

INFORME FINAL DEL PROCESO PARTICIPATIVO

Proyecto Salud y Sociedad: Modelo de Participación Social en Salud en Castilla-La Mancha

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 16.d) de la Ley 8/2019, de 13 de diciembre, de Participación de Castilla-La Mancha, relativo a la tramitación de los procedimientos de participación ciudadana, se elabora el presente informe final.

Este documento constituye el ejercicio de retorno y rendición de cuentas del proceso participativo, presentando de forma transparente las opiniones y aportaciones recabadas para su valoración en el desarrollo del Modelo de Participación Social en Salud.

1. CONTEXTO Y DESARROLLO DEL PROCESO PARTICIPATIVO

El procedimiento se tramitó a través del Portal de Participación de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, actuando como espacio institucional abierto para la consulta pública del documento preliminar del modelo *Salud & Sociedad*.

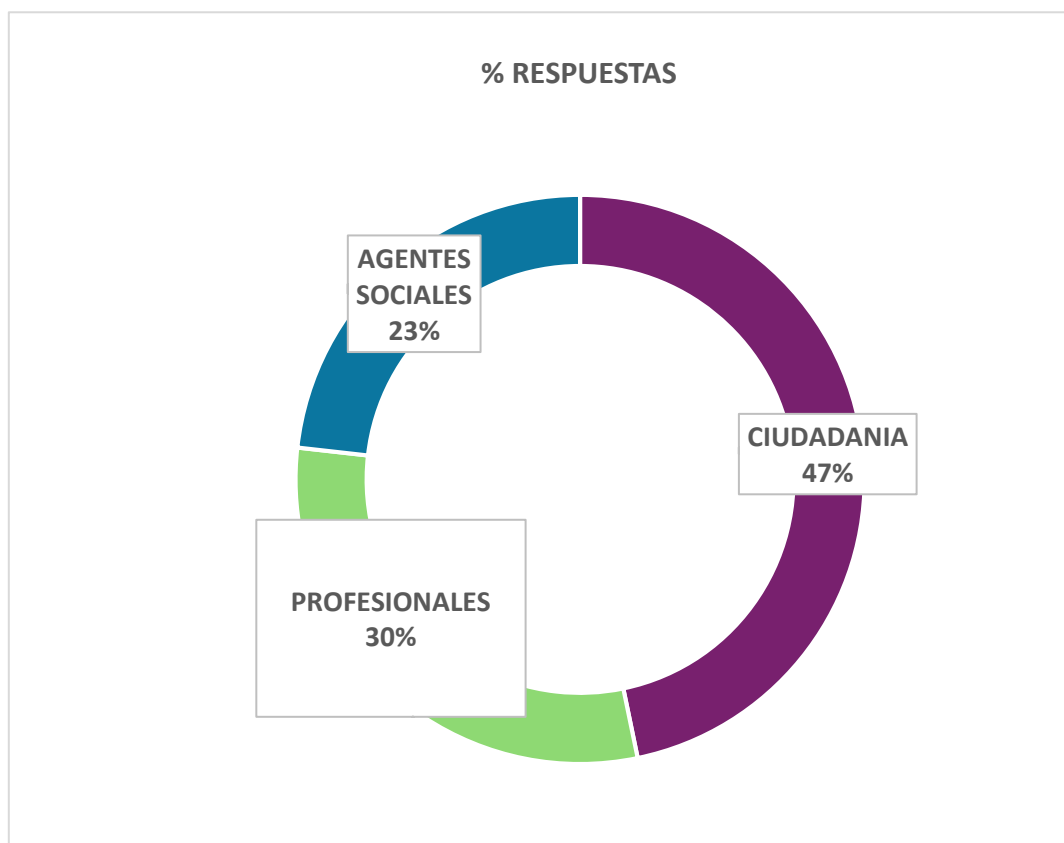
- **Período de exposición y recogida de datos:** Del 1 de julio al 31 de agosto de 2026.
- **Visitas al espacio web del proyecto:** 3.532 visitas registradas durante la fase de consulta.
- **Instrumento:** Formularios diferenciados dirigidos a tres segmentos clave: Ciudadanía general, Profesionales del sistema de salud y Agentes sociales (entidades del tercer sector, administraciones, ámbito académico y sector privado).

2. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN Y MUESTRA EFECTIVA

Durante la fase de participación se iniciaron un total de 1.145 cuestionarios. De estos, 293 se completaron íntegramente y 852 quedaron en estado parcial.

Metodológicamente, los datos derivados de las encuestas incompletas no se han incluido en las tablas de distribución sociodemográfica para preservar la rigurosidad y validez de la muestra efectiva (N=293). No obstante, la elevada proporción de formularios incompletos sugiere la conveniencia de seguir mejorando la accesibilidad y la comprensión de los materiales de participación (451 en el perfil de ciudadanía, 232 en profesionales y 169 en agentes sociales) y constituye un indicador de interacción muy valioso.

