

Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil

Users' and community leaders' perceptions of their capacity to influence the quality of health care: case studies of Colombia and Brazil

María Eugenia Delgado-Gallego ¹
María Luisa Vázquez ²

Abstract

Health system reforms in Colombia and Brazil introduced policies that promote social participation in health care quality control. The objective of this paper was to analyze users' and leaders' perceptions of their capacity to achieve changes in the countries' health services. An exploratory and descriptive qualitative study was performed with individual interviews and focus groups of users and leaders in Colombia and Brazil. Most informants perceived themselves as having the capacity to induce changes to improve the quality of health services. They attributed this capacity primarily to internal factors related to their participatory behavior, plus only one external factor, the availability of institutional participatory spaces. The lack of capacity to influence change was only related to passive attitudes and fear of retaliation in Colombia. The existence of a population with high self-perceived capacity to achieve change appears as a potential factor to be strengthened, while institutional democratic space needs to improve in order to enhance the effectiveness of social participation in health policies.

Quality of Health Care; Health Services; Public Policies

¹ Grupo de Investigación en Desarrollo, Sociedad y Medio Ambiente, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

² Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.

Correspondencia

M. E. Delgado-Gallego
Grupo de Investigación en Desarrollo, Sociedad y Medio Ambiente, Instituto de Psicología, Universidad del Valle.
Calle 13#100-00, Edificio 388, Sede Meléndez, Cali, Valle, Colombia.
mariedel@coldecon.net.co
mariedelgadog@hotmail.com

Introducción

La promoción de la participación ciudadana, como estrategia para mejorar la calidad de los servicios, es un componente de muchas de las reformas de los sistemas de salud emprendidas desde los años 90. En Colombia se inició en 1993 con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en los principios de universalidad, solidaridad, eficiencia, integridad, unidad y participación (*Ley 100, Decreto 1757 del 1994*). Se definió la participación en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría de las instituciones del sistema de salud, como un derecho y deber de individuos y organizaciones y se distinguían dos tipos de participación en salud ¹. Por una parte, la *participación social* que comprende (a) la participación ciudadana individual mediante mecanismos basados en el mercado – buzón de sugerencias, oficina de atención al usuario y línea telefónica directa– y (b) la participación comunitaria en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría a nivel municipal, por medio de representantes de organizaciones comunitarias en el Comité de Participación Comunitaria. Por otra parte, se establece la *participación en las instituciones del SGSSS* para velar por la calidad del servicio, mediante la creación de las asociaciones de usuarios y su representación en las diferentes instancias de prestadores y aseguradoras. Universalidad, equidad, integridad de las acciones de

salud y participación social constituyen los principios del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Se considera la participación como un derecho y un deber de la población para priorizar políticas y programas, controlar la implementación de los servicios y fiscalizar los recursos públicos. A partir de la creación del SUS y la promulgación de diversas leyes y políticas (Constitución Federal de 1988; Leyes de Salud, 1990 y Normas operativas básicas 1991/93/96), se ampliaron las posibilidades de participación de la población en la gestión del sistema de salud y se crearon espacios institucionales de intervención colectiva – consejos municipales de salud (CMS), conferencias de salud y representación en consejos gestores, así como mecanismos de actuación individual – servicio telefónico, buzón de quejas y sugerencias y defensor del pueblo en salud ^{2,3,4}.

En esta nueva orientación de los sistemas de salud se contempla la participación como elemento fundamental para el control de las instituciones públicas asociadas a la producción social de la salud, en el marco de las relaciones entre distintos actores. En los últimos años se han incrementado las investigaciones que analizan la participación en salud desde la visión de los actores en contextos determinados, como programas de planificación familiar ⁵, en Grupos Ejecutivos Locales ⁶, centros de atención primaria ⁷ y en programas de salud ^{8,9}. En relación con las políticas participativas para el control de la calidad de los servicios de salud, específicamente, se han realizado estudios en Colombia y Brasil, que analizan factores sociales y psicosociales que influyen en su implantación, desde la perspectiva de los actores implicados y sus relaciones. Así, se ha analizado la circulación de discursos divergentes entre actores en los CMS ¹⁰, y la posibilidad real de participar ¹¹; los conceptos y opiniones sobre participación en salud de los actores involucrados en la política ^{12,13,14,15}; el conocimiento de la política y de los mecanismos de participación ^{16,17}; las barreras y oportunidades percibidas por los actores para la participación en salud ^{5,18} y sus actitudes hacia la participación ^{7,19}, entre otras. Por otra parte, sería necesario intentar develar las expectativas y capacidad percibida para ejercer control sobre la calidad de los servicios de salud, que han construido usuarios y líderes comunitarios como actores principales, ya que las percepciones de capacidad de control orientan y motivan el comportamiento participativo.

