

Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista

Juan Irigoyen Sánchez-Robles. Universidad de Granada.

La paradoja de la participación

La participación en salud es un concepto y un método que procede de las propuestas salubristas imperantes en la década de 1970. El término de participación es muy amplio y ha dado lugar a múltiples versiones e interpretaciones. Las experiencias de participación en salud son muy variadas y de distinta naturaleza. El significado de la participación se encuentra determinado por el contexto histórico en el que se origina y con el que es congruente; es decir, el de las sociedades industriales o en vías de desarrollo de la década de 1970. Esas sociedades son coherentes con los modelos de Estado de bienestar y las políticas públicas keynesianas, las cuales se inspiran en la planificación, y para garantizar la eficacia requieren de alguna forma de participación ciudadana.

A comienzos de la década de 1980 se configura un cambio social de gran alcance. La revolución tecnológica propicia una secuencia de desindustrialización, desempleo y crisis social y cultural. Se produce una gran conmoción social. La reindustrialización sobre bases tecnológicas nuevas genera un proceso de cambio al que se van ajustando todas las esferas sociales. Se está conformando una nueva sociedad muy diferenciada de las sociedades industriales maduras, con una estructura social en la que se disuelven gradualmente los grandes agregados sociales y las continuidades, que son reemplazadas por una tendencia a la fragmentación social en torno a una multiplicidad de nuevos ejes de desigualdad social.

Los Estados de bienestar no encajan en este nuevo contexto y son reformulados y reformados en un proceso complejo. El nuevo Estado emergente se funda en nuevos supuestos, teorías y saberes que amparan una nueva generación de políticas públicas inspiradas en los paradigmas posburocráticos. Así nace la nueva gestión pública y el gerencialismo como saberes dominantes que reemplazan a las antiguas teorías burocráticas. La gestión se pre-

senta como un saber y un método providencial, portador de la única racionalidad posible. La gestión pretende representar lo nuevo-moderno frente a lo anticuado. Se revisan drásticamente todos los conceptos considerados vestigios del pasado.

Las políticas sanitarias siguen el mismo camino. El salubrismo que ampara a la participación es reemplazado por el gerencialismo, que es poco compatible con la participación en cualquiera de sus versiones. Entiende la misión del sistema sanitario como productor de servicios y prestaciones sanitarias dirigidas a personas. Las funciones de promoción de la salud o educación para la salud que se dirigen a grupos específicos son devaluadas. En consecuencia, adopta el modelo de las empresas de servicios instaurando la clientelización. Su aspiración es ser una organización receptiva al estilo de las empresas de servicios, capaz de captar las señales débiles que emiten los clientes. Sus registros son personales frente a los registros colectivos y grupales de la participación.

Las actividades y experiencias de participación iniciadas en la década de 1980 sobreviven y se reproducen en un contexto social y organizacional distinto. No son rechazadas explícitamente pero se encuentran en los márgenes de la agenda pública sanitaria. Sin embargo, el devenir de la participación es paradójico. Al tiempo que es desplazada a la periferia por las lógicas derivadas del modelo gerencialista y sus definiciones de la realidad, la nueva situación social global plantea problemas de salud que afectan a importantes sectores sociales cuyas necesidades no son detectadas por los mecanismos de escucha del sistema clientelizado, el cual tiende a escuchar las demandas de los sectores sociales capaces de generar una voz más simétrica con el sistema profesional. Las bases de la participación se reconstituyen y ensanchan en una sociedad dual y fragmentada. Se confirma la naturaleza histórica de la participación. Volver a repensarla en el contexto actual puede llegar a ser una necesidad ineludible.

Los cambios en el contexto de la participación

La participación es un concepto que adquiere su significación en contextos sociohistóricos específicos. Se encuentra sujeta a un devenir histórico. Las sociedades globales experimentan mutaciones de gran alcance, pero conservan numerosos elementos procedentes del pasado que se reajustan y adaptan a las nuevas lógicas sociales imperantes. En cualquier sociedad global coexisten elementos contradictorios que generan asincronías. Así se producen tensiones sociales.

