salud.

Como en el modelo anterior, se estructura en 3 niveles: uno de carácter general, el Consejo de Salud de Cataluña; el segundo nivel corresponde al ámbito de las regiones sanitarias, equivalentes a las áreas sanitarias previstas en la LGS, los consejos de participación de las regiones sanitarias, y el tercer nivel, de ámbito territorial inferior, se circunscribe dentro del marco territorial de cada región sanitaria, los consejos de participación de los sectores sanitarios o agrupaciones territoriales superiores o inferiores (en estos casos el marco territorial es indeterminado para que permita adaptarse a las diferentes realidades). Cada uno de estos niveles se dota de la posibilidad de crear comisiones específicas y grupos de trabajo de carácter temporal o permanente que sean considerados necesarios para el correcto desarrollo de sus cometidos.

En consonancia a las tendencias de los países de nuestro entorno, se busca fortalecer la corresponsabilidad y la participación activa de todos los agentes. Se apuesta por un modelo de participación deliberativa^{7,8}, que se entiende como un proceso de discusión pública en el que los participantes estén informados y busquen el bienestar colectivo; que ayude a superar las barreras entre el individuo y el colectivo; que ponga a disposición de los ciudadanos de un determinado territorio el análisis de la situación, los fundamentos de las decisiones adoptadas y los resultados esperados con las intervenciones planteadas con el fin de abrir el diálogo y responder positivamente a sus propuestas. Esto ha de permitir participar activamente en la toma de decisiones. Ahora bien, todo este proceso debe acompañarse de una efectiva política de transparencia.

En el ámbito de la salud, la creación del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña⁹ pone a disposición de gestores, profesionales, investigadores y ciudadanos la información necesaria para mejorar el conocimiento del sector salud, y facilitar el rendimiento de cuen-

tas y la toma de decisiones mediante la transparencia, la evaluación y el *benchmarking*.

Cada vez más, el sistema sanitario necesita la implicación activa de las personas demandando la autorresponsabilidad frente a la salud, tanto de forma individual como colectivamente, pues es sabido que la salud no solo depende de los sistemas sanitarios, sino que los aspectos biológicos, ambientales y sociales juegan un papel determinante. El objeto de una participación ciudadana que pretenda mejorar la salud de la población deberá orientarse hacia los aspectos globales de la sociedad: economía, vivienda, trabajo, educación, transporte, etc.¹⁰.

El modelo propuesto debe entenderse como el eslabón intermedio, y no definitivo, entre un marco regulado legalmente y el debate real que en un mundo globalizado, con gran volumen de información a disposición del ciudadano y con las actuales redes sociales electrónicas, se produce en el seno de la población, aunque no exista un cauce de incorporación por parte de la Administración¹¹. Será necesario evolucionar el sistema, a medida que las nuevas tecnologías lo permitan, hacia formas de participación más directas y más globales¹².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 101, de 29/04/1986.
2. Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1324, de 30/07/1990.
3. Celedon C, Noé M. Reformas del sector de la salud y participación social. Rev Panam Salud Pública. 2000;8:99-104.
4. Pacheco i Canals J. Guia de disseny d'espais deliberatius per a la participació ciutadana. Barcelona: Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació, Generalitat de Catalunya; 2010.
5. Altman D. Democràcia directa, democràcia representativa i apoderament ciutadà. Barcelona: Direcció General de Participació Ciutadana, Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació, Generalitat de Catalunya; 2010.
6. Marsh D, Rhodes RAW, editors. Policy networks in British government. Oxford: Clarendon Press; 1992.
7. Pinado F, Rebolledo O. Informe sobre el debat públic i qualitat democràtica. Bellaterra: Institut de Govern i Polítiques Públiques, Universitat Autònoma de Barcelona; 2012.
8. Prieto-Martín P. Las alas de Leo. La participación ciudadana del siglo XX. Alcalá de Henares: Asociación Ciudades Kyosei; 2010 [consultado 8-6-2015]. Disponible en: www.kyosei.org/docs/LasAlasDeLeo.pdf
9. Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya (OSSC). Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya [consultado 8-6-2015]. Disponible en: <http://observatorisalat.gencat.cat>
10. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Gestión Clínica y Sanitaria. 2010;12:57.
11. Anduiza E, coordinador. La implicació política de la ciutadania en un nou entorn comunicatiu. Col·lecció participació ciutadana, núm. 6. Barcelona: Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació, Generalitat de Catalunya; 2009 [consultado 8-6-2015]. Disponible en: www.gencat.cat/drep/dgpar/sumaris/participacio_6.pdf
12. Parés M. Límits i potencialitats de la participació ciutadana en un context de crisi. Revista Eines. 2014;19:33-40 [consultado 8-6-2015]. Disponible en: www.raco.cat/index.php/Eines/article/view/274019/362133