La percepción de capacidad para realizar una tarea o lograr una meta es una propiedad disposicional ^{20,21} que, como proceso cognitivo, se refiere a la relación que las personas establecen entre *factores personales* – componente interno – como su habilidad, motivación, actitud y esfuerzo para

realizar una acción, y los *factores ambientales o del contexto* – componente externo – como dificultad percibida, oportunidad, suerte etc. Este proceso cognitivo permite a las personas, en su vida cotidiana, predecir y explicar el resultado de sus acciones o dirigir sus comportamientos con relación a una meta, a partir de la valoración de sus factores internos y externos. Estos factores se encuentran influidos, a su vez, por la experiencia. Así, la experiencia de logro de metas motivará el comportamiento en situaciones similares y la percepción de fracasos continuos, o ausencia de consistencia entre comportamiento y resultado, por el contrario, producirá un deterioro motivacional para acciones posteriores. Es importante señalar que este proceso también depende del contexto socioeconómico e histórico. Así, estudios de psicología social en salud ²² y en medioambiente ²³ muestran que grupos sociales de estratos socioeconómicos más bajos, como campesinos y urbanomarginales, presentan una menor capacidad percibida de lograr metas y actitudes más pasivas, conformistas y fatalistas frente a sus problemas, debido a su escasa percepción de control interno. Esta percepción no se debe a una personalidad de base, ni a una cultura marginal ²⁴, sino, ante todo, a las precarias condiciones de vida en que han vivido históricamente estos sectores en América Latina que han internalizado bajo un sentido de relación excluyente con un mundo al que perciben cerrado. Esta situación es reversible mediante una recuperación de la identidad social, conciencia crítica, la participación y organización popular que conduzca a un mayor control de su realidad y expectativas positivas sobre su devenir ^{19,20,25}, requisitos disposicionales básicos para lograr cambios. Así pues, el control interno percibido como capacidad de influencia sobre el entorno es una expresión del poder que las personas y comunidades construyen en el cotidiano de sus relaciones y que poseen como recurso propio ^{24,26,27}.

El objetivo de este artículo es analizar de forma comparativa la percepción de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad percibida para lograr cambios en los servicios de salud en cuatro municipios de Colombia y Brasil.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, cuyo trabajo de campo se desarrolló entre finales del año 1999 y el 2001, en Colombia y Brasil.

Área de estudio

En Colombia la investigación se realizó en los municipios de Tuluá con 184.725 habitantes – dónde se tomó la zona urbana – y Palmira, con 283.431 – zona rural –, del departamento del Valle del Cauca en el Suroccidente del país; y en Brasil, en los municipios de Cabo de Santo Agostinho, con una población de 149.964 habitantes – zona rural – y Camaragibe con 118.968 – zona urbana; ambos integrantes de la Región Metropolitana de Recife, Estado de Pernambuco en el Noreste del país. Los municipios fueron seleccionados por constituir el nivel máximo de descentralización del sistema de salud, haber implementado las reformas del sector salud y tener densidades demográficas contrastantes – rural, urbana.

Técnicas de recogida de datos

Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas y grupos focales (GF) para obtener las percepciones y experiencias de participación social en salud, de líderes y usuarios. En Brasil se utilizaron las entrevistas individuales para explorar los temas abordados posteriormente por los grupos focales. Entre otras, se exploraba la capacidad percibida para influir en el sistema de salud y cambios como consecuencia de sus acciones. La entrevistas y grupos focales, con una duración de 60 a 90 minutos, fueron grabadas y posteriormente transcritas textualmente. Para la realización de las entrevistas y grupos focales se buscó un local fuera de los servicios de salud, para evitar posibles influencias en las respuestas.

Muestra

Se diseñó una muestra teórica de dos grupos de actores usuarios y líderes, de los que se esperaban discursos diferentes y se buscó la variación máxima de los discursos²⁸. Así, se incluyeron usuarios de ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad, de diferentes estratos socioeconómicos,

que utilizaban servicios de salud públicos y privados. Se consideró como líder comunitario a los representantes de organizaciones comunitarias de los municipios de estudio y estas organizaciones indicaron la persona a entrevistar. En Colombia se entrevistaron 250 personas entre usuarios y líderes y en Brasil 161 (Tabla 1).

Análisis de la información y calidad de los datos

Se realizó un análisis de contenido, siguiendo un proceso de etapas diferenciadas: (1) segmentación de los datos por cada país, por municipios y por actores; (2) generación de categorías iniciales de análisis, partiendo de las categorías que conformaron los guiones de las entrevistas y de los grupos; (3) codificación de los datos en función de las categorías de análisis iniciales, mediante una lectura sistemática y cuidadosa con identificación de unidades de sentido; y (4), mediante diversas lecturas y comparaciones constantes, se realizó una codificación fina que permitió detectar nuevas categorías emergentes de esos discursos. El procedimiento se hizo con la ayuda del Ethnograph v.5.08 (Qualis Research; <http://www.qualisresearch.com/>). Para asegurar la calidad de los datos, se realizaron discusiones de los resultados con los informantes, así como, la triangulación de la información, mediante comparaciones entre los distintos grupos de informantes, la utilización de diferentes técnicas y la intervención de varios investigadores en el análisis, con buen conocimiento del contexto y distinta formación²⁹.

