

ACTITUDES Y OPINIONES DE ACTORES IMPLICADOS EN LA POLÍTICA PARTICIPATIVA DEL CONTROL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA¹

MARÍA EUGENIA DELGADO GALLEGO*

UNIVERSIDAD DEL VALLE, COLOMBIA

Recibido: enero 28 de 2007

Revisado: abril 10 de 2007

Aceptado: mayo 24 de 2007

ATTITUDES AND OPINIONS OF ACTORS INVOLVED IN THE PARTICIPATORY POLICY OF QUALITY CONTROL OF HEALTH SERVICES IN COLOMBIA

ABSTRACT

Participation is the core of reform to the health sector; its implementation depends on many factors as the attitudes of individuals involved. The author's objective was to analyze attitudes and opinions on participation of Colombian users, health care personnel and policy makers. An exploratory and descriptive research was carried out, in 25 focal groups of 210 users, 40 leaders, and 36 individual semi-structured interviews to health care personnel, combining qualitative and quantitative methods with a survey to 1497 users. It was found that most of the actors have a positive attitude towards participation, which was more favorable among women, people with basic studies and low socio-economic level, retirees and the unemployed. It was also found that health care personnel had ambivalent attitudes favorable opinions towards participation, but unfavorable ones about the situational elements that determine it.

¹ Financiación de la COMISIÓN EUROPEA. DG XXII (Contrato: IC18-CT98-0340). Los resultados del presente estudio son parte de la investigación realizada en asociación con el Institute for Health Sector Development (Inglaterra), el GEMA-Universidad del Valle (Colombia), la Universidad Federal de Pernambuco, el Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP, Brasil) y la Escuela Andaluza de Salud Pública (España). Además, se contó con el apoyo del Consorci Hospitalari de Catalunya y las secretarías de salud de los municipios de Tuluá y Palmira, y la Secretaría de Salud del Departamento del Valle del Cauca, en Colombia. Agradezco a la Dra. María Luisa Vázquez, por sus acertadas observaciones y sugerencias, a las personas entrevistadas en los dos municipios que aceptaron compartir con los investigadores sus opiniones, ideas e inquietudes, y a la Comisión Europea DG XII por su ayuda financiera.

* Universidad del Valle. Instituto de Psicología. Edificio 388. Calle 13#100-00. Sede Meléndez. Cali, Valle, Colombia. Tel. 57-2-331 25 06. Correo-e: mariedel@coldecon.net.co

These findings indicate that a change in the manner of perceiving and understanding social reality is required from actors especially from professionals to promote effective participation in the health care system social control.

Key words: attitude, opinion, health participation, health policy, health system, Colombia, Latin America.

RESUMEN

La participación es uno de los ejes de la reforma al sector salud y su implantación depende de muchos factores como las actitudes de quienes están involucrados. El objetivo de este trabajo es analizar las actitudes y opiniones sobre la participación en salud de usuarios, personal de salud y formuladores de políticas en Colombia. Se realizó una investigación exploratoria y descriptiva, combinando métodos cualitativos a través de 25 grupos focales, con 210 usuarios y 40 líderes, y 36 entrevistas individuales semi-estructuradas a personal de salud, con una encuesta a 1.497 usuarios. Se encontró que casi todos los actores tienen una actitud positiva frente a la participación, la cual era más favorable entre usuarios mujeres, personas con estudios básicos, de niveles socioeconómicos bajos, jubilados y desempleados. Se observaron en el personal de salud actitudes ambivalentes determinadas por factores culturales, de favorabilidad hacia la participación, pero desfavorables hacia elementos situacionales que la determinan. Esto indicaría que se requiere por parte de los actores, en especial de los profesionales, un cambio en la manera de percibir y comprender la realidad social, para promover una participación efectiva en el control social del sistema de salud.

Palabras clave: actitud, opinión, participación comunitaria, políticas públicas de salud, sistemas nacionales de salud, Colombia, América Latina.

La participación social dentro de la reforma al sector salud, iniciado en varios países en desarrollo hace algunos años, es un componente importante como estrategia para mejorar la calidad de los servicios de salud. En Colombia y otros países latinoamericanos dicha reforma y su filosofía neoliberal se articularon dentro de los cambios que, a nivel administrativo y económico, se vienen implantando en los últimos gobiernos (Broomberg, 1994; Isaza, 1995).

A partir de la Constitución de 1991 como marco político, se crea la Ley 100, la cual produjo un cambio en todo el sistema de salud del país, y dio lugar, entre otros, al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este nuevo sistema contempla la participación como un elemento fundamental del servicio público en lo que respecta al control de las instituciones de este sector. Se considera la participación como la acción de los usuarios en varios niveles de aplicación, desde la información, la consulta, hasta la toma de decisiones en la planeación, control de costos y control de calidad de los servicios de salud (*Decreto 1757*, 1994). Varios mecanismos se han institucionalizado desde el ámbito de la participación ciudadana, y desde el ámbito de la participación en las instituciones del SGSSS. Así pues, la participación se constituye en un factor directamente asociado con la producción social de salud, la cual se da en un marco de relaciones entre actores institucionales y comunitarios. Allí se interpelean las distintas opiniones, actitudes, con-

ceptos, creencias y valores que trae cada uno de estos actores, en tanto pertenecientes a grupos culturalmente diferenciados, lo cual incidiría en la implementación de la política. Es importante y necesario, entonces, iniciar la evaluación de políticas públicas desde las relaciones cotidianas de los diferentes actores que intervienen en ella, pues es allí donde tiene lugar la acción. En este sentido, se ha avanzado algo en el estudio de la participación en salud desde esos espacios relacionales, desde la visión de los actores (Abrantes-Pêgo, 1999; Castro & Hernández 1993; Magalhaes & de Carvalho, 1998). Trabajos recientes en Colombia han estudiado el concepto de participación en salud que tienen los diferentes actores sociales implicados en esta política (Delgado, Vázquez, Zapata & Hernán, 2005); Mosquera, Zapata, Lee, Arango y Varela (2001) estudiaron el cambio institucional y las representaciones sociales de la participación social en salud en Colombia. Delgado y Vázquez (2006a) analizaron las barreras y oportunidades para participar en salud, percibidas por los actores implicados; y en un reciente trabajo publicado por Delgado y Vázquez (2006b), estudiaron los conocimientos de la política y de los mecanismos de participación, así como las experiencias con los mismos desde la óptica de usuarios, líderes, gestores de salud y formuladores de políticas. En Brasil, Vázquez et al., (2002) y Vázquez et al. (2003) se han aproximado a la política de participación en salud, desde la perspectiva de los actores comunitarios e institucionales que intervie-

nen en ella. Así, pues, a partir de una dimensión intersubjetiva y tratando de develar los factores psicosociales que disponen a la gente a actuar ante las políticas públicas en salud, es necesario conocer cuáles son sus actitudes y opiniones sobre el tema, lo cual estaría determinando y orientando el comportamiento participativo.

