

**ESTUDIO PARA LA
REFORMA DE LOS
DECRETOS
REGULADORES DE LOS
CONSEJOS DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS**

ESCUELA COMUNITARIA DE SALUD (ESCO)
25 de marzo de 2011



ApB

“A pie de Barrio”
Red Social Promoción Salud

**ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS
REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

INDICE.-

Indice	2
I) Presentación.-	3
II) Metodología.-	4
III) Fundamentación.-	7
A) Evolución histórica de la Promoción de la Salud y Participación comunitaria.-	7
B) Debate actual en la Unión Europea.-	9
C) Participación en el ámbito sanitario.-	10
D) Tendencias actuales del legislador.-	12
IV) Análisis normativo.-	13
A) Participación Ciudadana.-	13
B) Legislación municipal.-	15
C) Legislación de los Servicios de Salud y del SESPA.-	18
V) Investigación de los Consejos de Salud.-	21
A) Consejos de Salud de Área.-	21
B) Consejos de Salud de Zona.-	22
C) Marco competencial de los Consejos.-	25
D) Situación actual y perspectiva ideal.-	27
E) Dificultades y debilidades.-	29
F) Propuestas de contenido.-	30
G) Propuestas normativas.-	32
VI) Conclusiones	36
VII) Conclusión final	37
Propuesta de Decreto	
Anexos	

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

I.- PRESENTACION.-

Este trabajo se enmarca dentro de los objetivos de la Escuela de Salud Comunitaria (ESCO), uno de los nudos básicos de la “Red A pie de Barrio”, movimiento ciudadano comprometido en la tarea de la Promoción de la Salud, con una experiencia de nueve años.

De esta forma y siendo eje básico la protección y promoción de la Salud, individual y comunitaria, conceptos integradores, que exigen de la ciudadanía y de los sanitarios una conciencia que trasciende la preocupación por la asistencia biomédica, la ESCO pretende abrir un debate en los ámbitos político, técnico, profesional y, especialmente, en la ciudadanía organizada, para una intervención conjunta, sin rivalidades de competencias irracionales, con el objetivo de conseguir favorables espacios de participación comunitaria para que todos los actores sean partícipes y corresponsables de las políticas de actuación en el ámbito de la salud pública. Sin participación social no hay Promoción de la Salud ni Salud Pública.

Por ello, se ha realizado este trabajo, en constante evolución, por lo cual en ningún momento se puede entender como cerrado en su totalidad, y en el cual no se pretende determinar conclusiones dogmáticas e inflexibles, sino aportar elementos de debate que permitan asentar el contenido de fondo del objetivo final.

De esta forma, en este documento, se aportan contribuciones de las personas del GRUPO de trabajo creado al efecto, cuyos miembros vierten ideas extraídas desde diferentes ámbitos, que, si bien en algunos casos no tienen que ser compartidas por todos los participantes, pueden servir como elementos de reflexión para conjugar una serie de argumentos que se utilicen, siempre en clave positiva y obviando los elementos que pudieran ser restrictivos, con el fin de evolucionar en el modelo de participación y acercarse a esas tendencias más modernas y progresistas que posibiliten con mayor facilidad el cumplimiento de los objetivos, aún no cumplidos, marcados por la Declaración de Alma Ata y la Carta de Ottawa.

Por tanto, la ESCO y el resto de los nudos de la Red invitan a todos los actores que trabajan en el ámbito de la salud a que realicen, con miras a una mejora en la participación comunitaria como promoción de la misma, las aportaciones necesarias que complementen todas aquellas conclusiones que de este documento se extraen.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

II.- METODOLOGIA.-

En primer lugar se procedió a tomar contacto con personas significativas y muy afines a la Red a pie de Barrio, contactos que se realizaron en Avilés, Gijón, Mieres, Oviedo y Villaviciosa, con el fin principal de compartir los distintos puntos de vista de la situación actual de los Consejos de Salud en Atención Primaria del Sistema Sanitario Público y conocer, además, la disposición de las personas a participar en el Grupo de Trabajo que, conocida la situación real de los Consejos de Salud existentes en Asturias, se encargaran de elaborar propuestas de formulación jurídica para mejorar los Decretos Reguladores actuales.

Posteriormente se procedió a la formación de una encuesta como instrumento idóneo para la consecución de los datos necesarios, de forma que, con un borrador inicial como base, se hicieron varias reuniones para hacer correcciones y ver la forma de llevarla a cabo, llegándose a la conclusión de que para realizar un trabajo con cierto rigor académico y presentar resultados serios y fiables tanto cuantitativos como cualitativos se necesitaba como mínimo un tiempo de seis meses, y una disponibilidad económica que no se tenía, por lo cual se desistió de la posibilidad de continuar con dicha encuesta.

Seguidamente se procedió a la constitución de un Grupo de Trabajo, en virtud de lo establecido en el Anexo II “Los Consejos de Salud en Asturias” por la Dirección General de Sanidad Pública, del cual se pretendía que se convirtiera en un órgano asesor que, con base en la experiencia de todos los integrantes del mismo, pudiera aportar todas las cuestiones necesarias al debate del trabajo sobre los Consejos. Dicho grupo se compuso con la participación de Yolanda Cotiello (Enfermera de Atención Primaria del Consultorio Venta les Ranos - Villaviciosa), Alejandro Cueli (Portavoz de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Avilés; Inés Fernández (AVV La Providencia); Manuel Matallanas (Médico HUCA), José Luis Meana (Médico de Familia del Centro de Salud de Villaviciosa y Presidente de Consejo de Salud), Carlos Ponte (Presidente de la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública en Asturias) y José Vicente Vallín (Abogado y Presidente de la Confederación Estatal de Asociaciones Vecinales).

Tras asistir y ser parte en la II Jornada de Participación y Actividades Comunitarias en Salud con la exposición de la “Experiencia Mesa de Trabajo Consejos de Salud, Zona Este de Gijón, y viendo en la primera fase del diagnóstico que los resultados, con los medios existentes, iban a tardar en conseguirse, se estimó la necesidad de agilizar el trabajo, dadas las fechas en las que se estaba moviendo, por lo que, ante la necesidad de finalizarlo para presentar informe a la Dirección General Salud Pública, se adoptó la decisión de designar como director del proyecto a José Vicente Vallín, por ser letrado que pudiera proceder a una redacción de contenidos normativos y por disponer del apoyo administrativo y logístico de la empresa ECODE, entidad de Economía Social que tiene entre sus objetivos el de promover el trabajo de las entidades sin ánimo de lucro.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

De esta forma se presentó un primer documento, con fecha 7 de diciembre de 2010, para el debate tanto del Grupo de Trabajo como de los integrantes de la Escuela Comunitaria de Salud y de todos los Nudos que forman parte de A pie de Barrio, que a su vez, y en la línea de su filosofía de distribución horizontal de la información, lo fueron llevando a toda la red de entidades, colectivos y ciudadanía que pudiera aportar cualquier cuestión relativa a este tema con el fin de propiciar un amplio debate con contribuciones de todas las opiniones posibles y necesarias que enriquecieran el contenido del estudio y que dieran lugar a que se pudiera incluir en el documento final un variopinto elenco de aportaciones que, aún siendo contradictorias entre sí, podrían ayudar al entendimiento de las claves para la nueva reformulación de contenidos y normas relacionados con los Decretos Reguladores de los Consejos de Salud.

Tras las aportaciones recibidas, se realizó una segunda redacción, que fue presentada con fecha 14 de enero de 2011 en la reunión del Grupo Intersectorial del Área de Promoción de la Salud y Participación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, a la cual se trasladó para que todos los integrantes de la misma hicieran aportaciones al debate.

A raíz de ello se trasladó el documento a la discusión en sesión de Aula Abierta de la ESCO y de A pie de Barrio con fecha 26 de enero de 2011, así como a la reunión del Grupo Intersectorial anteriormente citado, celebrada con fecha 28 de enero de 2011, donde se hicieron aportaciones de contenido que fueron recogiendo y plasmándose en un documento en constante evolución.

Posteriormente, con fecha 23 de febrero, se mantuvo una reunión de trabajo con D^a Elena Arias y D^a Alejandra Fernández, Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias y Coordinadora del SAU – SAIC del SESPA, respectivamente, en la cual se trabajó la aportación que desde el propio Servicio de Salud se podría realizar tanto en relación con la normativa actualmente aplicable como con el estudio de campo que desde el SESPA se pudiera aportar por la coordinación efectiva de los Consejos de Salud de Zona y de Área, iniciándose un trabajo de recogida de datos a través de las Gerencias de las distintas Áreas para conocer referencias estadísticas relativas a número de órganos en funcionamiento, fechas de constitución y composición de los mismos, con el fin de analizar detenidamente su funcionamiento.

A continuación, con el análisis de las diferentes aportaciones realizadas a lo largo de cuatro meses, y con el estudio comparativo de experiencias en el ámbito de la Salud en los ámbitos territoriales de Bilbao, Región de Murcia y Castilla La Mancha, se finaliza el trabajo en su versión final, que se presenta en la sesión de Aula Abierta, de fecha 16 de marzo de 2011, a partir de la cual se hace una última reflexión por parte del grupo de trabajo cumpliéndose la edición definitiva a día 25 de marzo de 2011 en el cual se cierra y entrega la misma.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En todo el desarrollo del trabajo, y además de personas a título individual, y como relación ejemplificativa y significativa, los participantes que fueron consultados, informados y, en su caso, de los que se recibieron aportaciones, han sido los siguientes:

1. Área Sanitaria I
2. Área Sanitaria II
3. Área Sanitaria III
4. Área Sanitaria IV
5. Área Sanitaria V
6. Área Sanitaria VI
7. Área Sanitaria VII
8. Área Sanitaria VIII
9. Asociación Abierto Hasta el Amanecer
10. Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias (AFESA)
11. Asociación Nacional T. Social y Salud
12. Asociación PARTYCIPA
13. AVV Evaristo San Miguel – Polígono Pumarín
14. AVV Jovellanos Centro Gijón
15. AVV La Arena Gijón
16. AVV La Providencia Gijón
17. Ayuntamiento Avilés (Programas de Salud)
18. Ayuntamiento de Gijón (Programas de Salud)
19. Ayuntamiento de Oviedo (Concejalía de Sanidad y Consumo)
20. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad del Principado de Asturias (CERMI Asturias)
21. Confederación de Asociaciones de Vecinos de Asturias (CAVASTUR)
22. Consejo Asesor de la Mujer
23. Consejo Salud Villaviciosa
24. Coordinación SAU – SAIC. SESPA
25. Federación AAVV Avilés
26. Federación AAVV Gijón
27. Federación AAVV Oriente
28. Federación AVVV Villaviciosa
29. Gerencia Área Sanitaria I
30. Gerencia SESPA
31. Instituto Asturiano de la Mujer
32. Observatorio de la Infancia y de la Adolescencia de Asturias
33. Red Concejos Saludables Federación Asturiana de Concejos (FACC)
34. SAIC Centro Salud Mieres – Norte
35. SAU – HUCA – Oviedo
36. Unidad Gestión Clínica y Calidad SESPA

Con ello se ha conseguido que el estudio y, sobre todo, el pretendido debate, se haya trasladado a todos los sectores profesionales y sociales que podían aportar datos importantes para este análisis.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

III.- FUNDAMENTACIÓN.-

A) Evolución histórica de la Promoción de la Salud y Participación comunitaria.-

Debemos iniciar obligatoriamente nuestro análisis dejando claro que el punto de partida debe ser la Salud, concepto que es mucho más amplio y complejo que el de “sanidad”, puesto que, aunque a menudo se utilizan como equivalentes, el sistema sanitario es un elemento que permite la aportación de servicios y de atenciones, tanto personales como sociales, para promover, proteger o recuperar la salud, mientras que en la determinación de la salud hay otras muchas cuestiones, mas allá de las actuaciones profesionales. Es por ello por lo que el protagonismo de la salud de una sociedad corresponde a las personas que la componen con una importante influencia de las condiciones sociales en que viven, por lo que el elemento más importante se centra en la promoción, educación y cultivo de la salud y, naturalmente, en la prevención.

