

## ORIGINALES

### ACTITUD SOCIAL ANTE LA PARTICIPACION EN SALUD \*

Antonio Sánchez Moreno (1), Elvira Ramos García (2) y Pedro Maset Campos (3).

- (1) Instituto Politécnico.  
 (2) Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina.  
 (3) Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Murcia.  
 (\*) Trabajo realizado con subvención del FISS..

#### RESUMEN

**Fundamento:** La participación comunitaria en salud es una importante cuestión para los sistemas de salud, basados en una Atención Primaria que enfatiza la prevención y la promoción como complemento de la asistencia. En esta investigación se estudia la actitud social hacia la misma, teniendo presente los diferentes paradigmas de investigación en Ciencias Sociales, los modelos de conductas de salud, el significado de la participación y de las propias actitudes.

**Métodos:** Se construye y valida una escala Likert de 18 ítems que forma parte de una encuesta general de salud de 128 variables. Es cumplimentada por entrevista personal de 1.371 personas, en muestreo aleatorio, de cuatro zonas de salud.

**Resultados:** Los datos obtenidos muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas en zonas con o sin Consejo de Salud, ni entre hombres y mujeres. Las actitudes hacia la participación son más favorables en jóvenes, solteros, personas de nivel socioeconómico alto, estudios elevados, profesiones cualificadas y con una tendencia positiva en las personas que menos acuden al médico. El análisis factorial identifica tres dimensiones: a) autocuidado, b) política y c) agente de salud hacia la comunidad. El análisis discriminante muestra que las variables (edad, estado civil, nivel socioeconómico, estudios, ...) clasifican correctamente el 74% de los casos.

**Conclusiones:** Se concluye con un perfil de la persona con actitud participativa en salud, que coincide, en la mayoría de variables, con la literatura al respecto.

**Palabras clave:** Participación comunitaria. Educación Sanitaria. Actitud hacia la participación. Atención Primaria.

#### ABSTRACT

#### Social Attitude towards Health Participation

**Background:** The community health participation is an important issue for all health systems based on a Primary Health Care, which emphasizes prevention and promotion, as a complement to assistance. In this survey, the social attitude towards health participation is studied, taking into account the different research paradigms on Social Sciences, the models of health behaviours, the meaning of participation and the meaning of the own attitudes.

**Methods:** A Likert scale of 18 items, which constitutes a part of a general health survey of 128 variables, is elaborated and validated. It is complemented with a personal interview to 1371 persons in a random sample from four health areas.

**Results:** The data obtained show that there are neither statistical significant differences among areas in relation with having or not a Health Council, nor between men and women. The attitudes towards participation are more favourable among young people, bachelors and persons from a high socioeconomic status, high degree studies, white collar professions, and the persons going to the doctor with the lowest frequency, show a positive tendency. The factorial analysis identifies three dimensions: a) Self-care, b) political and c) community health agent. The discriminant analysis shows that variables (age, civil, status, socioeconomic level, studies...) classify correctly 74% of cases.

**Conclusions:** The personal profile, showing a health participative attitude, is consistent, in most variables, with that published by previous reports.

**Key words:** Community Participation. Health education. Attitude Towards participation. Primary Health Care.

## I. INTRODUCCION

La participación ciudadana en salud aparece como una cuestión clave en Alma-Ata<sup>1</sup>, en los objetivos del programa "Salud para Todos en el año 2000"<sup>2</sup>, en la carta de Ottawa<sup>3</sup>, en diversos seminarios de la O.M.S. sobre estilos de vida y comportamiento<sup>4,5,6,7</sup> en documentos sobre la formación del personal de salud<sup>8,9,10</sup>, ....etc, esperando que sirva para solucionar problemas ligados a las desigualdades sociales y los factores de riesgo. Resulta, así, prioritario estimularla para contraponerla a la actitud de delegación de responsabilidades que genera en la población la fuerte autoridad con que se encuentra investido el sistema sanitario<sup>11</sup>.

Pero..., ¿cual es la actitud social al respecto?. Antes de intentar contestar es imprescindible tener en cuenta cuatro puntos básicos:

1.º) Hay que enmarcar las actitudes en los distintos paradigmas de investigación que existen en Ciencias Sociales<sup>12</sup> (tecnológico, hermenéutico y crítico<sup>13</sup>), que tienen consecuencias en el uso de metodologías cuantitativas y cualitativas<sup>14,15,16,17</sup>. Aún desde el reconocimiento de la idoneidad del paradigma crítico<sup>18</sup> para el problema de la participación<sup>19</sup>, el estudio de las actitudes resulta procedente desde la complementariedad entre las diferentes tendencias<sup>20</sup>.

2.º) Los modelos explicativos de las conductas de salud que pudiesen servir para explicar los comportamientos participativos (conductismo, cognitivismo, locus de control, powerlessness<sup>21,22</sup>, Bandura<sup>23</sup>, creencias de salud<sup>24</sup>, Precede<sup>25</sup>, Fishbein<sup>26</sup>, Costa<sup>27</sup>, Rochon<sup>28</sup>...etc) no se encuentran realmente asentados en este campo, existiendo confusión al respecto<sup>29</sup>, al tiempo que aportan visiones fundamentalmente individuales de los mismos.

3.º) En tercer lugar hay que contestar a la pregunta de ¿qué es exactamente la participación comunitaria en salud?. Hay que decir

que no existe literatura en contra de la misma. Siguiendo los trabajos de la O.M.S.<sup>2-10</sup>, Vuori<sup>30,31</sup>, Rifkin<sup>15,32</sup>, Bjäras<sup>33,34</sup>, Kleczkowski<sup>35</sup>, Modolo<sup>11,36</sup>, Costa<sup>27,37</sup>, De Miguel<sup>33</sup>, Turabian<sup>39</sup> y otros muchos<sup>40,41,42</sup>, podríamos concluir que supone un derecho democrático por el cual los grupos identifican sus necesidades y establecen mecanismos para satisfacerlas, constituyendo un valor para la comunidad, compartiendo información y poder con los profesionales y la administración y resultando un objetivo político y una necesidad técnica íntimamente ligada a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Así podríamos identificar en ella dimensiones políticas, de autocuidado, de agente de salud hacia la comunidad y de relación médico - enfermo, admitiendo la existencia de grados en la misma, desde la individual, informativa y pasiva, a la toma de decisiones compartida. En España, reconocida en diversas disposiciones<sup>43,44</sup>, tiene una traducción en la creación de los Consejos de Salud, a los que diversos autores reclaman la capacidad decisoria<sup>31,45</sup>. También se observan dificultades en los procesos participativos<sup>46,47,48,49</sup> (profesionales, institucionales y sociales)<sup>50,51</sup>, mostrándonos que a participar se aprende a través de la experiencia y la socialización<sup>52</sup>.

