

ORIGINAL

VISION DE LOS DIFERENTES AGENTES SOCIALES SOBRE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD EN EL NORDESTE DE BRASIL. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA

M Luisa Vázquez Navarrete (1,2), M Rejane Ferreira da Silva (2,3), Eliane Siqueira Campos (4), Ana Paula Campos Pereira (4), Alcides da Silva Diniz (5), Ida Leite Veras (4) y Ilma Kruze Grande de Arruda (4,5).

- (1) CHC Consultoria i Gestió, SA.
- (2) Institute for Health Sector Development.
- (3) Universidade de Pernambuco.
- (4) Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- (5) Universidade Federal de Pernambuco.

RESUMEN

Fundamento: La participación social en salud constituye uno de los principios fundamentales de la reforma sanitaria brasileña. El objetivo de este artículo es analizar los conceptos de participación social en salud de los diferentes agentes sociales y su percepción de obstáculos y facilidades a esta participación.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas individuales (EI) y grupos focales (GF) a diferentes agentes sociales: 135 usuarios (EI, GF), 14 líderes comunitarios (EI,GF), 12 miembros del Consejo Municipal de Salud (EI), 8 formuladores de políticas (EI) y 37 del personal de salud (EI,GF). Se hizo un análisis narrativo de contenido. Los municipios de Cabo y Camaragibe en el Nordeste de Brasil y constituían el área de estudio.

Resultados: Con distintos niveles de elaboración, en todos los grupos de informantes emergieron conceptos de participación individual y colectiva en salud y la mayoría describía también su propia actuación. La participación como acción individual y la idea de utilización de los servicios de salud predominaron en las respuestas de usuarios. En los obstáculos a la participación refirieron factores poblacionales e institucionales: usuarios y líderes mencionaron ambos tipos, mientras que el personal de salud y miembros del CMS hacían mayor hincapié en los primeros. Los formuladores de políticas enfatizan la falta de decisión política. En las facilidades se observó la misma tendencia.

Conclusiones: Los conceptos y las dificultades a la participación referidos parecen mostrar las distintas formas de relación entre los diversos agentes sociales y los servicios de salud y señalan hacia un limitado alcance de la política de participación social en salud. Se identifican elementos de mejora.

Palabras clave: Participación social en salud. Investigación cualitativa. Brasil.

ABSTRACT

Concepts and opinions on social participation in health held by different groups of stakeholders in North-eastern Brazil. A qualitative study

Background: Social participation in the health system constitutes one of the basic principles of Brazilian health sector reform. This paper analyses the concepts held by different groups of stakeholders with respect to social participation in health and identifies their opinions on hindering and enabling factors for this participation.

Methods: A qualitative study was conducted using individual interviews (II) and focus groups (FG) with different groups of stakeholders: 135 users (II,GF), 14 community leaders (II,GF), 12 Municipal Health Council (MHC) members (II), 8 policymakers and (II) 37 health personnel (II,GF) were interviewed. A narrative content analysis of the results was conducted. Two municipalities in North-eastern Brazil, Cabo de Santo Agostinho and Camaragibe, made up the area of study.

Results: In all groups, a distinction between individual and group participation emerged and reached different levels of elaboration. Many informants' ideas described also their own ways of action. Individual participation concepts and the utilization of health services were predominant among users. Population and institutional factors were identified as obstacles to participation: users and community leaders referred both type of factors, while the health personnel and MHC members put more emphasis on the former. Some informants among the health personnel did not identify any barriers. Policymakers emphasised the lack of political will. The enabling factors mentioned reflected the same logic.

Conclusions: Concepts and perceived hindering factors to participation which were described appear to show different ways of interaction among the diverse stakeholders and the health services. The results point towards a limited effect of the health policy on social participation. Elements that could contribute to an improvement are identified.

Keywords: social participation in health, stakeholders concepts, qualitative study, Brazil.