En este contexto en el que nos movemos como base para pasar al estudio de la participación de la ciudadanía, partiendo de que ya en **la constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el año 1948** se afirmaba que una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público eran de importancia capital para mejorar la salud. Estos fundamentos fueron seguidos por diferentes proyectos realizados en el decenio de los sesenta e inicios de los setenta, que ya apostaron porque una mayor participación de la comunidad podía aportar beneficios en la salud de la población, facilitando dicha aportación la definición de las prioridades programáticas, asumiendo los agentes de salud comunitarios importantes responsabilidades.

Ya desde **1978** la participación de la comunidad en la labor de mejora de la salud se convirtió en uno de los pilares puesto que, en la asamblea de la Organización Mundial de la Salud, 134 gobiernos presionados por organizaciones sociales, suscribieron la **Declaración de Alma Ata** y se comprometieron a conseguir **“Salud para todos”** antes del año 2000, Declaración que supuso una expresión de las preocupaciones colectivas, la visión para un mundo mejor y más saludable, un punto de encuentro para un movimiento global de salud y una llamado a una acción radical.

En la década de los ochenta, a nivel mundial, se comienzan a distinguir dos grandes acepciones de Atención Primaria, una como la de Salud Integral, Universal, referida a las premisas de la Declaración de Alma Ata, como una estrategia para políticas pública, y otra como de Salud Selectiva, acotada a programas con objetivos determinados, agregándose posteriormente la idea de asimilar Atención Primaria al “primer nivel de atención” que de alguna manera es lo que parece predominar en la actualidad en nuestro medio.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En definitiva, para muchos quedó la idea que Atención Primaria es “lo primitivo”, la atención en áreas de pobreza, y para algunos otros, sin mucho análisis, acciones en terreno de prevención o de la llamada educación para la salud, pero sin que se perdiera, aunque fuera implícitamente, el espíritu de Alma Ata de Justicia Social y de Participación Popular.

En 1986, la **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**, identificó el fortalecimiento de la acción comunitaria como una de las cinco prioridades claves para una promoción proactiva de la salud y para ello radicó la promoción de la salud en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud, manifestando a su vez que la fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. Esta Carta fue considerada por Helena Restrepo, consultora y gran experta internacional en Promoción de la Salud y Salud Pública como un documento muy completo en los aspectos conceptuales, doctrinarios, y en la agenda por la acción.

Como fruto de los anteriores documentos, podemos hacer referencia a la **Carta de las Ciudades Europeas hacia la Sostenibilidad, firmada en Aalborg el 27 de mayo de 1994**, en la cual las ciudades se comprometían a fomentar y potenciar el protagonismo de los ciudadanos y la participación de la comunidad, sobre la base de compartir la responsabilidad entre todos los sectores de la comunidad, basando para ello el trabajo en la cooperación entre las partes implicadas y garantizando el acceso a la información a la ciudadanía, velando para que se pueda participar en los procesos de toma de decisiones, y fomentando a su vez los medios de educación y formación en materia de desarrollo sostenible.

Es posteriormente en la **Declaración sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI firmada en Yakarta, 25 de julio de 1997, Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud**, donde se incide en que la participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado y para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones, aseverando que el aprendizaje sobre la salud fomenta la participación y que el acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva.

Pero en toda ésta década del 90 se produce un auge del neoliberalismo, y en el campo de la atención de los problemas de salud se consideran a las personas como “clientes”, pero también durante la misma se comienza a preparar una nueva Alma Ata, promoviéndose la misma y celebrándose definitivamente del 3 al 8 de diciembre de 2000 la **I Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos**, que, celebrada en Bangladesh bajo el lema “Oír a los que nadie oye” acaba proclamando, con la firma de Mahler, Presidente de la OMS durante tres periodos, la Carta Fundacional del Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Esta Carta expresa la visión de un mundo basado en los ejes centrales de la paz, la equidad y el desarrollo ecológicamente sustentable y confirma los principios de la “Atención Primaria de Salud “universal e incluyente concebidos en la Declaración de Alma Ata” y formula siete puntos de acción para asumir como son, la Salud como Derecho, los retos económicos, los retos sociales y políticos, los retos ambientales, las campañas contra la guerra, violencia y conflicto, un Sector Salud centrado en la población y, por último, y significativo para nuestro trabajo, participar por un mundo más saludable.

Todos estos principios también se pusieron de manifiesto en la **II Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos**, que se desarrolla en Cuenca, Ecuador, del 17 al 22 de Julio de **2005** poniendo énfasis en un mundo saludable que celebre la vida, la naturaleza y la diversidad.

Este camino nos lleva en la actualidad, siguiendo los criterios del informe debatido en Alma Ata, a pensar en seguir un camino que se centre en el seguimiento de unas estrategias basadas en la importancia de que se asuma por la ciudadanía el papel de protagonistas, y no el de meros espectadores, cambiando del denominado Paradigma Antropocéntrico al Paradigma Biocéntrico y, aplicando con modificaciones las premisas de Alma Ata, pasar a referirnos de “Derecho a la Salud de la Población y a la Justicia Social” al “Derecho a la Salud de todo el Planeta y a la Justicia por la vida en todas sus formas”, de “Intersectorialidad” a “hacer caminos con equipos transdisciplinarios” y de “Solidaridad entre personas y pueblos” a la “Solidaridad y a la cooperación con la Vida en todas sus manifestaciones”.

B) Debate actual en la Unión Europea.-

Derivado de todo este desarrollo programático, se ha planteado un debate en el ámbito de la Unión Europea relativo al derecho a la salud y a la evolución de los sistemas sanitarios, en el que representantes de distintos países europeos y de las instituciones de la UE, así como de la Internacional Association of Health Policy, creyeron necesaria la elaboración y promulgación de una Carta del Derecho de la Salud que favorezca su ejercicio a toda la ciudadanía comunitaria, y que permitiera la **cohesión y convergencia entre los países de la UE y reforzando las políticas del Estado del Bienestar** en los Estados miembros.

Dicha Carta fue aprobada con fecha 20 de octubre de 2010, y entre sus acuerdos se encuentra la clara afirmación de que *todos los países deben garantizar la participación y el control social del sistema sanitario y de que esta participación debe también establecerse a nivel de las instituciones de la UE*, con lo cual nos abre una vía para reivindicar la participación de la ciudadanía, mucho más si tenemos en cuenta que ello va acorde con la promoción que de esta participación se está haciendo desde el seno de la Unión Europea, con el impulso del Consejo de Europa, siendo ejemplos claros de ello El *Libro Blanco de Gobernanza Europea o la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo* (Rec. 19-2001).

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En el mencionado *Libro Blanco* se asegura que se deben acercar los ciudadanos a las instituciones europeas con una serie de **principios** entre los que destacan, a nuestros efectos, el **de la participación**, por el que conviene implicar de forma más sistemática a los ciudadanos en la elaboración y aplicación de las políticas, y el **de responsabilidad**, por el que se precisa clarificar el papel de cada uno en el proceso de toma de decisiones para que cada agente y actor concernido asuma la responsabilidad del papel que se le ha atribuido.

En la *Recomendación 19-2001*, aprobada el 6 de diciembre de 2001, se señala que es en el nivel local donde el derecho democrático puede ejercerse más directamente, por lo que conviene actuar para **implicar a los ciudadanos de forma más directa en la gestión** de los asuntos locales, salvaguardando siempre la eficacia y la eficiencia de la gestión.

Y en términos similares se han pronunciado otras instituciones como el Observatorio Internacional sobre la Democracia Participativa, o como la Federación de Municipios y Provincias, ésta última que también dispone del marco de la Red de Ciudades Saludables, creada en el año 1988 y que actualmente tiene adheridas 146 Entidades Locales que representan 17.350.693 habitantes, y que está dedicada a la promoción y protección de la salud y al bienestar de los ciudadanos, en concordancia con los principios de actuación correspondientes al proyecto “Healthy Cities”, de la Organización Mundial de la Salud, pero en la que no existen referencias directas a la participación ciudadana.

En este sentido, las recomendaciones de la Unión Europea se orientan a la necesidad de **mejorar el marco legal**, tanto en el ámbito nacional, como en el regional o en el local, **de la participación de los ciudadanos en la vida pública**, coordinando esfuerzos e implantando mecanismos prácticos referentes a dicha participación, y con la promulgación de 13 principios entre los que están la potenciación de la democracia directa y su compatibilidad con la democracia representativa.

A su vez, con la aprobación de la Carta de los Derechos de Salud, también se ha constituido una Comisión para su seguimiento y difusión, así como para la búsqueda de adhesiones en el mundo académico, entidades profesionales, sindicales y sociales de los países miembros, puerta que supone otro apoyo para la defensa de los argumentos que se especifican en nuestro trabajo.

C) Participación desde el ámbito sanitario.-

Es importante, en el ámbito de la fundamentación, conocer los argumentos que se pueden asumir desde los estudios realizados por los profesionales sanitarios, máxime si entendemos como un elemento importante en la participación comunitaria la corresponsabilidad entre éstos y la ciudadanía.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En este sentido, en el **informe SESPAS**, publicado el 27 de noviembre de **2010**, se entiende que la salud comunitaria incluye una concepción social de la salud, que valora el ámbito social en que se producen los procesos de salud-enfermedad y la aplicación de un abordaje integral de éstos, teniendo en cuenta los niveles macrosocial y microsocial, **y la participación de las comunidades, instituciones y demás sectores en la toma de decisiones.**

Ya en la anteriormente mencionada *Conferencia de Alma-Ata*, en 1978, se contemplaba como un requisito de la Atención Primaria de Salud (APS) la **participación ciudadana**, con el fin de que las acciones se dirijan tanto hacia una actuación más comunitaria de la salud como hacia la participación de la propia comunidad y de otros sectores sociales.

Con la utilización de este planteamiento, se publicó en 1984 la primera referencia base de la reforma de la Atención Primaria, el *Decreto 137/84*, que implicaba cambios profundos en este nivel de atención, entre ellos la ampliación de la mirada a la comunidad más allá de la exclusivamente demandante de atención, así como a acciones preventivas y de promoción de la salud, reforma que fue incorporada y ratificada por la *Ley General de Sanidad de 1986*.

