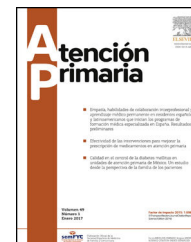




Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones

Daniel Egaña Rojas^a, Lorena Iglesias Vejar^b, Ricardo Cerda Rioseco^b,
Paulina Molina Carrasco^b y Patricia Gálvez Espinoza^{b,*}

^a Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 19 de julio de 2019; aceptado el 27 de febrero de 2020

PALABRAS CLAVE

Participación social;
Atención primaria de salud;
Investigación cualitativa

Resumen

Objetivo: Explorar las perspectivas de tomadores de decisiones y miembros de la comunidad en atención primaria en salud (APS) en torno a la conceptualización de la participación social (PS).

Diseño: Estudio transversal de carácter exploratorio con metodología cualitativa.

Emplazamiento: Centros de Salud de la Región Metropolitana (RM), Santiago, Chile.

Participantes: Ocho informantes del nivel directivo (grupo 1), 13 del nivel de ejecución en APS (grupo 2) y 28 miembros de la comunidad y cuatro agentes comunitarios de salud (grupo 3).

Método: Se realizaron entrevistas y grupos de discusión, que fueron grabados y transcritos. La organización y análisis se realizó con Atlas.ti 8.1. Las narrativas fueron sistematizadas mediante un análisis temático. Se codificó la totalidad de los documentos a través de reuniones periódicas para revisar los códigos existentes y para discutir la inclusión de nuevos códigos.

Resultados: El grupo 1 remite concepciones más teóricas acerca de la PS. El grupo 2 expresa dimensiones más concretas y operativas. El grupo 3 indica que la PS se encarna en experiencias particulares, vividas cercanamente por quienes las relatan. Los grupos 1 y 3 poseen más de una noción de la participación social en salud.

Conclusiones: Predomina transversalmente una concepción institucional de la participación, arraigada desde la década de 1990. En el nivel de la comunidad, las narrativas adquieren la forma de prácticas colectivas vividas en torno al mejoramiento de la calidad de vida comunitaria mediadas por el nivel de ejecución.

© 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pa_galvez@med.uchile.cl (P. Gálvez Espinoza).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.013>

0212-6567/© 2020 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Egaña Rojas D, et al. Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones. Aten Primaria. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.013>

KEYWORDS

Social participation;
Primary health care;
Qualitative research

Social participation in primary health care: Tensions and contradictions

Abstract

Objective: To explore the perspectives of the decision makers and community members in primary health care (PHC) around the conceptualization of social participation (PS).

Design: An exploratory cross-sectional study with qualitative methodology.

Location: Health Centers of the Metropolitan Region (RM), Santiago, Chile.

Participants: Eight informants from the management level (group 1), 13 from execution level in PHC (group 2), 28 community members and four community agents of health (group 3).

Method: Interviews and discussion groups were conducted, which were recorded and transcribed. The organization and analysis of the data was done with Atlas.ti 8.1. The narratives were systematized using a thematic analysis. All the documents were codified, and we hold periodic meetings to review the existing codes, as well as discussing the inclusion of new codes.

Results: Group 1 refers to a more theoretical conception of PS. Group 2 expresses more concrete and operative dimensions. Group 3 indicates that PS is embodied in particular personal experiences. Groups 1 and 3 have more than one notion of social participation in health.

Conclusions: An institutional conception of participation prevails transversally, rooted since the 1990s. At the community level, the narratives take the form of collective practices lived around the improvement of the quality of community life mediated by the level of execution.

© 2020 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Desde la conferencia de Alma Ata (1978), la participación social (PS) se ha consolidado como elemento clave en la atención primaria en salud (APS). Esta PS fue definida entonces, como «el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad»¹. Ocho años más tarde, en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa (Canadá), se planteó la necesidad de reforzar la acción comunitaria mediante «la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud»². De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la PS es crucial para promover la equidad en salud, para generar voluntad política acerca de los determinantes sociales de la salud, y para que las comunidades sean protagonistas en el control de su propia salud^{3,4}. Por ello, la PS ha sido parte fundamental de diferentes reformas de salud en el mundo.