El ejemplo de España es paradigmático. El período 1959-1977 se caracteriza por un crecimiento económico sostenido que ampara una movilidad social considerable y la integración de la gran mayoría de la población en la sociedad de consumo. El desbloqueo económico coexiste con el bloqueo político rígido propiciado por el régimen autoritario. Entre 1977 y 1982 se invierten las tendencias. El desbloqueo político derivado de la transición política se contrapone con la crisis económica que frena la movilidad social y las expectativas de amplios sectores sociales. Desde 1982 hasta el presente se consolida la democracia y se experimenta un crecimiento económico sostenido, pero se bloquea lo social. La nueva economía, dotada de una gran potencialidad, pero muy excluyente en cuanto a sus beneficiarios, genera tendencias dualizadoras. Así se configura una sociedad dual caracterizada por la existencia de barreras infranqueables entre los sectores sociales integrados y aquellos que se encuentran en una situación de desventaja social. Del desencuentro de tendencias resulta una complejidad social creciente.

La participación en salud es representativa de este fenómeno. Nace en un contexto histórico de las sociedades industriales o en vías de desarrollo de después de la Segunda Guerra Mundial. El crecimiento económico sostenido, la expansión del consumo de masas, la integración del movimiento obrero, el ensanchamiento de las clases medias, el Estado de bienestar, el corporativismo político y social, el desarrollo científico y tecnológico, son factores que conforman una imagen de sociedad racional desde la que es posible progresar en equidad y ciudadanía. Los sistemas sanitarios experimentan un impulso extraordinario con la expansión simultánea de la medicina hospitalaria fundamentada en el crecimiento tecnológico y la emergencia de la Atención Primaria resultante de la integración de enfoques salubristas.

En este escenario optimista es en el que irrumpe la participación en salud, un método que pretende contribuir a la mejora del sistema sanitario y su eficacia, a detectar necesidades en relación con la salud de grupos sociales singulares, a construir nuevos estilos de vida saludables para la población. La participación implica, en cualesquiera de sus versiones, una mejora de relaciones entre el sistema sanitario y la población. La hipótesis central subyacente a la participación la sobreentiende como un instrumento que contribuye a desarrollar una sociedad racional-planificada, de progreso, integrada, equitativa y con un modelo de ciudadanía activa.

Después de la década de 1970 se han producido múltiples cambios sociales que han acumulado sus efectos. Existe consenso generalizado a la hora de afirmar que la sociedad global resultante no es la misma que la sociedad industrial que la antecede. Sin embargo, hay grandes diferencias en cuanto a la valoración de la nueva sociedad. Algunas teorías la entienden como continuidad de la anterior y como progreso unilineal de ésta, como ocurre con las teorías de la sociedad postindustrial, sociedad de la información y el conocimiento o sociedad poscapitalista. Otras teorías la entienden como resultante de una ruptura y la caracterizan críticamente, como en el caso del postfordismo, sociedad de riesgo o sociedades de control. El núcleo de la discusión estriba en que el progreso tecnológico y económico no asegura el progreso social y la inclusión de todos los sectores.

La complejidad de las nuevas sociedades hace difícil su conceptualización unitaria. En las nuevas realidades se encuentran presentes múltiples contradicciones. El caso de España es ilustrativo. De ahí que coexistan simultáneamente valoraciones de progreso y decadencia. No obstante, en tiempos de grandes cambios se tiende a interpretar lo que sucede con el molde de lo que ya ha sucedido. De ahí que predominen las valoraciones continuistas del progreso tecnológico y económico, y que se tienda a infravalorar los nuevos problemas de desintegración social o desigualdades sociales. Si la etapa anterior de las sociedades industriales representó un progreso en todos los órdenes, se supone que la actual también. En cualquier caso, desde todas las perspectivas se vislumbra que pasado y presente no encajan bien en un único molde. Éste es el fundamento de la incertidumbre compartida.