Es por ello por lo que se asegura que los puntos claves para la APS son, entre otros, el de la **salud comunitaria**, ámbito en el cual los profesionales pueden y deben sumar responsabilidades, habilidades y competencias, juntamente con otros actores relacionados con la propia comunidad organizada, además de que, para la intervención que posibilite la mejora de aquella, deben incluirse en las políticas de salud, en la formación, en los sistemas de definición de las carteras de servicios y en la organización de éstos y en la **acción intersectorial**.

También se apuesta, en la misma línea, por un trabajo conjunto entre atención primaria y salud pública, en el cual se cubran los requerimientos exigidos en relación con los recursos, la organización, las infraestructuras, etc. pero teniendo en cuenta el papel importante que juegan los actores que no dependen exclusivamente del sistema de salud, como son otras instituciones o entidades, entre los que se encuentran los Ayuntamientos y las organizaciones sociales.

Por otra parte, y de igual forma a lo comentado, podemos hacer referencia al trabajo de la **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)**, que consideró pertinente iniciar, en 1995, una línea de trabajo para promover de forma activa un adecuado desarrollo de los "*contenidos comunitarios*" de la medicina de familia y de la atención primaria para lo cual se creó un "**Grupo Impulsor**" del proyecto, integrado por personas de diferentes Sociedades Autonómicas, con conocimiento y experiencia en el tema, aprobándose en julio de 1996, la puesta en marcha del proyecto denominado "**Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria**" (PACAP).

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

El PACAP identifica a **tres agentes implicados en un proceso de participación comunitaria**, a los que se debe hacer partícipe en la mayor medida posible, y que son, a saber, la **administración, de la que depende la legislación, la planificación, los recursos y la financiación**, los **servicios**, donde se encuentran los técnicos y profesionales con los que cuenta la comunidad para enfrentar los problemas, y el **tejido asociativo y los ciudadanos**, a los que tilda como **los protagonistas del proceso**, entendiéndolo que se deben incorporar a éste tanto las asociaciones y grupos formalmente constituidos como otros actores y líderes sociales.

En este ámbito, el PACAP, habla de **cuatro niveles de participación** y refiere como el más alto aquel en que el **tejido asociativo y los ciudadanos han constituido un órgano comunitario representativo y capaz de protagonizar un proceso de participación de tipo global**, línea que ya había anunciado en el año 1969 Arnstein cuando afirmaba que “los discursos sobre participación son como las espinacas. Nadie está en contra”, y situaba 8 niveles, de menor a mayor calidad democrática: manipulación, terapia de grupo (fábrica de consenso), información, consulta, atemperar o sosegar, partenariado interlocutor, poder por delegación (**codecisión**) y **control ciudadano**.

En este nivel, que es el que **garantiza una mayor y más real participación y el que precisa de menor voluntarismo de los sanitarios**, y al que aspiramos como objetivo final de la realización de este estudio y en la propuesta de la modificación de los Decretos, y según la propia PACAP, **los ciudadanos y el tejido asociativo tienen una capacidad real de influencia y decisión, los sanitarios están al servicio de la comunidad como técnicos, como profesionales en materia de salud, y la promoción de la salud y la intervención comunitaria están centradas en la propia comunidad**, situación a la que se llega mediante un proceso que puede iniciarse desde el Centro de Salud o desde otro lado, y que se fundamenta en el empoderamiento y traspaso de la iniciativa a la propia comunidad.

D) **Tendencias actuales del legislador.-**

También debemos apoyarnos en el trabajo realizado por la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, que emitió, con fecha 27 de septiembre de 2010, un documento de Recomendaciones a seguir en las políticas de salud entre las que encontramos algunos argumentos para defender nuestros posicionamientos y que nos sirven para mostrar, a pesar de que no hayan tenido una aprobación efectiva, que la tendencia actual debe evolucionar hacia una mejora, tanto cuantitativa como cualitativa en la participación.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En este sentido, se identifica como una prioridad para los gobiernos, las fuerzas políticas y los agentes sociales y del sector salud, la búsqueda de un amplio y específico acuerdo sobre el modelo del Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud de las CC.AA con la **incorporación de la participación ejecutiva de la ciudadanía** y de profesionales a todos los niveles del sistema.

Y a su vez, se reconoce la importancia estructural de dicha participación a la hora de legitimar, orientar correctamente y procurar la sostenibilidad del sistema sanitario público y **se recomienda elevar la función de Participación a un primer lugar en la agenda política de los gobiernos nacional y autonómicos, y lo hace con la sugerencia de desarrollar los mecanismos de participación social y profesional a un nivel no meramente consultivo o informativo sino gestor**, en el marco de un nuevo modelo de gobierno de los Servicios de Salud.

Asimismo, el citado documento, determina que la misma Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo se debería constituir en **Comisión de seguimiento de las recomendaciones** establecidas, con lo cual siempre podríamos acudir a ella para reivindicar frente al legislador autonómico que deben tenerse en cuenta las mismas pues, con independencia de su carácter ejecutivo u obligatorio vienen emanadas del órgano que representa el poder legislativo de nuestro sistema democrático.

IV.- ANALISIS NORMATIVO.-

A) Participación Ciudadana.-

En todas las investigaciones que podamos realizar en los ámbitos de la participación ciudadana se repite, como pieza clave, la necesidad de que los órganos creados al efecto dispongan de una capacidad decisoria en sus competencias, la cual choca con la legislación que regula, o más bien que no regula, la promoción de la citada participación ciudadana.

De esta forma, en España, tenemos poca base en la que nos podamos acoger, para un desarrollo adecuado del mandato constitucional que determina el derecho a la participación en los asuntos públicos, en sus *art. 23.1, 129 y en el 9.2* donde se expresa que ***“los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos directamente o por medio de representantes”***.

Esta redacción está tomada del *artículo 25 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, cuyos contenidos son claramente favorables a la participación mediante mecanismos de democracia directa, por lo que la propia *Carta Magna* reconoce dos tipos de participación, por una parte la realizada en los cuerpos democráticos representativos, y habitualmente ejercida por los partidos políticos, y por otra parte a través de la participación directa en los asuntos públicos, sin delegar su voluntad en representante alguno.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Sin embargo, la normativa, y sobre todo la práctica, se han centrado en potenciar el derecho a participar por medio de sus representantes, en la denominada democracia representativa que nos permite ejercitar nuestra capacidad de decisión cada cuatro años, olvidándose de la participación directa, y que, bajo el término de democracia participativa, se basa en la contribución diaria de la ciudadanía al gobierno de la sociedad.

Actualmente solo nos permite disponer de cierta argumentación, la normativa de régimen local puesto que la *Ley Orgánica 1/2002, Reguladora del Derecho de Asociación (LODA)*, presta una nula ayuda y no ha servido para una verdadera promoción de las entidades sociales, objetivo que se debería haber marcado con su promulgación y no la de la regulación de sus formulismos que es en lo que realmente presta más atención.

Con ello la *LODA* cae en la contradicción de que toda una Ley Orgánica, que desarrolla un derecho fundamental, se dedica a regular cuestiones reglamentistas, lo que no solo no cumple objetivos sino que además coarta la posibilidad de impulso de otras normas de inferior rango, a pesar de que su propia *Exposición de Motivos* hace una declaración programática importante, que posteriormente no aplica, al referirse a que *el legislador debe ser especialmente consciente, al regular el derecho de asociación, del mandato contenido en el artículo 9.2 de la Constitución, que deriva directamente de la configuración de nuestro Estado como social y democrático de derecho. Es en este marco legislativo donde la tarea asignada a los poderes públicos de facilitar la participación de los ciudadanos en todos los ámbitos sociales está llamada a encontrar su principal expresión.*

Para la adecuada comprensión y aplicación de este concepto es necesario definir el término “*participación en los asuntos públicos*”, reconociéndose doctrinalmente que ello supone **la intervención en los procesos de toma de decisiones de forma puntual, de modo que se produzca la inserción del ciudadano en la organización administrativa en ciertas partes de esos procesos, persiguiéndose como fin que la ciudadanía no caiga en la abstención y el desinterés por la política o en el desapego, renuncia y rechazo que se produce en casos en los cuales no se ve participe, como ocurre en la sociedad democrática actual en la que crece la abstención y el interés por participar.**

Así, si no se reconoce una aplicación participativa de la democracia, ésta podría perder su legitimidad y correría el peligro de convertirse en puramente formal, o manipulada por minorías o partidos políticos, por lo que, **para que el Estado de Derecho funcione correctamente ha de exigirse un incremento de la capacidad de los ciudadanos para controlar el poder público**, lo cual solo se puede conseguir con una participación más activa y directa en la toma de decisiones, que debe ser efectiva y a la que debe dotarse de las garantías precisas.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En este sentido es en el que se debe relacionar la capacidad de decisión de los órganos de participación, en nuestro caso específico de los Consejos de Salud u otros que se podrían crear o diseñar, con sus competencias, y ya sería un paso adelante **conseguir que se les asignara alguna materia funcional que dispusiera de carácter decisorio**, sino todas, **a lo que podría añadirse la propuesta de que fuera obligatorio su informe, con carácter previo a cualquier toma de decisión**, en los temas que afecten a otro tipo de cuestiones, lo que posibilitaría que, **aunque éstos fueran consultivos, al menos habría intervención, debate y toma de posiciones** en los temas de su objeto social.

Además la *LODA* estipulaba en su *artículo 42*, siguiendo la línea que instauró el pionero *Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Entidades Locales* que más adelante analizaremos, la posibilidad de crear **Consejos Sectoriales de Asociaciones**, que podría ser utilizado para el marco de participación, aunque en la misma no se especifica el ámbito territorial que tienen dichos Consejos, por lo que no conocemos ningún desarrollo efectivo de los mismos.

Igualmente no se desarrolla la regulación de esos Consejos, en cuanto a su composición, pero bien podrían ser un marco de trabajo para desarrollar el campo de la participación en el ámbito de la salud, al ser definidos como *aquellos creados para asegurar la colaboración entre las Administraciones públicas y las asociaciones, como cauce de participación ciudadana en asuntos públicos y que deberán estar integrados por representantes de las Administraciones públicas, de las asociaciones, y por otros miembros que se designen por sus especiales condiciones de experiencia o conocimiento, atendiendo a la distribución competencial concreta que en cada materia exista, determinándose para cada sector concreto su creación, composición, competencias, régimen de funcionamiento y adscripción administrativa.*

B) Legislación municipal.-

La manifestación constitucional de la participación ciudadana, anteriormente relatada, se encuentra reflejada en las disposiciones de legalidad ordinaria de ámbito local encabezada principalmente por la *Ley 7/1985 de 2 abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local (LBRL)* que, siendo la primera norma que regula la Administración Local tras la aprobación de la Constitución, exalta la participación ciudadana desde el mismo preámbulo.

De esta forma ya se relaciona en el *art. 1* que “*Los municipios son entidades básicas de la organización territorial del Estado y cauces inmediatos de participación ciudadana en los asuntos públicos, que institucionalizan y gestionan con autonomía los intereses propios de las correspondientes colectividades*” desarrollándose posteriormente entre los derechos y deberes de los vecinos (*art. 18,1 apartados b y f*) y en los derechos de información y participación ciudadana (*arts. 69 a 72*).