Correspondencia:

María Luisa Vázquez Navarrete
CHC Consultoria i Gestió, SA
Avda. Tibidabo 21. 08022 Barcelona
Correo electrónico: mlvazquez@chccig.com

INTRODUCCIÓN

En las reformas del sector salud de Brasil, con la creación del Sistema Único de Salud y la promulgación de diversas leyes y políticas de salud (Constitución, 1988; Leyes de Salud, 1990 y Normas operativas básicas 1991/93/96) se ampliaron en las dos últimas décadas las posibilidades de participación de la población en la gestión del sistema de salud. En este nuevo marco legal se promueve la participación de la sociedad mediante la creación de espacios institucionales de intervención colectiva, como los consejos municipales de salud (CMS), conferencias de salud y consejos gestores, así como mecanismos de actuación individual, servicio telefónico, buzón de quejas y sugerencias y defensor del pueblo en salud. La tímida actuación de la población en la toma de decisiones sobre la orientación técnica y política del sector¹⁻⁵ parece indicar una escasa consolidación de estos mecanismos hasta la fecha. A pesar del carácter sistémico de las políticas de participación en salud en el contexto de la reforma, la mayoría de los estudios encontrados se concentran en experiencias puntuales de participación de la población en el desarrollo de programas de educación para la salud o de control de enfermedades^{1,6-9}. Se observa una escasez de estudios destinados a evaluar los diversos elementos que influyen sobre la efectividad de la implantación de las políticas¹⁰, entre ellos, los conceptos, opiniones e intereses de los diferentes agentes sociales respecto a la participación de la población en la gestión de los servicios de salud a nivel local. Por todo ello, se realizó una investigación destinada a evaluar la eficacia de la política actual de reforma del sector salud para fortalecer la participación de los usuarios en los servicios de salud en Brasil y examinar aspectos relativos al contenido, proceso, contexto y agentes principales.

El objetivo de este artículo es analizar de forma comparativa los conceptos de participación social en salud de los diferentes agentes sociales implicados en la implanta-

ción de la política y su opinión sobre los obstáculos y facilidades a esta participación.

SUJETOS Y MÉTODOS

Área de estudio. La investigación se realizó en los municipios de Cabo Santo Agostinho y en Camaragibe, ambos localizados en la Región Metropolitana de Recife, capital del estado de Pernambuco en el nordeste de Brasil. La Secretaría de Salud del Estado de Pernambuco seleccionó los municipios, basándose en los siguientes criterios: constituir el nivel máximo de descentralización del sistema de salud, tener características urbana y rural respectivamente y haber implementado las reformas en el sector salud.

Métodos. Se realizó un estudio cualitativo cuyo trabajo de campo se desarrolló entre mayo de 1999 y junio de 2000. Se realizaron entrevistas individuales semi-estructuradas (con guías de entrevista) y grupos focales para determinar los conceptos de participación social en salud y opiniones sobre las dificultades y facilidades de participación de los diferentes agentes sociales involucrados. Para cada grupo de informantes se elaboró un guión específico con una primera parte común a todos. Se realizaron entrevistas individuales con usuarios, personal de salud, líderes comunitarios, miembros del CMS y formuladores de políticas y grupos focales con usuarios, líderes y personal de salud (tabla 1). La duración de las entrevistas fue de entre 60 y 90 minutos. Las entrevistas individuales y grupos focales fueron grabados y posteriormente transcritas textualmente.

Muestra. Participaron en el estudio 135 usuarios de los servicios de salud, 14 líderes comunitarios, 37 del personal de los servicios salud (gerentes y otro personal), 9 formuladores de políticas de nivel nacional y municipal y 12 miembros del CMS. Se hizo una selección intencional de la muestra buscando la variación máxima. Se entrevistaron

Tabla 1
Número de entrevistados en cada área de estudio, según el método utilizado