El sistema sanitario en la nueva sociedad es beneficiario de un crecimiento tecnológico acelerado, una mejora de los medios técnicos y organizativos para afrontar las enfermedades, una expansión de

sus mercados y la consolidación de un consumo desbocado. Como contrapartida aparecen nuevas desigualdades en salud, dudas respecto a la seguridad de mantener para todos los niveles alcanzados de equidad y derechos, y una población con un estilo de vida muy hedonista y con escasa capacidad de afrontar los sufrimientos y dolencias que limiten su realización personal.

La participación en salud se encuentra en un nuevo contexto sociohistórico. Una sociedad fragmentada y dualizada, en la que distintos sectores sociales se hallan en una situación de fragilidad y vulnerabilidad patentes. Las políticas públicas tienden a responder a las demandas de los sectores sociales que tienen capacidad de elaborarlas y expresarlas. La necesidad de considerar los intereses de todos, ahora más fragmentados, requiere de dispositivos de escucha y de relación de mayor calidad, así como el incremento de la transparencia en la toma de decisiones. Así se conforma un espacio que concede una nueva oportunidad a la participación.

El modelo gerencialista y la participación

Los cambios en las sociedades que se desencadenan después de la década de 1970 determinan que todas las esferas sociales se reajusten para acomodarse a la situación global. Éste es el caso de los Estados de bienestar que se entienden como disfuncionales respecto al nuevo entorno. Se suscitan críticas respecto a su escasa eficacia, eficiencia, su insensibilidad respecto a las demandas ciudadanas y su rigidez y dificultad de cambio y adaptación. Su viabilidad implica la realización de cambios que suponen su reconversión. El sistema sanitario, una parte fundamental de los Estados de bienestar, es objeto del mismo diagnóstico.

El cambio tecnológico, productivo y cultural tiene consecuencias respecto al poder y la cultura en la sociedad. Ahora la correlación de fuerzas sociales cambia a favor de las clases medias y altas. Así se propicia la aparición de una alternativa que tiende a modificar sustancialmente el sector público y el sistema sanitario. Se trata de acomodar el Estado a la nueva sociedad. En el ámbito de las ideas se acelera la crisis de los antiguos marcos cognitivos. Los conceptos y teorías que han sustentado las políticas públicas, entre los cuales se encuentra la participación, son reemplazados por nuevas proposiciones y supuestos. Desde los nuevos paradigmas que proceden del campo de la economía se entiende la crisis como un mal derivado del comportamiento poco eficiente de la organización y los

agentes implicados en ella. Se abren paso los nuevos paradigmas posburocráticos que ilustran las nuevas reformas.

Los paradigmas posburocráticos suponen una explosión del concepto de gestión y dirección. De ahí resulta un modelo radicalmente gerencialista cuya referencia principal es la nueva empresa resultante de la revolución tecnológica. Sus principales elementos son: objetivos a corto plazo, flexibilización estructural, canales de comunicación y acción pluridireccionales, cambio continuo, innovación, individualidad, reducción de rigidez en reglas y procedimientos, relación entre costes y resultados, relaciones organizacionales entendidas como una red de contratos que vinculen objetivos y resultados, cultura organizacional meritocrática, competencia interna y orientación a los clientes.

El sistema sanitario inicia una reconversión según este modelo. Su objetivo principal es adaptarlo a la sociedad emergente y a su economía. Se trata de construir un sistema especializado, descentralizado, técnico y eficiente diversificando la oferta y con creciente privatización de la opción de demanda. Un objetivo de gran importancia es su contribución al conjunto de la nueva economía. El desarrollo de su producción, mercados profesionales, tecnologías y consumos es primordial, y se producen sinergias con otros entornos tecnológicos y económicos. Se aspira a movilizar todos los recursos posibles que ayuden a reforzar la competitividad del conjunto de la economía.