Asimismo, las respuestas abiertas incorporaron aportaciones relacionadas con otros aspectos del sistema sanitario, especialmente cuestiones vinculadas a la accesibilidad a los servicios, los tiempos de espera, la disponibilidad de recursos y la organización asistencial. Estas aportaciones exceden el objeto específico de la consulta, centrada en la propuesta de Modelo de Participación Social en Salud, si bien aportan información de interés sobre las preocupaciones y expectativas expresadas por las personas participantes.



El análisis del proceso sugiere que la mayor parte de los abandonos se concentró en la fase de consulta del documento preliminar y en la transición hacia los bloques de valoración específicos. Esta dinámica responde al carácter exhaustivo y detallado del texto de trabajo expuesto; un material de carácter técnico, pero que exigía a los participantes una inversión de tiempo y una carga analítica considerables para poder asimilarlo y emitir respuestas precisas de manera continuada.

Lejos de restar valor al proceso participativo, este patrón de interacción justifica técnicamente la evolución de la estrategia de comunicación para las siguientes etapas. Refuerza la oportunidad de incorporar criterios de accesibilidad cognitiva y metodologías de Lectura Fácil, garantizando que la profundidad técnica del modelo se traslade a formatos más ágiles e inclusivos que faciliten una mayor tasa de finalización.

La distribución de la muestra válida y efectiva (N=293) sobre la que se fundamenta el análisis sociológico y estadístico posterior es la siguiente:

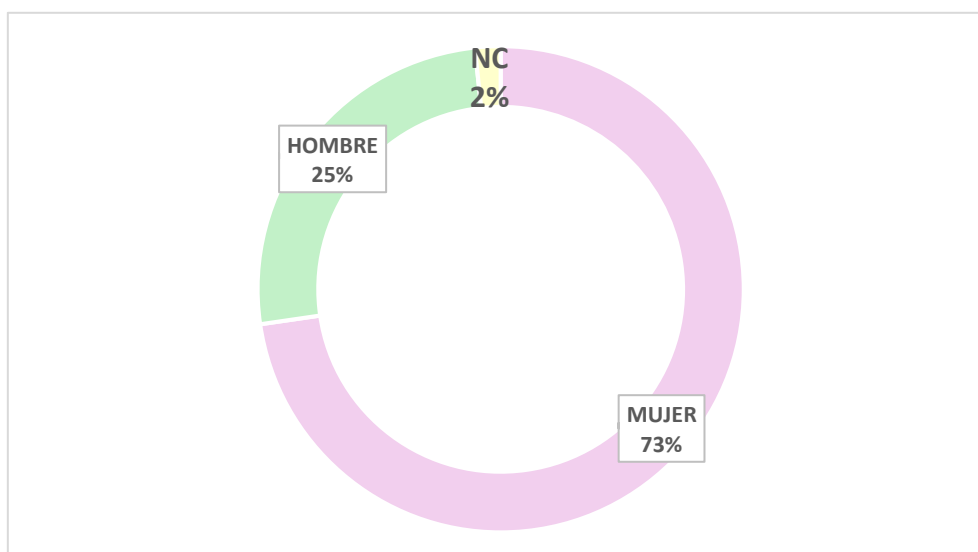
Segmento Poblacional	Cuestionarios Completados	Proporción de la Muestra
Ciudadanía	137	46,75%
Profesionales	88	30,03%
Agentes Sociales	68	23,21%
Total, Muestra Efectiva	293	100%

Los resultados describen la opinión de las personas participantes en el proceso y deben interpretarse en el contexto de una participación voluntaria y abierta, sin pretensión de representatividad estadística de la población de Castilla-La Mancha.