<i>Tipo de informantes</i>	<i>Cabo</i>		<i>Camaragibe</i>		<i>Nacional</i>
	<i>Entrevistas Individuales</i>	<i>Grupos focales</i>	<i>Entrevistas Individuales</i>	<i>Grupos focales</i>	<i>Entrevistas Individuales</i>
Personal de salud (gerentes y funcionarios)	12	06	12	07	
Miembros del CMS	05	–	07	–	
Usuarios	12	63	12	48	
Líderes comunitarios	05		03	06	
Formuladores de políticas (nivel municipal)	01		01	–	
Formuladores de políticas (nacional y estadual)					7

usuarios de ambos sexos, entre 18 y 65 años de edad, de diferentes estratos socioeconómicos, que utilizaban servicios públicos y privados. Se consideró como líder comunitario a los representantes de organizaciones comunitarias existentes en los municipios de estudio y fueron estas organizaciones quienes indicaron la persona a entrevistar. Para la selección del personal de salud se consideró el tipo de institución (pública/privada), las diferentes categorías laborales y el nivel de complejidad de los servicios. Se seleccionaron consejeros municipales de salud de cada grupo representado en el CMS (usuarios 5; funcionarios 3; proveedores de servicios privados 2 y gobierno 2). En el grupo de los formuladores de políticas se incluyó un representante del Ministerio de Salud, representantes de diferentes grupos miembros del Consejo Nacional de Salud (4) y de las Secretarías de Salud del Estado (1) y de los municipios estudiados (2).

Calidad de los datos y análisis de la información. Se realizó un análisis narrativo del contenido. Los datos fueron segmentados manualmente, por grupos de informantes y municipios. Se generaron las categorías de análisis de forma mixta, a partir de los guiones utilizados y de los temas emergentes de las entrevistas. Posteriormente, se crearon subcategorías resultantes

de la agrupación de las respuestas relativas a las diferentes categorías. 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.

RESULTADOS

1. Conceptos de participación social en salud

El concepto de participación social en salud alcanzó diferentes niveles de elaboración entre los distintos grupos de informantes de ambos municipios y niveles de gobierno. Con algunas excepciones, la mayoría de los entrevistados tenía dificultades para formular el concepto y, para definirlo, describían formas diversas de actuación individual y colectiva. Sólo algunos entrevistados fundamentaban la participación social en salud en la noción de derechos y deberes. La utilización de los servicios de salud como concepto de participación social en salud emergió en todos los grupos de informantes y especialmente en las respuestas de los usuarios.

Participación en salud como actuación individual

La mayoría de los entrevistados describía la participación en salud como una acción individual junto a los servicios de salud y, con frecuencia, su propia actuación. Algunos usuarios y líderes entendían la participación en salud como la *colaboración con los servicios* a través del trabajo voluntario en las unidades de salud (...*Supor se eles fazem campanha da vacina, tem que tá dentro... Usuario-Cabo. ...Então vamos partir para construção do posto, vamos articular a prefeitura e a secretaria de saúde. Líder-Camaragibe*). Parte del personal de salud, de líderes y de usuarios compartían la idea de que participar es *intercambiar información*. Sin embargo, el personal de salud la definía como la *facilitación de información en salud a la población* («*A gente vem justamente isso, sempre tentando esclarecer e fazendo cada um brigar por coisas que a gente sabe que lhe é direito.*» Personal de salud-Cabo), mientras que los usuarios y líderes como la *recepción de información y a veces, su difusión* («*Participar em reuniões...*» «*...Buscar informações...*»). En las respuestas de todos los grupos de informantes también aparece el concepto de participar como la *emisión de opiniones, críticas y quejas* en los servicios de salud, en la Secretaría de Salud o en el ayuntamiento («*Debatendo nos postos, dando opinião, sugerindo.*» Usuario; «*...Dar sugestões, quando não são bem atendidos, reclamar...*» Personal de salud-Camaragibe). En el discurso del personal de salud y de miembros del CMS destaca el papel de su propia actuación como participación («*A gente tem participação social na vida dessa comunidade aqui, conhece quem tá precisando de comida, a situação financeira e de modo geral e social daquela população*» Personal de salud-Cabo).

La participación en salud como actuación colectiva

En el discurso de algunos entrevistados emergieron nociones de participación en sa-

lud como movimiento social. Entendían, especialmente los líderes y los miembros del CMS (usuarios y trabajadores de salud), que participar en salud implica la *movilización, discusión y organización de la sociedad* en busca de respuestas a sus problemas y necesidades en salud («*Reunir as pessoas para discutir dificuldades e conseguir melhorias para saúde*» Usuario-Camaragibe; «*..Conscientizando, mobilizando e se organizando...*»; «*Discussão e encaminhamento de temas de interesse da comunidade.*» Líderes-Cabo).

