

DEMOCRACIA Y PARTICIPACIÓN EN SALUD INTRODUCCIÓN A LA JORNADA



OSASUN ESKUBIDEAREN ALDEKO ELKARTEA
ASOCIACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD

A principios de los años ochenta algunos de los que hoy peinamos canas guardábamos un texto casi fundacional en la mesilla de noche. Era el librito de cubierta verde de la Declaración de Alma-Ata (OMS / UNICEF, 1978).

En su Título IV establecía un mandato: “Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria”.

Y el artículo VI definía la Atención Primaria no como una ventanilla burocrática para las recetas, las bajas laborales y la clasificación para ver qué pacientes tienen el mérito suficiente para ser asistidos por los verdaderos especialistas, sino como la “asistencia fundada en métodos científicamente sustentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de toda la comunidad mediante su plena participación”.

Asimismo, abordó la influencia del entorno social, político y económico sobre el bienestar colectivo. Alma-Ata desplazó el foco puramente biomédico hacia un modelo social y político, reconociendo que la salud no es una mera consecuencia de los servicios sanitarios, sino el resultado de las condiciones materiales de existencia y la justicia distributiva. Constituía una enmienda a la totalidad contra el paternalismo médico tradicional.

Más de cinco décadas después de aquella declaración y compromiso firmado, el balance es pobre. Salvo admirables ejemplos a contracorriente el sistema nos absorbió en su maquinaria asistencial. Hoy podemos constatar hasta qué punto nuestra salud está inexorablemente ligada, a través de los Determinantes

Sociales de la Salud, a las condiciones materiales en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos. Y los servicios sanitarios se han convertido, por defecto de otras políticas públicas, en el último sumidero de crisis estructurales que trascienden por completo lo biológico, y allí desemboca el impacto de la precariedad laboral, la exclusión habitacional, la pobreza energética o la soledad no deseada.

Ante esta quiebra de la vida cotidiana, el sistema recurre a intervenciones puramente biomédicas o psicoterapéuticas individuales que resultan ineficaces y éticamente perversas. Ignorar esta realidad condena al sistema sanitario a un callejón sin salida, sepultando a la Atención Primaria bajo una sobrecarga asistencial reactiva e inagotable. Es la privatización y medicalización del malestar social.

Salir de este atolladero es una exigencia democrática. Recordaba el pensador Norberto Bobbio que el termómetro del desarrollo democrático de una sociedad no se calibra por *quién* vota, sino por los lugares *donde* se ejerce el derecho a decidir: si la capacidad deliberativa se agota en el depósito periódico de una papeleta en las urnas o si penetra con fuerza vinculante en los espacios donde transcurre la vida cotidiana: en los centros de trabajo, en las escuelas, en los barrios y en los centros de salud.

Esta exigencia civil cuenta, además, con un blindaje normativo internacional indiscutible:

- El **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas** dictamina que la participación de la población en la adopción de decisiones sanitarias a nivel comunitario y nacional constituye una condición estructural del propio derecho a la salud.
- La **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986)** sitúa la participación activa de la comunidad como un eje ineludible, exigiendo la intervención comunitaria efectiva y concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la planificación de los servicios.
- La **Declaración de Adelaida (2010)** y la **Carta de Helsinki (2013)** marcan el principio rector de *Salud en Todas las Políticas*, vinculando formalmente

la participación ciudadana con el control democrático de los determinantes sociales más allá de los recintos sanitarios

- La **Carta de Nairobi (2009)** refuerza la necesidad del empoderamiento comunitario con especial énfasis en las poblaciones vulnerabilizadas, exigiendo rigor científico y medición de evidencias en los procesos deliberativos.
- La **Estrategia "Salud para Todos en el Siglo XXI" (Salud21 - 51ª Asamblea Mundial de la Salud, 1998)** consolida como principios éticos la salud como derecho humano fundamental, la equidad distributiva y la participación comunitaria activa como salvaguarda indispensable frente a la fragmentación asistencialista.
- El **Consejo de Europa**, en su Recomendación Rec(2000)5, requirió a los gobiernos a instaurar marcos estables y entornos institucionales que garanticen la participación ciudadana en la toma de decisiones sanitarias. Este mismo organismo, en su Recomendación Rec(2001)19 instó a diseñar políticas nacionales que construyan entornos institucionales estables para garantizar formas de codecisión ciudadana, defendiendo que el ciudadano debe dejar de ser un sujeto pasivo de la administración para convertirse en un actor central del autogobierno democrático.