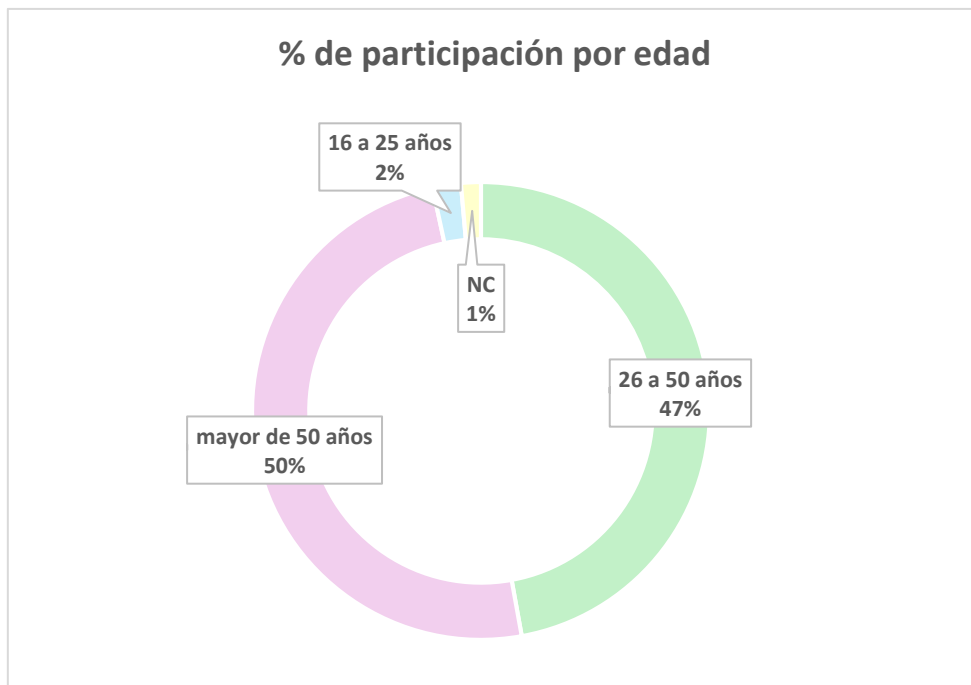
3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA PARTICIPACIÓN

El análisis de las 293 respuestas completas revela las siguientes características estructurales de las personas implicadas en el proceso:

Una participación mayoritariamente femenina: Las mujeres representan el 72,7% del total de las aportaciones. Esta cifra asciende hasta el 79,4% en el caso del tejido asociativo y el 77,2% entre los profesionales de la salud, lo que refleja una participación especialmente activa de las mujeres en este proceso.

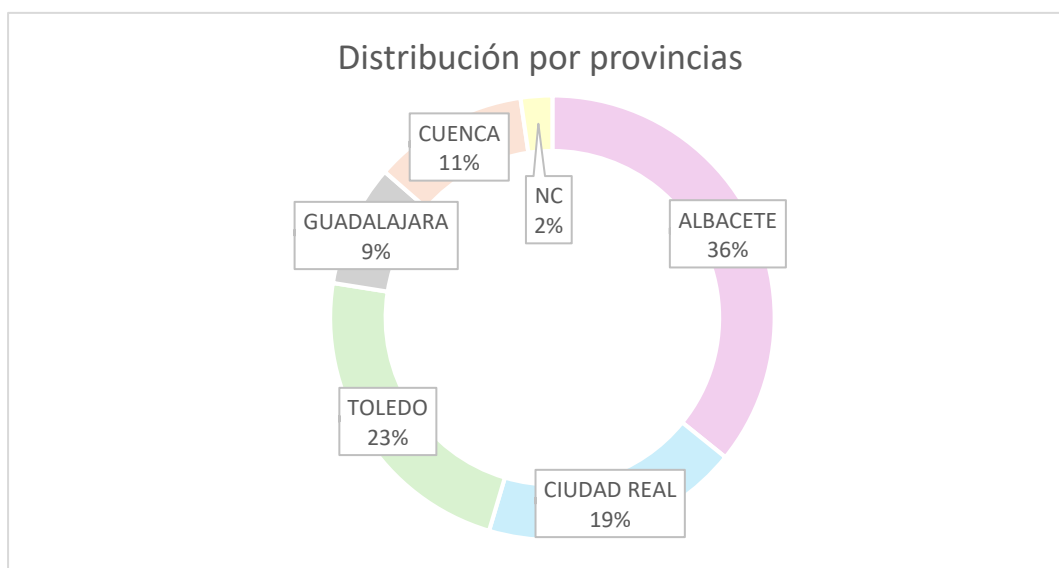


- **Implicación adulta y madura:** El 96,5% de las respuestas provienen de personas mayores de 26 años. La muestra se divide de forma equilibrada entre la franja de 26 a 50 años (47,1%) y los mayores de 50 años (49,4%). La participación de jóvenes de 16 a 25 años representa únicamente un 2,05% del total.