4.º) En cuarto y último lugar hay que reconocer que existe interés en los autores<sup>2,5,11,38</sup> dedicados a educación sanitaria y participación<sup>53,54</sup>, por las actitudes<sup>55,56</sup>. El punto de partida es suponer que condicionan la conducta (cuestión no suficientemente resuelta<sup>26,57</sup>). Las teorías sobre sus posibilidades de cambio<sup>58,59,60</sup> (consistencia de Rosemberg, inoculación de McGuire, Fishbein & Ajzen, el grupo de Yale y la comunicación persuasiva, ...) tienen como consecuencia más importante la suposición de que actitudes y conductas pueden modificarse por intervención de tipo tecnológico, situándose frente a ellos los procesos de Investigación Participativa<sup>18</sup>.

Teniendo en cuenta lo dicho hasta aquí, y ante la necesidad de encontrar respuesta al

problema de la participación en salud en un momento de transición hacia un nuevo modelo de Atención Primaria y a la posibilidad de combinar metodologías cuantitativas y cualitativas, es por lo que se establece, como objetivo de la presente investigación, el estudio observacional y descriptivo de la actitud social hacia la misma mediante una escala tipo Likert.

Las hipótesis son: 1.<sup>a</sup>) la escala Likert permitirá ordenar a las personas en función de su actitud positiva o negativa, 2.<sup>a</sup>) se espera que puntúen más alto las zonas con Consejo de Salud, como consecuencia de la actividad de los mismos, 3.<sup>a</sup>) puntuarán más alto las poblaciones urbanas, por su contexto sociocultural más elevado, 4.<sup>a</sup>) se prevén actitudes más favorables en la mujer que en el hombre, por su relación con el autocuidado, personal y familiar, y socialización favorable a hábitos de no riesgo, 5.<sup>a</sup>) mostrarán actitud más positiva las personas con características sociodemográficas más jóvenes, solteros, de nivel socioeconómico alto, estudios elevados, profesiones cualificadas, situaciones laborales estables y sin diferencias entre los multiconsultantes y los que no acuden casi nunca al médico, en los primeros casos por su menor exposición a experiencias que induzcan a conservadurismo, por no tener dificultades en relación al tiempo libre, por el efecto de seguridad y eficacia que produce la posición de clase o el nivel sociocultural y en el último por considerar la frecuentación médica alejada del concepto de participación, 6.<sup>a</sup>) se diferenciarán agrupaciones de variables en torno a las dimensiones básicas identificadas en el concepto de participación y 7.<sup>a</sup>) será posible identificar las variables que condicionan la actitud de las personas, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto.

## II. MATERIAL Y METODO

Para la selección de ítems en la construcción de la escala Likert<sup>61,62</sup> y la prueba piloto se recurre a la prueba "t" de Student (aceptando  $p < 0.05$  y a la correlación de cada uno

con el total de la escala. Se seleccionan, así, 18 ítems (Tabla 1) con enunciados que admiten respuestas de muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y muy de acuerdo, a los que se adjudican puntuaciones de 1 a 5, según el sentido del ítem, respectivamente. Se comprueba la validez<sup>63</sup> por la medida en grupos conocidos, lo cual proporciona diferencias entre medias muy significativas (con nivel de confianza del 99%). Se calcula la fiabilidad de la escala por el método de las dos mitades (confiabilidad=0.92) y el alfa de Cronbach (0.91)<sup>64</sup>.

La escala se integra, finalmente, en una encuesta global de salud<sup>65</sup>, que consta de 128 variables, en la que las 12 primeras corresponden a información general, las 7 siguientes a características de vivienda, ingresos y bienes (clasificados en siete categorías entre 1\$ = poquísimos y 7\$ = muchísimos bienes), seguidas de 41 preguntas que inquieran sobre utilización de servicios de salud y de 50 referidas a hábitos al respecto, finalizando con las 18 de la escala de actitudes.

La cumplimentación de la encuesta y, por tanto de la escala se realiza en 1990, por la técnica de entrevista personal, previa comunicación por carta y concertación telefónica de cita, siendo los entrevistadores 80 estudiantes de 4.º y 6.º de medicina debidamente instruidos. La muestra se extrae de un universo estadístico constituido por las zonas de salud de Santa María de Gracia y La Ñora, en Murcia, y Los Dolores y San Antón, en Cartagena. Las dos primeras poseen Consejo de Salud en ese momento y las dos últimas no. Dos son de medio rural (La Ñora y Los Dolores) y dos de medio urbano. Se extraen por muestreo aleatorio simple 1 de cada 15 ciudadanos del censo electoral y, por tanto, mayores de 17 años, constituyendo una muestra de 1.600 personas. De ellas responden 1.371 (un 86% de cumplimentación). De esa cifra el 27% lo aporta la zona de Santa María de Gracia, el 30% La Ñora, el 15% Los Dolores y el 27% San Antón.