Las actitudes constituyen una tendencia o disposición aprendida, y relativamente duradera, a evaluar eventos, situaciones o personas, y por tanto, a actuar en consonancia (Vander Zander, 1989). También pueden considerarse como una forma de orientación social, que, al igual que los valores y creencias que las sustentan, son adquiridas como resultado de la incorporación del individuo a un grupo social dado. En términos generales, son representaciones psicológicas de la influencia de la sociedad y la cultura en el individuo. Entonces, son inseparables del contexto cultural que las produce, mantiene y suscita en circunstancias dadas. Por tanto, hay factores culturales asociados a las actitudes (Hollander, 1986), puesto que éstas, frente a objetos o eventos culturalmente significativos, incluyen una valencia implícita de sentido negativo o positivo. Los valores característicos que se comparten en una cultura o grupo social tienen un efecto generalizado como punto de referencia fundamental en los juicios individuales. Por esta razón, se encuentran valencias diferentes frente al mismo objeto social, en distintos contextos culturales. Según Allport (1955), las actitudes de un individuo lo disponen o motivan a actuar mediante la cualidad perceptual que implica la selección, categorización e interpretación de la experiencia, de acuerdo con sus expectativas, aprendizaje o vivencias anteriores. Así, se supone que las actitudes predicen los comportamientos. Sin embargo, muchos estudios revelan una falta de correspondencia entre las actitudes expresadas verbalmente y la conducta manifiesta (Wicker, 1969). Roqueach (1968), para resolver este dilema, planteó que la conducta está en función de varios procesos mediadores, entre los cuales hay por lo menos dos actitudes relacionadas: una hacia el objeto de la actitud y otra(s) hacia la situación o contextos, que muchas veces no tienen la misma orientación. A pesar de esto, las actitudes ofrecen un punto de partida conveniente para examinar las expectativas y posibles acciones o conductas de las personas. Por otra parte, la opinión es la expresión verbal de una actitud. Una opinión simboliza una actitud (Dawes, 1985).

Este estudio, que hace parte de una investigación más amplia, titulada "Barreras y oportunidades para la participación de los usuarios en el control de la calidad de los servicios de salud: Una evaluación entre Colombia y Brasil", tiene por objetivo analizar las actitudes y opiniones que sobre la participación en salud tienen los principales actores sociales involucrados en la implantación de

la política de participación en el control de la calidad de los servicios de salud en Colombia.

Método

Área de estudio

El estudio se realizó en dos municipios del departamento del Valle del Cauca, en el sur occidente de Colombia: Tuluá, con 184.725 habitantes, y Palmira, con 283.431 habitantes, seleccionados por tener implementada la reforma del sector salud. Además, porque habita allí población de todos los estratos socioeconómicos, cuenta con porcentajes altos de afiliación al sistema de seguridad social en salud y dispone de infraestructura en todos los niveles de atención. El primer municipio es básicamente de carácter rural, mientras el segundo es más urbano.

Diseño

Es un estudio descriptivo exploratorio, con múltiples fuentes de evidencia, en el que se combinaron métodos cuantitativos y cualitativos de las ciencias sociales.

Participantes

Para el estudio cuantitativo, la muestra de la encuesta estuvo formada por 1.495 usuarios (768 en Tuluá y 727 en la zona rural de Palmira), de ambos sexos, diferentes edades, estratos sociales, niveles educativos y ocupaciones (Tabla 1). El tamaño de la muestra se calculó con base en el tamaño de la población de cada municipio, la tasa esperada de utilización de mecanismos de participación en salud (estimada en 25%, de acuerdo con el estudio piloto), un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%.

En el estudio cualitativo para recoger las opiniones acerca de la participación en salud se utilizaron grupos focales (GF) y entrevistas semiestructuradas (E). Se diseñó una muestra teórica (Fernández, 2006), constituida por grupos de informantes que podían influir o verse influidos por la política de participación social en salud, como usuarios, líderes comunitarios y distintas categorías de personal del área: gerentes, coordinadores, encargados de las oficinas de atención al usuario. La muestra de usuarios se seleccionó buscando la variación máxima con respecto a la edad (18 a 35 años; 36 a 55 años; más de 55); tipo de afiliación al SGSSS (vinculados, subsidiados, contributivos); estrato social (estrato bajo 1 y 2; medio, 3 y 4; alto, 5 y 6) y sexo. Se entrevistó a 210 usuarios: 130 en Tuluá y 80 en Palmira, en 20 grupos focales, y a cuarenta líderes: 18 en Tuluá y 22 en Palmira, en cinco grupos focales. Los líderes eran representantes de ligas de usuarios de las instituciones

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

	Palmira		Tuluá		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	727	48.6	768	51.4	1495	
SEXO						
Hombres	334	45.9	209	27.2	543	36.3
Mujeres	393	54.1	559	72.8	952	63.7
ESTRATO						
Bajo	293	47.8	220	29	513	37.4
Medio	258	42	367	48.4	625	45
Medio alto	63	10.2	172	22.7	235	17
NIVEL ESC						
Sin estudio	143	19.8	38	5.1	181	12.3
Primaria	243	34.3	273	36.6	521	35.5
Bachillerato	283	39.1	345	46.3	628	42.8
Estudios universitarios	49	6.8	89	11.9	138	9.4
OCUPACIÓN						
Trabajador independiente	106	14.8	92	12.8	198	13.8
Empleado	173	24.2	150	20.9	323	26.6
Desempleado	54	7.6	36	5.0	90	6.3
Ama de casa	245	34.3	358	49.9	603	42.1
Estudiante	69	9.7	41	5.7	110	7.7
Pensionado	67	9.4	41	5.7	108	7.5
EDAD						
13-19	52	7.2	40	5.2	92	6.2
20-3	170	23.4	141	18.5	311	20.9
31-40	137	18.9	200	26.2	337	22.6
41-65	277	38.2	310	40.6	587	39.4
65>	89	12.3	72	9.4	161	10.8

prestadoras de servicio (IPS) y representantes de la comunidad ante juntas de acción comunal (JAC). El personal de salud se seleccionó según el tipo de institución al que pertenecen: aseguradoras del régimen subsidiado (ARS), empresas promotoras de salud (EPS) e IPS, tanto públicas como privadas, y según su categoría laboral: gerentes y encargados de oficinas de atención al usuario (OAU). Se entrevistó a 26 gerentes: 13 en Tuluá y 13 en Palmira, y a 10 encargados de las OAU. Los formuladores de políticas entrevistados fueron dos secretarios de salud municipal y uno departamental.