Resultados

El discurso de gran parte de los entrevistados, tanto de Colombia como de Brasil, está atravesado por la percepción de capacidad para influir en la calidad de los servicios de salud, que atribuían mayoritariamente a factores internos o carac-

Tabla 1

Composición de la muestra en Colombia y Brasil.

Tipo de actor social	Colombia		Brasil	
	Entrevistas individuales	Entrevistados en grupos focales *	Entrevistas individuales	Entrevistados en grupos focales *
Usuarios		210 (20)	24	111 (10)
Líderes comunitarios		40 (5)	8	6 (1)

* El número en paréntesis es la cantidad de grupos focales realizados.

terísticas propias y sólo tímidamente a factores externos o características de la situación o del contexto (Tabla 2). No obstante, algunos entrevistados se percibían con escasa capacidad para influir en los servicios de salud, atribuida a factores internos y externos (Tabla 2).

Colombia

En Colombia, la gran mayoría de usuarios y líderes percibía que el logro de los cambios se relacionaba con factores de carácter interno, aunque algunos lo atribuían a un factor externo.

• Percepción de capacidad de influencia atribuida a factores internos

(a) Participación comunitaria. Muchos líderes y usuarios atribuían a la participación organizada de la comunidad – con metas compartidas – el poder para lograr cambios en los servicios de salud. Definían la participación como la suma de esfuerzos, la unión de todos y la vía más efectiva en el logro de metas, “*pues lógico, yo creo que sí se puede. Yo creo, pero asociándose, organizándonos de una forma colectiva, no de forma individual*” (GF Usuarios), y la organización comunitaria como el espacio necesario para un trabajo colectivo centrado en la comunidad. Sobre todo los líderes, mencionaban la participación en organizaciones

comunitarias que consideraban, por su capacidad de gestión, como un poder para la intervención directa en asuntos públicos y una interlocución válida con el Estado y sus instituciones. Muchos basaban su opinión en experiencias exitosas del pasado, y otros, a partir del conocimiento de las normas “*...la verdad es que yo sé que es factible, porque aquí hemos tenido como punto de referencia que con la participación ciudadana se puede...*” (GF Líderes). “*Si una comunidad se organiza y participa, es posible de que las cosas se le den como ella quiere, tiene poder, porque bien sabido es que el pueblo el constituyente primario... está en la Constitución*” (GF Líderes).

(b) Existencia de líderes comunitarios adecuados. Muchos informantes consideraban clave para lograr cambios en los servicios de salud, la existencia de líderes que orienten la consecución de esa meta. Pero estos líderes debían reunir unas características determinadas: compromiso con su comunidad, trabajar por los problemas colectivos y guiar adecuadamente a la gente. Además, debían tener conocimiento y ser capaces de representar la comunidad y negociar con las instituciones. “*Para poder hacer una petición, tenemos que tener un líder... un líder que tenga más o menos conocimiento, que sepa y que nos represente*” (GF Usuarios).

(c) Existencia de mecanismos institucionales colectivos. Sólo los líderes atribuían capacidad

Tabla 2

Factores atribuibles a la capacidad de influir en los servicios de salud de Colombia y Brasil.

Colombia	Brasil
Factores atribuibles a la percepción de influencia	
<u>Factores internos</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Participación comunitaria • Líderes comprometidos con capacidad de negociación • Mecanismos de participación colectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Unión y organización comunitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Presión social • Quejas y reclamaciones ante autoridades • Mayor apertura institucional a la participación 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de los mecanismos institucionales de participación • Conocimiento y conciencia de sus derechos ciudadanos • Presión social • Quejas y reclamaciones ante autoridades • Democratización y apertura institucional a la participación
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación por parte de las instituciones 	
Factores atribuibles a la percepción de no influencia	
<u>Factores externos</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de organización y participación comunitaria • Falta de apoyo a líderes • Falta de conocimientos • Conformismo • Falta de solidaridad • Temor 	<ul style="list-style-type: none"> • Limitada organización y participación comunitaria • Falta de conocimientos • Conformismo

para influenciar la calidad de los servicios de salud a la existencia de mecanismos colectivos formales de participación – como las Asociaciones de Usuarios, las veedurías – por su carácter vigilante: “...yo creo que mucho podemos lograr... a mí me parece demasiado importante que exista la Asociación de Usuarios, porque ellos [las instituciones de salud] sabiendo que hay una asociación o una veeduría del mismo usuario, ellos se interesan por prestar una verdadera atención” (GF Líderes).

(d) Instaurar quejas y reclamaciones individuales ante autoridades. Algunos usuarios y líderes percibían que podrían lograr cambios en los servicios de salud expresando quejas de manera individual, directamente al personal administrativo o a instancias de control, como la Superintendencia de Salud o a través de mecanismos establecidos, como las Oficinas de Atención al Usuario: “Claro, quejándose se puede cambiar, mejorar el servicio. Para eso está el gerente y el subgerente y la oficina de reclamos, decirles que la gente se va a retirar porque el servicio es malo... o ante la Super de Salud...” (GF Usuarios).