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Asimismo, es fundamental analizar los cambios producidos en la LBRL efectuados por la *Ley 57/2003, de 16 de diciembre, de Medidas para la Modernización del Gobierno Local (LMGL)* puesto que ésta modifica aquella sobre el sustento de dos pilares, uno de los cuales tiene como fin la consolidación de “*un debate político abierto y creativo sobre las principales políticas de la ciudad*” en el que la participación ciudadana juega un papel primordial, por lo cual se determina que aquella debe convertirse en un deber con un contenido concreto que necesariamente tiene que incorporarse al modo de hacer de todos los gobiernos locales.

Ello viene ya establecido desde su Exposición de Motivos donde se dice que “*se ha manifestado como insuficiente, por su carácter meramente declarativo, el tratamiento que de la participación ciudadana se hace en la Ley 7/1985... existe una clara tendencia continental a reforzar las posibilidades de participación y de incidencia de los ciudadanos en el Gobierno Local, para evitar o corregir, en el contexto de un mundo globalizado, el alejamiento de los ciudadanos de la vida pública...hay que destacar la procedencia de incrementar la participación y la implicación de los ciudadanos en la vida pública local.*”

De igual forma en la propia LGML se determina que “*En materia de participación ciudadana, se establecen unos estándares mínimos que constituyen los mecanismos necesarios para su potenciación, por lo cual, la citada norma obliga a todos los Ayuntamientos a establecer normas para la efectiva aplicación de técnicas participativas.*”

Por estos motivos, se justifican las modificaciones de la *Ley de Régimen Local* por una parte por la necesaria adaptación de la Administración a la realidad social y tecnológica del momento y por la promoción que la participación se está haciendo desde el seno de la Unión Europea, con el impulso del Consejo de Europa, siendo ejemplos claros de ello El Libro Verde de Gobernanza Europea o la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo (Rec. 19-2001).

En el mismo sentido la LGML modifica la LBRL incluyendo el *art. 70.1* en el que se estipula la determinación de que “*Los Ayuntamientos deberán establecer y regular en normas de carácter orgánico procedimientos y órganos adecuados para la efectiva participación de los vecinos en los asuntos de la vida pública local...*” que puede relacionarse con el *art. 24* del mismo texto normativo que refiere que “*para facilitar la participación ciudadana en la gestión de los asuntos locales y mejorar ésta, los municipios podrán establecer órganos territoriales de gestión desconcentrada, con la organización, funciones y competencias que cada ayuntamiento les confiera, atendiendo a las características del asentamiento de la población en el término municipal, sin perjuicio de la unidad de gobierno y gestión del municipio*”.

Y todo ello demuestra que esta modificación de la LBRL busca, a los efectos que nos ocupa, una mayor participación directa de los ciudadanos y una evolución de los principios de la democracia representativa hacia los de democracia participativa con el fin de que el ciudadano no se convierta, según lo comentado, en mero comparsa durante un periodo de cuatro años, entre procedimiento electoral y procedimiento electoral.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

También debemos mencionar, que estos preceptos de promoción de la participación ciudadana, que tienen su entrada a través de la legislación local, suelen ver plasmada la articulación de sus mecanismos, y la concreción de los mismos, en el *Real Decreto 2568/1986, de 28 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Entidades Locales (ROF)*.

En este *ROF*, se encuadra en sus *arts. 227 al 236* el Estatuto del Vecino, que probablemente sea, aún 25 años después, el marco más moderno de participación instaurado en nuestra normativa, y que, lamentablemente, no siguió en progresión hacia una participación más efectiva sino que se utilizó en las Administraciones Locales a efectos formalistas.

En el ámbito de los que se suelen denominar como Consejos Municipales de Salud, cabe manifestar que éstos están basados en que se permite, por el *artículo 130* del mencionado *ROF*, la creación por el Pleno de Consejos Sectoriales de Asociaciones, con el fin de canalizar la participación de los ciudadanos y de sus asociaciones en los asuntos municipales y con **exclusivas funciones de informe y propuesta en relación con las iniciativas municipales relativas al sector de actividad que corresponde al Consejo**, con lo cual las competencias con claramente consultivas, y de una forma poco eficiente, siendo establecida su composición por el acuerdo plenario y, un detalle que podía ser interesante a los efectos de los Consejos de Salud, pudiendo ser su ámbito territorial de actuación coincidente con el de las Juntas de distrito.

Pero tampoco existe un verdadero desarrollo normativo de este articulado por lo que no se puede entender que haya habido un gran avance y solo la práctica, o el trabajo ganado a pulso de los movimientos sociales, en lugares donde existe cierta sensibilidad política a la participación, pudo lograr ciertos avances pero nunca consolidados por la normativa necesaria en cada momento, además de que en este caso la competencia en cuanto a nombramiento y desarrollo recaería en la Administración local y habría aún menos capacidad de control de la decisión que en el modelo actual.

Además, intentar volcar los Consejos de Salud al ámbito de los Consejos Sectoriales, provocarían que el control absoluto de los mismos estuviera en los Ayuntamientos, además de que no existirían verdaderas competencias decisorias, que es una de las claves del trabajo que realizamos y a la que aspira la ciudadanía organizada en la sociedad civil.

Por último, tener un Consejo de Salud y un Consejo Municipal de Salud también sería contraproducente puesto que se dispondría de dos órganos de participación, con capacidades similares pero con competencias diferentes en función del ámbito en el que están, con lo cual daría lugar a una menor coordinación en los aspectos de la salud del municipio.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

C) Legislación en los Servicios de Salud y especialmente en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).-

En relación con el ámbito de la salud, además de los Decretos que son objeto de este estudio, tenemos que referirnos a otras normas que regulan los aspectos sanitarios y los servicios de salud, como por ejemplo la LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL SANIDAD, en la que se estipula como uno de los principios generales, según el *artículo 3*, la orientación de los medios y actuaciones del sistema sanitario a la prevención de las enfermedades y a **la promoción de la salud**, hacia la cual deben ir dirigidas las actuaciones de las Administraciones públicas sanitarias, según lo establecido en el *artículo 6* (incluido por la *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*), debiendo orientarse, además, las políticas de salud a la superación de los desequilibrios territoriales.

De igual modo, en su *artículo 4*, se deja claro que tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes, deben organizar y desarrollar todas las acciones sanitarias dentro de una **concepción integral del sistema sanitario**.

Estos dos principios, unidos a los criterios participativos, deberían dar lugar a un fomento de la participación ciudadana, y, en parte parece tener esa intención la citada norma cuando en su *artículo 5.1* especifica que *los servicios públicos de salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución*, aunque, en realidad restringe la participación a los órganos administrativos (en este caso las corporaciones territoriales) por lo que se basa, una vez más, en técnicas de democracia representativa.

Por otra parte, es destacable, por negativo, como en su *artículo 5.2* entiende que *a los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales*, y el *artículo 53* reitera que *las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados*, así como *de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales*, por lo que por una parte especifica la participación de todos los interesados y por otra, deja, como siempre, en segundo plano, a las organizaciones sociales que representan a la ciudadanía, las que de todas formas se pueden acoger a lo establecido en el *artículo 10.10* de la misma Ley que marca como uno de sus principios generales con respecto a las distintas administraciones sanitarias, **el derecho a participar, a través de las Instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen**.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Y para el desarrollo de la participación establecida en el mencionado *artículo 5.2* se estipula la creación de los Consejos de Salud de Área, en el *artículo 58* de esta *Ley 13/1986*, como órganos de participación comunitaria para la **consulta y el seguimiento de la gestión**, funciones meramente consultivas, y donde la representación de los ciudadanos se ejerce **a través de las Corporaciones Locales**, una vez más, democracia representativa.

Por su parte, la *LEY 1/1992, DE 2 DE JULIO, DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS*, refiere como derechos de los ciudadanos, en su *artículo 49.10*, y transcribiendo el artículo antes mencionado de la *Ley 14/1986*, el de *participar, a través de las Instituciones comunitarias en las actividades sanitarias*, como desarrollo del *artículo 3* que recoge como principio informador el de la *participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria, en el control de la ejecución a los distintos niveles y en el desarrollo de aquellas actividades tendentes a elevar el nivel de salud de la comunidad*, instaurando como órganos de participación comunitaria, las figuras del Consejo de Salud de Área, en el *artículo 24*, y del Consejo de Salud de Zona, en el *artículo 28*.

En ese sentido es esta Ley, en el las funciones de los Consejos de Área se estipula las mismas con características generales aunque en los de Zona, en el citado *artículo 28*, especifica sus funciones centrándolas en **participar en la elaboración del diagnóstico de la situación de salud del área y en la estimación de sus necesidades específicas, contribuyendo al desarrollo y ejecución de los programas básicos de Salud y de las acciones tendentes a mejorar el nivel de salud de la comunidad y, en especial, las relacionadas con enfermedades.**

Con respecto a su composición y funcionamiento, la Ley estipula que debe regularse **en función de las peculiaridades sociales y asociativas de la zona**, con criterios de pluralidad y máxima representatividad social, por lo cual instaura un principio de primacía social y asociativa que en la realidad práctica de los Decretos de los Consejos no se llega a aplicar, puesto que en éstos dicha primacía se centra en la Administración Municipal y en la Administración Sanitaria que son los que tienen mayor número de componentes, sin que ello suponga que la cantidad deba suponer calidad en la representación y en la participación.

También es importante analizar, en relación a la normativa que concierne al SESPA, lo establecido en el *DECRETO 66/2009 DE 14 DE JULIO, POR EL QUE SE REGULA LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS Y UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS* donde se pretende, según lo que se establece en su *Exposición de Motivos*, *regular dichas áreas y unidades de gestión clínica, que tienen un mismo fin, cuentan con recursos asignados para el logro de unos objetivos concretos, están dotadas de autonomía de gestión y se coordinan a través de un responsable.*

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Además, se deja claro que *todo ello con la finalidad de, orientando la organización hacia la persona, mejorar la eficacia y efectividad de la práctica clínica, favoreciendo la utilización adecuada de los procedimientos, la realización de intervenciones preventivas y el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y de intervenciones comunitarias que han probado su eficacia, con el fin último de conseguir una atención sanitaria de calidad, basada en decisiones clínicas acordes con la mejor evidencia científica disponible, y en la eficiencia como compromiso social y garantía para la sostenibilidad, implicando a los profesionales integrados en el área en la asunción de responsabilidades, en la toma de decisiones y en la consecución de los fines y objetivos planteados.*

Y para desarrollar este funcionamiento se debe promover uno de los que se dice que son los objetivos que amparan el diseño de la estructura orgánica básica del Servicio de Salud del Principado de Asturias, basado en las propuestas estratégicas que emanan de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, destacando entre éstas la de fomentar una organización integrada que permita superar las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, promoviendo una **mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión de los servicios de salud con la asunción de responsabilidades en la toma de decisiones y en la consecución de los fines y objetivos perseguidos**, en beneficio de la ciudadanía.

Por eso puede ser importante relacionar los objetivos del sistema sanitario con los objetivos de los Consejos y, en función de su composición y de su capacidad de actuación, y de las competencias que puedan disponer, sobre todo las que sean con carácter decisorio, logren un fin común, mejorando la organización a través de la participación de todos los agentes implicados y de la ciudadanía.