Para algunos miembros del CMS participar es la *fiscalización y supervisión de los servicios de salud que realizan los miembros del CMS o los usuarios* («*É defender questões relativas a saúde e apresentar propostas de interesse da população e fiscalizar o serviço de saúde.*» CMS-Cabo). De manera semejante, uno de los líderes definía la participación como la *canalización de las quejas de los usuarios a través de las organizaciones comunitarias* («*Se o morador for mal atendido, traga o nome da pessoa que atendeu mal.... que aqui na associação levamos para o CMS.*» Líder-Cabo). En ambas localidades, algunos entrevistados de todos los grupos indicaban que participar era la *utilización de mecanismos colectivos de participación*: CMS, asociaciones comunitarias y con menor frecuencia, el consejo gestor.

La participación en salud como derecho y deber ciudadano

Únicamente en el discurso de los miembros del CMS (representantes del gobierno y de los usuarios), el concepto de participación social apareció como un *derecho* de la población a opinar y decidir sobre las políticas de gobierno de interés colectivo («*As instâncias de organizações da sociedade terem direito a voz e terem direito a voto nas deliberações, em qualquer atividade, seja da secretaria de saúde ou de outras esferas do governo também*» CMS-Cabo). Por el

contrario, en ambas localidades, un grupo de usuarios expresó la noción de participación como *obligación y compromiso* de las personas a realizar actividades para mejorar los servicios de salud («*Esse é o dever de todos participar, saber como a saúde vai... aí a gente participando a saúde vai melhorar*» Grupo focal-usuarios/Camaragibe). Algunos entrevistados del personal de salud y usuarios, también comprendían la participación en salud como solidaridad, es decir, como deber cívico y moral («*Dar um atendimento gratuito...*»). Personal de salud; «*Ajudar ao médico, ajudar ao agente de saúde*». Usuario-Cabo).

La participación en salud como utilización de los servicios de salud

El concepto de participación en salud expresado como utilización de los servicios de salud apareció en las respuestas de todos los entrevistados, pero más en las de usuarios. La participación en salud es acceder a la atención y a los programas de salud («*É o atendimento, a gente está doente e tem que ir ao médico*». Usuario-Cabo; «*Procurar os postos de saúde...sendo prestado um serviço aos usuários*». Personal de saúde).

2. Obstáculos y facilidades a la participación social en salud

En la descripción de las dificultades y facilidades a la participación de la población en los servicios de salud hubo una variedad de opiniones y posiciones entre la inexistencia de dificultades y la carencia de facilidades.

2.1. Dificultades para la participación social en salud

De los discursos de los entrevistados se desprendían dos tipos de obstáculos a la participación en salud, aquellos relativos a la

población y los relativos a *las instituciones de salud*.

Dificultades para la participación relacionadas con la población

Las dificultades referidas a la población eran las que más aparecían en todos los grupos de informantes. Parte de los obstáculos mencionados eran de naturaleza *estructural*, entre ellos, la pobreza, el bajo nivel educativo y la falta de información de la población. No obstante, se dio mayor énfasis a las dificultades que se desprendían de la *actitud* de la población. Según algunos informantes, a la población le faltaba interés, iniciativa y motivación para participar («*A falta de interesse é a maior de todas porque quando a pessoa quer, não tem distância, não tem dificuldade*», CMS-Cabo). Algunos lo atribuían al bajo nivel de conciencia ciudadana y a una escasa noción de la salud como derecho. («*A comunidade não participa porque não é consciente*». CMS-Camaragibe). Según otros entrevistados, principalmente personal de salud, las dificultades de los usuarios a la participación se explicaban por actitudes de timidez, recelo a quejarse y miedo a los enfrentamientos («*Eles ficam com medo de lutar com pessoas de plano superior porque eles se acham inferiores àquelas pessoas*». Personal de salud-Camaragibe). Algunos usuarios, líderes y consejeros (representantes de usuarios y de trabajadores) identificaban como problema para la participación en salud las interferencias de la *política partidaria* en las organizaciones comunitarias («*...O problema político partidário, as mesquinhas políticas que interferem muito*» CMS-Camaragibe).