TABLA 1

## Enunciado y sentido favorable de los ítems de la escala de actitud hacia la participación en salud

N.º	Enunciado del ítem	Sentido
1	Si los ciudadanos participásemos en la gestión de la sanidad (confeccionando presupuestos, distribuyendo recursos, asignando horarios, señalando prioridades...) esta mejoraría.	+
2	Mi salud está en manos de los médicos, más que en las mías.	—
3	Creo que soy capaz de participar responsablemente en temas de salud.	+
4	No es necesario que participemos en temas de salud, ya que ésta hoy depende más que nada de la tecnología.	—
5	No me apetece participar en reuniones sobre problemas en el trabajo.	—
6	La participación de la gente es imprescindible para mejorar la salud de las poblaciones.	+
7	Yo no puedo opinar sobre la solución de los problemas sanitarios porque me faltan conocimientos.	—
8	Mi salud depende más de mí que del destino.	+
9	No participaría en política, aunque fuese en temas relacionados con la salud.	—
10	No creo que si participase más en salud entendiéndose más del tema.	—
11	Es necesario que la gente intervenga para que los intereses y necesidades en materia de salud estén representados.	+
12	Lo más que puedo hacer por mi salud es ir al médico cuando estoy enfermo.	—
13	No me suelo cuestionar lo que el médico me dice.	—
14	En mi relación con los médicos prefiero que hagan conmigo lo que tengan que hacer y me pregunten lo menos posible, porque además no entiendo.	—
15	Los sanitarios se deben ocupar de la Sanidad y yo no me debo meter en ese terreno; cada uno a lo suyo.	—
16	No tengo tiempo de ocuparme por mi salud.	—
17	No soy favorable a ir a reuniones de mi edificio o calle en las que se planteen problemas. "Cada uno en su casa y Dios en la de todos".	—
18	Si los ciudadanos participásemos más en todo lo concierne a la Sanidad mejoraría la utilización de los recursos.	+

Los procedimientos estadísticos a utilizar en la explotación de los datos incluyen, tras la distribución simple de frecuencias y reagrupamiento, el cruce de las principales variables, con determinación de "t" de Student, ji-cuadrado, análisis de varianza, análisis factorial y análisis discriminante, mediante el paquete informático SPSS, aceptando niveles de significación de  $p < 0.05$ .

### III. RESULTADOS

Tras el análisis de varianza las puntuaciones en la escala de actitudes dan diferencias significativamente superiores en el barrio de

Santa María de Gracia de la ciudad de Murcia con respecto al resto de zonas y no significativas entre estas últimas (Tabla 2).

Por sexos, para valores globales y por zonas, no hay diferencias significativas (Tabla 3). Por edades, para datos globales, los grupos de menores de 25 y 26-35 años presentan los valores superiores respecto al resto de grupos, de forma similar a las zonas, en un continuum prácticamente perfecto, disminuyendo la actitud favorable a medida que aumenta la edad (Gráfico 1). Los solteros presentan valores superiores respecto a los casados y viudos, globalmente y por zonas (Gráfico 2).

TABLA 2

Medias de las puntuaciones en la escala de actitud según zonas (N = 1371)

+/- Participativos		Zona de salud			
MEDIA	Zona de salud	Santa M. <sup>a</sup> de Gracia	La Ñora	Los Dolores	San Antón
3.559	Santa M. <sup>a</sup> de Gracia		*	*	*
3.327	San Antón				
3.296	Los Dolores				
3.255	La Ñora				

\* = p < 0.05.

TABLA 3

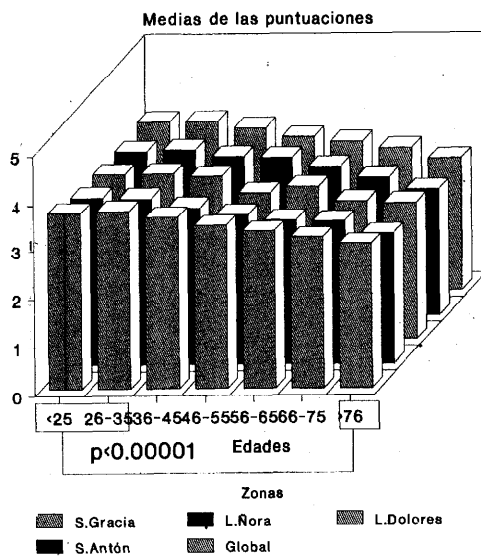
Medias de las puntuaciones en la escala de actitud según sexos (N = 1371)

	Zona 1		Zona 2		Zona 3		Zona 4		Totales	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Medias	3.5	3.5	3.2	3.2	3.3	3.2	3.2	3.3	3.36	3.36
p/t Student	p < 0.8		p < 0.2		p < 0.3		p < 0.1		p < 0.9	

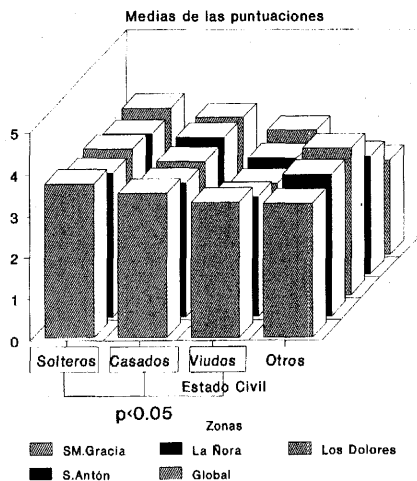
Zona 1 = Sta. M.a de Gracia.  
 Zona 2 = La Ñora.  
 Zona 3 = Los Dolores.  
 Zona 4 = San Antón.

FIGURA 1

Medias puntuaciones escala actitudes según edad/zonas



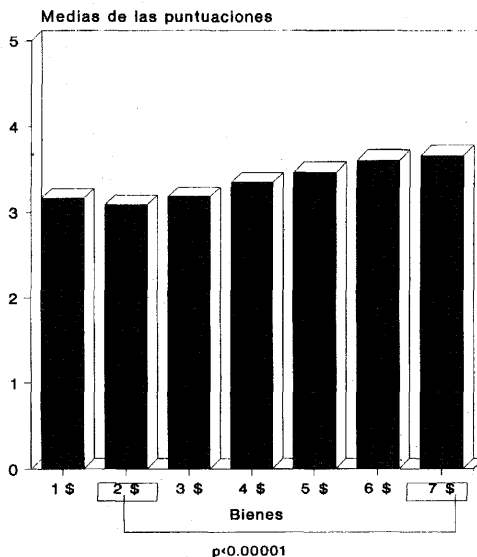
**FIGURA 2**  
Medias puntuaciones escala actitudes según estado civil/zonas



En relación con los bienes que se poseen las puntuaciones más altas en la escala de actitud corresponden a los que tienen más bienes, tanto para datos globales como por zonas, existiendo significación entre los ni-

veles más altos frente al resto, así como entre los niveles (Gráfico 3). Dan valores más altos las profesiones universitarias en comparación con el resto, sucediendo lo mismo con los profesores. Las amas de casa y jubilados