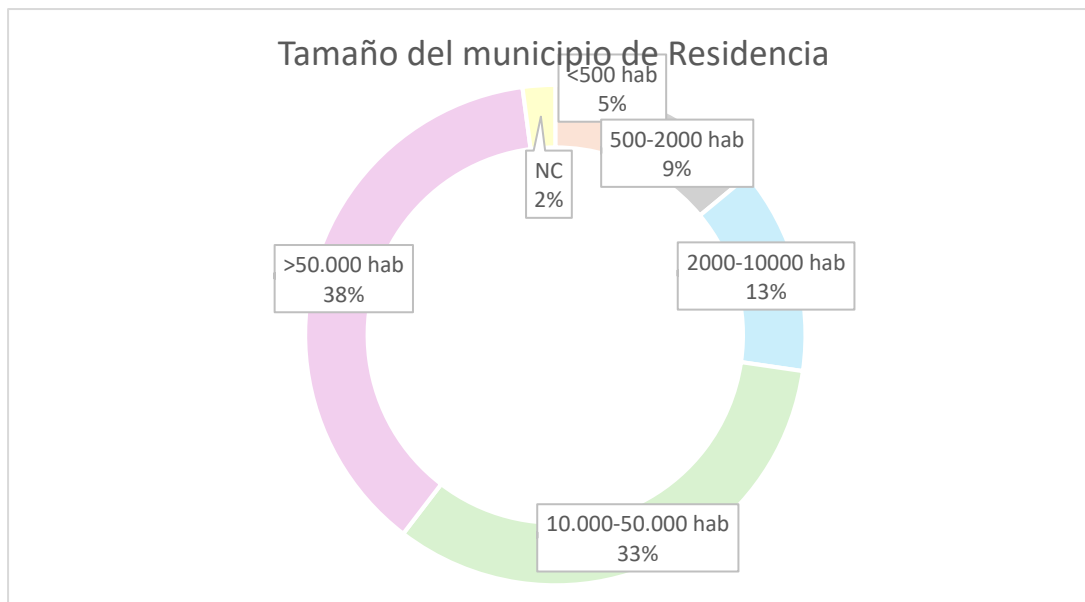


Representación de las cinco provincias de Castilla-La Mancha.

- Existe una representación plural de las cinco provincias de la región. Albacete agrupa el 35,8% de las respuestas (105 participantes), seguida de Toledo con el 22,8% (67), Ciudad Real con el 18,7% (55), Cuenca con el 11,2% (33) y Guadalajara con el 8,8% (26).



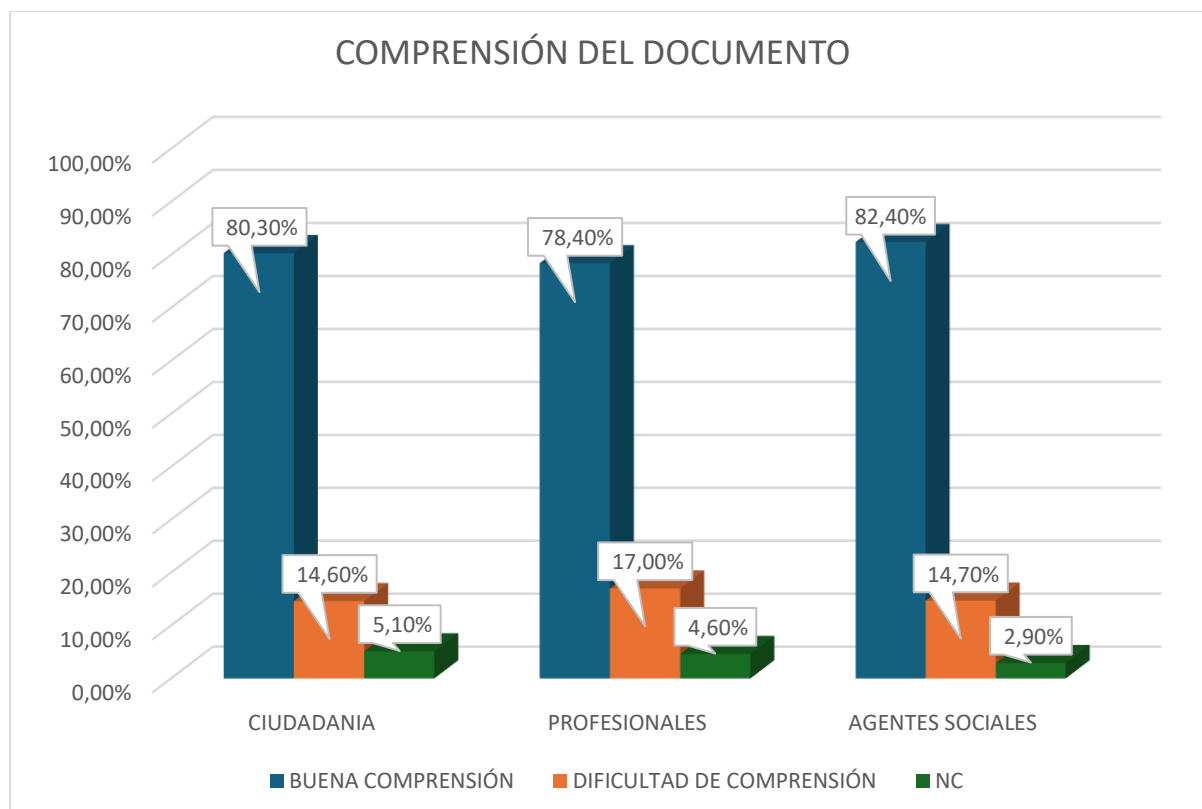
- **Presencia del entorno rural:** Destaca positivamente que un 27,3% de las personas que han participado residen en municipios de menos de 10.000 habitantes, incluyendo un 14% de respuestas procedentes de entornos puramente rurales (menos de 2.000 habitantes). Esta base empírica aporta una visión imprescindible para adaptar el sistema a la dispersión geográfica.