El núcleo de la reforma gerencialista consiste en poner fin a un sistema de rigidez organizativa, carácter monopolista y relaciones de prestación basadas en una concepción pasiva y dependiente de los usuarios. Así se caracteriza el sistema sanitario hasta entonces. Frente a este modelo burocrático-profesional se pretende construir una organización flexible, basada en reglas de gestión empresarial y en un sistema de prestación pluralista que tenga en cuenta las relaciones competitivas y que asigne a sus usuarios el estatuto de clientes.

La reforma gerencialista presenta muchas dificultades para su realización. Encuentra múltiples obstáculos y resistencias. Se pueden formular dudas acerca del significado de los cambios que ha implementado y de su dirección. Pero si en la realidad organizacional sus estrategias presentan dificultades para su aplicación, en el terreno de los discursos su triunfo es absoluto. Todos los actores internos asumen sin problemas los lenguajes y retóricas gerenciales. Éstas se presentan como la única posibilidad de realizar una modernización del sistema

sanitario. El gerencialismo se concibe como la única racionalidad posible y carente de alternativas. Cualquier objeción es considerada un vestigio escasamente racional del pasado burocrático y profesional, el cual es denegado en su conjunto. La reforma gerencialista pretende representar lo moderno frente a un pasado que no merece consideración.

El gerencialismo genera una crisis cultural al alterar los sentidos organizadores, las significaciones y las misiones de la organización. La aparición de nuevas misiones implícitas tales como adaptar el sistema sanitario a la nueva economía y a la sociedad de consumo genera una crisis de las subjetividades profesionales y malestares y resistencias difusos. En el caso de los profesionales que desarrollan prácticas que se inscriben en la participación, el desencuentro es patente. El modelo gerencialista propone un sistema de clientelización que excluye o minimiza el papel y los dispositivos tradicionales de la participación, que es considerada como un elemento perteneciente al pasado y no bien integrado en el proyecto del presente.

Clientelización y participación

Las fuentes de la reforma sanitaria que comienza con el Informe abril en 1991 son las reformas del Estado que tienen lugar en Europa en la década de 1980 y que significan el fin de una época en la que el gasto público crece sostenidamente. El fin del consenso social que genera el Estado de bienestar y la nueva economía son los factores que presionan hacia una reformulación del Estado. La necesidad de incrementar la eficiencia constituye el supuesto básico de dichas reformas. El obstáculo principal radica en la tendencia de las organizaciones profesionales que prestan servicios en régimen de monopolio a ser ineficientes. Además, prevalecen en ellas los intereses de los prestadores sobre el de los usuarios. Se considera que la mejor estrategia para transformar esta situación es la introducción de mecanismos de mercado que ejerzan una presión contraria. Así, la administración aparece como defensora del cliente frente a las grandes organizaciones profesionales productoras de servicios. El espíritu de la reforma es la transformación de los equilibrios de poderes con la introducción de los directivos y gestores.

La introducción de un modelo de mercado determina que se especifiquen las misiones en términos estrictos de producción de servicios dirigidos a clientes individuales. Todos los elementos propios de las empresas son importados de un modo mecánico. Así se conforma la política de clienteli-

zación del sistema sanitario, que es una parte de un nuevo modelo externo empresarial que significa una gran innovación respecto a la historia, la cultura profesional y la naturaleza de los servicios sanitarios, diferenciada de otros servicios personales. La consecuencia es el desarrollo de una resistencia considerable por parte de muchos sectores profesionales a las medidas que inician el modelo de clientelización.

La clientelización es un concepto que suscita una valoración social positiva teniendo en cuenta el rol de paciente tradicional. El modo de operar del sistema sanitario tradicional es el tratamiento de problemas patológicos con cierta distancia de las personas. El objetivo es diagnosticar y tratar una enfermedad. Así, se configura una cultura profesional muy cerrada a la diferenciación personal de las necesidades e incluso al proceso de interacción con los pacientes. En estas condiciones la asistencia sanitaria tiene un carácter técnico y estandarizado. De ahí resulta un sistema con tendencia a la introversión, con pocas capacidades de recepción y adaptación. El rol del paciente es el de un mero receptor de asistencia y colaborador con el profesional cuando es requerido por éste.