Algunos relacionaban su capacidad con la contribución económica al sistema que les da el derecho a reclamar y permite presionar. “Claro, podemos hacerlos mejorar, porque nos toca pagarlos y eso no es gratis, entonces tenemos derecho de hacer el reclamo y que nos atiendan bien” (GF Usuarios).

(e) Presión social por medio de protestas. Algunos usuarios consideraban que se pueden lograr cambios a través de mecanismos de presión social, como huelgas o manifestaciones masivas, por ser acciones efectivas para hacerse “oír” por las instituciones y porque es un servicio que les pertenece: “...porque si nosotros nos comprometemos a apoyar un cambio, ese cambio se va a dar: si todo el mundo se va en masa a protestar por lo que realmente le pertenece va a ser escuchada... pero no solamente una o dos o diez personas, si no todo el mundo...” (GF Usuarios).

• Percepción de capacidad de influencia atribuida a factores externos

Muchos usuarios atribuían la posibilidad de ejercer su capacidad para lograr la mejora de los servicios de salud a la proporción de oportunidades por parte de las instituciones mediante la apertura de espacios participativos y su capacitación en el conocimiento y uso adecuado de los mecanismos institucionales. “Uno sabe que tiene capacidad, que podemos, pero estas instituciones deben contribuir en capacitar a los usuarios” (GF Usuarios).

• Percepción de no capacidad de influencia

Por otra parte, sólo algunos usuarios, principalmente del medio rural y estratos urbanos bajos, se percibían sin capacidad para lograr cambios en la calidad de los servicios de salud y lo atribuían principalmente a factores internos o características propias. Por un lado, mencionaban la ausencia de los factores considerados capacitantes: la ausencia de organización y participación comunitaria “...es por falta de unión, de participación de toda la comunidad...” (GF Usuarios); ausencia de líderes o en caso de su existencia, sin el apoyo necesario de la comunidad “...es importante que apoyemos a los líderes, a veces... los dejamos solos a ellos, y así, no se puede, pues...” (GF Usuarios); y falta de conocimientos y competencias negociadoras “...Sí, creemos que las cosas pueden cambiar, pero no tenemos la inteligencia, la habilidades de hablar bien...” (GF Usuarios; 36-55, medio, Palmira). Por otro lado, mencionaban factores de carácter actitudinal: conformismo, ausencia de solidaridad y temor.

(a) Conformismo. Algunos usuarios describían actitudes conformistas donde primaban la aceptación de la situación, la inacción y ausencia de protestas. Aún ante el reconocimiento de una situación anómala por parte de los usuarios, se percibía que no se actuaba para mejorarla. “Si nos atienden mal, uno se conforma, uno nunca hace valer las cosas de uno, esa es la verdad, así somos casi todos... a nosotros nos dan y nos dan y nosotros nos seguimos dejando... nunca somos capaces de decir no más y ya” (GF Usuarios).

(b) Falta de solidaridad. Algunos atribuían la ausencia de capacidad para lograr cambios, a la ausencia del apoyo solidario colectivo en la identificación y adhesión a una causa común. “Tenemos poquita capacidad, porque nosotros de por sí somos de una cultura muy individualista y para estos casos se necesita una cultura muy solidaria, y la salud más que todo lo necesita” (GF Usuarios).

(c) Temor. En el discurso de algunos usuarios emergía el temor como causa de su expectativa negativa de lograr cambios en la mejora de los servicios de salud. Consideraban que existía el peligro de que las instituciones pudieran tomar las represalias y perdieran el acceso al servicio o fueran tratados mal en ocasiones posteriores e incluso que se podrían desencadenar eventos violentos. “...No, porque mire, hay un sentido: si usted hace un reclamo a usted lo están fichando, a usted lo están fichando, entonces uno no sabe muchas veces que lío pueda conseguir uno en ese sentido. Entonces, ¿quién se presta para eso?” (GF Usuarios).

Brasil

En Brasil, de manera semejante a Colombia, la mayoría de los usuarios y líderes comunitarios percibían que podían lograr cambios para responder a las necesidades e intereses de la comunidad y, sobre todo, lo atribuían a factores internos como usuarios. Estas consideraciones se basaban en experiencias exitosas en el pasado. Sólo algunos informantes, consideraban que esta capacidad era mínima (Tabla 2).

- **Percepción de capacidad de influencia atribuida a factores internos**

(a) La unión y organización comunitaria. La fuerza colectiva organizada, como eje fundamental de la percepción de logro para incidir en la calidad de los servicios de salud, emerge constantemente en el discurso de la gran mayoría de usuarios y líderes entrevistados. Los usuarios, pero principalmente los líderes, construyen un sentido de poder importante para la propuesta de proyectos de interés común. *“...La población tiene un poder popular muy fuerte como es la unión. A través de la unión la gente elige a sus administradores y realiza proyectos en colectivo”* (Líder). Por otra parte, consideraban la participación y organización como un poder popular, a través del cual pueden hacer valer sus derechos de tener satisfechas todas sus necesidades, entre ellas, las de salud: *“Creo que la comunidad organizada tiene mucho poder... y también tiene que saber el tamaño de ese poder para influir en los servicios de salud”* (Líder). Asimismo, percibían que el trabajo, organizado a través de sus entidades representativas como los sindicatos, les daba la capacidad para reivindicar sus derechos: *“si se tiene la capacidad, a través de las representaciones de sindicatos, de la comunidad civil organizada”* (GF Usuarios).