Para ello, y en relación con este Decreto, se puede tomar como punto de partida lo que viene establecido en su *artículo 3* que determina la conveniencia de procurar la **colaboración activa en la promoción de la salud**, con los dispositivos asistenciales pertenecientes al SESPA y con los recursos de ámbito municipal o comunitario oportunos, con actuaciones que supongan un análisis de situación, diseño y puesta en funcionamiento de los programas de promoción de la salud, y con realización de intervenciones comunitarias y de prevención de la enfermedad propios de su ámbito de trabajo, así como su posterior desarrollo y evaluación de los niveles de cumplimiento.

Y, a mayor abundamiento, en el *apartado 4* del citado *artículo 3*, se especifica claramente que en el ámbito de la atención comunitaria y salud pública, se deberán establecer **cauces de participación con los responsables de salud pública** en cada una de las gerencias de área sanitaria y **responsables de los distintos programas de la Consejería competente** en materia de salud y servicios sanitarios y con las **diferentes asociaciones o movimientos sociales** de área de influencia, **a través del consejo de salud de la zona y del correspondiente consejo municipal de salud**, potenciando los consejos de salud, comisiones de participación hospitalaria y coordinación entre niveles asistenciales, dando cuenta al consejo de salud de la zona básica.

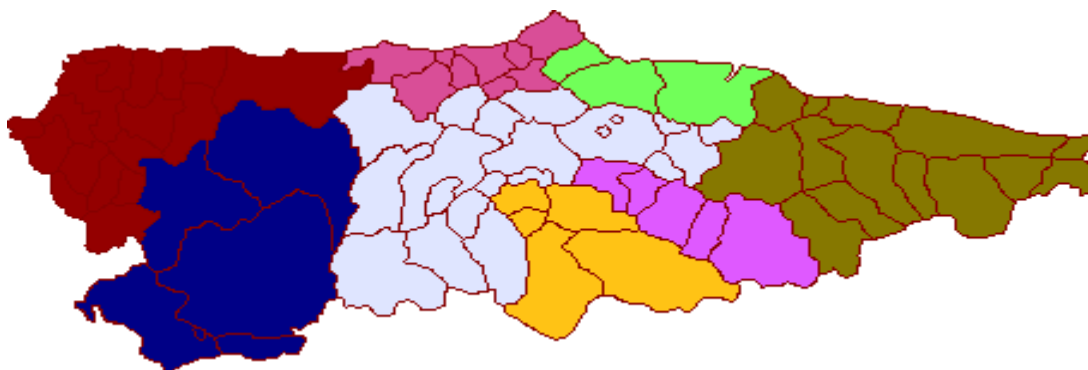
ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Por ello, esta norma, da la posibilidad de relacionar la organización de los servicios sanitarios con la de los órganos de participación, lo cual podría llevarnos a promulgar una nueva norma que pueda coordinar unos y otros, en el marco competencial adecuado y necesario, en función del compromiso político y social que exista para su desarrollo.

IV.- INVESTIGACION SOBRE LOS CONSEJOS DE SALUD.-

A) Consejos de Salud de Área.-

Actualmente están creados y en funcionamiento los ocho Consejos de Área en todas las establecidas en el Principado de Asturias repartidas según la siguiente composición en la que se incluye la cabecera, el Hospital de referencia y la fecha de constitución:



Número	Cabecera	Hospital	Fecha
I	<u>Jarrio</u>	<u>Hospital de Jarrio</u>	29-04-2008
II	<u>Cangas del Narcea</u>	<u>Hospital Carmen y Severo Ochoa</u>	Octubre 2009
III	<u>Avilés</u>	<u>Hospital San Agustín</u>	01-10-2009
IV	<u>Oviedo</u>	<u>Hospital Universitario Central de Asturias</u>	25-09-2006
V	<u>Gijón</u>	<u>Hospital de Cabueñes</u>	2009
VI	<u>Arriondas</u>	<u>Hospital del Oriente de Asturias</u>	19-02-2008
VII	<u>Mieres</u>	<u>Hospital Álvarez Buylla</u>	19-02-2009
VIII	<u>Riaño</u>	<u>Hospital Valle del Nalón</u>	12-06-2008

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

La **composición** de los Consejos, que establece el Decreto 3/2006, y que sigue lo establecido en la *Ley 23/1986*, que estipula que deben ser veinte miembros, según la siguiente constitución:

a) El cincuenta por ciento en representación de la población del área de salud, atendiendo a la siguiente distribución:

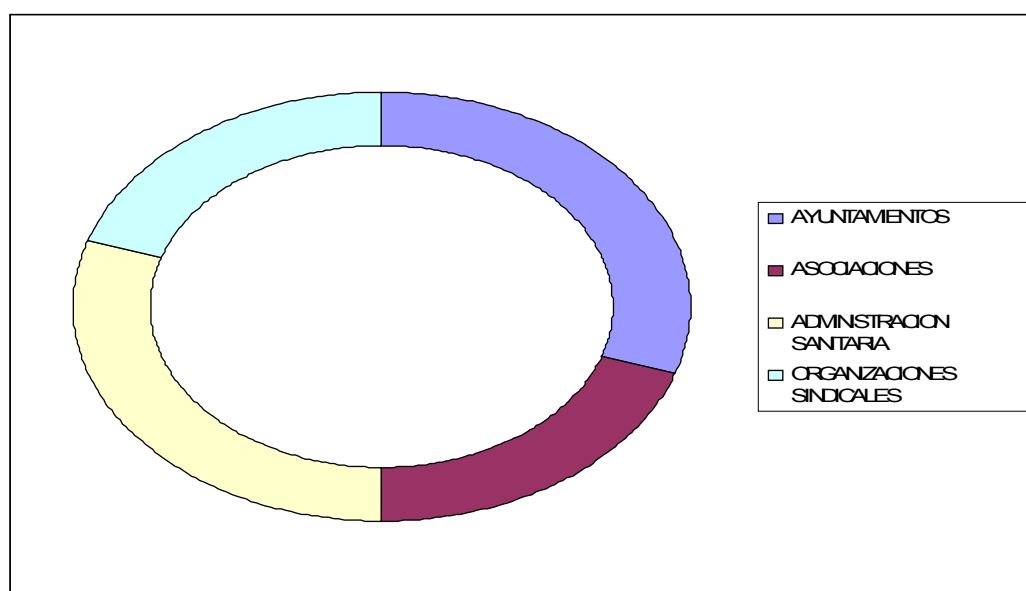
— Seis miembros designados a propuesta de las corporaciones locales del área a través de la Federación Asturiana de Concejos.

— Cuatro miembros designados a propuesta de las asociaciones ciudadanas de usuarios, **que tengan implantación territorial** en el área de salud, con la siguiente distribución: Un miembro por las asociaciones de personas mayores del área, un miembro por las asociaciones de vecinos del área, uno por las asociaciones de mujeres y finalmente, otro por las asociaciones juveniles establecidas en el área de salud.

b) El cincuenta por ciento en representación del Servicio de Salud, atendiendo a la siguiente distribución:

— Seis miembros designados por la administración sanitaria de entre el personal directivo del área de salud, uno de los cuales será el titular de la Gerencia del área.

— Cuatro miembros en representación de los trabajadores del Servicio de Salud a través de las organizaciones sindicales y según los criterios de proporcionalidad y representación establecidos en la Ley Orgánica de Libertad Sindical.



Composición Consejo de Salud de Área

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En la práctica, y analizando la composición de los Consejos creados, comprobamos cómo se sigue a rajatabla la estructura de los **miembros designados por la administración sanitaria**, entre los que se encuentran como fijos la Gerencia, porque así lo dice el Decreto, y los Directores Médico, de Gestión y de Enfermería; cumpliéndose también con los de los **representantes de los trabajadores** a través de las organizaciones sindicales, así como los designados por la **Federación Asturiana de Concejos**, cuyo cargo recae, sistemáticamente y en su práctica totalidad, en los Alcaldes del ámbito territorial del Área.

Sin embargo, si hacemos un análisis de los integrantes del Consejo que están designados por las **organizaciones ciudadanas** nos encontramos con que por una parte existe una indefinición en el perfil y la representación y representatividad de dichos miembros y por otro, aún más preocupante, que **en algunos de los Consejos no se completa el número de representantes que tienen que nombrar dichas entidades sociales**.

Con ello, iniciando un análisis reflexivo práctico entendemos que la **representación de la administración sanitaria está adecuadamente diseñada y estructurada**, con los representantes técnicos de las diferentes materias de gestión, **así como los representantes de los trabajadores cuya designación, realizada por las organizaciones sindicales, tiene un sistema perfectamente delimitado por la representación y proporcionalidad sindical**.

Pero también podemos decir que **la representación municipal se confiere a los máximos representantes municipales, sin tener en cuenta su formación o trabajo en el campo de la Salud**, pudiendo ser más adecuado que fueran los/as Concejales/as del ramo los que participaran, ya que no se debería tratar tanto de una representación institucional, como es la que propicia la designación de los máximos mandatarios de un Ayuntamiento, sino de la participación de miembros de las Administraciones Locales con formación o competencias en el ámbito de la salud.

Y, como dijimos anteriormente, **las mayores lagunas**, y un tema preocupante que debería resolverse a la mayor brevedad, se centran en la participación de las asociaciones ciudadanas, puesto que parece que aún no se ha encontrado el sistema para designar a los llamados *integrantes con “implantación territorial”* con lo cual nos encontramos ante una aparente improvisación en la designación lo cual conlleva el peligro de que no se consiga la participación adecuada.

B) Consejos de Salud de Zona.-

Durante el año 2010 había en funcionamiento, en el Principado de Asturias la cifra de diecisiete Consejos de Salud de Zona, repartidos en seis de las ocho áreas, únicamente no habiéndose creado ninguno en la de Cangas de Narcea (II), aunque se está en el proceso, siendo algunos datos significativos los siguientes:

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

- Áreas con más número de Consejos: Área V (7) y Área 8 (3)
- Zonas Básicas de Salud comprendidas: 69
- Zonas Especiales de Salud 16
- Porcentaje de zonas por concejo: 20%

De igual forma no podemos dejar de llamar la atención al dato de que la constitución y puesta en funcionamiento de la mayor parte de los Consejos existentes se ha realizado en los dos últimos años, con lo cual se han perdido unos cuantos años de experimentación desde la promulgación de los Decretos.

Los Consejos de Zona, en **funcionamiento en el año 2010**, junto con su área de referencia, y su año de inicio, son los siguientes:

CONSEJO	AREA	FECHA
Trevías	I	15-12-09
Luanco	III	14-12-09
Corvera	III	17-12-10
La Fresneda	IV	17-03-10
Grado	IV	20-12-10
Villaviciosa	V	2006
Perchera	V	1992
Contrueces	V	1987
El Llano	V	1996
El Coto	V	1992
La Arena	V	2006
El Parque – Somió	V	1998
Arriendas	VI	25-01-10
Ribadesella	VI	21-05-10
Moreda	VII	02-03-2011
Sotrondio	VIII	12-05-10
Laviana	VIII	09-07-09
Caso - Sobrescobio	VIII	15-12-10

La **composición** básica de éstos Consejos, en función de lo establecido en los Decretos, es la siguiente:

- a) El coordinador o coordinadora médico del equipo de atención primaria o, en su defecto, un facultativo médico del equipo designado por la gerencia de atención primaria.
- b) Cuatro miembros del equipo de atención primaria, nominados por la gerencia de atención primaria, y entre los que estará un diplomado o diplomada de trabajo social si lo hubiera.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

c) Un farmacéutico o farmacéutica que ejerza en la zona de salud designado por los farmacéuticos de la zona básica de salud.

d) Un representante de cada uno de los Ayuntamientos que constituyan la zona de salud. En los casos en que la zona esté constituida por un solo Ayuntamiento se designarán dos representantes del mismo.

e) Un representante de cada una de las siguientes asociaciones o entidades, elegido por y entre ellas mismas, cuyo ámbito de influencia se extienda a la zona básica de salud y **presente un proyecto de actuación comunitaria en salud**: Asociaciones de enfermos, asociaciones de vecinos, asociaciones de mujeres, asociaciones de personas mayores, asociaciones juveniles, consejos escolares de centros de enseñanza y centrales sindicales.