**FIGURA 3**  
Medias puntuaciones escala actitudes según bienes/datos globales 4 zonas



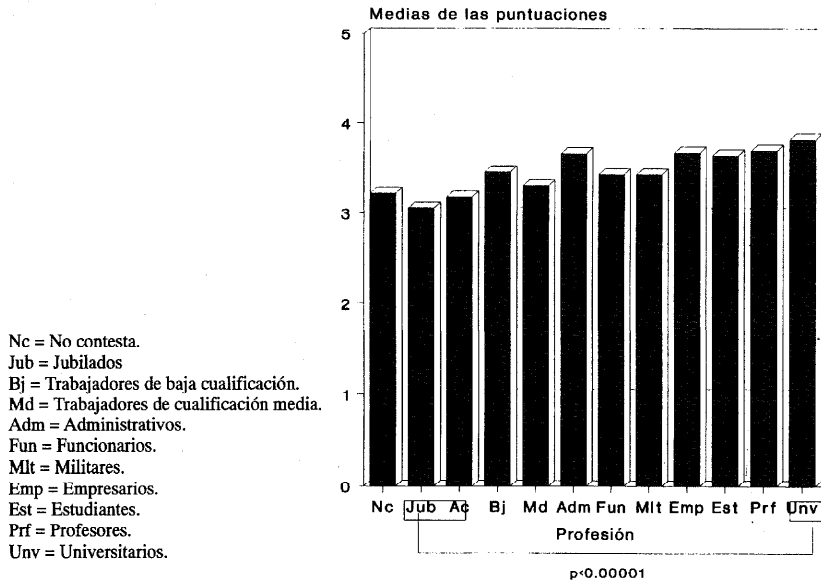
- 1 \$ = Poquísimos bienes.
- 2 \$ = Muy pocos bienes.
- 3 \$ = Pocos bienes.
- 4 \$ = Regular de bienes.
- 5 \$ = Bastantes bienes.
- 6 \$ = Muchos bienes.
- 7 \$ = Muchísimos bienes.

se sitúan en los últimos lugares (Gráfico 4). Las diferencias más importantes, en cuanto a situación laboral, señalan a los que no han en-

contrado empleo, teniendo puntuaciones más altas que los que disfrutaban de jornada completa.

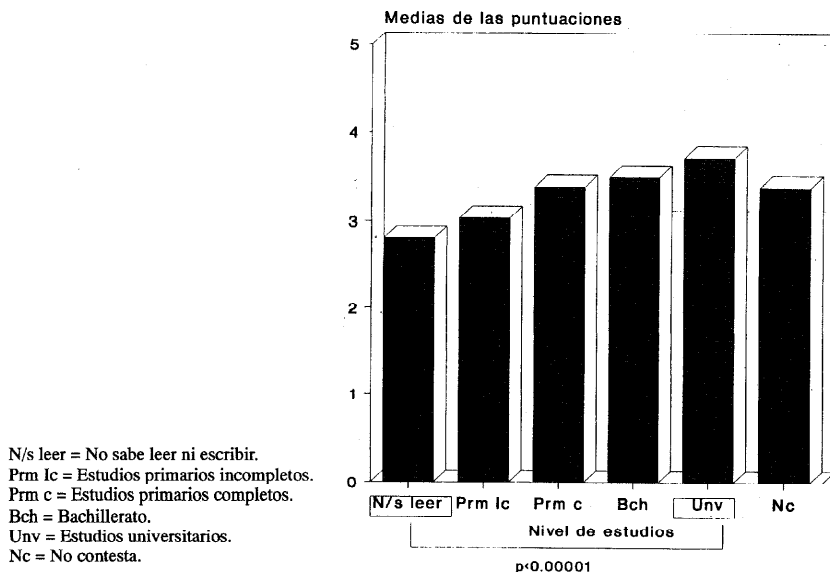
**FIGURA 4**

**Medias puntuaciones escala actitudes según profesión/datos globales 4 zonas**



**FIGURA 5**

**Medias puntuaciones escala actitudes según nivel estudios/datos globales 4 zonas**



Según el nivel de estudios, comprobamos una actitud más favorable para los de nivel universitario en comparación con el resto de grupos. También los analfabetos dan puntuaciones en la escala significativamente más bajas con todos y cada uno de los niveles, así como los de estudios primarios incompletos (Gráfico 5).

En función del tipo de asistencia presentan menor actitud hacia la participación los

usuarios de la seguridad social en comparación con los que la simultanean con la medicina privada, seguros privados y MUFACE (Tabla 4). En relación con la frecuentación sanitaria, solo dan un valor superior los que no han acudido ninguna vez a las consultas en los últimos 15 días, frente a los que lo han hecho dos veces (Tabla 5).

La distribución de puntuaciones alcanzadas en la escala, para datos globales, muestra

**TABLA 4**  
Medias de las puntuaciones en la escala de actitud, según el tipo de asistencia, para datos globales en las cuatro zonas (N = 1371)

+/- Participativos		Tipo de Asistencia					
Media	Asistencia	1	2	3	4	5	6
3.672	5. MUFACE	*	*				*
3.541	3. Privado		*				
3.538	4. SS y priv.		*				
3.394	6. Otros						
3.318	2. SS						
3.311	1. Beneficen.						

\* = p < 0.05.

1 = Beneficencia.

2 = Seguridad Social.

3 = Seguro privado.

4 = Seguridad social y privado.

5 = MUFACE.

6 = Otros.

**TABLA 5**  
Medias de las puntuaciones en la escala de actitud, según las veces que acude al médico general en los últimos 15 días, para datos globales en las cuatro zonas (N = 1371)

+/- Participativos		N.º veces acude médico/15 últimos días			
Medias	N.º veces	0	1	2	3 o más
3.400	0			*	
3.348	3 o más				
3.305	1				
3.299	2				

\* = p < 0.05.



que el 14% han puntuado por debajo de 2.7, el 35% entre 2.7-3.3, el 37% entre 3.3-3.8 y el 13.2% por encima de 3.8, con resultados más altos en zonas urbanas (Gráfico 6).