Dificultades para la participación relacionadas con las instituciones

La *falta de apertura y la centralización de poder*, tanto institucional como gubernamental destacaban como obstáculos institucionales a la participación en todos los gru-

pos de informantes. Se observó que las descripciones de los agentes institucionales eran variadas, poco estructuradas y, a veces, se limitaban a respuestas puntuales. El personal de salud, principalmente de la red privada, fue el grupo que menos dificultades de carácter institucional mencionaron, limitándolas a insuficiente divulgación de información y a la burocracia institucional. Los formuladores de políticas y los consejeros representantes del gobierno resumieron las dificultades en la gestión centralizada, falta de decisión política y conflictos de intereses («...*Tem a questão dos interesses, que nem sempre são os mesmos...*»). CMS-Camaragibe). Consideraban que faltaba iniciativa de las instituciones para implementar canales de participación y para romper las barreras. Los demás consejeros indicaron la falta de acceso a los gestores políticos y administrativos.

Fueron los usuarios, los líderes comunitarios y los consejeros representantes de trabajadores y de usuarios, quienes describieron más dificultades a la participación en las instituciones. Además de los aspectos anteriores, una parte de estos entrevistados indicó la *inexistencia de mecanismos de participación* y de canales de comunicación con la población en los servicios, así como la insuficiente divulgación de los mecanismos de participación existentes («*Não é aberto o espaço, então já dificulta...*»). Usuario-Cabo; «*Como é que a gente vai participar de uma coisa que não foi instruído para participar daquilo...*»). Usuario-Camaragibe). Por otro lado, destacaban la *falta de respuesta institucional* a las quejas y reivindicaciones de la comunidad, así como con la escasa claridad o incoherencia en las respuestas cuando se producían («*...Escutar o pessoal, realmente quais são os problemas, e ele realmente atender, não fazer ouvido de mercador*»). Usuario-Cabo; «*... Elas [as mensagens] vêm sempre confusas e o povo tem dificuldades de interpretar determinadas coisas*»). Usuario-Camaragibe. Otro aspecto mencionado se refería a la *actitud y conducta del personal* de salud. Un grupo de usuarios y

líderes consideraba que los profesionales de salud no están preparados para atender al público, adoptan prácticas corporativas, atienden con discriminación y contestan de forma agresiva con el propósito de intimidar.

2.2. *Facilidades para la participación social en salud*

Algunos entrevistados de ambas localidades, consideraban que no existían dificultades para la participación social en los servicios de salud: usuarios y personal de salud afirmaban que los servicios eran receptivos a las quejas y un consejero (representante del personal de salud) manifestaba que tanto el CMS como las organizaciones comunitarias estaban siempre abiertos a las opiniones de la población. Sin embargo, fueron pocos los entrevistados que describieron facilidades a la participación. La gran mayoría dio respuestas contrarias a las dificultades o sugerencias para mejorar la interacción de la población con los servicios de salud. En todos los grupos de informantes hubo referencias a la existencia del CMS como condición favorable a la participación y también al trabajo de movilización y organización de la población que realizan las organizaciones comunitarias («*São informações passadas pela entidades, facilitam muito...Eles (as entidades) convidam a prefeitura para reuniões...*»; «*Primeiro tem de divulgar, trabalhar a população a nível de associação...o CMS faz a reunião na associação e tenta chegar mais perto...*») CMS-Camaragibe).

En las respuestas del personal de salud, de los líderes y de consejeros (representantes de trabajadores y usuarios), se observó que consideraban su propia actuación como una facilidad para la participación. Parte del personal de salud indicó como facilidad su disposición a informar, escuchar y solventar los problemas de los usuarios, mientras que los demás valoraban su rol en la intermediación con las instituciones.