Instrumentos

La encuesta consistió en un cuestionario estructurado de 115 preguntas abiertas y cerradas, que indagaba por diversos aspectos de la participación en salud. Entre ellas, ocho correspondían a una escala tipo Liker de 5 puntos, donde la actitud más favorable hacia la participación tendría un índice de 5 y la más desfavorable 1. Los ítems que componían la escala fueron tomados de una recolección amplia de opiniones (Dawes, 1985), acerca de la participación en el control de la calidad de los servicios de salud, elaborada por los investigadores y probada en un piloto (Tabla 2).

TABLA 2
ESCALA SOBRE ACTITUDES CON RELACIÓN A LA PARTICIPACIÓN EN SALUD

1. La participación de los usuarios/pacientes realmente contribuye a mejorar los servicios de salud

2. Las instituciones de salud (hospitales, centros de salud, EPS), siempre tienen las puertas abiertas a los usuarios/pacientes para recibir las quejas, ideas y propuestas que mejoren los servicios

3. En las instituciones de salud (EPS, ARS, clínicas, centros de salud y hospitales), a los usuarios/pacientes nos dan la oportunidad de intervenir y de opinar para mejorar los servicios

4. En los servicios de salud de Colombia, la participación del paciente/usuario es muy importante

5. Las formas de participación como asociación de usuarios, comités de veeduría, buzón de sugerencias etc., son efectivos (sirven) para mejorar los servicios de salud

6. Tomar parte en un grupo de participación ciudadana en salud es importante

7. En Colombia los usuarios/pacientes están capacitados (o preparados) para participar en la mejora de los servicios de salud

8. Como usuario/paciente, puedo influir en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud

Nota. 1 = completamente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = indeciso; 4 = de acuerdo; 5 = completamente de acuerdo.

Las guías de entrevistas individuales y de los grupos focales tenían una serie de preguntas abiertas con relación a diversos tópicos, entre ellos, opiniones y conceptos acerca de la participación en salud. Estas guías tenían una parte común y otra específica, según el tipo de actor entrevistado.

Procedimiento

Para realizar la encuesta, se tomó un intervalo de cada 67 casas, calculado sobre el número de domicilios en cada comuna. La casa inicial se seleccionó por sorteo. Se trató de entrevistar igual número de hombres y de mujeres, haciendo un muestreo por cuotas en cada comuna. En el curso de la encuesta, se revisaron todos los cuestionarios y se repitió el 15% (224) al azar, para analizar la consistencia de las respuestas. No se detectaron inconsistencias. Los datos se grabaron en SPSSWIN 8.0, siguiendo el método de doble entrada y con control automático de inconsistencias. Se realizó un análisis univariado y

bivariado. Se aplicaron prueba *t* de student y ANOVA para conocer diferencias significativas entre promedios, a un nivel de significación menor del 0.05.

Para el estudio cualitativo, las entrevistas a los grupos focales fueron grabadas y transcritas textualmente. La duración de las entrevistas a GF fue de 60 a 90 minutos. Se hizo un análisis de contenido narrativo con ayuda del programa Ethnograph v.5.8. Se elaboraron las categorías de forma mixta: categorías de análisis iniciales, a partir de las guías de entrevista, y las categorías emergentes, o unidades de sentido, que surgieron de los discursos. Los datos se segmentaron por municipio, tipo de informante y temas. Para garantizar la calidad de los datos, se contrastaron con los entrevistados al terminar la entrevista. Se realizó triangulación de diferentes fuentes de datos, lugares e investigadores, recogiendo y analizando datos, a partir de diferentes técnicas, como la inclusión de descripciones amplias y la auditoría de un investigador externo (Delgado, Vargas & Vázquez, 2006).

Resultados

Actitudes de usuarios

En la escala de 1 a 5, elaborada para medir la actitud hacia la participación del usuario en el mejoramiento de los servicios de salud, se encontró un índice de favorabilidad del 3.5, en términos globales. Así mismo, se observó que son las mujeres, en promedio, las que presentan una acti-

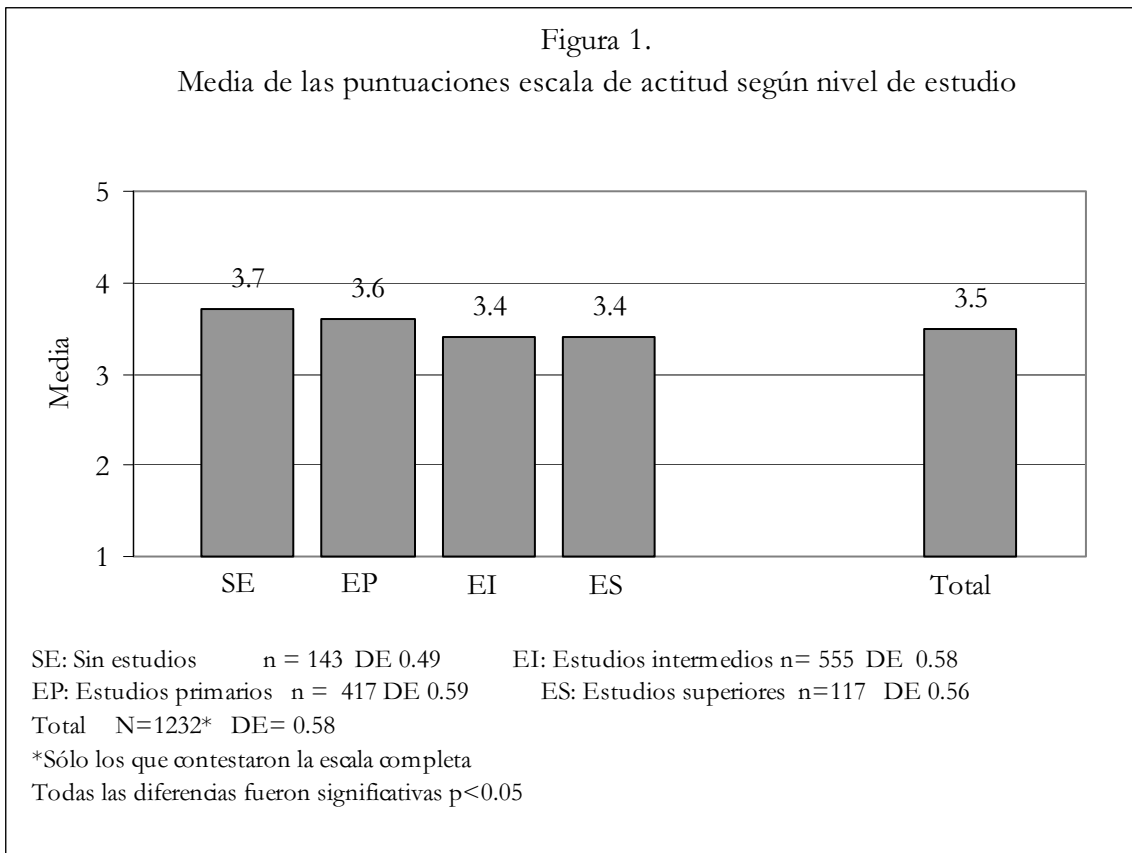
tud más favorable hacia la participación en salud, con relación a los hombres, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) (Tabla 3). Los resultados indicaron que mientras se tenga menos nivel educativo, las personas tienden a presentar una actitud significativamente ($p < 0.05$) más favorable a la participación, con relación a las personas que tienen estudios superiores (Figura 1). Relacionado con lo anterior se observa que son las personas