4. RESULTADOS CUANTITATIVOS: PRIORIDADES Y EXPECTATIVAS

Nivel de comprensión del documento preliminar del Modelo

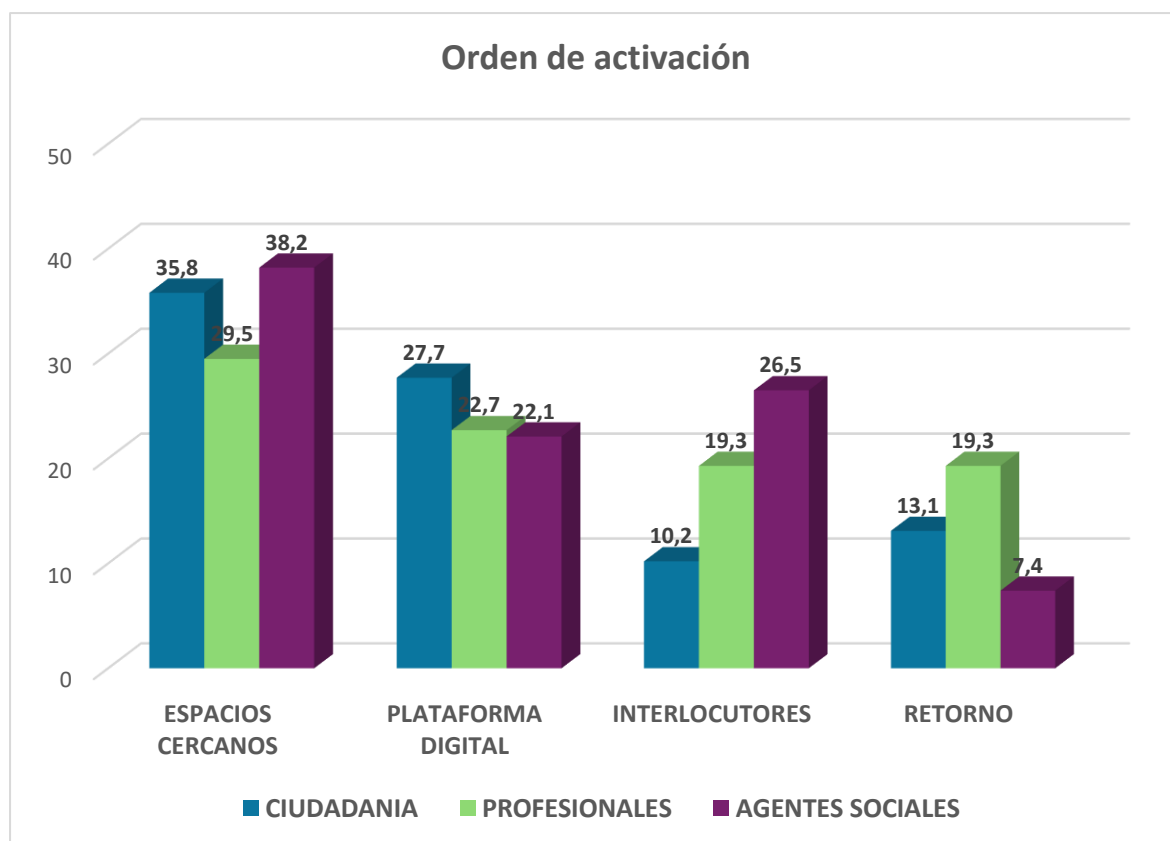
La primera pregunta de los formularios evaluó específicamente el nivel de comprensión del texto técnico expuesto en el Portal. Es decir, se midió si la ciudadanía había asimilado el documento del Modelo sin dificultad y si los agentes y profesionales entendían bien el papel que la propuesta les asignaba.