El análisis de esta composición en la práctica conlleva la misma lectura y los mismos criterios comentados en relación con los Consejos de Salud de Área, resaltándose el cumplimiento, a nuestro ver importante, de la participación de un/a diplomado/a en Trabajo Social y un/a farmacéutico/a, además de que, con respecto a las organizaciones ciudadanas podemos añadir que en muy pocos casos se puede decir que las representaciones que se ostentan tienen lo que el Decreto denomina “un proyecto de actuación comunitaria en salud” que, por otra parte, puede ser un criterio válido para asumir dicha representación en la participación y debería ser tenido en cuenta a la hora de organizar ésta.

C) Marco competencial en los Decretos de los Consejos de Salud.-

A pesar de que la promulgación de los *Decretos 2/2006 y 3/2006* por los que se regulan la constitución y el funcionamiento de los Consejos de Salud de Zona y de Área, respectivamente, pudieran suponer un impulso, y aunque bien es cierto que muchos de ellos ya estaban funcionando y otros, como hemos visto en los datos estadísticos, tardaron unos años en constituirse, es evidente que en la realidad actual **no tienen verdaderas competencias efectivas**, ni tampoco podríamos asegurar cuáles son las materias en las que se podría incidir con mayor capacidad, al igual que las aportaciones de los colectivos sociales se convierten, como suele ser habitual, en testimoniales, a pesar de ser los habituales impulsores y máximos interesados en este tipo de participación.

Por ello, el debate debería finalizar con la **modificación de los citados Decretos** para incluir en ellos criterios de trasfondo participativo, y no solo de características formales y de contenido reglamentario, como ocurre en la actualidad, **determinando con exactitud las competencias que dichos Consejos pueden tener a su disposición, aptitudes que estén relacionadas con la capacidad de decisión**, para evitar que sigan siendo, en el mejor de los casos, órganos meramente consultivos, lo que suele provocar que pierdan efectividad, sobre todo al caer en el desánimo con la comprobación de la poca validez del trabajo y el tiempo que se invierte en ello, lo cual impide la consecución del objetivo principal, hacer que la participación ciudadana sea el eje principal en las políticas de salud.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

De esta forma, entendemos que **se deben regular claramente las materias en las cuales los Consejos de Salud puedan tener su propia legitimación y sean de obligado cumplimiento para las Administraciones**, sean las que sean, para dotar de contenido efectivo al trabajo de los Consejos de Salud y promocionar la participación ciudadana y así conseguir el fin principal el que las políticas de salud sean más cercanas tanto al personal que trabaja en el ámbito como a los destinatarios y a la sociedad civil en general.

En este marco, las competencias que se atribuyen a los Consejos de Salud, partiendo de la relación de funciones que se desarrollan en el *Decreto 2/2006*, para los de Zona, con lo que se pueden analizar de la siguiente forma:

- **Competencias de conocimiento:**

Conocer la elaboración del diagnóstico de la situación de salud de la zona (*art. 3 a*).

Conocer la elaboración, realización y evaluación de los programas de salud diseñados por el equipo de atención primaria (*art. 3 b*).

Conocer la evolución de los recursos estructurales, humanos y económico-financieros destinados a garantizar la asistencia sanitaria de la zona básica de salud, y valorar el grado de eficiencia en su aplicación (*art. 3 f*).

- **Competencias de colaboración:**

Colaborar en la determinación de los problemas prioritarios de salud de la zona y en la detección de sus necesidades específicas, así como en la elaboración de las correspondientes propuestas de mejora y proyectos de actuación

- **Competencias participativas:**

Participar en la elaboración del diagnóstico de la situación de salud de la zona (*art. 3 a*).

Participar en la elaboración, realización y evaluación de los programas de salud diseñados por el equipo de atención primaria (*art. 3 b*).

Participar en la elaboración, desarrollo, y ejecución de los programas de salud y de todas aquellas acciones tendentes a mejorar el nivel de salud de la comunidad (*art. 3 d*)

Participar en cualquier otra actuación planteada por la Consejería competente en materia de salud y servicios sanitarios o que el propio Consejo como tal surgiera y sea autorizada previamente por la gerencia de atención primaria (*art. 3 j*).

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

- **Competencias de contribución:**

Contribuir al desarrollo y ejecución de todas aquellas acciones relacionadas con la información sanitaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con un enfoque comunitario (*art. 3 e*)

- **Competencias informativas:**

Informar el anteproyecto del Plan de Salud de área y remitirlo al Consejo de Salud del área (*art. 3 h*)

Informar y conocer cualesquiera otros asuntos que le sean propuestos por el Coordinador del equipo de atención primaria o por cualquier otro órgano directivo de la Consejería competente en materia de salud y servicios sanitarios o por cualquier miembro del Consejo de Salud (*art. 3 i*)

- **Competencias propositivas y de promoción:**

Promover el desarrollo de los derechos y deberes de los usuarios de la zona básica de salud, conociendo e informando las reclamaciones y sugerencias que pudieran presentarse si la naturaleza de las mismas así lo aconsejara (*art. 3 g*).

Proponer la adopción de cuantas medidas mejoren el funcionamiento y atención prestados por los servicios sanitarios y, en su caso, la creación de otros nuevos (*art. 3 k*).

Como análisis general podemos afirmar que las competencias son muy amplias pero que la realidad de la participación efectiva es más bien escasa puesto que la mayor parte de ellas se basan en conocer, colaborar, contribuir, informar, proponer o promover, siendo más destacables y en los que realmente queremos incidir, todos aquellas puntos que están relacionados con el verbo “participar” partiendo del análisis que realizamos en el presente estudio en el que constatamos que la participación debe ser efectiva y con competencias decisorias.

D) **Situación actual y perspectiva ideal.-**

Como hemos visto en la evolución de las últimas décadas, siempre se ha defendido la **participación comunitaria como un pilar vertebrador de las políticas de salud** al igual que cualquier intervención en esta materia también debe considerarse como un **eje transversal de las actuaciones en el ámbito de la ciudadanía, sin olvidar que todo ello tiene que ir relacionado con la toma de decisiones y la capacidad de influencia** de la que se pudiera disponer en las mismas, puesto que lo contrario supondría un *brindis al sol* sin efectividad propia en la ejecución de los acuerdos que se puedan adoptar.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Y ello es así porque, como hemos visto, las normas de carácter estatal, autonómico y local siempre dejan la participación de la ciudadanía al libre arbitrio y a la decisión final de la Administración con lo cual solo se puede ejercer la denominada democracia representativa, que permite elegir a nuestros representantes en cada uno de los procesos electorales, en vez de la deseable y necesaria democracia participativa, que permite la implicación en la toma de decisiones en el trabajo diario, línea que, aunque no venga así reflejada en la normativa tradicional, empieza a seguirse en la actualidad por la doctrina y por la legislación más moderna, a la que nos deberíamos sumar si realmente queremos apostar por una evolución en este aspecto.

En este sentido es en el que se debe relacionar la capacidad de decisión de los órganos de participación, en nuestro caso específico de los Consejos de Salud pero también en otros que se pudieran crear o diseñar, con sus competencias, y ya sería un paso adelante **conseguir que se les asignara alguna competencia funcional que dispusiera de carácter decisorio**, sino todas, **a lo que podría añadirse la propuesta de que fuera obligatorio su informe, con carácter previo a cualquier toma de decisión**, en los temas que afecten a otro tipo de competencias, lo que posibilitaría que, aunque éstos fueran consultivos, al menos habría intervención, debate y toma de posiciones en los temas de su objeto social, y que también fueran competentes para **recibir información en los asuntos que fuera necesario conocer** tanto para la implicación en las materias como para la implicación en la distribución de la misma.

Por ello creemos importante trabajar en la línea de darle un verdadero sentido y una efectividad propia a las actuaciones en la participación de forma que, aprovechando los datos que se pueden extraer de las experiencias de los Consejos existentes y de sus diferentes estructuras, composiciones y métodos, podamos realizar un diagnóstico fiable que permita encontrar las argumentaciones para conseguir un objetivo específico basado en la **elaboración de propuestas de la formulación jurídica los órganos de participación comunitaria en el ámbito de la promoción de la salud, o, como mínimo en la reformulación de la existente para los Consejos de Salud.**

Un somero repaso a la regulación de éstos, determinada en los *Decretos 2/2006 y 3/2006, de 12 de enero*, nos descubre **verdaderas contradicciones entre su supuesto interés por la participación ciudadana en el ámbito de la salud**, reflejado incluso en la *Exposición de Motivos* de la norma, **y lo establecido en su articulado, en el que nunca se percibe una apuesta clara porque la capacidad de decisión pase por dichos órganos**, con lo que no se lleva a la práctica el pretendido protagonismo de la comunidad y el anunciado compromiso de apostar por una corresponsabilidad compartida entre la ciudadanía y los profesionales.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Por ello, la realización de este **estudio técnico de los Decretos que pusieron en funcionamiento los Consejos de Salud**, debe permitir que, sin olvidar las experiencias existentes previas a su promulgación, se encuentren y reconozcan los argumentos que permitan dirigirse hacia una promoción efectiva de la participación comunitaria, **debiendo ser su fin el de darle un valor real y una obligatoriedad a las actuaciones enmarcadas en el ámbito de la participación ciudadana.**

E) **Dificultades y debilidades.-**

Para el análisis de todos los indicadores que necesitamos estudiar, existen una serie de índices que nos hacen ver como factible la posibilidad de conseguir que se modifique la regulación, pero nos encontramos con ciertas **dificultades** que deben analizarse, con el fin de proponer las soluciones que minimicen sus problemas, siendo aquellas las siguientes:

1.- No existe un **concepto** unívoco de Consejo de Salud ni de las **funciones** de las que debe disponer, ni siquiera de la **composición** y de su **ámbito** territorial, por lo cual es difícil llegar a un consenso sobre un tema en el que no suele existir acuerdo ni siquiera en su definición.

2.- Los Decretos, contradictorios en su redacción, **no influyen** lo que debieran, ya que no se hace la misma lectura de ellos desde el ámbito sanitario que desde la visión ciudadana.

3.- En la práctica **no hay una voluntad política** que acepte a la ciudadanía como protagonista de su propia salud ya que desde **la Administración no se suele programar ni prever la participación ciudadana**, con políticas de actuación que emanen desde las instituciones, y la mayor parte de las veces se improvisa o se entiende que se participa solo por el hecho de que se ponga a disposición la información en ámbitos administrativos sin que en ningún caso se piense en potenciar una corresponsabilidad en la toma de decisiones.