Nos enfrentamos a una mutación demográfica y epidemiológica ante la cual el enfoque biomédico tradicional no puede reaccionar. Como advertía Andreu Segura, “las definiciones positivas de la salud, aquellas que la consideran algo más y distinto que la mera ausencia de enfermedad, tienen en cuenta tanto la faceta somática, como la psicológica y la social... Una relación que, para ser saludable, requiere cierto grado de control, lo que en la jerga salubrista actual se denomina empoderamiento, la versión sanitaria de la emancipación”.

¿Cómo recoge esta idea nuestra legislación?

En nuestro ordenamiento estatal, la Constitución ordena a los poderes públicos a facilitar la participación cívica en todas las esferas de la vida colectiva.

La **Ley 14/1986 General de Sanidad** incorporó el mandato mediante la creación preceptiva de los Consejos de Salud de Área y de Zona Básica.

La **Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad** consagró el derecho participativo de la ciudadanía,

y la **Ley 33/2011 General de Salud Pública** reiteró que la protección colectiva sólo es concebible con la sociedad organizada como sujeto activo y no como sujeto paciente.

¿Y cuál es el panorama autonómico?

La totalidad de las 17 Comunidades Autónomas traspuso en su día el mandato de la Ley General de Sanidad, regulando los Consejos de Salud de Área en sus respectivas leyes autonómicas de salud y decretos de desarrollo territorial, todas disponen de cobertura jurídica. Así que, formalmente, ningún parlamento autonómico se ha declarado en rebeldía contra el principio de participación.

Sin embargo, la realidad demuestra que, en la inmensa mayoría de los territorios, estos órganos operan como meros fantasmas legislativos: nunca se constituyeron, llevan años sin reunirse o carecen de presupuesto y transparencia, ocultando sus actas y hurtando la rendición de cuentas.

En el plano material, la constitución efectiva de los Consejos de Salud de Área ha sido asimétrica, discontinua y, en amplias zonas del Estado, inexistente. En la mayoría de los territorios, las administraciones sanitarias jamás llegaron a firmar los decretos de composición de los Consejos de Área, o los convocaron de forma esporádica en los años noventa para dejarlos languidecer tras completarse las transferencias del INSALUD.

El golpe de gracia a esta estructura territorial provino de la mutación gerencialista. Varias comunidades eliminaron o desdibujaron formalmente las Áreas de Salud para crear demarcaciones corporativas únicas de corte hospitalocéntrico, liquidando el soporte físico sobre el que debían asentarse estos órganos. El mapa del Estado revela una fractura evidente entre una minoría de comunidades que han sostenido metodologías activas y una mayoría donde estos órganos son meros fantasmas legislativos, desertizados o inoperantes.

Pero frente a esta situación general, existen algunos modelos esperanzadores que merece la pena mencionar:

- **Aragón:** Representa el espejo metodológico y organizativo más avanzado del Estado. En 2018 integró formalmente el *Servicio de Atención Comunitaria en la Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Cerca del 80% de sus Zonas Básicas de Salud cuentan con una Agenda Comunitaria vinculada a los acuerdos de gestión del equipo y con un Consejo de Salud de Zona activo, con reuniones periódicas y proyectos compartidos con el tejido social. Adaptaron las guías británicas NICE mediante el proyecto *AdaptA-GPS*, incorporaron la recomendación de activos a la propia historia clínica informatizada y abrieron un portal de transparencia en *SaludInforma* para auditar sus actas y proyectos. Su límite pendiente sigue siendo político: sus consejos continúan encorsetados en un papel consultivo.
- **Asturias:** Constituye, junto a Aragón, una referencia de solvencia técnica y salubrista. A través del *Observatorio de Salud en Asturias (OBSA)* y de la estrategia *Asturias Actúa*, estableció una metodología estandarizada de mapeo de activos y perfiles locales de salud. Los Equipos de Atención Primaria articulan intervenciones intersectoriales con los ayuntamientos en comarcas enteras. Su desafío estriba en la sobrecarga: carecen de un blindaje homogéneo de tiempos en agenda para neutralizar el impacto asistencial de una de las poblaciones más envejecidas de Europa.
- **Navarra:** La participación se sostiene sobre el arraigo histórico de su municipalismo foral. Respaldados por el Decreto Foral 241/1992 y el acompañamiento epidemiológico del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN), los Consejos de Salud de Zona mantienen una actividad regular en cabeceras de comarca y valles rurales, debatiendo sobre transporte sanitario, dispersión geográfica y cronicidad. Sin embargo, su operativa flaquea en el área urbana de Iruña, carece de un registro público centralizado de sus actas y las decisiones de inversión continúan subordinadas a la atracción del Hospital Universitario de Navarra.
- **Comunitat Valenciana:** El motor transformador ha sido el municipalismo intersectorial articulado mediante *XarxaSalut*, comprometiendo a los gobiernos locales con la estrategia de Salud en Todas las Políticas a