- **Consolidación positiva:** La mayoría de la muestra afirma haber entendido el documento del Modelo sin problemas ("Lo entiendo bien") o asimilarlo en líneas generales: 80,3% en el caso de la ciudadanía, 78,4% en los profesionales y 82,4% en los agentes sociales.
- **Áreas de mejora técnica:** Un 14,6% de la ciudadanía y un 17% de los profesionales manifiestan haber entendido el texto a medias o que les ha costado asimilarlo. El cruce con los datos cualitativos revela que esta dificultad no recae en los principios generales, sino en la complejidad del organigrama propuesto (multiplicidad de siglas y la diferenciación entre órganos existentes y de nueva creación).

Priorización de las herramientas del Modelo (Orden de activación)

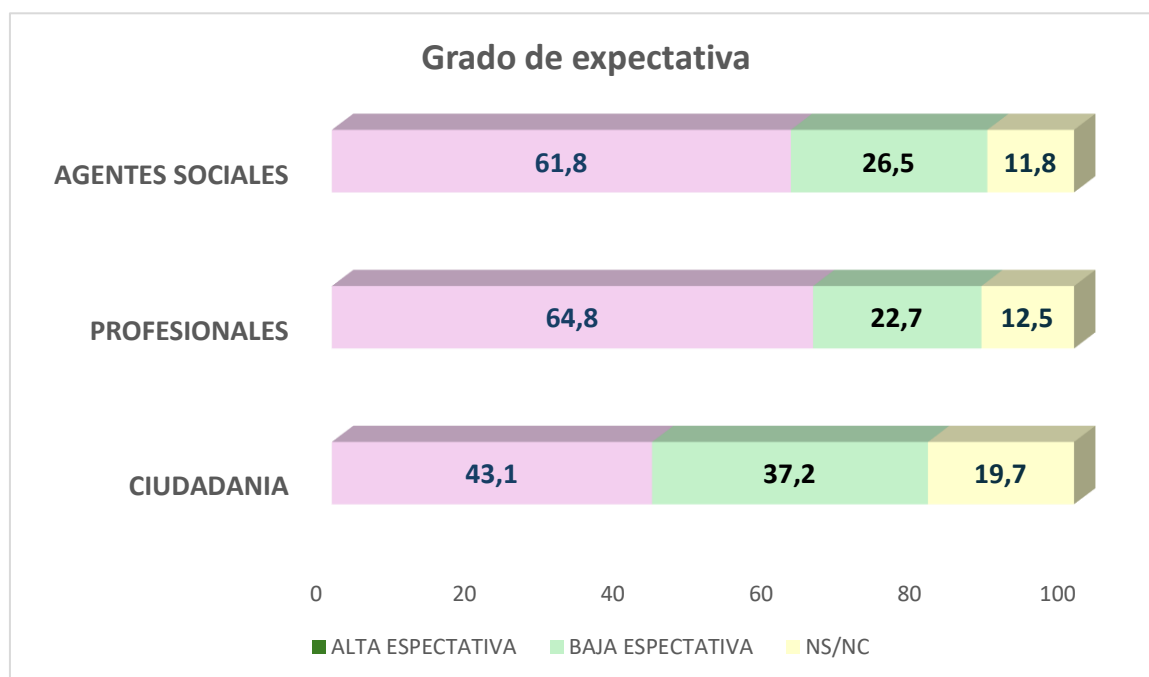
El cuestionario solicitó a los participantes ordenar cinco opciones según lo que consideraban más importante activar en primer lugar para garantizar la efectividad de sus aportaciones. El análisis de los rankings revela un consenso claro en la primera opción, pero matices importantes en las siguientes preferencias:



- **La proximidad presencial como prioridad absoluta:** Frente a un modelo basado exclusivamente en herramientas telemáticas, los tres colectivos situaron como su prioridad número uno la consolidación de **"Espacios cercanos donde opinar sobre la salud en mi zona"**. Fue elegido como la primera opción por el **38,2% de los agentes sociales**, el **35,8% de la ciudadanía** y el **29,5% de los profesionales**. La sociedad castellanomanchega demanda puntos de encuentro físicos y de proximidad que faciliten un diálogo humano y directo.
- **Una interlocución técnica definida.** Como segunda prioridad operativa, tanto el tejido asociativo (26,4%) como los profesionales de la salud (19,3%) subrayaron la urgencia de contar con **"Una persona concreta a quien dirigir mis aportaciones"**. Los datos reflejan la necesidad de identificar a un referente técnico estable para evitar la despersonalización del proceso y la dispersión burocrática.

Expectativa de impacto en la toma de decisiones

Al consultar si el nuevo Modelo permitirá mejorar las decisiones en salud, la percepción varía según el colectivo, mostrando un diagnóstico dual:



- **Optimismo profesional e institucional:** El 64,8% de los profesionales y el 61,8% de los agentes sociales indica que el modelo impactará "en bastante o gran medida".
- "Menor expectativa de impacto entre la ciudadanía." **Escepticismo ciudadano:** Por el contrario, un 34,3% de la ciudadanía general considera que lo hará "en poca medida". Esta divergencia marca un reto fundamental para la Administración: la necesidad de construir credibilidad mediante resultados verificables.