La figura del cliente implica la posesión de un poder de decisión frente a los profesionales. Sólo puede existir en tanto tenga poder de comprar y elegir entre opciones en un mercado. Así, el cliente se transforma en un poseedor de ciertos derechos. El atributo de comprador representa un progreso frente al de receptor de asistencia, que tiene menos prerrogativas. De ahí la bondad implícita del término cliente, la cual hace que su aceptación sin problemas sea generalizada.

Sin embargo, la clientelización no puede hacerse efectiva y completa en el sistema sanitario público. El cliente es una figura convencional y cultural, pero no es un comprador. Los incentivos y sanciones derivados de sus decisiones no son equivalentes a los del mercado. Como ocurre con otros elementos de las reformas gerencialistas, la clientelización es sólo un modelo teórico-conceptual. En rigor se tendría que hablar de proceso de clientelización, en el curso del cual progresen experiencias y se consiga de forma gradual una aceptación de sus implicaciones mediante un proceso de cambio cultural. La clientelización se reduce a la proclamación solemne del modelo conceptual y a un conjunto de medidas puntuales que se toman desde las gerencias en esta dirección y que mejoran la situación de los usuarios en algunos aspectos de la asistencia. Pero lo que no se puede modificar son las bases objetivas de la producción del

servicio y la subsiguiente relación entre el usuario y la organización. Se trata entonces de una clientelización bloqueada, no efectiva. Se instituye en los discursos pero no en las prácticas asistenciales cotidianas. Todo el mundo la acepta retóricamente sin más, puesto que apenas tiene consecuencias en la cotidianeidad de la organización. Su efecto perverso es el incremento de conflictos con grupos de usuarios con expectativas desmesuradas.

La mayor objeción teórica que se formula a la clientelización es que puede significar un reforzamiento del cliente para tomar decisiones que influyan en el servicio recibido, fortaleciendo su posición a nivel micro, pero se acompaña de un debilitamiento de su intervención a nivel macro. La disminución de la participación ciudadana no se ha compensado con un reforzamiento de la participación política en la formulación de políticas públicas. La participación ha sido sustituida por la clientelización, que representa un modelo de ciudadano aislado que carece de capacidad para intervenir en las macrodecisiones. Se disocia drásticamente la gestión operativa de los servicios de la formulación de políticas y la gestión estratégica. Así se favorece una disminución de la posibilidad de algún control ciudadano. Las políticas sanitarias públicas gerencialistas se deliberan y deciden entre nuevas categorías de expertos en una medida todavía superior al pasado pregerencialista.

En estas condiciones, un modelo consumerista consolida el poder de los sectores que ya tienen voz por su posición privilegiada en la estructura económica y social. Son aquellos segmentos sociales con recursos para elaborar sus estilos de vida y formular demandas congruentes con los mismos. Experimentados en mercados competitivos en los que han aprendido a elegir e influir en los servicios que mejor atiendan a sus necesidades. Éstos son los que pueden hacer presentes sus intereses en el sistema sanitario debido a su menor asimetría con los profesionales y los expertos. Movilizan todas sus competencias para hacer visibles en los servicios sus necesidades y aspiraciones. Además, su poder de salida del sistema público les dota de una respetabilidad y capacidad de presión patente. Sus capacidades de hacerse presentes en el sistema mediático y político les aseguran que serán tenidos en cuenta en las macrodecisiones de política sanitaria.