DISCUSIÓN

La elaboración del concepto de participación social en salud alcanzó diferentes niveles que dependían de las características de las actividades desarrolladas por los distintos grupos de informantes. Llama la atención que, en muchas de las respuestas, los distintos grupos de informantes definan el concepto de participación mediante la descripción de *acciones*. En el caso de los usuarios se esperaba que se expresasen mediante la descripción de acciones cotidianas y no elaborando expresiones de naturaleza abstracta, ya que el saber propio de la población está construido sobre la base de sus vivencias y experiencias directas, de la práctica de la vida y no en el mundo de las ideas y de los libros^{6,11}. Para los otros informantes, especialmente el personal de salud y los miembros del CMS, parece indicar una insuficiente difusión de la información acerca de la política de participación en salud y probablemente una reducida implicación^{12,13} en aplicación de la misma.

Los diversos conceptos descritos reflejaban nociones contenidas en diferentes marcos referenciales adoptados a lo largo del tiempo en las políticas sociales. Entre los conceptos de participación social en salud aparece la idea de que participar es la colaboración voluntaria con los servicios de salud. Esta noción de participación, que parece ser común entre los diversos agentes y muy asimilada por la población, sugiere una respuesta de la comunidad a la convocatoria histórica del gobierno para desarrollar políticas sociales con participación popular. Sin embargo, en este marco la participación suele significar la utilización de la población, principalmente los más pobres, como mano de obra barata o voluntaria^{12,14-16}. En el sector salud se suele convocar a la población para participar en situaciones de emergencia o en intervenciones prioritarias definidas por las instituciones^{9,6,17} y es cuestionable tanto desde el punto de vista ético como metodológico^{6,7,9,18,19}. Desde el punto de vista ético, se explica la adhesión de la población

a estas convocatorias por las condiciones de extrema pobreza y la ausencia de políticas sociales equitativas. En cuanto al aspecto metodológico, se consideran discutibles los resultados de las intervenciones, por ejemplo, en el control de las endemias^{12,16,20,21} y, sin embargo, son estrategias comúnmente adoptadas por los servicios de salud.

En ambas localidades, una parte de los entrevistados consideró la participación social en salud como lucha política, reivindicación y fiscalización de los servicios de salud. Sin embargo, se observó una gran distancia entre las nociones de la mayor parte de los usuarios y personal de salud y las contenidas en los discursos oficiales^{2,22} y de los representantes locales y nacionales de las organizaciones sociales. Estos últimos se refirieron a la participación social como la capacidad potencial de la población de intervenir en el proceso de decisión política en las diferentes instancias de poder y vinculada a la idea de control social ejercido especialmente a través de los Consejos de Salud. No obstante, estas nociones no aparecen en el lenguaje de los profesionales de salud y de la población general, pareciendo indicar una limitada influencia de la política sobre los conceptos de estos dos grupos de agentes sociales.

En las elaboraciones del concepto de participación en salud destaca la forma en que los entrevistados expresaron las nociones de derechos y deberes. Sólo algunos de los formuladores de políticas incluyeron la noción de derecho ciudadano. Las respuestas más próximas únicamente aludían a la salud como un derecho o se referían a la relación con las organizaciones comunitarias y con las instituciones en diferentes niveles de interacción. Las ideas se centraban en la oportunidad de expresar quejas y sugerencias o se referían a la obtención de información. En contraste, en las respuestas de parte de los entrevistados, principalmente usuarios y líderes, se observa consolidada la idea categórica de participación como una responsabilidad y una obligación. La noción de parti-

participación en salud como una condición facultativa o un derecho legal se refleja en sus respuestas de manera limitada y, por el contrario, hubo referencias a que una gran parte de la población no se reconoce como portadora de derechos.

Estos conceptos parecen revelar la fragilidad del reconocimiento propio como ciudadano, o sea, manteniendo una relación con el Estado basada en una pauta de derechos y deberes²³. El reconocimiento de la ciudadanía, que se considera fundamental para la participación social en salud²⁴, y la cultura de participación, se construyen dentro de la experiencia histórica de los pueblos^{6,15,23}. Estos resultados parecen reflejar el curso de la historia de Brasil, marcado por regímenes autoritarios y por la negación de derechos políticos, civiles y sociales que dieron lugar a una sociedad fragmentada^{15,23}. Igualmente aparecen en un estudio realizado en Rio de Janeiro, en el que se constata la percepción de los usuarios de una marcada división de poder en la sociedad y la inexistencia de derechos para la mayoría de la población²⁵.