4.- No se tiene claro, en este ámbito de la Promoción de la Salud, el **reparto** de papeles y **responsabilidades** entre políticos, sanitarios y ciudadanía.

5.- Los Consejos de Salud no pueden entenderse como obligatorios, con la función de promocionar salud colectiva debido a que los conceptos integradores de la triada “la salud biológica, la salud social y la salud medio ambiental” no acaban de tener cabida en los Centros de Atención Primaria, que se dicen de Salud, además de que **la atención biomédica desplaza la salud comunitaria y su promoción**, facilitando con ello la medicalización de la población.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

6.- En la actualidad, la **ciudadanía**, que forma parte del Consejo de Salud a través de los representantes de las entidades asociativas de implantación territorial, es **considerada** por muchos de los sanitarios **como ajena al Centro**, cuando no como intrusa, además de que, en muchas ocasiones, carece de una adecuada representación y representatividad, por la improvisación en su designación, anteriormente mencionada, y ello va en contra de la necesaria corresponsabilidad de todos los actuantes.

7.-Puede provocarse **confusión con los conceptos paciente/cliente/usuario**, así como con que las entidades que se reflejen como posibles actores de participación se identifiquen como Asociaciones de Pacientes, debiendo huirse de esta calificación, sin que ello suponga que no puedan participar igualmente, siendo más conveniente que se haga referencia a organizaciones sociales en general, y sobre todo, que tengan carácter representativo en el ámbito territorial en el que se pretenda intervenir, como menciona el propio *Decreto 2/2006*.

8.- Los Consejos de Salud que de alguna manera funcionan lo hacen a expensas del compromiso de algunas personas con sensibilidad social, ya sea por **voluntarismo** del personal sanitario o de la ciudadanía o por implicación en la actividad social, pero sin que, en ningún caso, dispongan de ningún poder de decisión, lo cual perjudica en la concepción y en el ánimo de seguir participando.

9.- En ocasiones **se mal interpreta**, en los conceptos barajados entre los profesionales y los representantes de los colectivos sociales, **los términos voluntarismo y voluntariado**, a los que se asemeja con connotaciones de “altruismo” o “militancia” como si dicha función careciera de importancia, **así como** los relativos a la **profesionalización**, como si ésta llevara consigo prejuicios relativos a “remuneración”, “lucro”, “burocracia”, lo que hace confundir los términos y sus respectivos significados, así como las funciones a desarrollar.

10.- Las Asociaciones ciudadanas deben tener en cuenta unos criterios de representatividad cuyo enfoque principal debe ser el de que hayan tenido un **proyecto de actuación comunitaria en salud**, lo cual puede ser, sin ningún género de dudas, un punto de determinación de cuáles son las entidades más “dignas” de formar parte de los órganos de participación comunitaria en salud, pero en la realidad hay que reconocer que hay pocas entidades que tengan ese proyecto y la representación se adquiere como reconocimiento a su trabajo en el territorio.

F) Propuestas de contenido sobre la formulación de los Consejos.-

Para iniciar un debate que provoque unos resultados fructíferos, debemos valorar **propuestas** de contenido o de fondo, y que nos ayuden a analizar las diferentes posibilidades o, como mínimo, enriquecer los conocimientos, con el fin de que sirvan posteriormente para aplicar, desde el punto de vista práctico, a la redacción formal del articulado de la norma a proponer, siendo las reflexiones que proceden las siguientes:

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

○ El Consejo de Salud debe ser algo más que un foro de encuentros para informar, por lo que debe disponer de un marco de trabajo efectivo que le haga partícipe de las políticas de salud del ámbito territorial al que representa y de la ciudadanía que se encuentra inmersa en el mismo.

○ El Consejo de Salud ha de ser el instrumento que convierta a todos sus participantes como miembros de un sistema vivo, evolutivo, en el modelo de la interrelación dinámica de trabajadores/as del Centro y del voluntariado.

○ El Consejo de Salud no debe convertirse en un órgano que promulgue una actuación sanitarista sino que debe ser un espacio que Promocione Salud Comunitaria, con fines compartidos por los profesionales del ámbito sanitario, incluidos/as enfermeros/as comunitarias y responsable de trabajo social, por los farmacéuticos de la zona, por los representantes sociales que dispongan de programas de salud, y por todos los grupos que integran el Consejo, debiendo ser enmarcado en un espacio dotado de poderes decisorios.

○ En los Decretos se ha de reconocer al Consejo de Salud como un recurso más del Centro, sin que ello suponga que dependa del mismo ni de sus responsabilidades, dotando del tiempo y recursos necesarios a sus componentes sanitarios, para que, junto a la ciudadanía, forme un equipo, en red, con tareas asistenciales y de promoción de la salud colectiva.

○ La composición de los Consejos de Salud ha de ser representativa, no tanto por decreto como por la fuerza interactiva y compromiso de los integrantes, pero en todo caso tiene que ser plural y dar posibilidades de que la ciudadanía no esté coartada por la participación, en número y en poder, del personal sanitario o de los representantes municipales. Esa representación debe tener un contenido importante en el sentido de que las personas que participen en los órganos de salud tengan tanto la capacidad de transmitir las políticas de salud de su entidad como de trasladar a la misma las cuestiones que se deriven de las sesiones de los Consejos.

○ Los Consejos de Salud no pueden quedar a expensas del voluntarismo, sin que ello implique negar la trascendencia del voluntariado, pero sin que dependa su funcionamiento de la implicación de sus miembros o de la disponibilidad en tiempo y en recursos monetarios de las personas que forman parte del mismo.

○ Debe quedar claro, en relación con el voluntariado, que el término profesional no tiene por que ser sinónimo de remunerado, sino que implique ser actor de calidad o de capacidad contrastada para llevar a cabo adecuadamente una tarea para lo cual la clave se centra en la formación, de manera que debe desterrarse el voluntarismo y la improvisación a favor de la planificación, la evolución y la eficacia sin que ello produzca un menoscabo de la espontaneidad y la creatividad que posibilita la participación de cada individuo en una acción colectiva.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

○ También debe tenerse en cuenta el marco territorial del Consejo de Salud puesto que existen diferencias importantes sobre el territorio como ocurre en las zonas rurales, en las que es lógico tener un Consejo de Salud de Zona por Centro, y las urbanas, en las que esto podría no tener mucho sentido, por lo que podrían estudiarse otras posibles opciones. Por ello en ámbitos territoriales como las “grandes ciudades” asturianas debe tenerse en cuenta el entorno de los Distritos por ser la distribución territorial más práctica que existe dentro de los municipios.

○ Debe discutirse y debatirse las diferentes posibilidades que otorgan los Consejos de Área y de Zona, a la vez que estudiemos si las competencias principales de ejecución y de decisión deben encontrarse en uno o ambos.

○ Sería conveniente incluir dentro del organigrama de trabajo la creación de grupos operativos que faciliten el trabajo del Consejo de Salud, con el fin de que no tenga que reunirse éste para ejecutar sus acuerdos sino que se pueda hacer a través de otro tipo de órganos participativos.

G) Propuestas normativas.-

En cuanto al **artículo**, con carácter previo a la redacción detallada de una propuesta de norma que sustituyera o modificara los actuales Decretos, debemos destacar algunas **referencias** que pueden servirnos como punto de partida:

1. Si pensamos en la **norma a proponer**, la solución ideal, que supondría una clara apuesta política por promover la participación, debería ser la de promulgar una Ley sobre Participación en el Ámbito de la Salud, que permitiera diseñar una actuación general, y que fuera de contenido sencillo y programático para que pudiera ser desarrollado posteriormente por Decretos o Reglamentos.

2. De no llegar a esta solución ideal, parece conveniente simplificar las normas existentes, **fusionando** en uno **los dos Decretos relacionados con los Consejos de Salud**, sin olvidarnos del que está altamente relacionado con los mismos, el de la Unidades de Gestión Clínica, Decreto fusionado que no solo debe regular ambos Consejos, de Zona y de Área, sino beneficiar la coordinación de ambos, y de los de Zona entre sí, evitando repeticiones innecesarias, pudiendo quedar abiertas otras vías de participación de futuro, además sería muy recomendable que la norma a promulgar fuera clara y sencilla, sin necesidad de reglamentar en exceso algunas cuestiones que pueden ser aprobadas en reglamentos de funcionamiento interno pero dejando claras algunas cuestiones de organización.

3. Ya valoramos anteriormente como muy positivo la declaración de intenciones que viene estipulada en la **Exposición de Motivos** de ambos Decretos que, aunque mejorable, podríamos aceptar en su integridad:

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Una de las claves que explican el funcionamiento y desarrollo de las sociedades democráticas es la participación ciudadana, que se convierte por ello en uno de los cauces más idóneos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud contribuyendo así a la mejora colectiva de los servicios sanitarios.

*La responsabilidad de participar en la **gestión** y mejora de los servicios sanitarios corresponde por igual a los profesionales sanitarios y a los usuarios del sistema de salud.*

Es una tarea que incumbe asimismo a todos los ciudadanos, en orden a potenciar estilos de vida sanos y entornos saludables.

4) También podemos hacer referencia a los **conceptos** de ambos Consejos, que tiene un cierto poso de una intención de que éstos sean meros órganos colaboradores y consultivos y no decisorios y de participación efectiva, puesto que en su definición se excluye, suponemos que casualmente, el concepto participar, cuando se dice textualmente que:

Consejo de Zona es el órgano de participación comunitaria que tiene como objetivo colaborar, conocer, orientar, proponer e informar los programas de salud y las actividades sanitarias que realiza el equipo de atención primaria

Consejo de Área es el órgano de participación comunitaria que tiene como objetivo colaborar, conocer, orientar, proponer e informar los programas de salud y las actividades sanitarias que se realizan en la demarcación territorial de su correspondiente área de salud.

Por tanto, podríamos compartir estas definiciones si a las mismas les aplicamos y añadimos el carácter de la responsabilidad de participar en la gestión que viene referido en la Exposición de Motivos.

5) En cuanto a las **funciones** es destacable que entre ambos, Zona y Área, se redactan hasta veintiuna funciones, las cuales en bastantes casos se subsumen y son reiterativas y redundantes, pero que sin embargo en su práctica totalidad no dotan de competencias ejecutivas, repitiéndose las palabras “conocer”, “colaborar”, “contribuir”, “informar”... que si bien no son conceptos descartables siempre están enfocados a una participación meramente propositiva, colaboradora, difusora y, como mucho consultiva, y en ningún caso, salvo excepciones, aparecen las necesarias competencias decisorias.

No obstante debemos destacar como redacción adecuada, siempre que se le dotara de esas competencias decisorias, y que de hecho sería suficiente para enmarcar como función exclusiva de los Consejos (si se le incluyera la referencia que realicemos entre paréntesis) la que se refleja para los de Zona en el *artículo 3 d) del Decreto 2/2006*, que dice que sería la de:

Participar en la (GESTION DECISORIA DE LA) elaboración, desarrollo, y ejecución de los programas de salud y de todas aquellas acciones tendentes a mejorar el nivel de salud de la comunidad.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Podría ser recomendable distinguir funciones con diferente ámbito de participación, con más capacidad de decisión en algunos casos, y en otros a mero título consultivo, incluso en otras a efectos informativos, en materias de gestión técnica que no fuera adecuado la participación en la decisión a llevar a cabo.

