

Participar: ¿asistir, consultar, opinar o.... decidir y actuar?

Joan J. Paredes-Carbonell

1. Fundamentación Teórica: Salud, Determinantes y Promoción de la Salud

1.1 Redefinición del sistema de salud y enfoque salutogénico. En la salud pública del siglo XXI, la democracia constituye el fundamento ético sobre el cual se construye el derecho a la salud [1]. La concepción clásica del sistema sanitario centrada en la prestación asistencial resulta insuficiente frente a la complejidad de las necesidades colectivas. Es preciso diferenciar entre “sistema sanitario” —servicios, recursos e infraestructuras orientados, preferentemente, a tratar la enfermedad— y “sistema de salud”, entendido como el entramado social que genera o dificulta las condiciones para el bienestar [1,2]. Esta visión se alinea con el enfoque salutogénico de Antonovsky, definiendo la salud como un proceso dinámico en el que las personas y comunidades movilizan sus propios recursos y activos para generar coherencia y calidad de vida [1,2]. La participación ciudadana trasciende así la mera concesión administrativa para configurarse como un derecho, un deber y un indicador de calidad democrática [1,3].

1.2 Determinantes sociales y comerciales de la salud. La evidencia demuestra que la salud se produce mayoritariamente fuera del ámbito de los servicios de salud. El modelo de determinantes sociales de Dahlgren y Whitehead [4] ilustra cómo las condiciones socioeconómicas, ambientales y laborales determinan la equidad en salud. A ello se suma la necesidad urgente de abordar los Determinantes Comerciales de la Salud (CDOH) [5]. Las prácticas corporativas y las dinámicas de mercado ejercen presiones estructurales sobre el bienestar, haciendo indispensable una gobernanza democrática capaz de regular y contrarrestar el impacto comercial perjudicial [5].

1.3 Aniversario de la Carta de Ottawa (1986-2026). En 2026 se celebran 40 años de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) [6], cuyo pilar central —la participación a través de reforzar la acción comunitaria— cobra máxima relevancia frente a la emergencia climática y las brechas sociales [1,6]. La Carta estableció que promover la salud exige capacitar a la población para tomar el control de su bienestar y de sus entornos [6]. En consonancia con la Declaración de Alma-Ata [7], la participación es el eje insustituible para reorientar los servicios sanitarios hacia la equidad [1,6,7].

2. Niveles, Dinámicas de Poder y Formas de Participación Comunitaria.

El gradiente participativo y la redistribución del poder: Para superar el desgastado uso del término participación —reducido frecuentemente a la mera asistencia o transmisión de información—, la implicación comunitaria debe suponer una redistribución real del poder político y técnico en la toma de decisiones [1,8]. Según Oakley (1990) [9] y Cassetti et al. (Informe SESPAS 2018) [8], la participación se despliega a lo largo de un gradiente de poder: 1) Información (transmisión pasiva); 2) Consulta (recogida de opiniones sin vinculación); 3) Decisión-acción conjunta / Co-producción (responsabilidad compartida); 4) Liderazgo múltiple y compartido (autonomía parcial comunitaria); y 5) Control comunitario (gestión y decisión autónoma por la población organizada) [8,10].

2.1 Marco de poder emancipador: El marco de poder emancipador (Emancipatory Power Framework) de Popay et al. (2021) [10] complementa este gradiente analizando las cuatro dimensiones de capacitación colectiva necesarias para la transformación social (Tabla 1):

Tabla 1. Dimensiones del poder en salud comunitaria (Popay et al., 2021)

Dimensión del Poder	Definición
Power within (Poder interno)	Conciencia crítica, autoestima colectiva y reconocimiento de los propios activos de la comunidad [10].
Power with (Poder con / Alianzas)	Capacidad de construir redes, alianzas intersectoriales y trabajo colaborativo en igualdad de condiciones [10].
Power to (Poder para actuar)	Estructuras y capacidades operativas que permiten tomar decisiones colectivas y ejecutar acciones comunitarias [10].
Power over (Poder sobre)	Superación de las inercias donde las instituciones imponen sus agendas sin ceder espacios de decisión real [10].