través de planes municipales y mapeo de activos. En el plano operativo, el *Proyecto RIU*, impulsado desde fundaciones públicas como FISABIO, ha demostrado cómo la investigación-acción participativa y la mediación social en barrios en situación de exclusión extrema rompen la ley de cuidados inversos, convirtiendo a los colectivos vulnerabilizados en coproductores de diagnósticos y soluciones locales.

- **Cataluña:** Exhibe una paradójica dualidad. Coexiste una altísima densidad metodológica local con la rigidez institucional de CatSalut (Servei Català de la Salut). Cataluña cuenta con hitos pioneros de intervención urbana comunitaria como *Barcelona Salut als Barris*, liderado por la Agència de Salut Pública de Barcelona, y programas como *COMSalut*. Pero esa vitalidad contrasta con la opacidad del modelo mixto del SISCAT, donde se establecen acuerdos de patronato entre gerencias hospitalarias, mutuas concertadas y alcaldías, y los *Consells de Participació Territorial de Salut* se encuentran paralizados por la complejidad del modelo mixto.
- **Andalucía:** Fue la vanguardia indiscutible durante décadas gracias al impulso formativo de la *Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)* y a la *Red Local de Acción en Salud (RELAS)*, con intervenciones comunitarias de referencia en *Zonas con Necesidades de Transformación Social* (como Polígono Sur en Sevilla o Almanjáyár en Granada). Sin embargo, asistimos a una regresión burocrática del Servicio Andaluz de Salud (SAS). La recentralización unificando los distritos y hospitales bajo gerencias únicas, el debilitamiento presupuestario de la EASP y la precarización asistencial han congelado la potencia de la red comunitaria. Los Consejos de Salud de Área son hoy entes testimoniales que rara vez se convocan.

La Situación en Euskadi

Ningún territorio del Estado ha contado con mayor solvencia presupuestaria per cápita ni con un capital social histórico más propicio para haber consolidado una auténtica democracia sanitaria. Euskadi atesora una memoria comunitaria:

- Cientos de Colectivos y Asociaciones Vecinales
- Movimiento Feminista y de Mujeres
- Movimiento Obrero, Sindical y nuevas plataformas de trabajadores precarios (kelis, riders-glovo)
- Movimiento de Pensionistas y Personas Mayores
- Movimiento Ecologista y Defensa de la Naturaleza
- Movimiento Pacifista y Antimilitarista
- Movimientos Cristianos de Base y Entidades Sociales (Cáritas, Bizitegi)
- Movimiento LGTBQ+
- Movimiento por la Diversidad Funcional / Discapacidad
- Movimientos de Inmigración, Refugiados y Convivencia Intercultural
- Cooperación al Desarrollo y Solidaridad Internacional
- Comunidad Educativa (AMPAs)
- Asociaciones de Comerciantes
- Movimientos Culturales, Festivos, y colectivos de los Centros Cívicos (Txomin Barullo)

Desde luego, no será porque no haya aquí una experiencia y memoria comunitaria viva ligada sobre todo al cooperativismo obrero, al tejido asociativo barrial y al *auzolan*, en la que los vecinos se unen para realizar un trabajo voluntario, gratuito y en beneficio de toda la comunidad. Sin embargo, la administración sanitaria vasca ha venido levantando una estructura tecnocrática que ha dificultado la participación social .

Para empezar, la **Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi (LOSE)** estructuró el territorio en tres Áreas de Salud coincidentes con los Territorios Históricos (Araba, Bizkaia y Gipuzkoa) y previó la creación vinculante de Consejos de Participación Comunitaria en cada una de ellas. Casi tres décadas después, esos consejos son papel mojado: no se pretendió dotarlos de capacidad decisoria (el Artículo 11 limita explícitamente sus funciones a facultades consultivas y de asesoramiento), jamás se aprobó el decreto de desarrollo reglamentario y jamás se constituyeron.