Por el contrario, los perdedores en el sistema de la clientelización, que supone el declive de la posibilidad de participación, incluso entendida sólo en términos de necesidad o proyecto, son los sectores de la población que se hallan en desventaja social, carentes de voz y cuyos intereses se encuentran

escasamente representados. El sentido original de la participación en salud era el de construir dispositivos que pudieran detectar e incorporar los intereses de estos sectores, maximizando las capacidades de las organizaciones sociales relacionadas con ellos. Así la participación tenía la pretensión de articular los distintos intereses presentes. El sentido de la clientelización es el contrario, ya que en este sistema se entiende a los clientes como un sumatorio de unidades individuales y se favorece a los segmentos más experimentados en la esfera del consumo, cada vez más fraccionada y segmentada.

En una sociedad fragmentada y dual existen numerosos intereses mudos que carecen de representación en tanto que carecen de capacidad de elaborar discursos que avalen sus prácticas sociales. Éstas permanecen ocultas a observadores profesionales dotados de culturas científico-técnicas. Así, una parte sustancial de los segmentos en desventaja social comparecen en la realidad mediante microconflictos. El sistema clientelar, que otorga el estatus de clientes a todos los usuarios, es ficcional. Carece de capacidad para desarrollar servicios aptos para todos los públicos. El problema estriba en que las macropolíticas sanitarias seleccionan sus prioridades con criterios meramente técnicos. En la gestión de los servicios, la definición de los indicadores de resultados presenta ambigüedades significativas. Los productos pueden involucrar aspectos más complejos, multidimensionales e imponderables que trascienden lo técnico, e incluso lo sectorial. La transparencia y la visibilidad de las decisiones parece más necesaria que nunca en un contexto social dualizado.

Las dudas acerca de la eficacia de un sistema clientelar son patentes. La heterogeneidad de los públicos que reciben asistencia no puede ser reducida a la homogeneidad otorgando la patente simbólica de cliente a todos. La diversidad de intereses y la desigualdad en su representación hace necesario un nuevo replanteamiento de las políticas públicas. La participación entendida como un método que ayude a definir los intereses menos representados e introduzca en las decisiones la complejidad derivada de la realidad. Además, un modelo clientelar tiende a restringir la noción de ciudadanía activa. Los ciudadanos son más que usuarios de servicios. Son accionistas económicos y políticos. Su contrato no es sólo comercial. Es también social y político. El modelo de ciudadanía despolitizada agota sus objetivos en la mejora de los servicios desapareciendo el propósito de transformar las estructuras sociales por la participación y la política. El proyecto original en las reformas del Estado de la década de 1980 era transformar los roles pasivos de con-

tribuyente-receptor pasivo-votante, reemplazándolos por los roles activos de accionista-cliente-ciudadano. Las reformas sólo se han concentrado en la segunda dimensión, consiguiendo modelos consumeristas y mercadocentristas.

Evolución de la participación

La participación en salud en España tiene su origen en la década de 1970. Frente a un sistema político autoritario que niega la participación, ésta se configura como un emblema. El advenimiento de la democracia pone en el primer plano la transformación del sistema sanitario para adecuarlo a la nueva situación política. La adhesión a los valores democráticos se especifica a principios de la década de los 1980 con la aparición de los planes de humanización y el establecimiento de cartas de derechos y deberes de los enfermos. La elaboración de la Ley General de Sanidad reconoce la participación como principio y la regula mediante consejos de salud poco operativos que no resuelven bien quién representa a los usuarios. También las comunidades autónomas regulan la participación siguiendo este modelo más simbólico que real.

El segundo impulso a la participación es la reforma de Atención Primaria, que se pone en marcha con un modelo teórico que concede un espacio a la participación, que se entiende como *participación comunitaria*. Se abre un proceso de experiencias centradas en torno a los consejos de salud. En la primera fase, toma la forma de *macroparticipación*, generando estructuras globales. Los consejos de salud derivados de la reforma de Atención Primaria significan un modelo de *microparticipación*. Sus objetivos son de carácter local y aspiran a la mejora de las organizaciones sanitarias, a sus objetivos, procesos y decisiones, y a incrementar la calidad de las relaciones y la comunicación con la población reconociendo sus demandas y necesidades. Se sobrentiende como complemento de una participación global en las políticas sanitarias, propio de una sociedad democrática. La iniciativa en casi la totalidad de las experiencias es de los sanitarios.