Actualmente es posible encontrar diferentes concepciones de la PS en la literatura. Entre estas está la PS como medio y como fin; la primera se relaciona con una conceptualización más cortoplacista y más pasiva, mientras que la segunda pretende el empoderamiento de la población, con efectos más a largo plazo⁵. Así, por ejemplo, Gilmour, en un estudio con adultos mayores canadienses, plantea a la PS como asistencia a actividades sociales⁶, dándole un rol más pasivo a los participantes; por el contrario, Coady concibe esta participación de la comunidad en un contexto donde se generen alianzas entre los sistemas de salud y las comunidades, asignándole más poder en la toma de decisiones⁷. Sin embargo, hay menos ejemplos de este último caso, como queda demostrado en la revisión realizada por Kenny et al.,

en la que, de 99 estudios, solo 6 tenían un alto grado de empoderamiento e involucramiento de la comunidad en la toma de decisiones de las intervenciones en la que eran participantes⁸.

Otros autores ponen énfasis en los tipos de participación al definir la PS, además de quién participa y cómo se lleva a cabo el proceso⁹. Finalmente, hay autores que destacan las dimensiones de la misma: influencia, inclusividad, comunicación y capacidad¹⁰. Para la OMS, son cinco los aspectos básicos de toda conceptualización de la PS: informar, consultar, incorporar, trabajar en conjunto y empoderar a la población³. Con esto queda demostrado que, a pesar de la necesidad establecida sobre el trabajo conjunto con la comunidad, su concreción aún representa un desafío debido, en parte, a la falta de consenso en relación a qué se entiende por PS⁷ y la dificultad de generar una definición universal, que no dé lugar a interpretaciones diversas ni opuestas¹¹. Por otro lado, si bien, existen definiciones variadas en la literatura, éstas corresponden a miradas más bien teóricas desde enfoques filosóficos académicos, faltando un entendimiento desde la mirada de quienes están involucrados en la PS, desde donde su inserción es prioritaria: la APS.

En América Latina, la PS no ha quedado fuera de las políticas de salud de los gobiernos. Así por ejemplo, Brasil ha desarrollado un modelo de agentes comunitarios de salud, en donde miembros de la comunidad forman parte del sistema, establecido y respaldado por ley^{12,13}. En México, existe el Aval Ciudadano, que es «una persona, grupo o institución académica que se incorpora a vigilar el proceso de mejora de los servicios de salud»¹⁴. En Chile, por su parte, la PS se considera como un mecanismo para ejercer los derechos de las personas y comunidades, equivaliendo a uno de los determinantes sociales de la salud en los cuales el gobierno debe trabajar¹⁵. En este sentido, Chile presenta diversas formas institucionales de PS, desde los Consejos

de Desarrollo Local (CDL), instancias donde el equipo de salud se reúne con representantes de usuarios del sistema de salud, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud para la elaboración de planes o programas comunales o locales^{15,16}, los presupuestos participativos, en los que la ciudadanía forma parte de las decisiones del uso e inversión de recursos públicos¹⁵, hasta el proyecto más reciente de promotores comunitarios de salud¹⁷.

Aunque en las políticas y normativas a nivel gubernamental se han desarrollado diversas estrategias para promover la PS en las comunidades, con definiciones teóricas y filosóficas de la misma, se hace necesario conocer las percepciones que sobre ella tienen los que la desarrollan, ejecutan y evalúan localmente, en especial en APS. De esta forma, se hará posible entender las bases sobre las cuales el sistema de salud y los equipos de salud en sí, desarrollan la PS en sus localidades. En dicho sentido, el objetivo del presente artículo fue explorar las perspectivas de tomadores de decisiones en salud, así como quienes ejecutan planes y programas a nivel local, y miembros de la comunidad en APS, en torno a la conceptualización de la PS.

Participantes y métodos

Diseño

Se ha realizado un estudio transversal de carácter exploratorio con metodologías cualitativas¹⁰. El presente trabajo forma parte de un estudio mayor, cuyo objetivo era explorar la factibilidad de implementación de un modelo de promotores comunitarios de salud, que en Chile se denominan agentes comunitarios de salud (ACS), en APS, desde los puntos de vista de los distintos involucrados en el modelo. En Chile, desde el año 2016 se estuvo realizando un pilotaje de este modelo, con ACS incorporados a los equipos de salud de los nuevos centros comunitarios de salud familiar (CECOSF)¹⁷.

El trabajo de campo fue realizado entre mayo de 2017 y abril de 2018. El protocolo de la investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes previo a la recolección de datos.