Curiosamente se abre aquí una brecha con la Ley 2/2016 de Instituciones Locales de Euskadi (LILE), que ampara con fuerza de ley la democracia

participativa y los presupuestos compartidos a nivel municipal, ofrece herramientas vinculantes como los presupuestos participativos y la exigencia de motivación reforzada ante cualquier rechazo de la deliberación cívica.

Ley 2/2016 (LILE):

- Presupuestos participativos por mandato legal (Art. 79.1): Obliga a las entidades locales a abrir procesos deliberativos públicos para definir compromisos de gasto antes de aprobar los presupuestos anuales.
- Presunción de vinculatoriedad (Art. 68): Las formas de participación pueden tener carácter vinculante, salvo que el pleno municipal acuerde lo contrario por mayoría absoluta.
- Motivación reforzada ante el disenso (Art. 77.2): Obliga jurídicamente a la institución a motivar de forma expresa y pública cualquier decisión que se aparte de las conclusiones de un proceso deliberativo ciudadano.

Pues bien, después de casi treinta años de pólisis tras la publicación de la LOSE, en la actualidad el Departamento de Salud del Gobierno Vasco trabaja en definir lo que denominan el futuro Ecosistema Vasco de Participación Ciudadana en Salud, enmarcado operativamente en la Línea 22 del Pacto con la Salud de Euskadi, dedicada a la Deliberación y Toma de Decisiones Compartidas. Teóricamente enfocada en impulsar y estructurar la participación activa de los pacientes y la ciudadanía dentro del sistema público de salud de Euskadi. El diseño metodológico y la dinamización corren a cargo del instituto de investigación *Biosistemak* que trabaja en el diseño de un Plan Maestro, buscando estructurar la intervención en tres escalones:

- Nivel Macro: Gobernanza general, formulación de políticas públicas de salud y diseño legislativo
- Nivel Meso: Estructuras intermedias de gestión (OSI, áreas de salud y departamentos)
- Nivel Micro: Atención directa, centro de salud, consulta asistencial y entorno local/barrio

Aunque algunos documentos estratégicos de Biosistemak y del Gobierno Vasco declaran buscar un modelo integral de salud comunitaria que involucre a toda la población, las herramientas normativas y organizativas puestas en marcha priorizan la estructuración e interlocución con el colectivo de pacientes. Sin embargo en los textos oficiales, en los “Aspectos clave de la Línea 22”

manifiesta:

El Objetivo principal: Integrar la voz de los pacientes y las asociaciones en las decisiones asistenciales y organizativas, pasando de un modelo reactivo a uno centrado en las personas, dotando al ecosistema de un respaldo normativo garantista estable que asegure que las opiniones y experiencias de los pacientes transformen la toma de decisiones estratégicas y asistenciales a largo plazo. El objetivo final es dotar al ecosistema de un respaldo normativo estable que asegure que las opiniones y experiencias de los pacientes transformen la toma de decisiones estratégicas y asistenciales a largo plazo.

El Ecosistema de participación impulsa un marco de trabajo colaborativo con metodologías comunes, figuras de referencia y herramientas de formación dirigidas a asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios. El Departamento de Salud del Gobierno Vasco y entidades como Biosistemak han organizado talleres y jornadas de trabajo (como las celebradas a principios de 2026) para consolidar esta red de participación territorial.

Biosistemak es una entidad pública orientada a la investigación en servicios de salud con probada solvencia metodológica. Sin embargo, carece de legitimidad para suplir el desarrollo reglamentario de una ley parlamentaria. ¿Cómo se encaja éste plan en un contexto institucional normativo donde no se han creado los Consejos de Participación Comunitaria, y cómo se va a compaginar el Ecosistema Vasco de Participación Ciudadana en Salud con la futura *Ley de Pacientes de Euskadi*? ¿El ecosistema participativo institucional privilegia al paciente individual o asociativo sobre el ciudadano político?

Y cómo va a encajar esto con las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). (Inicio en Bidasoa 2011, Decreto 2018), que bajo la retórica de la integración asistencial unificó la Atención Primaria y la Especializada bajo un mando único radicado físicamente en el hospital. El resultado sociológico fue la colonización de la Primaria: sus tiempos, sus prioridades de gasto y sus valores quedaron subordinados a la lógica asistencial hospitalaria. El marco territorial de las OSI no guarda relación alguna con el marco territorial de las Areas de Salud. Y es ilusorio esperar la apertura a la participación tanto de pacientes como de

ciudadanos de unas estructuras hospitalarias acostumbradas a gobernar la Atención Primaria desde la subordinación jerárquica.