5. ANÁLISIS CUALITATIVO: LA VOZ DE LAS APORTACIONES LIBRES

El procesamiento sistemático de las respuestas abiertas ha permitido identificar áreas de mejora concretas aportadas de forma constructiva por los propios participantes. El discurso se estructura en las siguientes demandas fundamentales:

5.1 Trazabilidad y retorno de la información

Para contrarrestar las dudas sobre la utilidad práctica de la participación ciudadana, se reitera la necesidad de que el modelo rinda cuentas y disponga de mecanismos de respuesta claros.

 *"Es imprescindible establecer mecanismos de seguimiento, evaluación y retorno, de manera que las entidades participantes conozcan qué propuestas han sido aceptadas, cuáles no y los motivos de cada decisión." (Agente Social).*

5.2 Soporte organizativo para el profesional sanitario

Los profesionales valoran muy positivamente la iniciativa, pero solicitan soporte institucional para que la participación en salud comunitaria sea sostenible y compatible con la labor clínica, sin depender de su tiempo personal.

 *"Es necesario disponer de tiempo protegido y reconocimiento institucional para participar en los procesos de participación social." (Profesional).*

5.3 Equidad territorial y despliegue rural

La población residente fuera de los grandes núcleos urbanos reivindica que las herramientas de participación se adapten a su realidad geográfica y dispersión.

 *"Para las zonas rurales crear mesas comarcales de salud a través de los Grupos de Desarrollo Rural (GDR), estos GDR están presentes en todas las zonas rurales de CLM." (Ciudadanía).*

5.4 Accesibilidad cognitiva y universal

Las entidades del tercer sector solicitan que la gobernanza del modelo proteja activamente a los colectivos vulnerables frente a las barreras tecnológicas o funcionales.

 *"La accesibilidad universal de la Plataforma Salud & Sociedad. La participación explícita de entidades representativas de personas con discapacidad, como CERMI y ONCE [...]. La disponibilidad de información en formatos accesibles (lectura fácil, documentos accesibles para lectores de pantalla...)." (Agente Social).*

5.5 Clarificación de canales y atención a las necesidades asistenciales

El análisis de los campos de texto libre refleja que un número significativo de participantes ha empleado este proceso para trasladar cuestiones vinculadas a la asistencia sanitaria directa y a la gestión cotidiana de los recursos. Esta proactividad demuestra el alto grado de interés de la sociedad en la mejora continua del sistema de salud. Al mismo tiempo, este hecho subraya la importancia de implementar el Modelo de Participación para ordenar los canales institucionales. Disponer de vías claras y diferenciadas para cada tipo de trámite supone una ventaja operativa directa para todas las partes implicadas: ciudadanía, profesionales, agentes sociales y la propia organización.

6. ACTUACIONES DE CO-CREACIÓN PREVIAS

El presente documento de retorno culmina un amplio ciclo de trabajo colectivo que la Consejería de Sanidad inició con mucha anterioridad a la exposición pública en el Portal de Participación. Durante las fases de co-creación del Modelo se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- **Encuesta Diagnóstica a la Ciudadanía (Junio-Julio 2025):** 3.427 personas ayudaron a identificar las barreras de partida y las expectativas sociales.
- **Taller de Diseño Estratégico (Julio 2025):** 60 profesionales clínicos, gestores y agentes sociales definieron en Valdepeñas los propósitos, valores y roles del modelo.
- **Talleres Provinciales de Agentes Sociales (Octubre 2025):** 190 participantes del ecosistema asociativo validaron las propuestas de manera presencial en las cinco provincias.

- **Taller del Grupo Motor (Marzo 2026):** 25 responsables técnicos consensuaron la arquitectura operativa sometida a consulta.
- **Trabajo continuado del Grupo Motor del Modelo (2024-2026):** distintas sesiones de trabajo, contraste y validación técnica con responsables de la Consejería de Sanidad, SESCOAM y Delegaciones Provinciales.

7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS TÉCNICAS DE MEJORA

A partir del análisis integral de las opiniones, métricas y aportaciones cualitativas recogidas durante la consulta, se formulan las siguientes **propuestas y recomendaciones técnicas**. El objetivo de estas directrices es ofrecer a los órganos decisores de la Administración áreas de mejora fundamentadas en los datos para su valoración e integración en el diseño definitivo del Modelo de Participación Social en Salud.