TABLA 3
MEDIA DE LAS PUNTUACIONES: ESCALA DE ACTITUDES SEGÚN SEXO

Ítemes	Hombres n: 481 ^a		Mujeres n: 751 ^a	
	Media	DE	Media	DE
La participación de los usuarios/pacientes realmente contribuye a mejorar los servicios de salud	3.87	0.85	3.96	0.79
Las instituciones de salud (hospitales, centros de salud, EPS) siempre tienen las puertas abiertas a los usuarios/pacientes para recibir las quejas, ideas y propuestas que mejoren los servicios	3.21	1.12	3.35	1.11
En las instituciones de salud (EPS, ARS, clínicas, centros de salud y hospitales) a los usuarios/pacientes nos dan la oportunidad de intervenir y de opinar para mejorar los servicios	3.00	1.14	3.10	1.12
En los servicios de salud de Colombia, el paciente/usuario es muy importante	3.34	1.23	3.31	1.18
Las formas de participación como asociación de usuarios, comités de veeduría, buzón de sugerencia, etc. son efectivos (sirven) para mejorar los servicios de salud	3.48	1.07	3.48	1.06
Tomar parte en un grupo de participación ciudadana en salud es importante	4.09	0.62	4.25	0.60
En Colombia los usuarios/pacientes están capacitados (o preparados) para participar en la mejora de los servicios de salud	2.79	1.09	2.93	1.13
Como usuario/paciente puedo influir en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	3.79	0.92	3.74	0.95
Total	3.44	0.54	3.52	0.60

Nota. Prueba *t* de student. La diferencia entre las medias es significativa globalmente al $p < 0.05$

^aNúmero de personas que contestaron la escala completa.

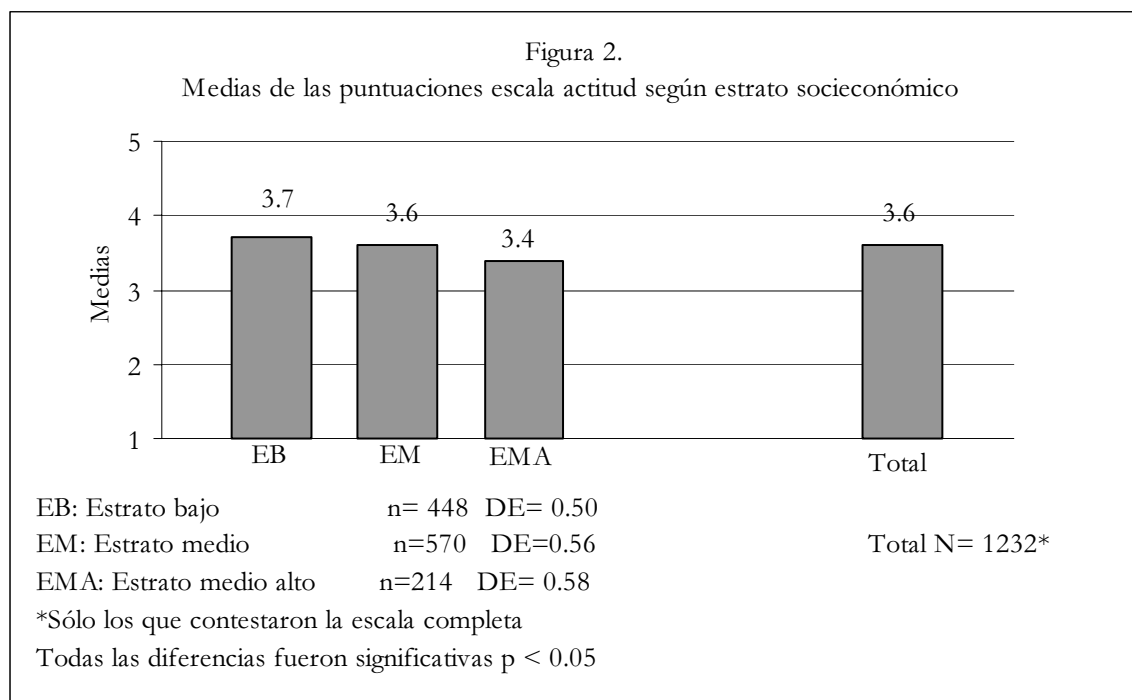


de estratos sociales bajos y medios bajos las que presentan una actitud más favorable hacia la participación, con resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$) (Figura 2).

De los dos municipios analizados, son los usuarios de Tuluá (zona urbana) los que presentan unos índices significativos ($p < 0.05$) más favorables hacia la participación que los usuarios de Palmira (zona rural) (Tabla 4). Con relación al tipo de actividad, se encontró que son los desempleados, las amas de casa y los jubilados los que presentan una actitud más favorable hacia la participación en salud. Por el contrario, se muestran menos favorables los empleados, los trabajadores independientes y los estudiantes. Estas diferencias resultaron significativas ($p < 0.05$) (Figura 3). Al comparar los datos por edades entre todos los usuarios, se observó que las personas que están en los extremos de los rangos de edad, es decir los mayores (de 45 años en adelante) y los más jóvenes (de 13 a 19 años), presentan una de actitud significativamente ($p < 0,05$) más positiva hacia la participación, que las personas adultas jóvenes (Figura 4).