En el análisis factorial se obtienen seis variables que saturan principalmente al factor identificado como de autocuidado, explicando el 23.9% de la varianza, cuatro al factor de dimensión política contribuyendo al 11.8%, cinco al factor de agente de salud hacia la comunidad con un 6.3% y tres a un factor IV (no coherente con la teoría) que supone finalmente el 5.9% de la varianza.

En el análisis discriminante han sido seleccionadas las variables: nivel de estudios, edad, bienes que poseen, si pertenece a alguna asociación ciudadana, libros que lee, si participa activamente en partidos en caso de afiliación y si lee el periódico todos los días. Tras la aplicación de la ecuación de la función discriminante da un porcentaje total de casos bien clasificados del 73.9%.

Se procede al cruce de las medias de puntuaciones alcanzadas en la escala con las variables de la encuesta general de salud que indican conductas participativas. Las personas afiliadas a asociaciones obtienen una di-

ferencia de puntuación muy significativa frente a las no afiliadas, ocurriendo lo mismo con los adscritos a partidos políticos, los que participan activamente en asociaciones y los que lo hacen en los partidos (Tabla 6).

#### IV. DISCUSION

Es útil recordar con Mori <sup>66</sup>, De Miguel <sup>38</sup> y Sabucedo <sup>67</sup>, que no es posible hablar de una participación exclusivamente sectorial en salud, sino que es necesario enmarcarla en un problema amplio de crisis de los movimientos participativos y del Estado del Bienestar que predispone a pasividad e individualismo, cuestión planteada, también, por Martín González <sup>46</sup>, Marchioni <sup>47</sup>, Botejara <sup>45</sup>, Ramos <sup>68,69</sup>, o Maestro y Huertas <sup>70</sup>...entre otros.

En cuanto a la actitud de la población, ya en 1983 Rodríguez <sup>71</sup> ponía de manifiesto que su participación en los organismos responsables de la asistencia era insuficiente. Arión <sup>72</sup> por su parte, encuentra que son los propios ciudadanos quienes tienen más confianza en participar en salud y que ven la forma más viable de hacerlo a través del propio Centro de Salud.

**FIGURA 6**  
Distribución puntuaciones alcanzadas en las cuatro zonas

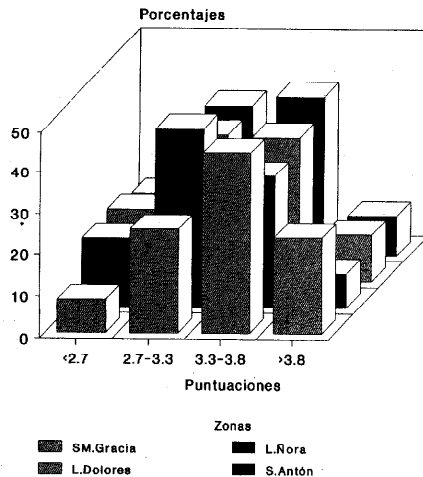


TABLA 6

Relación entre las medias de puntuaciones obtenidas en la escala de actitudes y conductas participativas de afiliación y actividad en partidos políticos y asociaciones ciudadanas (AAVV, APAs, consumidores, 3.ª edad...)

		<i>Medias puntuaciones escala actitudes</i>			
		<i>Afiliación</i>		<i>Participación activa en caso de afiliación</i>	
		SI	NO	SI	NO
Asociaciones AAVV, APAs		3.767	3.647	3.870	3.647
		P < 0.01		P < 0.01	
Partidos políticos		3.859	3.582	3.983	3.688
		P < 0.01		P < 0.01	

Pero..., ¿piensan todas las personas por igual?. ¿Cuáles son los grupos sociales más o menos favorables a esta cuestión?

En cuanto a los datos por zonas los resultados muestran actitudes más favorables en las dos urbanas, aunque una no alcanza significación estadística. Al mismo tiempo cabría esperar que la población de una zona con Consejo tuviese una actitud más participativa, fruto de la actividad del mismo, descrita en los trabajos de Ribas<sup>73</sup>, De la Revilla<sup>74</sup> o Barceló<sup>75</sup>, o del esfuerzo de los E.A.P en este sentido<sup>76</sup>, cuestión que no puede deducirse de los resultados obtenidos y una vez descartada la influencia de otras variables. Por otra parte, las experiencias y observaciones de Fernández Sierra<sup>17</sup>, De Miguel<sup>38</sup>, Rifkin<sup>15</sup> y Bjaras<sup>33</sup> nos advierten de la dificultad en el uso de indicadores en este campo.

¿Quién tiene una actitud más participativa, el hombre o la mujer?. Los datos no muestran diferencias. Autores como Bonder<sup>77</sup> o Sabucedo<sup>67</sup>, observan mayor pasividad en la mujer en política, lo que se atribuye a pautas de socialización. Sin embargo en la participación en programas de salud Dean<sup>73</sup>, Huici Casal<sup>79</sup>, Ramos<sup>30</sup>, Bello Luján<sup>31</sup> o Arión<sup>72</sup> encuentran que es el sexo lo que más influye, señalando a la mujer como más favorable al respecto.

Parece claro, por otro lado, que la actitud participativa tiene una relación inversa con la edad. Estos datos coinciden con las opiniones de Sabucedo<sup>67</sup> o Coy<sup>32</sup>, que encuentran un vínculo estrecho entre juventud y participación política no convencional. Rodríguez<sup>71</sup> habla de una actitud más conformista en los ancianos, con respecto a la relación con el médico y Martínez de la Iglesia<sup>83</sup> encuentra que son los jóvenes quienes mantienen una actitud más crítica, en relación con los servicios sanitarios. También en los trabajos de Bello Luján<sup>81</sup>, Ramos<sup>80</sup> y San Martín<sup>84</sup> aparece este factor hasta los 35 años.

Los solteros, tras anular la influencia de otras variables, se sitúan en primera posición de actitudes más favorables y los viudos los más desfavorables, debiendo señalar que en los trabajos de los autores anteriormente mencionados participaban una mayoría de casados.

Los resultados indican que a más bienes económicos hay más actitud favorable, a favor de lo apuntado como hipótesis y de lo señalado por autores como Triandis<sup>57</sup>, Paulsen<sup>85</sup>, Sabucedo<sup>67</sup>, Buchner<sup>86</sup>, Coy<sup>82</sup>, De Miguel<sup>38</sup> y Huici Casal<sup>79</sup>. De Miguel pone en evidencia la contradicción de que sean las personas de mayor nivel de vida las que más participan.