(b) Denunciado y utilizando los mecanismos institucionales y políticos de participación. Otros recursos internos de que disponen los usuarios para lograr cambios en la prestación de los servicios es la utilización de mecanismos institucionales de participación. En este sentido indicaban la capacidad de influir a través de sus representantes políticos y sindicales, mediante la participación electoral, o haciendo uso de los mecanismos colectivos de participación del sistema de salud, como los CMS. *“Si se tiene... denunciando y participando en los consejos de salud...”* (GF Usuarios).

(c) Conciencia de sus derechos ciudadanos. Usuarios y líderes expresan que la capacidad de lograr cambios en los servicios de salud depende de que se conozcan y se tenga conciencia de los derechos fundamentales, a lo cual le otorgan

un sentido de poder: *“Tenemos capacidad. Todo ciudadano tiene derecho a estudiar, a tener buena salud, casa... todo... Todos lo pobres tienen el poder en la mano si ellos se unen...”* (GF Usuarios). Además, algunos se consideran con derecho a exigir mejores servicios como ciudadanos que contribuyen con sus impuestos; derecho que consideran está establecido en la constitución.

(d) Expresión individual de quejas y reclamaciones ante autoridades. Algunos usuarios se consideraban con capacidad de lograr cambios, mediante la expresión individual de su descontento con los servicios de salud, mediante el reclamo directo ante las autoridades o personal de salud. Algunos manifestaban que debía hacerse asertivamente, es decir, observando normas de cordialidad. *“...Creo que sí. Primero buscando a la persona responsable o al jefe. Si no se mejora, se denuncia a la Secretaría de salud...”* (GF Usuarios).

(e) Presión social por medio de protestas colectivas. Algunos usuarios consideraban que la capacidad residía en la expresión pública y colectiva del malestar y descontento con los servicios de salud mediante protestas. En su discurso se percibían capaces de llegar a su objetivo utilizando formas dramáticas, como el boicot, y menos dramáticas, como el debate público. Los usuarios que atribuían la capacidad de lograr cambios al uso de la protesta señalaban que estas acciones tenían que ser colectivas: *“...reuniendo mucha gente y debatiendo en la Secretaría de salud”* (GF Usuarios). Algunos consideraban que las expresiones violentas eran la única alternativa de presión social para que los pobres, desprovistos de poder, consiguieran que sus necesidades fueran atendidas.

- **Percepción de capacidad de influencia atribuida a factores externos**

La capacidad percibida para mejorar la prestación de los servicios de salud fue atribuida por varios líderes a un sólo factor externo: la mayor democratización de las instituciones. Señalaban que se necesita contar con instituciones democráticas, que permitan el diálogo con la sociedad mediante la creación de espacios de participación, para facilitar una contribución más efectiva hacia los servicios y las políticas públicas. *“... Cuanto más democrática es, más fácil para que interaccionemos, cuando no se da eso, entonces el trabajo se queda ocupando un espacio que no consigue hacer contrapunto desde la sociedad hacia los servicios, hacia las políticas públicas, como en el caso de la salud”* (Líder).

- **Percepción de no capacidad de influencia**

Muy pocos usuarios de Brasil se percibían sin capacidad para lograr cambios en los servicios de salud, que atribuían a factores internos, y se referían a los más pobres y algunos usuarios de servicios privados a los usuarios de los servicios públicos. Como en Colombia, algunos se referían a la ausencia de los factores considerados capacitantes, es decir, incapacidad para unirse y organizarse a nivel comunitario: “*creo que no, porque no existe unión, organización... cada uno va, así mismo, por su cuenta, van pero no es mucho lo que logran resolver*” (GF Usuarios). Otros elementos mencionados se referían a limitados niveles de información y presencia de actitudes conformistas.

(a) Ausencia de información y conocimiento. La falta de conocimiento e información fue percibida como una carencia determinante para lograr cambios en los servicios. Consideraban que esa carencia la podrían superar por actos violentos para lograr los cambios deseados: “*se puede lograr pero muy poco... A no ser que por medio de la violencia... porque los pobres no tienen fuerza y cultura...*” (GF Usuarios).

(b) Conformismo. Algunos usuarios opinaban que la población no posee capacidad para lograr cambios en los servicios de salud por una actitud conformista que los lleva a quedarse callados ante situaciones percibidas como anómalas. “*...En el servicio público la gente se queda callada... La gente no dice nada...*” (GF Usuarios).