En el estudio cualitativo, se observó en el discurso de la gran mayoría de usuarios y líderes opiniones que

denotan una actitud favorable hacia la participación en salud, que se basan en distintas creencias, por ejemplo, en la participación como una forma para acceder a los servicios de salud, así como para mejorar la misma: “Es bueno porque le da la oportunidad a la gente de recursos bajos a tener una protección y mejor salud” (usuarios de estrato bajo, Tuluá). También existe la creencia de que la participación posibilita la organización comunitaria, lo que permite a sus integrantes sentirse activos: “participar es una habilidad muy positiva. Al menos podemos decir que estamos vivos, dado que nos dan la oportunidad de participar, de formar grupos” (usuarios de estrato bajo, Palmira). La participación fue valorada positivamente por muchos usuarios, a partir de valores sociales como la ayuda solidaria: “Es muy importante la participación de la comunidad... la colaboración que debemos tener con todos” (usuarios de estrato medio, Palmira). No obstante, se observó, en los testimonios de muchos, opiniones y valoraciones no favorables hacia situaciones muy relacionadas con la participación como expresión de la falta de condiciones para participar. Ésta es la percepción de muchos líderes: “Yo quiero decir en



este momento que la participación social aparentemente nos la da la Ley 100, pero en la práctica a casi la mayoría de los usuarios y de los representantes de las juntas no se nos dan esas garantías para que realmente podamos cumplir esta función” (líderes de Tuluá). “No hay participación de la sociedad para ayudar a decidir allí adentro, porque ellos toman las decisiones y nosotros nos sometemos” (usuarios de estrato bajo, Palmira). Además, varios mencionan la falta de credibilidad hacia las instituciones, por no percibir en éstas ni objetivos claros, ni respuestas concretas y oportunas a sus propuestas y reclamaciones, como producto de procesos participativos de la comunidad: “Nosotros lo que necesitamos es un objetivo más claro, que nosotros tengamos a quién reclamar, porque desafortunadamente nosotros reclamamos pero esto no se va a ninguna parte” (GF mayores de 55, Palmira).

Opiniones y actitudes de personal de salud

En el discurso de muchos de los integrantes entrevistados del personal de salud, tanto del sector público como del privado, se observaron opiniones que denotaban actitudes favorables hacia la participación social en salud, sustentadas en diferentes creencias e ideas; entre ellas, la importancia que tiene la participación para el mejoramiento de los servicios: “Por medio de la participación de ellos, nosotros podemos ofrecer mejores servicios, por-

que ellos nos informan a nosotros en realidad, cómo son los servicios de las IPS” (gerente EPS, ARS privada). Especialmente los que pertenecen al sector privado sustentaban la importancia de la participación basados en la creencia de un doble beneficio: “Es importante porque con su participación se deben mejorar los servicios, lo cual es bueno para la institución, ya que posesionaría mejor; pero también para ellos como usuarios, porque se les darán mejores servicios” (gerente IPS privada). Así mismo, sustentaban la importancia de la participación de los usuarios en la idea de que ésta ayuda a mejorar la imagen institucional: “Yo creo que la participación es fundamental, porque el cliente bien atendido trae más clientes y nos mejora la imagen...” (gerente EPS privada). Sin embargo, muy pocos del sector privado consideraron que la participación es importante y necesaria para darle voz al usuario que no la tiene. Sólo en el sector público unos pocos sustentaban su actitud en el contenido de la política, en el sentido del control social que la participación debe generar: “se trata de una reglamentación importantísima, que sirve en el interior de la institución como veeduría y como trabajo conjunto entre institución y comunidad” (gerente IPS pública).

También se observaron muchas opiniones que indicaban una actitud ambivalente, es decir, positiva hacia la participación, pero poco favorable hacia situaciones y/o contextos que la rodean y determinan, como la falta de información y conocimiento acerca de la política que tie-