Los datos sitúan claramente, una vez descartadas otras variables, a las personas con nivel de estudios universitarios en el primer lugar de actitud más favorable, descendiendo ambos de forma paralela. También en este caso hay coincidencia con las observaciones de todos los autores anteriormente mencionados, a los que se añade San Martín<sup>84</sup>, que resaltan la estrecha relación entre nivel de salud, nivel de participación y nivel de cultura y educación.

De forma similar las profesiones universitarias tienen la actitud más participativa, presentado los profesores, situados en un grupo específico, una situación parecida, cuestión relevante de la que se ocupan Gadea Carrera<sup>87</sup>, García Jiménez<sup>88</sup>, ... entre una amplia literatura en este campo. En otro extremo se encuentran amas de casa y jubilados, lo que es contradictorio con los trabajos de Huici Casal<sup>79</sup>, Dean<sup>78</sup> y Arión<sup>72</sup>, pero coincidente con los trabajos de De Miguel<sup>38</sup>, Fernández Ruiz<sup>89</sup>, Nacher<sup>90</sup>, Rodríguez<sup>71</sup> o Martínez de la Iglesia<sup>83</sup>.

Parece existir una ligera tendencia en las personas que menos acuden al médico a actitudes más participativas, apuntando a la idea de que el consumismo médico no está alejado del concepto de participación, sino que tiene una relación inversa con él, tendencia observada también por De la Revilla<sup>91</sup>.

Con los datos obtenidos en el análisis factorial la interpretación nos permite la identificación de tres dimensiones en el concepto de participación en salud: 1.<sup>a</sup>) la de autocuidado, 2.<sup>a</sup>) una dimensión política y 3.<sup>a</sup>) una dimensión de agente de salud hacia la comunidad, sugiriendo que las actitudes al respecto tienen, sobre todo, que ver con la dimensión personal y de autocuidado, lo que es relevante dado el interés que despierta en Atención Primaria, puesto de manifiesto en los trabajos de Stoffelmayr<sup>92</sup>, Gervas<sup>93</sup>, Kieckbusch<sup>94</sup>, Dean<sup>73</sup>, ...etc.

En el análisis discriminante, recurriendo a los valores de la correlación entre la función y la variable, se aprecian más altos en el

nivel de estudios, edad, bienes que se poseen, estado civil y cantidad de libros que se leen, con un 74% de sujetos bien clasificados, datos coherentes con los autores anteriormente mencionados al quien se añade Allport<sup>95</sup> que encuentra las actitudes participativas ligadas a la preocupación por la lectura y las relaciones interpersonales.

También se observan, en otro orden de cosas, actitudes más participativas en ciudadanos que tienen conductas participativas de afiliación, resultados lógicos y esperados que indican una cierta correlación entre actitud y conducta, aún con todas las reservas en este aspecto expresadas por la mayoría de autores.

Podemos concluir, por último, que el perfil de la persona con actitud participativa en salud es el de un hombre o mujer, entre 18-35 años, que vive preferentemente en zona urbana, soltero, de status socioeconómico elevado, con estudios universitarios, de profesión cualificada y con una tendencia a no frecuentar la consulta médica, caracterizándole una cierta preocupación cultural y de relación interpersonal, así como por aspectos relacionados con su propia salud, acompañados, aunque en segunda instancia, por dimensiones políticas o colectivas.

## VI. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. *Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra 1978. Serie Salud para Todos n.º 1.
2. Organización Mundial de la Salud. *Los objetivos de la salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1986.
3. Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Rev San Hig Púb 1987; 61: 129-133.
4. Organización Mundial de la Salud. *Taller sobre la medida del salud y de la salud: hacia nuevos la salud*. Rev San Hig Púb 1987; 61: 571-575.
5. Organización Mundial de la Salud. *Coloquio sobre la investigación del comportamiento en materia de salud y sus*

- aplicaciones a la promoción de la salud. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 587-590.
6. Organización Mundial de la Salud. La salud para todos en el año 2000. 146 naciones evalúan la estrategia crucial. *Rev San Hig Púb* 1986; 60: 781-792.
  7. Organización Mundial de la Salud. Reunión en Europa meridional sobre Promoción de la Salud. *Rev San Hig Púb* 1987; 61: 577-579.
  8. Organización Mundial de la Salud. La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Ginebra: 1987. Serie de Informes técnicos n.º 746.
  9. Organización Mundial de la Salud. Mejoramiento de la labor de los agentes de salud comunitarios en la Atención Primaria de Salud. Ginebra: 1989. Serie de Informes Técnicos n.º 780.
  10. Organización Mundial de la Salud. The Edinburgh declaration. World Conference on Medical Education. 12 august 1988. Edinburgo OMS, 1988.
  11. Modolo M A. Strategia educativa per le programmi de educazione sanitaria. Educazione sanitaria e medicina preventiva 1980; 3.
  12. House, E R. Tres perspectivas de la innovación educativa: tecnológica, política y cultural. *Revista de Educación* 1988; (286): 5-34.
  13. González Hernández A. Tres enfoques para un problema. Análisis comparativo de un debate disciplinar (El caso de la Pedagogía Social). Valencia: Nau Llibres, 1989.
  14. Alvarez Méndez M. Investigación cuantitativa/investigación cualitativa: ¿una falsa disyuntiva?. En: Cook, T.D Y Reichardt, C.H.S. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid, Morata, 1986: 9-23.
  15. Rifkin S B Muller F y Bichmann W. Primary Health Care: on measuring participation. *Soc Sci Med* 1988; 26: 931-940.
  16. Serrano González M I. Educación para la salud y participación comunitaria. Madrid: Diaz de Santos, 1989.
  17. Fernández Sierra J y Santos Guerra M A. Evaluación cualitativa de programas de Educación para la Salud. Malaga: Aljibe, 1992.
  18. Lather P. Research as Praxis. *Harvard Educational Review* 1986; 56: 257-277.
  19. Nitcher M. Project community diagnosis: participatory research as a first step toward community involvement in primary health care. *Soc Sci Med* 1984; 19: 237-252.
  20. Reichard T Ch S y Cook D. Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y cuantitativos. En: Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata, 1986: 25-58.
  21. Sobral J, Sabucedo J M y Vargas P. Powerlessness y participación política convencional. *Rev Psic Soc* 1986; 1: 57-68.
  22. Minkler M Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Hlth Educ Q* 1989; 16: 17-30.
  23. Bandura A. Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
  24. Rosenstock I Strecher V J Becker M. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Hlth Educ Q* 1988; 15: 175-183.
  25. Green L W. Modifying and developing health behavior. *Ann Re Public Health* 1984; 5: 215-236.
  26. Fishbein M y Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research. Addison Wesley, Reading Mass, 1975.
  27. Costa M y López E. Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
  28. Rochon A. Educación para la Salud. Barcelona: Masson, 1991.
  29. Nebot M. Educación sanitaria: ¿dónde estamos?. *Atención primaria* 1992; 9: 508-511.
  30. Vuori H. ¿Que es la Atención Primaria de Salud?. *Atención Primaria* 1983; 0: 3-4.
  31. Vuori H. La participación comunitaria en APS: un medio o una finalidad en si misma. *Atención Primaria* 1992; 10: 1036-1048.
  32. Rifkin S B. Lessons from community participation in health programmes. *Health policy and planning* 1986; 1: 240-249.