6) En relación con las referencias negativas podemos mencionar a algunas prácticas que deberían retirarse del espíritu de los Decretos, como son la **primacía de los Coordinadores de Atención Primaria o de la Gerencia del Área** que, en la presente regulación, no solo son los únicos que tienen la iniciativa para constituir los Consejos de Salud, sino que también tienen instaurada la Presidencia del Consejo por Decreto, nunca mejor dicho, con su correspondiente voto de calidad en caso de empate.

En este sentido sería recomendable que la iniciativa pudiera llevarse a cabo por cualquier organización social con representatividad o trabajo en el ámbito de la vecindad o de la salud, y que el sistema de elección de su Presidencia, acorde con los parámetros democráticos, se realice entre los miembros del propio Consejo, como bien se estipula en la actual regulación para los cargos de Vicepresidencia y Secretaria, y no directamente, por el mero hecho de tener un cargo directivo en la organización sanitaria.

7) En lo que respecta a la **composición** de los Consejos, sin ser del todo desdeñable el intento de que estén representados los diferentes sectores sociales y asociativos que estipula el de Zona (*enfermos, vecinos, mujeres, personas mayores, juveniles, consejos escolares y centrales sindicales*) puede caer en el peligro de que se entienda que es una lista con numerus clausus, o cerrada, lo que impediría la participación de cualquier otro miembro que no estuviera incluido en el mismo, pero, además, debe tenerse muy en cuenta que los integrantes del Consejo realmente tengan una representación adecuada a las entidades con “*implantación territorial*” como dice el Decreto, o, que tengan un “*proyecto de actuación comunitaria en salud*”, criterio que debería seguirse para la elección de sus miembros.

Por otra parte tampoco es mala técnica el instaurar que por lo menos la mitad de los componentes del Consejo, como se hace en el Decreto actual de los de Área, esté formada por representantes “*de la población*” aunque el hecho de que en la misma se apliquen seis miembros a los Ayuntamientos y cuatro a las asociaciones, y que además se refiera también a una distribución también cerrada, ahonda en la crítica de la primacía de la mencionada democracia representativa por encima de la participativa al existir más representantes municipales, y por tanto de la democracia representativa, que de la ciudadanía, que personifica la democracia participativa.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

8) También sería importante afinar en el estudio sobre el **ámbito territorial**, puesto que en ocasiones se entiende que está desvirtuado el trabajo en los Consejos si no se tiene en cuenta la diversidad de opciones que existen, mucho más en un territorio como el asturiano, en el cual la superficie y la población son altamente distorsionantes de los criterios estadísticos.

Ello es así puesto que existe una diferencia de modelos y necesidades entre las zonas rurales y urbanas, y entre las áreas metropolitanas y las zonas orientales y occidentales, que deben hacernos buscar un modelo adecuado y que no tiene por qué ser uniforme sino que adaptado a las características particulares y peculiares de cada territorio.

Así, como se dijo anteriormente, si bien en las zonas rurales un Consejo de Zona está perfectamente delimitado por el Centro de Salud, en los ámbitos urbanos podría estudiarse la opción de crear Consejos en los Distritos, aprovechando las posibilidades de organización que da la legislación relativa a la Administración Local, anteriormente mencionada, sobre todo en los aspectos reformadores de la Ley de Bases, en el sentido de apostar claramente por la democracia participativa.

9) En relación a los **órganos de participación de carácter sectorial**, a los que se refiere la *Ley 14/1986*, puede ser utilizada esa mención para la constitución de **Grupos Operativos** que pueden incluirse en los Decretos con la creación de **Mesas o Grupos de Trabajo, representadas en su mayor parte por la ciudadanía**, de forma que, al estilo de las experiencias que ya se han puesto en práctica, puedan servir como equipos dinamizadores de los Consejos de Salud, poniendo en funcionamiento los acuerdos tomados en los mismos y llevándolos a efecto, así como facilitando la interrelación y conexión entre los diferentes Consejos que puedan existir en un marco territorial.

10) No podríamos olvidar algunos detalles que, si bien pueden ser propios de un Reglamento interno más que de un Decreto, deberían quedar reflejados aunque fuera someramente, y son aquellos relativos a los **derechos y deberes de los miembros del Consejo**, con el fin de huir del voluntarismo que vaya en contra del voluntariado.

De esta forma, de una manera u otra, habría de tenerse en cuenta tanto la representación que asume y la representatividad que tiene la entidad designada, cuestión ya mencionada anteriormente, o cuestiones tan prácticas como los horarios de reuniones o la retribución por la asistencia a los Consejos, en el mismo marco en el que lo tengan el personal sanitario o los representantes de la Administración, remuneración que no pretendería tener un ánimo recaudatorio ni supondría perder el “sin” ánimo de lucro sino compensar los gastos que para el participante, o para la entidad que representa, se soporta en el ejercicio de sus funciones.

ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Asimismo deberían realizarse actuaciones de formación con el fin de conseguir una mayor capacitación y cualificación del voluntariado y de los representantes de las organizaciones sociales, para el desarrollo de las funciones y tareas encomendadas en su papel activo y decisorio dentro de los órganos de participación en los que deben colaborar.

V.- CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis y debate en relación a los aspectos de participación ciudadana y comunitaria en el ámbito de la salud, así como la investigación sobre los Consejos de Salud, parece necesaria una reforma en la formulación jurídica y en la práctica de los órganos de participación comunitaria en éste ámbito y especialmente de aquellos, con base en las siguientes conclusiones:

1. El **elemento esencial** que debe tenerse como referencia **es el de Salud**, cuyo protagonismo principal corresponde a las personas que la componen, que deben ser partícipes en las acciones de promoción de la misma, sin que olvidemos el término Sanidad pero sabiendo distinguir ambos por la importancia que ello supone a la hora de aplicar las políticas de actuación comunitarias.

2. Los criterios principales que deben aplicarse a cualquier norma que quiera facilitar la ejecución de actuaciones enmarcadas en la participación ciudadana deben ser los instaurados por la corriente moderna de la legislación y doctrina actual que se basan en fomentar **técnicas de democracia participativa** que acerquen a la ciudadanía a la Administración y eviten su desencanto con ésta.

3. El eje transversal en la verdadera participación se centra en la **capacidad de decisión**, por lo que sin ella la participación se convierte en consultiva y los actores principales pasan de tener una corresponsabilidad en la gestión de la misma a ser meros invitados o destinatarios de las acciones realizadas.

4. Debe existir una clara **voluntad y apuesta política por la verdadera participación ciudadana**, y desde las Administraciones, que son quienes tienen capacidad de legislación y ejecución, se debe programar actuaciones efectivas basadas en la creencia de que con ellas se acercarán las políticas a la ciudadanía y con ello existirán más posibilidades de cubrir las necesidades de la misma.

5. Es necesario una **definición clara de los conceptos de Consejo de Salud**, así como una adecuada expresión de su objeto, contenido, funciones, competencias, ámbito territorial y organización, sin caer en un excesivo reglamentarismo que encorsete el campo de trabajo pero especificando debidamente cada uno de los puntos a desarrollar y evitando que se realicen declaraciones de intenciones o programáticas vacías de contenido efectivo.

**ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS
REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

6. La **composición** debe estar **basada en la importancia de la representatividad de la ciudadanía**, representación que debe basarse en criterios democráticos en su participación, y con los derechos y deberes inherentes a una función de gran responsabilidad como es la de ser partícipes de las políticas de actuación, de gestión y de ejecución del ámbito e la salud, incluyendo aspectos formativos que permita el desarrollo de sus funciones y teniendo en cuenta la necesaria determinación de los derechos y deberes que les son inherentes.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

COMO CONCLUSIÓN FINAL, ANTE LA NECESIDAD DE CLARIFICAR LOS TÉRMINOS Y LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN, DEBERÍAMOS PROMOCIONAR LA REDACCIÓN DE UNA LEY DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN ASTURIAS, QUE DEJE UNA VÍA ABIERTA PARA EL DESARROLLO DE LOS DECRETOS O REGLAMENTOS QUE CORRESPONDAN.

EN SU DEFECTO, Y POR CONVENIENCIA TEMPORAL, SE PROPONE LA REDACCIÓN DE UN SOLO DECRETO, QUE FUSIONE LOS DOS EXISTENTES ACTUALMENTE, PERO NUNCA LA REALIZACION DE MODIFICACIONES PARCIALES DE LOS ACTUALES QUE SUPONDRÍAN PARCHES PROVISIONALES QUE SOLO CONSEGUIRIAN SOLUCIONES TRANSITORIAS.

PARA ELLO REALIZAMOS UNA PROPUESTA DE DECRETO EN EL QUE SE INCLUYE UNA SERIE DE MODIFICACIONES, COMO CLARA APUESTA PARTICIPATIVA, DE LA COMPOSICION Y DE LAS FUNCIONES, DANDO A ALGUNAS DE ELLAS CARÁCTER DECISORIO, Y UTILIZANDO ALGUNOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN LOS DECRETOS ACTUALES, SIN PERJUICIO DE UNA EVOLUCION POSTERIOR, PERO DEBIENDO TENERSE EN CUENTA QUE EN DICHA PROPUESTA SE HAN SEGUIDO CRITERIOS NO SOLO PARTICIPATIVOS SINO TAMBIEN DESDE LA OPTICA DE LA ADMINISTRACION, POR LO CUAL ENTENDEMOS QUE PODRÍA SER ASUMIDA POR ÉSTA EN SU TOTAL INTEGRIDAD, LO CUAL, POR OTRA PARTE, SUPONDRÍA UNA APUESTA CLARA POR UN MODELO DE PARTICIPACION PROGRESISTA Y PIONERO EN NUESTRO PAIS.

Y POR ESTO, ESTA APUESTA, QUEDA EN MANOS DE LA ADMINISTRACION Y DEL LEGISLADOR, YA QUE DE LLEVARLA ADELANTE, SUPONDRA UN BENEFICIO PARA TODOS LOS AGENTES IMPLICADOS Y ESPECIALMENTE PARA LA SALUD DE LA POBLACION ASTURIANA.

**ESTUDIO PARA LA REFORMA DE LOS DECRETOS
REGULADORES DE LOS CONSEJOS DE SALUD DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

Entidad promotora del Estudio: ESCO, NUDO "RED A PIE DE BARRIO"
Redacción: ENTIDAD COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
(ECODE S.COOP.)
C/ Aguado nº 8 bajo
33202 Gijón
Tfn 985 33 14 44
Fax 985 33 47 14
E.mail: ecode@ecode.as

Grupo de Trabajo:
Yolanda Cotiello
Alejandro Cueli
Inés Fernández
Manuel Matallanas
José Luis Meana
Carlos Ponte
Mediación: Emilio Parajón

Dirección Técnica y Jurídica: José Vicente Vallín Amandi
Cierre de su edición: Gijón 25 de marzo de 2011

***Trabajo realizado con la financiación
de la Dirección General de Salud Pública y Participación,
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
del Principado de Asturias***



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS