DEMOCRACIA Y PARTICIPACIÓN EN SALUD

JORNADA DE OSALDE. BILBAO, 24 DE OCTUBRE DE 2026

DECÁLOGO DE CONCLUSIONES

1. Equidad sanitaria y justicia distributiva frente a la triple iatrogenia.

La salud no es un producto biomédico, sino el resultado directo de las condiciones materiales de vida y de la justicia distributiva. Por defecto de otras políticas públicas, los centros de salud operan hoy como una ventanilla reactiva ante crisis vitales y sociales. Esta inercia consolida las tres formas de iatrogenia descritas por Iván Illich en *Némesis Médica*: la clínica, debida a tratamientos y fármacos innecesarios; la social, que disfraza problemas políticos de patologías individuales; y la cultural, que destruye la autonomía comunitaria para afrontar el sufrimiento, la vejez y la muerte.

2. La Atención Primaria como altavoz de denuncia y nudo de enlace.

Corregir las desigualdades estructurales compete a las políticas socioeconómicas del Estado y a una Salud Pública dotada de presupuesto e infraestructura propios. No debe sobrecargarse a la Atención Primaria exigiéndole resolver en solitario la injusticia social. Su papel clínico insustituible es prestar atención longitudinal, actuar como altavoz epidemiológico de denuncia y articular el centro con los activos del barrio. Esto obliga a abandonar el paternalismo institucional de “diseñar servicios para la comunidad” y asumir una cultura salutogénica donde “se diseña salud con la comunidad”.

3. La ciudadanía como sujeto político frente al rol del paciente-cliente.

Es ética y políticamente irrenunciable reconocer a la persona como ciudadana y sujeto político de transformación social. La gestión pública y el mercado reducen a la población al rol pasivo de “cliente” o “consumidor”, promoviendo salidas individuales ante problemas estructurales. Este esquema impone relaciones de subordinación y clientelismo (etimología romana de *cliens)*, alimentando la ficción de que cualquier deseo de consumo médico equivale a un derecho ilimitado. Frente al consumidor solitario, la ciudadanía implica “ser con los demás”, un sujeto emancipado, corresponsable del bien común, coproductor de salud y capaz de acordar qué intervenciones carecen de valor social para proteger los recursos públicos.

4. Participación como redistribución del poder

La participación comunitaria no es un rito burocrático, sino la redistribución real del poder para transformar las condiciones materiales de la vida. Es una condición estructural del derecho a la salud amparada por la evidencia científica, con metodologías validadas y respaldada por un sólido consenso internacional.

Democratizar el sistema exige ascender por la Escalera de Arnstein y activar el Marco de Poder Emancipador (*poder interno, poder con otros, poder para actuar y poder sobre las instituciones*), transfiriendo capacidad decisoria a los barrios.

5. Metodología rigurosa, evaluación continuada y resiliencia comunitaria

La acción comunitaria exige fundamento técnico, planificación y evaluación permanente. Herramientas validadas como *AdaptA-GPS*, *Evalguía*, *Fotovoz* y el mapeo de activos permiten medir la implicación vecinal real y corregir las inercias burocráticas. Asimismo, la evidencia tras catástrofes como la DANA de Valencia en 2024 prueba que los sistemas sanitarios colapsan ante emergencias climáticas si carecen de voz comunitaria. Cuando la administración se repliega, la autoorganización popular y los comités locales de reconstrucción constituyen el sostén principal de la salud colectiva y del bienestar psicosocial.

6. Superar las barreras de acceso y romper la Ley de Cuidados Inversos

El estancamiento práctico de la participación formal responde a tres frenos: el recelo administrativo a ceder poder decisorio (refugiándose en comités cerrados de expertos, como el Consejo Asesor de Transformación en Salud), la sobrecarga asistencial en los centros y la desigualdad socioeconómica en el acceso a los foros. Si los espacios participativos no aplican un enfoque estricto de equidad, reproducen la Ley de Cuidados Inversos de Julian Tudor Hart: participan quienes disponen de mayor tiempo y capital cultural, excluyendo a quienes sufren mayor vulnerabilidad. La presencia casi exclusiva de personas jubiladas en nuestra propia jornada nos obliga a una autocrítica.

7. El código postal como fractura de la esperanza de vida en Euskadi

Los indicadores medios favorables del País Vasco ocultan desigualdades territoriales injustas y evitables. El 20,6% de la población vasca se halla en riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE) y el 6,7% sufre privación material severa. En Bilbao, la brecha de esperanza de vida entre Indautxu (82,5 años) y Otxarkoaga (76,6 años) alcanza los 5,9 años, correlacionando con rentas anuales inferiores a 18.000 euros y tasas muy superiores de diabetes, pluripatología y trastornos depresivos en mujeres. Las instituciones vascas deben priorizar la inversión en vivienda, accesibilidad y servicios en función del gradiente social de cada territorio.

8. Tres décadas de parálisis normativa frente al estándar de la LILE

Euskadi atesora un capital social histórico forjado en el movimiento obrero, el tejido vecinal, el feminismo, el movimiento de pensionistas y el *auzolan*. Pese a ello, la administración sanitaria mantiene un modelo tecnocrático impermeable. Tras casi treinta años de vigencia de la Ley 8/1997 de Ordenación Sanitaria de Euskadi (LOSE), los Consejos de Salud continúan siendo estampas legislativas jamás constituidos. Paralelamente, el proyecto del *Ecosistema Vasco de Participación* y la

futura *Ley de Pacientes* hipertrofian la interlocución corporativa con asociaciones de patologías específicas, marginando al ciudadano político no asociado. La sanidad pública queda así muy lejos del estándar democrático establecido por la Ley 2/2016 de Instituciones Locales de Euskadi (LILE), que incorpora presupuestos participativos, presunción de vinculatoriedad y motivación reforzada ante el disenso institucional.

9. Descolonización hospitalocéntrica de la Atención Primaria

La estructura de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) bajo mando único radicado en los hospitales ha consumado la subordinación asistencial y presupuestaria de la Atención Primaria. Resulta ilusorio esperar una apertura participativa real de unas Gerencias y Servicios acostumbrados a gobernar desde la jerarquía hospitalaria. Es imprescindible democratizar las OSI, dotar a la Atención Primaria de autonomía, considerar la incorporación de perfiles multidisciplinares (psicología clínica, trabajo social sanitario y fisioterapia) y blindar tiempo protegido en las agendas laborales para la acción comunitaria. Asimismo, resulta inaplazable reconocer de forma funcional y presupuestaria las plazas de especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en los Centros de Salud.

10. Alianzas socioambientales, gobernanza local y rescate de la Salud Mental

Lo que hoy funciona en Euskadi se sostiene en el municipalismo y en redes informales articuladas por profesionales comprometidos junto al tejido barrial. Debemos superar la histórica desconexión del personal sanitario respecto a las movilizaciones vecinales, en defensa de una sanidad pública deteriorada, y ante graves conflictos socioambientales. Es necesario acabar con el vacío participativo en Salud Mental derivado en gran parte de la fragmentación de su inmenso entramado asociativo y sociosanitario advirtiendo que las redes comunitarias jamás deben utilizarse como un recurso precario para abaratar las responsabilidades públicas del Estado.

Nuestras conclusiones emplazan a las instituciones vascas, a los profesionales y a la ciudadanía organizada a dejar de administrar las consecuencias clínicas de la precariedad y desigualdad en las consultas y abrir órganos de poder compartido que transformen positivamente los Determinantes Sociales de la Salud en nuestros pueblos y barrios.