33. Bjåras G Haglund B y Rifkin S B. A new approach to community participation assessment. *Health Promotion International* 1991; 6: 199-206.
34. Bjåras G. Can a community development model be used for health programmes in an industrialized country?. *International Journal of Health Planning and Management* 1991; 6: 209-219.
35. Kleczkowski B M Elling R H y Smith D L. Participación de la comunidad. En: OMS. *El sistema sanitario al servicio de la Atención Primaria de Salud. Cuadernos de Salud Pública* 1984; (80): 43-51.
36. Modolo M A. Educación sanitaria, comportamiento y participación. En: Centre d'anàlisi i programes sanitaris, editores. *Tendencias actuales en Educación Sanitaria*. Barcelona: CAPS, 1987: 39-58.
37. Costa M Benito A González J L y López E. La educación para la salud. *Aportaciones de la psicología de la salud*. Jano 1989; 36: 65-73.
38. Miguel J de. Participación de la población. En: *Salud Pública del futuro*. Barcelona: Ariel, 1985: 194-265.
39. Turabian Fernández J L. *Apuntes, esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en Salud*. Madrid: Diaz de Santos, 1992.
40. Woelk G B. Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Soc Sci Med* 1992; 35: 419-424.
41. Brownlea A. Participation: myths, realities and prognosis. *Soc Sci Med* 1987; 25: 605-614.
42. Stone L. Cultural influences in community participation in health. *Soc Sci Med* 1992; 35: 409-417.
43. Boletín Oficial del Estado. *Ley General de Sanidad. Ley 14 / 1986 de 25 de abril*. B O E de 29 de abril de 1986.
44. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. *Orden de 15 de marzo de 1992 de creación de los Consejos de Salud de zona (B.O.R. de 24 de abril de 1992)*.
45. Botejara Sáenz A y Cordero Torres R. Participación comunitaria. En: *Federación para la defensa de la sanidad pública*, editores. La sanidad española a debate. Madrid: FADSP, 1990: 279-287.
46. Martín González A. Participación comunitaria. En: Martín González, A Chacon Fuentes, F y Martínez García, M *Psicología comunitaria*. Visor, 1989: 227-252.
47. Marchioni M. *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid: Popular, 1987.
48. Irigoyen J. Participación comunitaria y salud, una redefinición necesaria. *Salud entre Todos* 1990; (44): 3.
49. Revilla Ahumada, L de la, Sevilla E. Participación de la Comunidad en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1987; 4: 395-396.
50. Madan T N. Community involvement in health policy: sociostructural and dynamic aspects of health beliefs. *Soc Sci Med* 1987; 25: 615-620.
51. Sherrard Sherraden M and Wallace S P. Innovation in primary care: community health services in Mexico and the United States. *Soc Sci Med* 1992; 35: 1433-1443.
52. Quintana Cabanas J M. *Pedagogía Social*. Madrid: Dykinson, 1984.
53. Organización Mundial de la Salud. Nuevos enfoques de la educación sanitaria en Atención Primaria de Salud. *Rev San Hig Públ* 1983; 57: 627-630.
54. Vuori H. El modelo médico y los objetivos de la Educación para la Salud. En: Centre d'anàlisi i programes sanitaris, editores. *Tendencias actuales en Educación Sanitaria*. Barcelona: CAPS, 1987: 13-26.
55. Ruíz Jiménez A P, López Fernández L A, Díaz Ramirez M C, Regero Anaya P, Villalobos Bravo M y Aranda Regules J M. Elaboración y aplicación de dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en Atención Primaria. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 387-394.
56. Brugos A Fernández Martínez de Alegría C Solas O y March J C. Actitudes de los médicos de atención primaria hacia la puesta en marcha de los centros de salud. *Atención Primaria* 1992; 9: 294-298.
57. Triandis H C. *Actitudes y cambios de actitudes*. Barcelona: Toray, 1974.