Muestra y participantes

Se realizó un muestreo por conveniencia¹¹, invitando a participar a centros de salud de la Región Metropolitana (Santiago, Chile). En esta región, existen más de 400 centros de salud que incluyen centros de salud familiar, consultorios, postas rurales, entre otros, divididos en seis zonas geográficas (norte, centro, sur, sur oriente, oriente y occidente). Dado que este estudio se enmarca dentro de otro acerca de percepciones de la factibilidad del modelo de ACS, se incluyeron centros de salud con ACS, que a la fecha de realización del estudio, eran 10 CECOSF, pertenecientes a cinco de las seis zonas citadas. De cada zona se seleccionaron CECOSF, extrayendo la muestra de los centros que tuvieron la implementación del estudio piloto desde diciembre de 2016, los cuales llevaban más tiempo trabajando con el modelo. A su vez, considerando la misma zona geográfica y la misma comuna del CECOSF participante, se invitó a par-

Tabla 1 Preguntas de entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión

¿Qué entiende por participación de la comunidad en salud?
¿Cómo visualiza la participación de la comunidad en salud hoy en día?
¿De qué manera se puede lograr la cogestión de la salud con la comunidad?
¿Cómo se puede hacer esta participación sustentable o que dure en el tiempo?

ticipar a otro centro de salud (principalmente Centros de Salud Familiar [CESFAM]), que no tuvieran la implementación del piloto. Se invitó a participar a todos los centros que cumplieran con los criterios mencionados y cuyo comité de ética local aprobó el protocolo del estudio en el plazo de realización del mismo, lográndose la participación de cuatro CECOSF con ACS y cuatro centros de salud sin ACS. Con esto se logró participación de representantes de las zonas norte, sur, oriente y occidente de la región.

El estudio incluyó tres niveles de informantes: 1) *Grupo 1* o nivel de planificación: incluyó directivos de los servicios de salud de las zonas participantes y de las corporaciones municipales de salud, organismos encargados de la gestión de la red asistencial, así como el manejo de los centros de APS¹². Se realizaron ocho entrevistas individuales semiestructuradas en este grupo; 2) *Grupo 2* o nivel de ejecución: incluyó directores de los centros de salud de APS participantes y otros profesionales dentro de los centros que tuvieran relación con la PS, como asistentes sociales, psicólogos u otro que tuviera el cargo de administración de PS o que estuviera a cargo de ejecutar las acciones de PS en el centro de salud. Se realizaron 13 entrevistas individuales semiestructuradas en el grupo; y 3) *Grupo 3* o nivel comunitario: incluyó miembros de la comunidad inscritos en centros de salud y a los propios ACS (por ser miembros de la misma comunidad a la que sirven). Se realizaron tres grupos de discusión con los miembros de la comunidad (n = 28) y cuatro entrevistas individuales semiestructuradas a quienes ejercían el cargo de ACS. Los centros de salud, contribuyeron a localizar miembros activos de la comunidad bajo su jurisdicción, para colaborar en la realización de los grupos de discusión con la comunidad.

El guión de las entrevistas semiestructuradas y de los grupos de discusión fue elaborado a partir de la literatura revisada, y validado con una muestra similar a la de estudio. La guía de preguntas incluía tres áreas: una relacionada con la PS, otra con el modelo de promotores comunitarios de la salud en general, y con el modelo de ACS propiamente dicho. Las preguntas relacionadas con la PS (tabla 1) se realizaron con diferentes matices, de acuerdo con el grupo de participantes. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos, mientras que los grupos de discusión de aproximadamente 1 hora.

Análisis

Las entrevistas y los grupos de discusión fueron grabados y transcritos. Las narrativas obtenidas fueron sistematizadas utilizando un análisis temático^{18,19}. Para el análisis, cuatro

investigadores realizaron una codificación inicial con una muestra aleatoria de documentos. Estos códigos iniciales fueron discutidos por el equipo de investigación, generando un libro final de códigos. Cinco investigadores codificaron la totalidad de los documentos, utilizando este libro de códigos y realizando reuniones periódicas para revisarlos y discutir la inclusión de nuevos códigos. Una vez finalizado el análisis, los códigos fueron agrupados en categorías, que posteriormente sirvieron de base para generar seis temas, los cuales respondieron a la pregunta de investigación del estudio mayor. El presente artículo, es el resultado de un segundo análisis de uno de los seis temas identificados, que es la concepción de la PS. La organización de la información y el análisis fueron llevados a cabo con el programa Atlas.ti 8.1.