1. Trazabilidad y Obligación de Retorno (Frente al escepticismo) Para generar confianza y garantizar que la participación sea percibida como útil, se recomienda que la futura Plataforma *Salud & Sociedad* incorpore un sistema de trazabilidad transparente. Atendiendo a la demanda ciudadana y asociativa, se sugiere que cada propuesta formalizada cuente con un seguimiento público, planteando como objetivo deseable la emisión de respuestas argumentadas que expliquen si una iniciativa se adopta, se encuentra en estudio o se desestima, detallando los motivos técnicos.

2. Tiempo Protegido y Reconocimiento Profesional (Viabilidad laboral) Las aportaciones recibidas por parte de los profesionales sanitarios ponen de manifiesto la conveniencia de valorar mecanismos organizativos que faciliten su participación en los espacios previstos por el Modelo. El análisis realizado identifica como línea de trabajo susceptible de valoración la adopción de medidas que favorezcan la participación de los equipos profesionales de forma compatible con la actividad asistencial. Entre las cuestiones planteadas durante el proceso se encuentra la posibilidad de habilitar espacios y tiempos estructurados que permitan dinamizar y participar en las Mesas de Salud Comunitaria y otros órganos de participación sin que ello suponga una sobrecarga de la actividad ordinaria ni dependa exclusivamente de la disponibilidad personal de los profesionales.

3. Apuesta Estratégica por los Espacios Presenciales de Proximidad (Equidad territorial) Dado que los "espacios cercanos" constituyen la prioridad número uno

para los tres colectivos consultados, se recomienda que el despliegue del Modelo priorice el fortalecimiento de foros físicos en el entorno local. Desde el análisis territorial, se plantea la idoneidad de potenciar las Mesas Intersectoriales en las Zonas Básicas de Salud, explorando vías de colaboración con entidades y Grupos de Desarrollo Rural (GDR) para asegurar que las áreas con mayor dispersión geográfica cuenten con canales de participación directa que mitiguen la brecha digital.

4. Interlocutores Definidos (Referentes técnicos) Las aportaciones recibidas por parte de agentes sociales y profesionales ponen de relieve la importancia de contar con referentes técnicos claramente identificados que faciliten la interlocución con la ciudadanía, los profesionales y las entidades participantes. El análisis realizado apunta al interés de disponer de figuras de referencia accesibles y reconocibles que puedan orientar, acompañar y canalizar las aportaciones realizadas, favoreciendo una gestión más ágil y una mejor comprensión de los procedimientos de participación

5. Accesibilidad Universal y Simplificación (Lectura Fácil) Atendiendo al análisis de la interacción en la fase de consulta (elevada tasa de abandono de los formularios) y a las peticiones expresas del sector de la discapacidad, se identifica la necesidad crítica de simplificar el lenguaje institucional. Se propone que todas las herramientas digitales, manuales y reglamentos derivados del Modelo se diseñen bajo criterios de Accesibilidad Universal, evaluando la publicación de versiones en **Lectura Fácil** para asegurar el derecho a comprender y participar de todas las personas, independientemente de sus capacidades cognitivas o funcionales.

8. PRÓXIMOS PASOS Y ACCIONES EN DESARROLLO

En paralelo a la valoración de las aportaciones recogidas durante el proceso participativo y a la integración de aquellas mejoras que se consideren oportunas, se prevé continuar avanzando en el desarrollo e implantación progresiva del Modelo de Participación Social en Salud mediante distintas actuaciones dirigidas a fortalecer la cultura participativa y favorecer el conocimiento del Modelo por parte de la ciudadanía, los profesionales y los agentes sociales. Entre las actuaciones previstas se encuentran las siguientes:

- **Programa de formación "Juntos Somos Más":** iniciativa dirigida a los agentes sociales mediante talleres descentralizados en las distintas provincias de la región, orientada a presentar y dar a conocer el Modelo, así como a promover dinámicas prácticas de participación.

- **Presentación institucional del Modelo:** acto de difusión y presentación pública del documento definitivo dirigido al conjunto de actores vinculados al sistema sanitario y a la sociedad castellanomanchega.
- **Plan formativo integral 2027:** desarrollo de acciones formativas adaptadas a ciudadanía, profesionales y agentes sociales con el objetivo de reforzar las capacidades participativas y facilitar la implantación progresiva del Modelo
- **Acciones de capacitación en liderazgo participativo:** desarrollo del programa de Liderazgo Participativo con profesionales y responsables del sistema sanitario, orientado a incorporar metodologías de participación en los distintos niveles de la organización.

En Toledo, a fecha de la firma

Firmado digitalmente el 30/09/2026 11:07
M TERESA MARIN RUBIO
Dirección General Humanización y Atención Sociosanitaria

Directora General de Humanización y Atención Sociosanitaria