58. Lambert J. Actitudes y cambio de actitudes. En: *Psicología Social*. Madrid: Pirámide, 1982: 215-259.
59. Jiménez Burillo F. Actitudes. En: *Psicología Social (II)*. Madrid: UNED, 1981: 7-95.
60. Escámez Sánchez J y Ortega Ruíz P. La enseñanza de actitudes y valores. Valencia: Nau Llibres, 1986.
61. López Pérez J. Las escalas de actitudes. En: Morales Domínguez, J.F. *Metodología y teoría de la psicología*. Madrid: UNED, 1987.
62. Visauta B. Escalas de actitudes (I y II). En: *Técnicas de investigación social*. Barcelona: PPU, 1989: 165-218.
63. American Psychological Association. Normas sobre test y manuales educativos y psicológicos. Madrid: TEA, 1976.
64. Carmines E G y Zeller R A. Reliability and validity assessment (Ed. by John L. Sullivan). Series: Quantitative Applications in the Social Science. A Sage University Paper, 1979.
65. Sánchez Moreno A. Actitud social ante la participación en salud (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, 1992.
66. Mori M. Participación de la comunidad (I). En: *Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública. La reforma sanitaria*. Madrid: FADSP, 1990: 35-37.
67. Sabucedo Camesselle J M. Participación política. En: Seoane J y Rodríguez A. *Psicología política*. Madrid: Pirámide, 1988: 165-194.
68. Ramos García E, Sánchez Moreno A y Maset Campos P. Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (I). *Problemas históricos y conceptuales*. Atención Primaria 1992; 9: 334-336.
69. Ramos García E Sánchez Moreno A y Maset Campos P. Paradojas y posibilidades de Participación Comunitaria en la Atención Primaria de Salud (II). *Alternativas críticas y emancipatorias*. Atención Primaria 1992; 9: 398-400.
70. Maestro A y Huertas. La salud y el Estado: los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis. Madrid: FIM, 1992.
71. Rodríguez J A. Análisis sociológico de la participación y derechos de la persona enferma dentro del sector sanitario. En: *Equipo de Investigaciones sociológicas*, editores. La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma. Madrid: Ediciones Encuentro, 1983: 277-464.
72. Arión A J. La comunidad y la participación. *R Int Sociol* 1989; 47: 141-161.
73. Ribas Batllori M A Sendra Pina M P Miralles Gilbert S, Llobet Vila J Moreno Marín J, Orozco Beltrán D et al. Evolución de una experiencia de participación de la comunidad. *El Consejo de Salud de Novelda (Alicante)*. *Atenc Prim* 1987; 4: 407-412.
74. Revilla L Galvez M y Delgado A. El Consejo de Salud del barrio de La Cartuja (Granada): una experiencia de participación comunitaria. *Atenc Prim* 1985; 2: 63-67.
75. Barceló Aparicio M L Martínez Reche E, Sánchez Moreno A, Sánchez Estévez V, Cánovas Valverde J J y Maset Campos P. Los Consejos de Salud. Balance de un año de funcionamiento. *Atenc Prim* 1992; 9: 73-78.
76. Argente Checa P Maset Campos P, Nicolás Marín C, Pérez M.C, Piqueras Gonzalez R, Sánchez Estévez V y Sánchez Moreno A. Informe de actividades de Participación Comunitaria en los Centros de Salud de la Región de Murcia. I Jornada de Participación Comunitaria en Atención Primaria de Salud. Murcia, 25 de marzo de 1992.
77. Bonder G. El estudio de la política desde la perspectiva de las mujeres. *Rev Int Ciencias Sociales* 1983; 35: 613-627.
78. Dean K. Self-care components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29: 137-153.
79. Huici Casal, C. Grupo social y comportamiento de salud enfermedad. En: Morales, J.G. *Psicología Social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer S A, 1985: 111-131.
80. Ramos García E y Sánchez Moreno A. Logros y necesidades en educación sanitaria participativa a gran escala. Análisis de una experiencia. En: *Unión Internacional de Educación Sanitaria*. Abstracts de la XIV

- Conferencia Mundial de Educación para la Salud. Helsinki: Finnish Council for Health Education, 1991: 326.
81. Bello Luján L.M. Organización y desarrollo de un programa de intervención en Educación sanitaria y su repercusión en la comunidad (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, 1989.
  82. Coy E Esteban M, Buendía J. Afiliación ciudadana, política y sindical en Murcia. Murcia: Editora regional de Murcia, 1987.
  83. Martínez de la Iglesia J, Mateps C Perula de Torres, L A Rodríguez Torrotelas A, Criado A, Jiménez García C et al. Los factores socioeconómicos: ¿influyen en la demanda asistencial y grado de satisfacción en atención primaria?. *Atenc Prim* 1990; 7: 106-111.
  84. San Martín H y Pastor V. Salud Comunitaria. Madrid: Díaz de Santos, 1984.
  85. Paulsen R. Education, Social Class and Participation in Collective Action. *Sociology of Education* 1991; 64: 96-110.
  86. Buchner D y Pearson, D. Factors Associated with Participation in a Community Senior Health Promotion Program: A Pilot Study. *Am J Public Health* 1989; 79: 775-778.
  87. Gadea i Carrera A, Hernández i Vidal N, Jaumandreu i Patxot J, Palacios i Patxot J y Tort i Bardolet J. Los maestros ante la educación para la salud. En: Unión Internacional de Educación Sanitaria. Actas de la I Conferencia Europea de Educación Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1988: 531-538.
  88. García Jiménez M T y López Nomdedeu C. Opiniones y actitudes del profesorado de enseñanzas no universitarias ante la inmediata introducción de la Educación para la Salud en sus programas oficiales. Sugerencias para su implantación progresiva. En: Unión Internacional de Educación Sanitaria. Abstract de la XIV Conferencia Mundial de Educación para la Salud. Helsinki: Finnish Council for Health Education, 1991: 136.
  89. Fernández Ruiz I, Rodríguez - Contreras Pelayo R, Delgado Rodríguez M, Mellado Garrido M C y Gálvez Vargas R. Estilo de vida y nivel de educación sanitaria en amas de casa de un barrio de Granada capital. *Atenc Prim* 1989; 6: 80-86.
  90. Nacher A, Vitoria I, Mazón A, Camps I, Poveda A, García T y Arias T. Educación Sanitaria sobre la caries a madres y niños de 5 a 11 años. En: Unión Internacional de Educación Sanitaria. Actas de la I Conferencia Europea de Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1988: 104-105.
  91. Revilla L de la, Aranda J M y Luna J D. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria familiar en el uso de las consultas médicas. *Atenc Prim* 1987; 4: 472-481.
  92. Stoffelmayer B, Hoppe R B y Weber N. Facilitating Patient Participation: the Doctor Patient Encounter. *Primary Care* 1989; 16: 265-278.
  93. Gervás J J, Hernández L M, Martí A, García Sagredo P, Elvira P, Estévez A, Salcedo J A y Pérez Fernández M M. La comunicación médico - paciente y la educación para la salud. *Atenc Prim* 1991; 8: 202-205.
  94. Kickbusch J. Self-care in health promotion. *Soc Sci Med* 1989; 29: 125-131.
  95. Allport G W. Los rasgos de actitud. En: Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós, 1970: 434-445.