No existe Consejo de Salud de Área alguno, integrado con el movimiento vecinal y corporaciones locales, con capacidad para auditar contratos-programa o intervenir de cualquier forma en las decisiones presupuestarias. Tampoco existen Consejos de Salud de Zona formalmente instituidos. Es más, muchas Zonas de Salud urbanas no están claramente demarcadas. Los espacios territoriales de gobernanza donde los Centros de Salud podían formalmente concertar políticas con los ayuntamientos y las asociaciones vecinales están desmanteladas.

Otra pieza de difícil encaje es lo referente a la Salud Mental. No existen Consejos de Salud Mental. Osakidetza asume la asistencia clínica, pero hay multitud de recursos interviniendo en la contención y rehabilitación social, la inserción laboral, la red de pisos tutelados, el acompañamiento residencial, programas de apoyo mutuo,... La propia Osakidetza, Diputaciones Forales, Ayuntamientos, asociaciones múltiples: FEDEAFES (AVIFES, AGIFES, ASAFES, ASASAM), Módulos Psico-sociales, Bizitegi, Eragintza, Argia, Zubietxe, Izarra, Sartu Bizkaia, Caritas, Gureak, Atzegi, Rais Euskadi, Hogar Alavés, Irse Araba, Sidalava, alternativas autogestionadas como el proyecto asociativo Bagara (Diputación Foral de Gipuzkoa y Gureak, Donostia)... Éstas no tienen participación en los contratos-programa de las OSI. Es una pieza importante a encajar en el futuro “Ecosistema”.

Frente a esta realidad, la Subdirección para la Coordinación de Atención Primaria impulsó en 2023 la *Estrategia para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria en Atención Primaria* cuyo documento corporativo está accesible en la web.

Esta estrategia busca reorientar y estructurar la Atención Primaria hacia un modelo salutogénico y de activos para la salud centrado en los determinantes sociales, organizando la práctica sanitaria en tres niveles de orientación (individual/familiar, grupal y colectivo intersectorial). Para su despliegue operativo, la estrategia articula una red de recursos humanos y organizativos liderada por:

- Comité Director institucional,
- Equipo técnico de referencia en la Subdirección para la Coordinación de Atención Primaria,
- Red de Salud Comunitaria de Osakidetza (RSCO) con 37 Enfermeras Comunitarias de dedicación exclusiva (1 por cada 63.000 tarjetas sanitarias)
- Una persona referente comunitaria en cada Unidad de Atención Primaria (UAP)
- A nivel instrumental y funcional, se apoya en herramientas como el *Cuaderno Comunitario*, la integración de la plataforma digital *Euskadi-Aktiboa* en la historia clínica para la prescripción social, un plan transversal de sensibilización y formación, y la asignación de tiempos específicos en las agendas de los profesionales para la acción comunitaria.

Ahora bien, en la página 25 del documento, nota al pie, reconoce:

En Euskadi, no existe actualmente una regulación normativa que defina un sistema de gobernanza local u órgano de participación local en el ámbito de la salud como ocurre en otras CCAA, donde sí existen a nivel normativo figuras concretas como son los Consejos locales de salud o las Mesas de salud...

Y continúa:

*...Se hablará de sistemas de gobernanza local para referirse a diferentes espacios o grupos de participación ciudadana como *Redes Locales para la Salud (RLS)*, *Redes Mugiment*, *Auzoak Abian*, *Erlauntza* u otros».*

La estrategia pretende transformar progresivamente la Atención Primaria desde un enfoque comunitario donde los centros avancen en los tres niveles de orientación comunitaria:

- NIVEL 1: Nivel individual y familiar “pasar consulta mirando a la calle”. Es el nivel de trabajo en la práctica asistencial habitual en las consultas y los domicilios. Se presta atención a las personas dando importancia a sus contextos, historias personales y familiares, a las relaciones y a los entornos, desde un modelo de determinantes sociales de la salud.
- NIVEL 2: Nivel grupal “educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas”.

Este nivel se desarrolla por aquellas personas de los equipos de AP que

trabajan con grupos. En este nivel se trabaja promoviendo acciones educativas dirigidas a la comunidad, teniendo en cuenta las características de estas necesidades concretas de cada territorio o comunidad. Con una visión holística busca el fortalecimiento de los recursos personales a través de la acción grupal por medio del aprendizaje significativo y entre iguales y el fomento del autocuidado y el empoderamiento en salud.