Discusión

El sentido de control de las personas o comunidades sobre su entorno se relaciona con la percepción de capacidad propia o autoeficacia (factores internos) para influir en asuntos de la realidad cercana o para intervenir sobre sistemas sociales considerados importantes³⁰, como sería en este caso el sistema de salud. De manera congruente con otros estudios^{7,8}, la mayoría de los informantes considera que la población posee la capacidad de influir sobre los servicios de salud, y lo atribuyen fundamentalmente a elementos internos. Así, el comportamiento participativo, emerge como hilo conductor de la capacidad para lograr cambios en los servicios de salud, y le otorga un sentido de poder, pues permitiría acceder a recursos sociales, como la atención en salud. Consideran que se puede influir en los servicios de salud utilizando mecanismos de participación institucionales, especialmente de tipo colectivo, y actuando de manera conjunta, por la mayor capacidad de influencia. Es decir,

el trabajo colectivo y organizado emerge como un recurso de poder de la comunidad para poder influir en las instituciones y cambiar la realidad. Los líderes, como era de esperar, consideran que el espacio social del comportamiento participativo lo constituyen las organizaciones comunitarias. Por ello, para su potenciación, se debería contar con organizaciones comunitarias capaces de fomentar un sentido de pertenencia, de confianza, de diálogo y con habilidades para la negociación, base del trabajo participativo y político^{24,30}. En Colombia más que en Brasil, los usuarios destacaron el papel del líder como recurso para la participación, siempre que ostente las características que le hacen idóneos para ejercer su rol: conocimiento, compromiso y competencias negociadoras con las instituciones. De esta manera, el líder disfrutaría de una situación privilegiada, que describen algunos autores³⁰, para desarrollar un mayor conocimiento y experiencia, no sólo de las necesidades de la comunidad y normas y legislaciones que les atañen, sino también de las dinámicas en las relaciones comunidad-instituciones³⁰. En cambio, en Brasil, destaca la alusión a la participación a través de mecanismos políticos, como los representantes sindicales y políticos.

Asimismo, es importante destacar que en Brasil se valora como importante factor capacitador interno un buen nivel educativo y el conocimiento y conciencia de los derechos ciudadanos, ya que fortalecen la comprensión y construcción crítica de su entorno sociopolítico. Resulta relevante por el bajo nivel educativo en grupos amplios de la población en estos países, así como su percepción de inexistencia derechos para una parte importante de la población, analizados por diversos trabajos^{7,8}.

En ambos grupos de informantes emergió la presión social, como forma de lograr cambios en los servicios de salud, mediante acciones directas limitadas – reuniones con directivos, envío de cartas, etc. – o protestas públicas amplias. Esta forma de expresión pública del descontento es considerada un recurso comunitario valioso para transformar situaciones inaceptables, como los malos servicios. Algunos lo consideran el único recurso de las comunidades más pobres, lo que parece indicar un sentimiento de exclusión de los mecanismos habituales de interacción con las instituciones y de los propios servicios.

Es importante anotar que, muchos usuarios en ambos países, también atribuyen su capacidad de incidir en los servicios de salud, a un factor externo: la apertura de espacios democráticos que incentiven la participación de los usuarios, los capacite y los tenga en cuenta en procesos de toma de decisiones. Este resultado, apunta a una

debilidad importante de los sistemas de salud en relación a la participación, también mostrada en otros estudios que indicaban como barrera para la participación la escasa capacitación de las instituciones a sus usuarios¹⁰ y la limitada implicación en las instituciones de salud de la comunidad, en sus diversas formas de organización, que son consultadas, pero no participan en la toma de decisiones^{11,31}. Para ello, es necesario que las instituciones de salud les faciliten el acceso a la información, a los espacios participativos y los reconozcan como actores válidos y capaces de tomar decisiones para ejercer un control sobre los servicios.

En ambas áreas de estudio emergió, aunque de forma limitada, la ausencia de capacidad para influir en los servicios de salud, principalmente en los informantes de nivel socioeconómico más bajo, o refiriéndose a esta población. Carencias históricas en la satisfacción de necesidades básicas como educación y salud, que conllevan la exclusión social, vividas personal y cotidianamente por una parte importante de la población en los países latinoamericanos, impiden identificar una relación entre su acción social y mejoras en su vida. Por el contrario, originan una pérdida de confianza en las propias acciones y desesperanza³², lo que genera, a manera de defensa, el desinterés, la apatía y la inacción para evitar la desilusión y nuevos fracasos³⁰. Se muestran en nociones naturalizadas (internalizadas) y generalizadas²³, “*es que los pobres no tienen fuerza y cultura*”, “*...no tenemos la inteligencia, la habilidades de hablar bien...*”, que generan actitudes de indiferencia y escepticismo, de carácter paralizador, que emergieron en el discurso: “*Si nos atienden mal, uno se conforma, uno nunca hace valer las cosas de uno, esa es la verdad, así somos casi todos*”. No obstante, el hecho de atribuirlo a factores internos, como falta de conocimiento y de capacidad para actuar, en vez de ubicarlo en factores externos como las instituciones de salud, podría indicar un mayor nivel de conciencia crítica, que puede llevar finalmente a impulsar cambios.