2.2 Las Formas de Participación. Para aterrizar el gradiente participativo en la práctica de la salud pública, se presentan cuatro Formas de Participación posibles en los diferentes territorios (barrio, zona básica de salud, municipio e instituciones):

a) **Órganos de Participación:** Espacios institucionalizados regulados por normativa (Consejos de Salud de Zona Básica, Mesas Intersectoriales). Requieren dinamización para superar su carácter puramente consultivo [1,11,12].

b) **Servicios y Programas Participados:** Reorientación de programas asistenciales o preventivos (como por ejemplo los programas de cribado de cáncer colorrectal, cérvix o mama) mediante la apertura al co-diseño con la población [1].

c) **Procesos de Acción Comunitaria:** Dinámicas continuas de salud local (red XarxaSalut, Guías de Acción Comunitaria del Ministerio de Sanidad) que recorren el ciclo completo: análisis de situación, mapa de activos, priorización, acción conjunta y evaluación [1,13].

d) **Cultura de Participación:** Entramado social e informal (movimientos sociales, alianzas vecinales, plataformas de abogacía) que aporta vitalidad, capacidad crítica y respuesta ágil ante necesidades emergentes [1].

De “diseñar para” a “diseñar con”: El desarrollo conjunto de estas formas sustenta una verdadera Cultura de Participación en Salud en la que la ciudadanía es corresponsable de su bienestar y se pasa de “diseñar servicios para la Comunidad” a “diseñar salud con la comunidad” [1].

3. ¿Qué aporta la Evidencia Científica?

3.1 Evidencia de efectividad (O’Mara-Eves y AdaptA GPS): La efectividad de la participación comunitaria cuenta con sólido respaldo empírico [1,14]. Las revisiones sistemáticas de referencia (O’Mara-Eves et al., 2013) confirmaron su impacto positivo en resultados de salud, hábitos de vida y reducción de desigualdades [14]. Asimismo, el proyecto AdaptA GPS adaptó la Guía NICE NG44 al ámbito español, aportando estándares metodológicos rigurosos [1,13]. Atendiendo a la necesidad de renovar y actualizar estas referencias con literatura e hitos normativos recientes, destacan varios avances:

3.2 Redefinición del concepto (Cassetti et al., Gaceta Sanitaria, 2023): En una revisión publicada en Gaceta Sanitaria, Cassetti et al. (2023) examinan la necesidad de redefinir el concepto de participación comunitaria [15]. Los autores concluyen que los esquemas de “asistencia” o “consulta” resultan insuficientes para asegurar verdadera participación e impactar en la equidad, siendo imprescindible avanzar hacia la “implicación” y la “co-producción” en la toma de decisiones y gobernanza [15]. Aunque los proyectos analizados se describían como participativos, la práctica se concentraba sobre todo en la “asistencia” a actividades, con pocos ejemplos de implicación efectiva en la toma de decisiones. Las autoras señalan como posibles explicaciones la falta de cultura participativa y la necesidad de formación [15]. En definitiva, nombrar un proyecto como participativo no demuestra que la ciudadanía ejerza influencia real.

3.3 Revisión sistemática de Riccardi et al. examinó el nivel de implicación alcanzado en investigación participativa con comunidades desfavorecidas. Incluyó 51 ensayos aleatorizados pertenecientes a 36 programas; 14 alcanzaron el nivel más alto de implicación, definido como liderazgo compartido. La existencia previa de intervenciones comunitarias se asoció con mayores probabilidades de alcanzar niveles altos de participación (OR=10,08) [16]. El resultado apoya invertir en relaciones y estructuras comunitarias sostenidas, en lugar de iniciar cada proyecto desde cero. No debe interpretarse como una estimación del efecto clínico de la participación: el resultado principal de esta revisión fue el nivel de implicación alcanzado.

3.4 Revisión sistemática de Tollmann et al. estudió estrategias para involucrar a poblaciones en situación de vulnerabilidad en salud urbana. Tras revisar la literatura, incluyó ocho estudios en la síntesis cualitativa y describió métodos como Photovoice, talleres participativos y cocreación. La revisión subraya el potencial de estas estrategias para acercar las intervenciones a las realidades de las comunidades, pero también la limitada base empírica disponible y la necesidad de abordar las condiciones estructurales que dificultan participar [17].

3.5 Revisión rápida de MacDonald et al., publicada en 2026, concluye que algunas intervenciones comunitarias —incluidos programas con agentes comunitarios de salud e intervenciones culturalmente adaptadas— presentan evidencia favorable para determinados resultados y desigualdades. La cocreación puede favorecer confianza, aceptación y adherencia, pero sus efectos a largo plazo sobre la salud y la equidad siguen insuficientemente establecidos [18]. Esta conclusión aconseja evitar afirmaciones generales: la participación es una estrategia prometedora y relevante, pero sus efectos dependen del tipo de intervención, del contexto, de la calidad de implementación y de los resultados que se midan.