TABLA 4
 MEDIA DE LAS PUNTUACIONES DE ESCALA DE ACTITUD SEGÚN MUNICIPIO

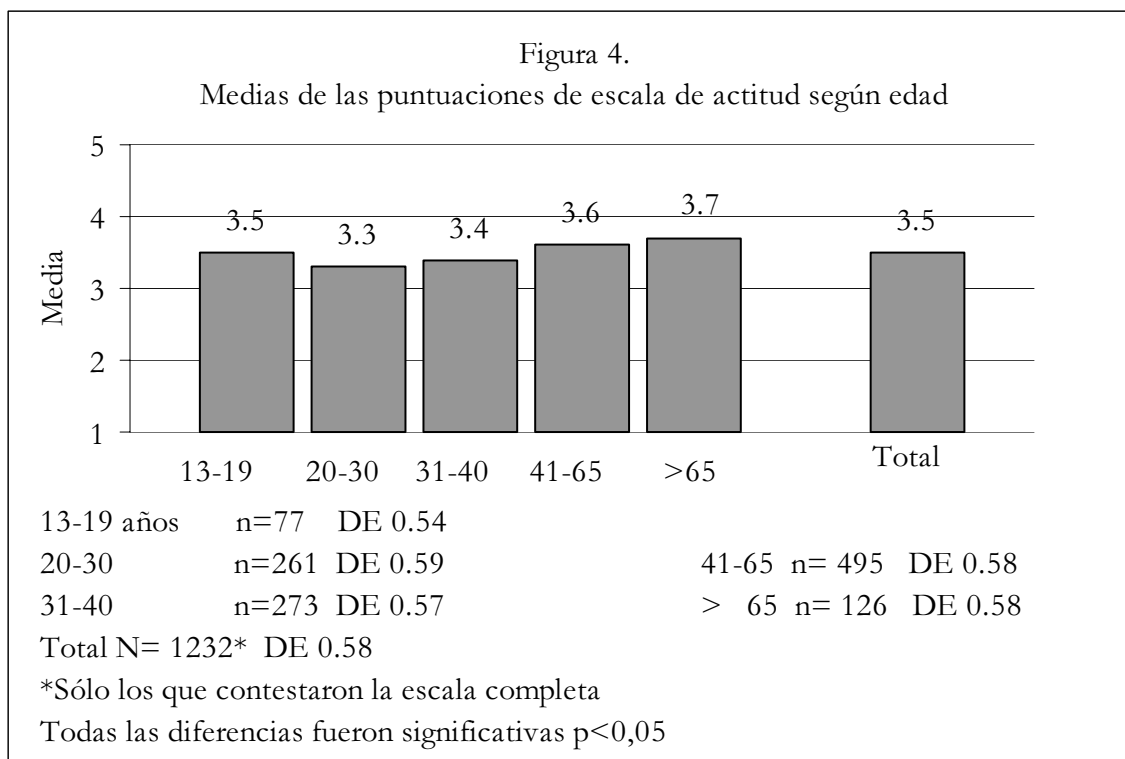
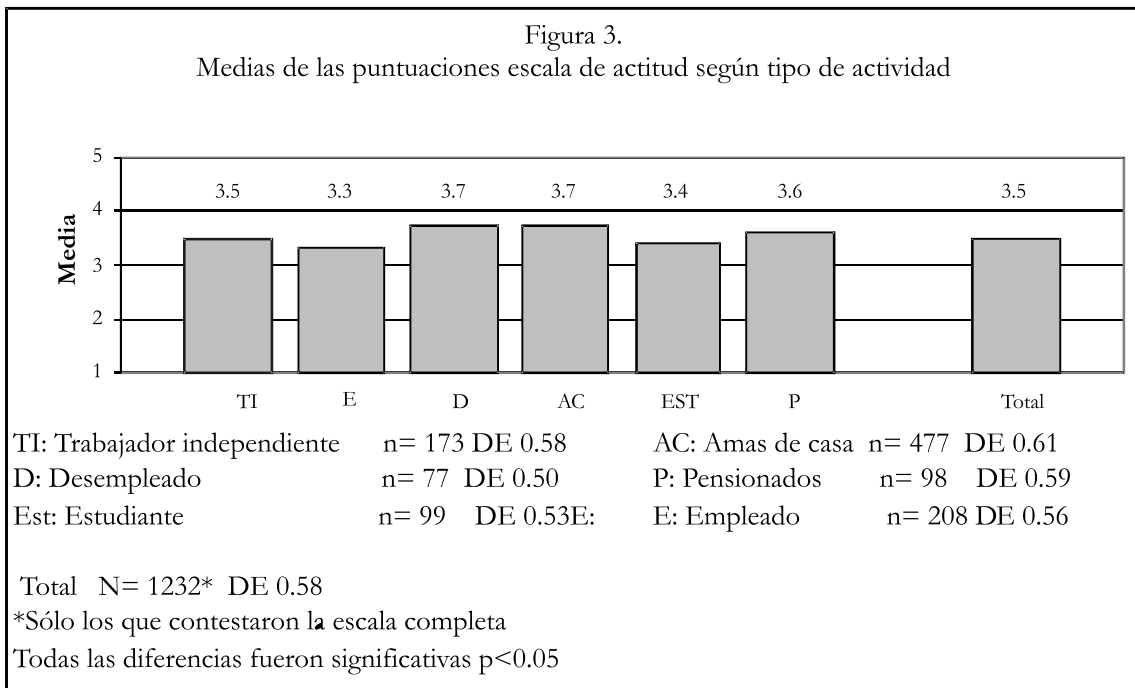
Ítemes	Palmira n= 664 ^a		Tuluá n= 568	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. Típica
La participación de los usuarios/pacientes realmente contribuye a mejorar los servicios de salud	3.90	0.82	3.93	0.81
Las instituciones de salud (hospitales, centros de salud, EPS) siempre tienen las puertas abiertas a los usuarios/pacientes para recibir las quejas, ideas y propuestas que mejoren los servicios	3.11	1.12	3.45	1.09
En las instituciones de salud (EPS, ARS, clínicas, centros de salud y hospitales) a los usuarios/pacientes nos dan la oportunidad de intervenir y de opinar para mejorar los servicios	2.87	1.10	3.23	1.13
En los servicios de salud de Colombia, el paciente/usuario es muy importante	3.27	1.23	3.39	1.15
Las formas de participación como asociación de usuarios, comités de veeduría, buzón de sugerencia, etc. son efectivos (sirven) para mejorar los servicios de salud	3.45	1.07	3.52	1.05
Tomar parte en un grupo de participación ciudadana en salud es importante	4.09	0.61	4.12	0.60
En Colombia los usuarios/pacientes están capacitados (o preparados) para participar en la mejora de los servicios de salud	2.88	1.09	2.88	1.14
Como usuario/paciente puedo influir en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	3.74	0.93	3.78	0.95
Total	3.42	0.54	3.54	0.60

Nota. Prueba *t* de student. Globalmente, la diferencia entre las medias fue significativa al $p < 0.05$

^aNúmero de personas que contestaron la escala de actitud completa

nen los usuarios: “es fundamental la participación, pero pienso que, para que haya una buena participación, es necesario una actitud positiva y un conocimiento por parte de los participantes, que tal vez no lo tengan” (gerente IPS pública). Esta actitud también se relaciona con la percepción de fallas de la norma y su implementación: “la participación es importante, pero la ley tiene mucho hueco... es inconsistente, en algunas cosas no está clara-

mente definido cómo va a participar el usuario. Por ejemplo, en el comité técnico y científico no hay procedimientos claros para su participación” (gerente EPS privada). Otros consideraban que la participación es necesaria, pero señalaban peligros como la politización y manipulación que se pueda hacer de ella: “Es un arma muy buena para la toma de decisiones, pero al tiempo puede ser un factor entorpecedor en el sentido de que algunos usuarios,



por estar en la AU, quieran favores personales para sus familias o amigos... , o favores políticos para ganar votos” (gerente IPS pública). Se observaron muchas actitudes negativas tanto en el sector público como privado, sustentadas en creencias y percepciones acerca de las características de los actores que participan, ya que consideraban que no son los más idóneos para interactuar en este tipo de situaciones: “no creo que funcione porque el usuario no tiene tiempo, ni disposición, ni conocimiento para participar” (gerente EPS privada).

Esto de la participación es útil en el papel pero en la realidad no, porque si la población trabaja, vive del empleo. Si están 8, 12 o 16 horas laborando, todos los días, ¿quién participa? De pronto, los que podrán participar son las personas más marginadas, el desempleado, el abuelo, y los que, por su condición, no tienen todos los elementos o argumentos o el poder de generar mecanismos de presión efectiva. Entonces, yo veo que muchas ligas de usuarios están conformadas por gente jubilada y algunas madres, y su participación [obedece más a que disponen de] tiempo libre [para dedicarlo] a esa organización, y otras veces [obedece a un interés por] obtener empleo. (Gerente de IPS pública)

Opiniones y actitudes de los formuladores de políticas

Estos actores presentaron una valoración positiva hacia la participación social en salud, sustentada en creencias y percepciones pragmáticas como la utilidad de la participación para ayudar a mejorar la calidad de los servicios de salud, pero hicieron referencia sólo al nivel de consulta-evaluación, sin mencionar la participación en otros ámbitos, como en la toma de decisiones “Es importante la participación de los usuarios porque da las posibilidades de mejorar los servicios; que las diferentes organizaciones analicen, discutan, que la comunidad verdaderamente pueda calificar la calidad de los servicios con criterio y conceptos claros” (secretario de salud). También se presentaron actitudes ambivalentes, como estar de acuerdo con la participación pero percibir con escepticismo la participación de los usuarios en la toma de decisiones. Esta actitud se sustenta en la percepción del poco poder de decisión que tienen los usuarios frente al poder de los actores institucionales: “Eso sería algo así como ‘yo participo’, ‘tú participas’, ‘él participa’, ‘nosotros participamos’... y ellos deciden” (secretario de salud).