Sólo en Colombia se observaron discursos en los que emergían el temor y falta de solidaridad para ejercer un control sobre los servicios. La atención en salud es un bien preciado y su acceso es considerado privilegio que no se quiere arriesgar por acciones cuestionadoras de las instituciones de salud, también observado en trabajos recientes^{4,5,10} y que revelan un limitado acceso a los sistemas de salud. La reforma del sistema de salud en Colombia se ha basado en la introducción del mercado, y desde su diseño implica un acceso inequitativo a la atención en salud, en el que la población más pobre, accede a un paquete

de prestaciones limitado^{33,34}, y encuentran numerosas barreras a la utilización³⁵.

El miedo y desconfianza para emprender acciones parece reflejar la percepción de una relación desigual con las instituciones, a las que atribuyen la capacidad de sancionar su comportamiento. En una sociedad cada vez más excluyente, competitiva, impersonal e individualista, los individuos se sienten débiles frente a las grandes burocracias estatales o empresariales. Podría indicar que han aprendido a tener miedo a expresar sus opiniones por una historia llena de imposibilidades y experiencias negativas.

Conclusión

Los resultados del estudio indican que la gran mayoría de usuarios y líderes de los municipios estudiados se identifican como actores con capacidad suficiente para lograr cambios en los servicios de salud, que atribuyen fundamentalmente a factores internos bajo su control, a los que otorgan un sentido de poder que verbalizan. Estos resultados, parecen indicar, por una parte, que se atribuye un alto valor a la salud como bien social, que juega un papel determinante como agente activo organizador de esa percepción. Por otra, estos países con circunstancias históricas excluyentes, muestran un panorama no tan pesimista, desde el punto de vista de la población. Teóricamente, la percepción de capacidad de logro, como predisposición, comienza por afectar la construcción de la situación por la persona (o comunidades) y luego la conducta de la persona (o comunidades) en esa situación³⁶.

Sin embargo, esos procesos cognitivos construidos desde la motivación al logro que pueden generar acciones congruentes, no siempre encuentran los espacios y respuestas institucionales que permiten la transformación de las acciones en logros. Sería necesario que las instituciones reconocieran el papel de la comunidad y sus organizaciones y asimilaran sus propuestas; es decir, por un lado, considerar la participación como un diálogo y, por otro, estar dispuestos a compartir la capacidad de decisión y, en últimas, el poder³⁷. Las instituciones deberían sobre todo, desarrollar una apertura democrática³⁸. No obstante, el control social no será posible si la apertura democrática no acompaña el desarrollo de instituciones que estén en disposición de responder a las necesidades de todos y no sólo de algunos grupos de la población.

Resumen

Los sistemas de salud en Colombia y Brasil incluyen políticas que promueven la participación de la población en el control de la calidad de los servicios de salud. El objetivo del artículo es analizar la percepción de usuarios y líderes de ambos países sobre su capacidad para lograr cambios en los servicios de salud. Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo mediante grupos focales y entrevistas individuales a usuarios y líderes en Colombia y Brasil. La gran mayoría de usuarios y líderes se perciben con capacidad de inducir cambios que mejoren la calidad de los servicios de salud. Capacidad que atribuyen fundamentalmente a factores internos, relacionados con su comportamiento participativo y únicamente a un factor externo, la existencia de espacios de participación en las instituciones. La ausencia de capacidad se relacionaba con actitudes conformistas y temor a las represalias – sólo en Colombia. La existencia de una población con alta capacidad de logro percibida se revela como potencial a fortalecer, al tiempo que se mejora la apertura democrática de las instituciones, para aumentar la efectividad de las políticas de participación en salud.

Calidad de la Atención de Salud; Servicios de Salud; Políticas Públicas

Colaboradores

M. E. Delgado-Gallego y M. L. Vázquez contribuyeron en todas las fases de la investigación (diseño, recogida de la información y análisis) y en la redacción del artículo.

Agradecimientos

La investigación fue realizada en colaboración del Institute for Health Sector Development (Reino Unido), GEMA-Universidad del Valle (Colombia), Universidad Federal de Pernambuco y el Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Brasil), Escuela Andaluza de Salud Pública (España) y el Consorci Hospitalari de Catalunya. Agradecemos a las Secretarías de Salud de los municipios de Tuluá y Palmira y del Departamento del Valle del Cauca en Colombia y las Secretarías de Salud de los municipios de Camaragibe y Cabo Santo Agostinho en Brasil su apoyo; a las personas entrevistadas en estos municipios que aceptaron compartir sus opiniones, ideas e inquietudes; y a la Comisión Europea DG XII por su ayuda financiera (contrato: IC18-CT98-0340).