La hipótesis que subyace a todas las formas de participación impulsadas desde el Estado en la década de 1980 es que la iniciativa ciudadana iba a incrementarse de modo sustancial. Se apostaba por un escenario en el que los movimientos sociales y el movimiento asociativo tuvieran una potencialidad considerable. Sin embargo, esta hipótesis no se ha cumplido. El movimiento ciudadano se ha caracterizado por su heterogeneidad, fragmentación, escasa iniciativa y eficacia menguada. Sólo compa-

rece en forma de conflictos por reivindicaciones muy específicas. La participación social a iniciativa de la población es muy atomizada, puntual y débil.

La explicación a este fenómeno radica en los cambios sociales que se han reseñado con anterioridad. La sociedad industrial de la década de 1970 propició un ciclo de movilización de clases medias radicalizadas que aspiraban al desarrollo de una ciudadanía completa especificada en nuevos derechos. Los movimientos feministas, ecologistas, pacifistas, estudiantiles o contraculturales contribuyeron a cambios sociales de gran alcance que han sido absorbidos por la sociedad. En la década de 1980 tiene lugar un cambio de gran alcance que transforma el sistema productivo, la estructura social, el Estado y las condiciones sociales. El resultado principal es la configuración de una sociedad dual. Como efecto de esa mutación, tanto los movimientos sociales como el movimiento asociativo experimentan un declive considerable. La crisis del empleo tiene efectos disciplinarios. A finales de las décadas de 1980 y 1990 explotan muchos grupos problema dando lugar a conflictos defensivos. El imaginario que modela las movilizaciones es el del riesgo a ser víctimas. Todos los movimientos pasan a ser defensivos. Se trata de defender las conquistas obtenidas con anterioridad.

Hacia finales de la década de 1990 se producen algunos cambios en la fragmentada sociedad civil. Comienza un nuevo ciclo de movilización. La explosión de ONG y movimientos de solidaridad, la aparición de redes de movilización en torno a valores sociales alternativos y la presencia del movimiento social de alterglobalización generan nuevos modelos de acción social con mayor radicalidad democrática, escepticismo y desencanto institucional, espontaneidad, rechazo de los formalismos y las jerarquías, autoorganización, nuevas formas de comunicación y acción y deseos de protagonismo social. Una parte de las nuevas iniciativas ciudadanas genera mayor dinamismo que el movimiento asociativo tradicional en declive.

Uno de los indicadores del nuevo ciclo es el desencanto por la decreciente calidad de la democracia. La lejanía de los centros de representación y decisión, así como la explosión de los nuevos expertos, configuran una realidad en la que el espacio público es poco accesible para muchos ciudadanos y causas sociales. El riesgo de perder posiciones respecto a la distribución del producto social es patente para muchos sectores desplazados en la agenda pública. Se plantea el nuevo problema de las poblaciones con capacidades menguadas para asumir las exigencias de la productividad. La

inclusión social comienza a configurarse como una necesidad fundamental de la agenda pública. La rendición de cuentas se transforma en una cuestión más política que técnica. El riesgo de retroceso en la protección social se extiende a sectores considerables como mujeres, jóvenes y mayores.

Los nuevos sentidos de la participación

En su origen, en las décadas de 1970 y 1980, el sentido de la participación era el de incorporar a la planificación los intereses minoritarios que quedaban en la periferia. En la nueva sociedad el sentido de la participación se modifica de forma sustancial. Ahora se trata de asegurar que se consideren los intereses escasamente representados de los sectores en desventaja social, de establecer mecanismos de escucha para todos, de que la agenda pública sea lo más igualitaria posible y de favorecer la inclusión social. Lo que la nueva situación demanda es la vuelta a la macroparticipación. Es necesaria la construcción de una red de acción, de vínculos, iniciativas, flujos y relaciones entre un conjunto de actores heterogéneos. Además de una red de conocimiento que intercambie experiencias, conceptos y métodos, y promueva nuevos valores públicos. Es preciso aprovechar el contexto de oportunidad que ofrece recursos mediáticos, organizacionales y de conocimiento.