- NIVEL 3: Nivel colectivo “acción comunitaria en salud, el centro de salud no es el único centro de salud”.

Se trata de que algunas personas del equipo de AP participen en un proceso comunitario o en un sistema de gobernanza local. En este nivel se trabajaría de forma intersectorial e interdisciplinar, con agentes del territorio local que tienen un papel relevante para mejorar el bienestar de la comunidad. Este nivel máximo de orientación comunitaria se alcanza cuando la UAP participa de forma activa y continua en la *Red Local de Salud* de su municipio o Zona Básica.

Así pues, **¿qué es lo que funciona entonces en Euskadi y dónde?**

Lo que funciona no son órganos institucionales regulados en la estructura de Osakidetza, sino redes de gobernanza local, mesas comunitarias y proyectos intersectoriales, articulados desde el ámbito municipal o por iniciativa de profesionales y asociaciones vecinales al margen de la jerarquía sanitaria. Por ejemplo:

- Red *Elkar Zainduz* (Vitoria-Gasteiz): Iniciativa ejemplar en el Casco Viejo, integrando a los profesionales del Centro de Salud con los centros socioculturales de mayores (Bizan), Servicios Sociales de Base municipales, educadores de calle y colectivos de población migrante, codiseñan respuestas contra la soledad y la exclusión.
- Barrio de San Francisco / Bilbao La Vieja / Zabala (Bilbao): Donde el Centro de Salud participa en la red sociocomunitaria articulada a través del *Plan Zubirik*, desarrollando prescripción social e intervenciones coordinadas con servicios sociales en salud mental, adicciones y exclusión residencial.
- Otxarkoaga (Bilbao): Con proyectos históricos de mapeo de activos y comisiones de salud vecinales vinculadas al tejido asociativo del barrio.

- Zaramaga (Vitoria-Gasteiz): Procesos de diagnóstico comunitario participativo sobre determinantes urbanos y envejecimiento.
- Ámbito municipal en Gipuzkoa y comarcas: Experiencias locales consolidadas como *Bergarako Tokiko Osasun Sarea* (red local de Bergara), *Ondo Ibili* en Lasarte-Oria, programas de paseos saludables y salud comunitaria en Ordizia (*Goazen Ordizia*).
- Sociedades científicas y profesionales: que se sostiene sobre el trabajo del Grupo de Actividades Comunitarias de Osatzen (semFYC / PACAP) y de la Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Euskadi (EFEKEZE).
- En algunos casos, la relación con los movimientos vecinales, ha sido predominantemente de naturaleza reivindicativa y externa. Por ejemplo, en barrios como Rekaldeberri en Bilbao, la *Errekaldeko Auzo Elkartea* (Asociación de Vecinos de Rekalde) y la plataforma de pensionistas ha actuado más como fiscalizadora de un servicio deteriorado, no como socia de un proceso deliberativo. Lógicamente el Centro de Salud aquí representa localmente a la Institución entera de Osakidetza.

Por otra parte, hay que remarcar que han existido movimientos vecinales transversales y masivos en pueblos y comarcas enteras ante situaciones de riesgo medioambiental en donde el personal sanitario ha estado mayoritariamente desarticulado del movimiento vecinal, y limitado a un papel asistencial reactivo:

- Incineradora de Zubietta (*GuraSOS*),
- Vertedero de Zaldibar, Ermua, Eibar (*Zaldibar Argitu*)
- Refinería de Petronor (*Asociaciones vecinales de Muskiz y Las Carreras* (*Meatzaldea Bizirik, Plataforma Anti-Coke*))

Sostenía Jorge Wagensberg que “cambiar de respuesta es evolución; cambiar de pregunta es revolución”.

Las palabras institucionales sobre participación a menudo han carecido de contenido material. Iniciamos hoy esta Jornada en Bilbao con la aspiración de que las palabras recuperen su sentido. Hemos intentado reunir ponentes de referencia que aúnan la experiencia en el primer nivel de atención, la

epidemiología crítica y la sociología política.

Estamos aquí porque, como escribía Javier Gomá, “debemos tener más hambre de horizonte que de refugio”. Esperamos que sea un espacio de profundización y aprendizaje, y un punto de encuentro en el que confrontaremos la retórica oficial con la realidad de nuestros barrios.

Bilbao, 24 de octubre de 2026

OSALDE