Referencias

- Decreto 1757. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación en la prestación de servicios de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
- Ministério da Saúde. Norma operacional básica. INAMPS nº. 1/91. Diário Oficial da União 2001; 18 jul.
- Ministério da Saúde. Norma operacional básica. SUS nº. 2/92. Diário Oficial da União 1992.
- Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1996; 6 nov.
- Castro R, Hernández I. Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. Salud Pública Méx 1993; 35:376-401.
- Abrantes-Pêgo R. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. Salud Pública Méx 1999; 41:466-74.
- Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad Saúde Pública 1998; 14:355-65.
- Machado MFAS, Vieira NFC. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. Rev Latinoam Enferm 2004; 12:76-82.
- Acioli MA, Carvalho EF. Discursos e práticas referentes ao processo de participação comunitária nas ações de educação em saúde: as ações de mobilização comunitária do PCDEN/PE. Cad Saúde Pública 1998; 14 Suppl 2:59-68.
- Wendhausen A, Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública 2002; 18:1621-8.
- Wendhausen AL. Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. Rev Esp Salud Pública 2006; 80:697-704.

12. Vázquez ML, Silva MRF, Campos ES, Arruda IKG, Diniz AS, Veras IL, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:579-91.
13. Vázquez ML, Ferreira MR, Siqueira E, Pereira AP, Diniz A, Leite I, et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el sistema de salud en el Nordeste de Brasil. Una aproximación cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:585-94.
14. Delgado ME, Vázquez ML, Zapata Y, Hernán M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:697-707.
15. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Varela A. Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. *Health Policy Plan* 2001; 16:52-60.
16. Delgado ME, Vázquez ML. Conocimientos opiniones y experiencias con la aplicación de la política de participación en Colombia. *Rev Salud Pública* 2006; 8:150-67.
17. Vázquez ML, Silva MRF, Siqueira E, Diniz A, Pereira AP, Veras I, et al. Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10 Suppl:141-55.
18. Delgado ME, Vázquez ML. Barreras y oportunidades para la participación social en salud en Colombia: percepciones de actores principales. *Rev Salud Pública* 2006; 8:128-40.
19. Delgado ME. Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia. *Univ Psychol* 2007; 6:345-58.
20. Schneider D, Hastorf A, Ellsworth P. Percepción personal. México DF: Fondo Educativo Interamericano; 1980.
21. Heider F. La percepción del otro. In: Torregosa JR, Crespo E, compiladores. *Estudios básicos en psicología social*. Barcelona: Editorial Hora; 1982. p. 157-62.
22. Cockerham W. Medical sociology. In: Smelser N, editor. *Handbook of sociology*. Beverly Hills: Sage Publications; 1988. p. 575-99.
23. Delgado ME. Distribución de las expectativas de control en dos comunidades negras del Chocó en Colombia. In: XII Congreso Nacional de Psicología Social, Libro de Memorias. Morelos: Sociedad Mexicana de Psicología Social; 1989.
24. Martin-Baró I. El Latino indolente: carácter ideológico del fatalismo latinoamericano. In: Montero M, compilador. *Psicología política latinoamericana*. Caracas: Editorial Panapo; 1987. p. 135-62.
25. Delgado ME. Un modelo psicosocial como propuesta de análisis de las organizaciones populares. In: Congreso Regional de Psicología para Profesionales en América, Libro de Memorias. México DF: Instituto Mexicano de Investigación Familiar y Población/Asociación Mexicana de Psicología Social/International Association for Analytical Psychology; 1997.
26. Serrano-García I, López-Sánchez G. Una perspectiva diferente del poder y el cambio social para la psicología social comunitaria. In: Montero M, editor. *Psicología social comunitaria. Teoría método y experiencia*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara; 1994. p. 167-210.
27. Foucault M. *Microfísica del poder*. Madrid: Editorial La Piqueta; 1979.
28. Fernández-de-Sanmamed MJ. Diseños de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. In: Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, Fernández-de-Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editores. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Serveis de Publicacions UAB; 2006.
29. Delgado ME, Vargas I, Vázquez ML. El rigor en la investigación cualitativa. In: Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, Fernández-de-Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editores. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Serveis de Publicacions UAB; 2006.
30. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005.
31. Arévalo DA. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6:107-39.
32. Seligman MEP. *Indefensión*. Madrid: Debate; 1981.
33. Vargas I, Vázquez ML, De la Corte P, Mogollón A, Unger JP. Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. *Gac Sanit* 2008; 22 Suppl 1:223-9.
34. Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:927-37.
35. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón A. El acceso a la atención en salud en modelo de competencia regulada. Un estudio de casos en Colombia. *Gac Sanit* 2007; 21 (Espec Congr):11-149.
36. Romero-García O. Crecimiento psicológico y motivaciones sociales. In: Montero M, editor. *Construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona: Anthropos; 1994. p. 20-4.
37. Klein R. The politics of participation. In: Maxwell R, Weaver N, editor. *Public participation in health*. London: King Edward's Hospital Fund; 1984. p. 17-32.
38. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002; 16:30-8.

Recibido el 13/Feb/2008

Versión final presentada el 04/Jun/2008

Aprobado el 25/Jun/2008