El futuro de la participación sólo puede ser viable como repolitización y globalidad. La despolitización de los problemas sociales ha conducido, como señala Touraine, a la debilidad misma de la política. Los grandes problemas de salud del futuro requieren respuestas transversales e integrales. Los dilemas importantes sólo pueden ser resueltos sumando a la factibilidad técnica la factibilidad social. La nueva complejidad de los problemas para los que no existen soluciones claras cifradas en más recursos pone en primer plano la necesidad de alcanzar un nivel de consenso y legitimidad que sólo puede resultar de la deliberación y la transparencia. Únicamente de este modo la reconciliación de lo político y lo social puede avanzar. La definición técnica de los problemas tiene que ceder un espacio a las definiciones de los afectados.

La oportunidad de la participación implica el reconocimiento de la insuficiencia de los formatos ensayados hasta hoy y la elaboración de nuevos formatos más consistentes, flexibles y adecuados a las realidades actuales. Además requiere repensar el persistente problema de la escasa competencia de los profanos. Acercar a los ciudadanos a la com-

plejidad de los problemas es un reto casi inalcanzable. La desafección y desconfianza de la gente, que vive como algo extraño e incomprensible los espacios de elaboración de políticas sanitarias formales, han dejado una herencia difícil de superar.

En resumen, la participación en salud reaparece como una necesidad determinada por problemas sanitarios derivados de la estructura social de la nueva sociedad y por la insuficiencia de un sistema clientelizado. La preponderancia de las clases medias y la escasa representación de otros sectores sociales requieren de un dispositivo de escucha, deliberación y decisión que compense las diferencias existentes y reequilibre la situación. Si los sectores vulnerables en desventaja social desaparecen de las políticas sanitarias, no cabe duda de que van a reaparecer en otros espacios del sistema mediante conflictos. La orientación del sistema sanitario no puede agotarse en ser un instrumento que refuerce la economía; es necesario que sea un factor que ayude a la cohesión e integración social. En este espacio se inscribe una renovada participación.

Bibliografía

- Aguilar Idáñez MJ. *La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad?* Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- Barthélemy M. *Asociaciones: ¿Una nueva era de la participación?* Valencia: Tirant lo Blanch, 2003.
- Beck U. *De la sociedad industrial a la sociedad de riesgo*. Revista de Occidente 1993; 150.
- Del Campo S. (ed.). *Tendencias sociales en España*. (Vol. 2). Bilbao: Fundación BBV, 1998.
- Cardarelli G, Rosenfeld M. *Las participaciones de la pobreza*. Buenos Aires: Piados, Tramas Sociales, 1998.
- Dienel P, Harms H. *Repensar la democracia. Los núcleos de intervención participativa*. Barcelona: Ediciones de Serbal, 2000.
- Irigoyen J. *Luces y sombras de la clientelización del sistema sanitario*. En: Trinidad A (coord.). *Evaluación y calidad en las organizaciones públicas*. Madrid: Ministerio de las Administraciones Públicas, 2000.
- Ortega F. *Las contradicciones entre sociedad y política: el caso de la transición democrática española*. Revista de Occidente 1990, 107.
- Salaman LM, et al. *La sociedad civil global. Las dimensiones del sector no lucrativo*. Bilbao: Fundación BBVA, 2001.
- Subirats J. (ed.). *¿Existe sociedad civil en España? Responsabilidades colectivas y valores públicos*. Madrid: Fundación Encuentro, 1999.
- Subirats J, Goma R. *Políticas públicas en España*. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 1998.
- Turabián JL, Pérez Franco B. *Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario: el mito del consumidor*. Atención Primaria 1998; 21(5): 321-324.
- VV.AA. *Ciudadanía y democracia*. Madrid: Fundación Pablo Iglesias, 2000.