La idea de utilización de los servicios de salud emergió como concepto de participación social en salud principalmente en las respuestas del grupo de usuarios, pero también en los otros grupos. Algunos autores consideran la utilización de los servicios como un nivel mínimo o nulo de expresión de participación en salud^{17,26}. Sin embargo, esta noción apareció de forma recurrente en diferentes formulaciones de los distintos informantes e influenció las demás respuestas. La recurrencia de este concepto de participación podría explicarse, por un lado, por un limitado acceso de la población a los servicios de salud⁴. Por otro, también podría ser el resultado de la promoción que han realizado los propios servicios de salud para mejorar su utilización por la población²⁷ y que pudo contribuir, junto a otros aspectos ya mencionados, a una actitud de conformidad con aquello que se ofrece y de la forma en que se ofrece.

Son diversas las dificultades a la participación descritas por los entrevistados y que se refieren tanto a aspectos de la población como de los servicios de salud. No obstante, llaman la atención algunas cuestiones. En primer lugar, el hecho de que una parte de los entrevistados considerara que no existen obstáculos e inclusive su propia existencia (líderes, miembros del CMS) y disposición personal a colaborar como una facilidad. Esta opinión podría deberse a una concepción mínima de la participación social en salud, limitada al uso de servicios y expresión de quejas, o también a un cierto desconocimiento del entorno de trabajo. Contrasta con las dificultades descritas por los usuarios y líderes comunitarios en relación con el acceso y la respuesta de los servicios de salud²². En este sentido cabe resaltar el énfasis diferente que los grupos entrevistados pusieron en las dificultades, mientras que los informantes comunitarios (líderes y usuarios) y algunos consejeros conseguían identificar aspectos relacionados tanto con las instituciones como con la población, en los otros grupos se hacía hincapié fundamentalmente en los últimos. Si bien parece justo considerar que la falta de movilización está relacionada con un bajo nivel socioeconómico y limitada conciencia ciudadana y de los derechos, también podría considerarse que extrapolan el límite de actuación del sector salud. Esto, junto a la negación de dificultades, podría indicar una actitud de poco convencimiento de los agentes institucionales sobre la participación social^{13,10}. Estos aspectos se refuerzan con los obstáculos mencionados de tipo político y administrativo, como la gestión centralizada o en la falta de decisión política para implementación de canales de participación que resultan contradictorios con una política de participación que debe darse en un contexto de descentralización, con distribución de poder y recursos²⁸.

Por último, cabe resaltar como una de las dificultades a la participación, probablemente relacionada con la anterior, la falta de respuestas o respuestas incoherentes de las

instituciones. Este aspecto parece especialmente importante, teniendo en cuenta que los distintos grupos de informantes identificaron la actitud de la población como un obstáculo importante a la participación y que esta actitud depende, entre otros aspectos, de las dificultades de acceso y las respuestas recibidas²⁸, elementos sobre los que se debería actuar.

La diversidad de conceptos de participación en salud encontrados parece mostrar, por un lado, las distintas formas de relación entre los diversos agentes sociales y con los servicios de salud, probablemente influenciados por la evolución del sistema de salud y la propia sociedad brasileña. Por otro lado, el nuevo marco legal de participación social en los servicios de salud, que responde a una voluntad de democratización de los servicios de salud, se refleja aún de forma limitada.

Asimismo, se evidencian diversas dificultades para la participación social en salud, desde aspectos socioeconómicos y poblacionales a aspectos políticos e institucionales. Estos problemas no son recientes y tampoco localizados, sino que forman parte de la realidad del sistema de salud. Sin embargo, se han identificado aspectos que se pueden desarrollar y potenciar para que la participación social sea posible. Entre ellos, se impone como condición la divulgación de informaciones que permitan a los individuos y a la sociedad conocer las actividades que se debe desarrollar, los mecanismos existentes, así como, saber cuando, como y de que forma actuar⁵, así como, la preparación de los servicios para garantizar su capacidad de respuesta.