En conjunto, estas publicaciones recientes refuerzan tres mensajes. La participación debe evaluarse por su grado de influencia y no solo por la asistencia; las comunidades desfavorecidas pueden implicarse de forma significativa, pero hacen falta recursos, continuidad y metodologías inclusivas; y la evidencia es más consistente para determinados resultados intermedios y de intervención que para atribuir a la participación, de forma aislada, una reducción sostenida de las desigualdades en salud.

3.6 Marco internacional y normativo español

1. Resolución WHA77.17 de la OMS sobre Participación Social (2024): En la 77.^a Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 2024), la OMS aprobó la Resolución WHA77.17 y el Manual de Participación Social para la Cobertura Universal de Salud [19]. La OMS urge a institucionalizar mecanismos permanentes de participación,

destacando que los sistemas sanitarios sin voz comunitaria activa son menos resilientes e inequitativos [19].

2. Actualización de la Cartera Común del SNS (Orden SND/454/2025): Publicada en el BOE en mayo de 2025, la Orden SND/454/2025 actualiza la cartera común de servicios del SNS e incluye la “Atención Comunitaria” (apartado 3.3) como prestación regulada para la detección participativa de necesidades y activos, priorización, acción y evaluación con perspectiva de reducción de desigualdades [12].

Soporte normativo autonómico: Estas directrices estatales e internacionales se complementan a nivel autonómico con el Decreto 47/2023 de la Comunitat Valenciana [11] y la Estrategia de Salud Comunitaria 2023-2025, que ofrecen soporte normativo y operativo a la acción local participada [1,11].

4. Instrumentos de Evaluación y Aprendizajes de la Práctica

4.1 Evaluación de la participación mediante Evalguía (López-Ruiz et al., 2024). Para dotar de rigor técnico a los procesos participativos se creó Evalguía (Evalúa GPS), herramienta web interactiva validada para la evaluación cualitativa y cuantitativa de la participación comunitaria [1,20]. Según el estudio de López-Ruiz et al. (Atención Primaria, 2024) y el informe Evalúa GPS [20,21], la herramienta analiza 12 dimensiones estructuradas en: 1) Análisis de situación inicial y grupo motor con perspectiva de equidad, 2) Trabajo en red y enfoque de activos, 3) Participación ciudadana en planificación, ejecución y evaluación, 4) Inclusividad y comunicación adaptada, y 5) Apoyo institucional (tiempo protegido, presupuesto y formación) [20,21]. La aplicación de Evalguía evidencia que las principales barreras estriban en la falta de tiempo laboral asignado y las resistencias para ceder poder de decisión [1,20].

4.2 Respuesta comunitaria y lecciones de la DANA de Valencia (CLER 2024-2026). Los aprendizajes teóricos cobraron dimensión práctica tras la DANA en la Comunitat Valenciana (octubre de 2024) [1]. En una revisión realizada, se constató que la acción comunitaria está siempre presente en la etapa de reconstrucción tras una catástrofe. La intersectorialidad, la implicación de la población y la capacidad de trabajar junto a profesionales y representantes políticos resultan claves en el proceso de reconstrucción [22]. En la Comunitat Valenciana la creación autónoma de los Comités Locales de Emergencia y Reconstrucción (CLER) demostró la enorme capacidad de autogestión y resiliencia vecinal “desde abajo” [23]. La experiencia reflejó que el principal freno proviene de las inercias y resistencias institucionales por temor a perder el control técnico [1]. La lección fundamental es

que la participación no se improvisa en la crisis, sino que requiere estar previamente sembrada y estructurada en el territorio [1,10].

5. Conclusiones y claves para la práctica

Como síntesis de la exposición, se proponen cinco claves para la acción:

1. Superar la participación decorativa: la participación en órganos consultivos sin poder de decisión ni ejecución genera frustración e ineficacia [1,15].

2. Articular facilitadores institucionales: se requieren marcos legales claros (Decreto 47/2023, Orden SND/454/2025), tiempo protegido para profesionales y financiación [1,11,12].

3. Formar en gestión participativa: capacitar a profesionales, políticos y líderes vecinales en metodologías participativas y manejo del poder compartido [1,20].

4. Integrar la evaluación continua: emplear herramientas validadas como **Evalguía** para corregir sesgos de exclusión y garantizar la sostenibilidad [1,20,21].