Discusión

Uno de los resultados centrales de este estudio consiste en haber encontrado que, en términos generales, la participación en salud es un hecho social, culturalmente significativo y deseable, puesto que casi todos los actores

involucrados lo valoran positivamente. Esto se explicaría, en parte, por la articulación de la participación a un bien social, apreciado y escaso como es la salud en Colombia, donde aproximadamente el 40% de la población no está afiliada al SGSSS (De Groot, De Paepe & Unger, 2005). En estudios recientes en Colombia (Delgado & Vázquez, 2006a, 2006b; Mosquera et al. 2001) y Brasil (Vázquez et al. 2003) se observó que para los usuarios de los sistemas de salud de esos países participar representaba acceder a los servicios de salud. Esto, aunado a los valores de solidaridad y compromiso en los que se sustenta la participación según el estudio de Delgado y Vázquez (2005), estaría direccionando positivamente la actitud de los usuarios hacia la participación.

Por otra parte, este estudio devela que hay sectores de la población usuaria más favorables hacia la participación que otros, para quienes los valores, creencias y experiencias que sustentan dichas actitudes también son distintos. Las mujeres, por ejemplo, se orientan más en favor de la participación en salud que los hombres, y esto se explicaría, en parte, por el papel que ellas juegan como guardianas de la salud de la familia, como plantea Huici Casal (1985); también por su rol —muchas veces en tanto cabeza de familia— como cuidadora, responsable y proveedora de las necesidades fundamentales de la familia como la salud, los alimentos, lo afectivo. Se trata de un rol tradicional internalizado a través de procesos de socialización primaria y secundaria de muchas mujeres en países latinoamericanos (Delgado, 1992). Además, las mujeres en América Latina son las principales generadoras de salud como lo señala Roses (2003), donde constituyen una gran fuerza laboral voluntaria y remunerada en salud.

La actitud no tan favorable hacia la participación presentada por las personas de niveles educativos altos estaría asociada a una conciencia más crítica frente a la política y sus mecanismos. Las actitudes más positivas de las personas de bajos niveles educativos, que generalmente pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y medios-bajos, se explicarían también por la experiencia que se tiene en este sector de la población en tales prácticas sociales. Casi todos los planes y programas en salud que conciben la participación social como eje fundamental para su implantación (Zakus, 1998) consideran a las poblaciones más pobres como blanco de sus acciones, por ser también las más vulnerables. Así mismo, creen que al participar pueden tener acceso a los servicios de salud. Por otra parte, históricamente estos sectores han presentado espontáneamente un comportamiento participativo, como mecanismo para suplir las necesidades básicas o lograr cierta interlocución con el Estado, tal como lo señala Vargas (2000). Las personas mayores se muestran más receptivas a participar en salud que los adultos jóvenes.

nes que estudian o trabajan, formal o informalmente, y por tanto no tienen el tiempo necesario. El no tener que responder por horarios formales de trabajo, le permitiría a la gente estar más dispuesta a participar, como en el caso de las amas de casa o los pensionados, quienes cuentan con experiencia y, sobre todo, con tiempo para participar en actividades y reuniones. Los desempleados lo harían por la expectativa de conseguir un empleo, como lo señalaron varios integrantes del personal de salud. El mayor conocimiento y experiencia con respecto a los mecanismos de participación en salud que tienen los usuarios de Palmira, como se encontró en un estudio reciente (Delgado & Vázquez, 2006a, 2006b), pareciera que los ha hecho más escépticos que los de Tuluá. Podría agregarse que los entrevistados de este municipio son más críticos frente a esas formas de participación y sus resultados, como se observó en el estudio cualitativo, en el que señalaron insistentemente lo inocuo de una participación en la que ellos no tienen poder de decisión.

Por otra parte, los resultados indican cómo en los formuladores de políticas emergen actitudes positivas hacia la participación, pero sustentadas parcialmente en el conocimiento que tienen del contenido oficial de la política. Estos funcionarios consideran la participación como un instrumento para la evaluación y control social de la salud (Delgado et al., 2005), y se quedan en el sentido instrumental de la política, en la utilidad de la participación de los usuarios para mejorar los servicios. De este modo, perciben la participación sólo a nivel de consulta-evaluación. Sus actitudes parecen no sustentarse —como era de esperarse— en el valor intrínseco de la participación contemplado en la norma, como es el acceder por medio de aquella a la toma de decisiones en salud, de manera que el actor comunitario no sólo evalúe la calidad de los servicios, sino que proponga y gestione planes y programas que busquen su desarrollo social y el bienestar humano. Manifestar escepticismo hacia la participación denota poca creencia en ésta como estrategia para intervenir en decisiones de salud, entre otras cosas, por lo excluyente y asimétrico de las interacciones entre los actores: “yo participo, tú participas, él participa, nosotros participamos y ellos deciden”.

Como se observa en los resultados, muchos integrantes del personal de salud presentan actitudes favorables hacia la participación, generalmente con base en creencias, valores y sentidos elaborados y compartidos por ellos —como grupo culturalmente determinado—. Es el caso de la importancia que le otorgan a esta actividad como medio para mejorar la calidad de los servicios de salud, pero sólo a nivel informativo y no con relación a la participación en la planeación y ejecución de los programas. Así mismo, muchos funcionarios del sector privado tienen una actitud positiva sustentada en la creencia

de que la participación ayuda a lograr metas institucionales, o que funciona como estrategia de mercado. Estos resultados coinciden con otros estudios en Colombia (Mosquera et al., 2001), según los cuales tal actitud se sustenta muy pocas veces en argumentos políticos, y menos aún en el valor primordial de la participación, que consiste en lograr que las comunidades accedan por medio de ella a la toma de decisiones, a una redistribución del poder en materia de salud. Al igual que con los otros actores sociales, también se observa en el personal de salud muchas actitudes ambivalentes. Por un lado, se tiene una opinión positiva hacia la participación como comportamiento socialmente deseable, pero simultáneamente una opinión negativa frente a algunas situaciones que la determinan, como la forma de implantación de la política, o hacia los mecanismos de participación. Sin embargo, el argumento más utilizado para sustentar esta visión negativa tiene que ver con ciertas características de los actores comunitarios, como su falta de capacidad y conocimientos para participar. Esto se observó en otro estudio (Delgado & Vázquez, 2006a). Las actitudes ambivalentes que se ha observado con relación a la participación, en casi todos los actores, explicaría, en parte, según lo plantea la teoría de las actitudes (Hollnager, 1986; Roqueach, 1968), la escasa acción y compromiso con la política, y el poco comportamiento participativo observado en la mayoría de los participantes, como lo han señalado estudios recientes en Colombia (Delgado & Vázquez, 2006b) y Brasil (Vázquez et al., 2005). Una política participativa en salud debe ser dialógica, de modo que la participación no sólo sea algo deseable para todos, sino que los actores tengan relaciones y diálogos simétricos basados en ideas como: todos son responsables de la salud de todos; no hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas, según lo postula Freire (1984).