AGRADECIMIENTOS

Estos resultados son parte del estudio realizado como colaboración entre IHSD (Reino Unido), IMIP-UFPE (Brasil), EASP (España), Univalle (Colombia), con el apoyo de CHC Consultoria i Gestión, S.A y las

Secretarías de Saúde de los Municipios de Cabo de Santo Agostinho y de Camagaribe. Agradecemos a todos los que participaron, así como a las personas entrevistadas en ambos municipios y distintos niveles del gobierno que aceptaron compartir con los investigadores sus opiniones y conceptos. A la Comisión Europea DGXII y el Ministerio de Saúde de Brasil cuyo apoyo financiero fue imprescindible para la realización del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 19-37.
2. Cohn A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. www.saude.gov.br/11cns/index_11cns.htm 2000.
3. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Claver SF, Cotta-Filho JS, Llopis-González A. Participación social y sistemas sanitarios en Brasil Vs España. *Centro de Salud* 2000; 8: 450-5.
4. MS. 11.ª CNS. Relatório Final. www.Datasus1-conferencia/relatorios/proposicoes.htm.gov.br/cns/2002.
5. Côrtes SMV. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no sistema único de saúde brasileiro: Construindo a possibilidade de participação dos usuários. www.saude.gov.br/11cns/cns_balanco.htm 2002.
6. Dias RB. «Eu? Eu Estou Aí, Compondo o Mundo.» Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular Vivida em Canasção, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 149-57.
7. Acioli MD, 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(Sup.2): 59-68.
8. Alves PC, Souza IM, Moura MA, Cunha LA. A Experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 79-90.
9. Coura-Filho P. Participação popular no controle da esquistossomose através do sistema único de

- saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas (Minas Gerais, Brasil), Entre 1985-1995: Construção de um modelo alternativo. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 111-22.
10. 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(2): 52-60.
 11. Pedrosa JIS. A construção do significado e controle social com conselheiros de saúde no estado do Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(4): 741-8.
 12. Valla VV. Sobre participação popular: Uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 7-18.
 13. Celedón C, Noé M. Reformas Del Sector De La Salud y Participación Social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000; 8(1/2): 99-104.
 14. Cortazzo I, Cuenca A. Nuevas desigualdades sociales. Participación popular ¿para qué? Libro de ponencias VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y XI Congreso de la asociación internacional de políticas de salud. ALAMES/IAHP. Globalización reformas y equidad en salud. La Habana, 3-7 de julio del 2000.
 15. Demo P. Participação é conquista. Noções de política social participativa. Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará; 1996.
 16. Valla VV. Participação e endemias: Uma nova conjuntura. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.): 4-5.
 17. Vázquez ML. Expresión de participación social en los sistemas de salud de Latinoamérica. Proyecto de apoyo a la reforma del sector salud en Guatemala. Foro Internacional. La reforma del sector salud. Guatemala: 1999. p. 255-61.
 18. Bryan RT, Balderrama F, Tonn RJ, Dias JCP. Community participation in vector control: Lessons from Chagas' Disease. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 1994; 50(Sup.6): 61-71.
 19. Neto FC, Moraes MS, Fernandes MA. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimento e práticas desta população. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 101-9.
 20. Briceño-León R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Sup.2): 141-7.
 21. González-R E. Manual sobre participación y organización para la gestión local. Cali: Ediciones Foro Nacional por Colombia; 1996.
 22. Neto TM. A respeito do tema da 11.ª Conferência Nacional de Saúde: «Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. www.saude.gov.br/11cns/index_11cns.htm 2000.
 23. Barros E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS - Textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994. p. 29-37.
 24. Zakus D, Lysack C. Revisiting Community Participation. *Health Policy Plan* 1998; 13: 1-12.
 25. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação e saúde: Com a palavra, o usuário da rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública* 1998; 14: 355-65.
 26. Idáñez-Aguilar MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.
 27. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, da Silva A, Leite I. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002; 16: 30-8.
 28. Klein R. The politics of participation. En: Maxwell R, Weaver N. *Public participation in health*. London: King Edward's Fund; 1984. p. 17-32.