5. Impulsar la co-producción: conectar los recursos del sistema sanitario con las redes autónomas de la sociedad civil, avanzando decididamente hacia la co-producción de la salud [1,10,19].

6. Referencias Bibliográficas

1. Paredes-Carbonell JJ. Participar: ¿asistir, consultar, opinar o... decidir y actuar? Ponencia presentada en: Jornada OSALDE sobre Democracia y Participación en Salud; 24 de Octubre de 2026; Bilbao.
2. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
3. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata (URSS): OMS; 1978.
4. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
5. Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HI, et al. Defining and conceptualizing the commercial determinants of health. The Lancet. 2023 Mar 23;401(10383):1194-1213.

6. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS; 1986.
7. World Health Organization. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; UNICEF; 2020.
8. Casseti V, Paredes-Carbonell JJ, López-Ruiz MV, Morgan A, Cofiño R. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. 2018;32(S1):41-47.
9. Oakley P. Community involvement in health development: An examination of the critical issues. Geneva: World Health Organization; 1990.
10. Popay J, Whitehead M, Ponsford R, Egan M, Mead R. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. Health Promot Int. 2021 Oct;36(5):1253-1263.
11. Consell de la Generalitat Valenciana. Decreto 47/2023, de 31 de marzo, del Consell, de regulación de los consejos de salud básicos y otros espacios de participación en la Comunitat Valenciana. DOGV. 2023 Abr 6;(9570):21242-21255.
12. Ministerio de Sanidad (España). Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE. 2025 May 13;(115):61813-61825.
13. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; IACS. Participación comunitaria: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Guía adaptada de la Guía NICE NG44 (Proyecto AdaptA GPS). Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019.
14. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2015;15:129.
15. Casseti V, López Ruiz MV, Gallego Royo A, Egea Ronda A, Goa Caballero V, Avinó Juan D, et al. Asistir, consultar, involucrar: ¿es necesario redefinir el concepto de participación comunitaria? Gac Sanit. 2023;37:102344.
16. Riccardi MT, Pettinicchio V, Di Pumpo M, Altamura G, Nurchis MC, Markovic R, et al. Community-based participatory research to engage disadvantaged communities: levels of engagement reached and how to increase it. A systematic review. Health Policy. 2023; 137: 104905. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104905.

17. Tollmann P, Leimann J, Köckler H, Schönfeld I, Quilling E. Engaging vulnerable communities in urban health: a systematic review of participation strategies. *Public Health*. 2025;246:105837. doi:10.1016/j.puhe.2025.105837.
18. MacDonald H, Martin M, Ghanchi A, Clark E, Dehn Lunn A, Gkiouleka A, et al. Community engagement and empowerment to address health inequalities: a rapid evidence review. *Public Health Pract (Oxf)*. 2026; 11:100773. doi:10.1016/j.puhip.2026.100773.
19. World Health Organization. Social participation for universal health coverage, health and well-being. Resolution WHA77.17. 77th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2024.
20. López-Ruiz MV, Pola M, Enríquez Martín N, Cassetti V, Iriarte de los Santos T, Benedé Azagra CB. ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Análisis de las acciones propuestas tras la aplicación de una herramienta de evaluación (Evalguía). *Aten Primaria*. 2024;56(8):102910.
21. Grupo de Investigación AdaptA GPS. Informe de resultados y uso de la herramienta interactiva Evalúa GPS / Evalguía [Internet]. 2024 [citado 19 oct 2026]. Disponible en: <https://evaluagps.com/wp-content/uploads/2024/05/Informe-Evalua-GPS-OK.pdf>
22. Iranzo V, Paredes-Carbonell JJ, Ródenas A, Aviñó D. Acción comunitaria tras una catástrofe socionatural: una revisión sistemática a propósito de la dana de Valencia. *Comunidad* 2025; 27(3):122-139 | doi.org/10.55783/comunidad.270306
23. Comitès Locals d’Emergència i Reconstrucció (CLER). Experiencias de autogestión comunitaria y respuesta vecinal tras la DANA en la Comunitat Valenciana [Internet]. Algemesí: CLER; 2025 [citado 19 oct 2026]. Disponible en: https://www.instagram.com/cler_algemesi/

Nota. Este texto complementa la presentación realizada en la Jornada OSALDE sobre Democracia y Participación en Salud realizada en Bilbao el 24 de octubre de 2026. Parte de su contenido ha sido elaborado con la ayuda de IA con la correspondiente revisión, modificación y adaptación.