Para que la participación deje de ser algo solamente deseable y pase a ser un compromiso de vida, se requeriría, para su manifestación y mantenimiento por parte de la comunidad, una conciencia crítica, alta autoestima, expectativas de cambio y control. De este modo tendrían un soporte cognitivo las actitudes favorables hacia dicho mecanismo. Por parte del personal de salud y otros actores institucionales, se necesitaría adoptar una actitud de autocrítica ante sus falencias y no atribuir los errores a agentes externos, tal y como lo observaron en un estudio anterior Delgado & Vázquez (2006a). Se trata de cambiar ideas y creencias acerca de los “otros”, y empezar a valorar el conocimiento popular como un saber válido; a considerar a los sectores humildes de la población como grupos capaces de hacer propuestas para intervenir en sus asuntos cotidianos (Valla, 1998). Habría que transformar esa arraigada actitud de dominancia médica y cul-

tura burocrática existente en los servicios de salud, que no les permite compartir con otros por temor a perder poder o control, tal como señalan, entre otros, los estudios de Aguilar (2001). Para esto se requeriría, entre muchas otras cosas, un cambio en los paradigmas de formación profesional del personal de salud, por otros que replanteen las creencias acerca del conocimiento científico como el único conocimiento “oficial y válido”. Todos estos factores creados y mantenidos culturalmente, en los cuales se sustentan muchas actitudes hacia la participación por parte del personal institucional, no permiten entablar diálogos y relaciones simétricos con los usuarios y, por tanto, seguirá generando resistencia hacia la participación de parte y parte.

Referencias

- Abrantes-Pêgo, A. (1999). Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. *Salud Pública de México*, 41(6), 466-474.
- Aguilar, M. J. (2001). *La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?* Madrid: Díaz de Santos.
- Allport, G. W. (1955). *Becoming*. New Haven: Yale University Press.
- Broomberg, J. (1994). Managing the Health Care Market in Developing Countries: Prospects and Problems. *Health Policy and Planning*, 9 (3), 237-251.
- Castro, R. & Hernández, I. (1993). Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Salud Pública de México*, 35 (4), 376-401.
- Dawes, R. (1985). *Fundamentos y técnicas de medición de actitudes*. México: Limusa.
- De Groote, T., De Paepe P. & Unger J. P. (2005). Colombia: In Vivo Test of Health Sector Privatization in the Developing World. *Int. Journal of Health Service*, 35 (1), 125-141.
- Decreto 1757: por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación en la prestación de servicios de Salud. (1994). Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.
- Delgado M. E. (1992). *Formas organizativas y participativas en salud de sectores populares en México* D. F. México: DECA - Equipo Pueblo.
- Delgado, M. E., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2006). El rigor en la investigación cualitativa. En M. L. Vázquez, M. R. da Silva, A. S. Mogollón, M. J. Fernández de Sanmamed, M. E. Delgado & I. Vargas. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 182-200). Barcelona: Serveis de Publicacions Universidad Autònoma de Barcelona.
- Delgado, M. E. & Vázquez, M. L. (2006a). Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de actores principales. *Revista de Salud Pública*, 8 (2), 128-140.
- Delgado M. E. & Vázquez M. L. (2006b). Conocimientos opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8 (3), 150-167.
- Delgado, M. E., Vázquez, M. L., Zapata, Y. & Hernán, M. (2005) Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (6), 697-707.
- Fernández de Sanmamed, M. J. (2006). Diseños de estudios y diseños maestres en investigación cualitativa. En M. L. Vázquez, M. R. Ferreira, A. S. Mogollón, M. J. Fernández de Sanmamed, M. E. Delgado & I. Vargas (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 231-275). Barcelona: Serveis de Publicacions UAB.
- Freire, P. (1984). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
- Hollander, E. (1986). *Principios y métodos de la psicología social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Huici Casal, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud enfermedad. En J. G. Morales. *Psicología social aplicada* (pp. 111-131). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Isaza, P. (1995). La reforma del sector salud. *Edu Med Salud*, 29, 270-285.
- Magalhaes, M. L., & Carvalho, Affonso. (1998). Cidadania, participação popular e saúde: com palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública*, 14 (sup. 2), 59-68.
- Mosquera, M., Zapata, Y., Lee, K., Arango, C. & Varela, A. (2001). Strengthening User Participation through Health Sector Reform in Colombia: A Study of Institutional Change and Social Representation. *Health Policy and Planning*, 16 (2), 52-60.
- Roqueach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes and Values*. San Fco: Jossey – Bass
- Roses, M. (2003, enero 10). Desigualdades ocultas: género y reforma del sector salud. *Le Monde Diplomatique*.
- Valla, V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questao de perspectiva. *Cad de Saúde Pública*, 14 (sup. 2), 7-18.
- Vander Zander, J. W. (1989). *Manual de psicología social*. México: Paidós.

- Vargas, A. (2000). *Participación social: una mirada crítica*. Bogotá: Almodena.
- Vázquez, M. L., Da Silva, M. R. F., Siqueira, E., Kruze, I., Diniz, A., Veras, I & Pereira A. P. (2003). Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad de Saúde Pública*, 19 (2), 109-118.
- Vázquez, M. L., Ferreira, M. R., Siqueira, E., Pereira, A. P., Diniz, A., Leite, I. & Kruze, I. (2002). Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el Nordeste de Brasil: una aproximación cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 585-594.
- Vázquez, M. L., Ferreira, M. R., Siqueira, E., Diniz, A., Pereira, A. P., Veras, I & Kruze I. (2005). Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup. 1), 141-155.
- Wicker, A. W. (1969). Attitudes vs Actions: The Relationship of Verbal and Overt Behavioral Responses to Attitudes Objects. *Journal of Social Issues*, 25, 41-78.
- Zakus, D. (1998). Resource Dependency and Community Participation in Primary Health Care. *Social Science and Medicine*, 46, 475-494.