Rigor y fiabilidad de la información

Para lograr mayor rigor y fiabilidad de la información se utilizaron principalmente dos técnicas recomendadas por diversos autores: a. La triangulación por investigadores o analistas, en donde diferentes investigadores recolectan o analizan la misma información^{20,21}, b. La revisión por miembros, en donde parte de los participantes se ven expuestos a la información del proyecto para su revisión²⁰⁻²², para lo cual se llevó a cabo un seminario de discusión de los resultados encontrados con participantes del estudio, así como otros miembros de APS interesados en la temática.

Resultados

En el análisis de las narrativas de las entrevistas y los grupos de discusión, se logró encontrar 3 temas asociados al tema principal de la PS, que muestran cómo ésta es entendida: *como empoderamiento de la comunidad, como dispositivo institucional y como encarnación de la experiencia colectiva*. En términos generales, se muestra que mientras el grupo 1 (tomadores de decisiones) remite a concepciones más generales y profundas, en el grupo 2 (nivel de ejecución) adquiere dimensiones más concretas y operativas. Finalmente, en el grupo 3 (nivel comunitario), la PS se encarna en experiencias particulares, vividas cercanamente por quienes las relatan. A continuación se detallan cada uno de los temas encontrados.

Participación social en salud como empoderamiento de la comunidad

En los tomadores de decisiones emergen dos ideas sobre lo que podría entenderse por PS. En un primer momento, se plantea una concepción utilitarista, donde la comunidad mantendría una actitud pasiva, en tanto receptora de información o demandante de atención sanitaria. Entre los entrevistados existe consenso de que esta versión es insuficiente y limitada, de manera que la rechazan como una PS legítima. Frente a ello, sus narrativas plantean una segunda noción, donde se indica la necesidad de que la comunidad sea parte activa de la toma de decisiones en salud sobre los temas que les afectan, empoderándose a fin de identificar y alcanzar determinados resultados en salud.

Como plantea un directivo, esta segunda noción implica que «algunas personas de la comunidad puedan involucrarse en la toma de decisiones en salud que los involucran a ellos y, que [...] puedan pedir, puedan proponer, puedan definir o puedan alcanzar ciertos resultados que están relacionados con salud».

La PS también se visualiza como un mecanismo que permite incorporar la visión de la comunidad en la toma de decisiones sanitarias, ponderando los intereses institucionales con los de la población. Como indica una entrevistada de otro servicio de salud: «Antiguamente el trabajo participativo o el trabajo comunitario, era simplemente como de vínculo, de ayuda con el intersector y de entrega de información a la comunidad. En cambio, cuando se abren estos espacios y que en algún minuto se dice: *mire, en estos consejos consultivos debe existir un 70% donde debe participar la comunidad, pero además un 30% de funcionarios*, implica que de alguna manera nos dicen: *tenemos que realizar un trabajo en conjunto*». Y si bien hay acuerdo en esta perspectiva de lo que se entiende por PS, el discurso de los tomadores de decisiones plantea que esta definición responde más a un horizonte que a una realidad actualmente presente en la APS.

Dicho lo anterior, los entrevistados reconocen un avance en materia de PS, pasando de una concepción pasiva a espacios de participación activa por parte de la comunidad. De este modo, se reconoce que, en un primer momento, la PS se remitía casi exclusivamente a la entrega de información en salud a la comunidad, lo que se lograba mediante el trabajo intersectorial; y que actualmente existen instancias participativas de trabajo conjunto. En efecto, para algunos de los tomadores de decisiones, serían los dispositivos institucionales (CDL por ejemplo) los que aseguran cierto grado de participación.

La participación social en salud como dispositivo institucional

Es posible afirmar que los discursos del nivel de ejecución presentan continuidades y divergencias con la concepción de PS planteada por el grupo de tomadores de decisiones.

Continuidad, en tanto existe una confianza en que ciertos dispositivos (CDL, ferias de salud, mesas territoriales) han permitido incluir mayores niveles de participación de la comunidad. Sobre este aspecto, indican que la relación de los equipos con la comunidad se ha visto obligada a cambiar, saliendo de lo asistencial para establecer relaciones más horizontales: «Este año se han hecho varias ferias de salud, pero no esa típica feria donde van y se hacen el examen, sino que son ferias integradoras y participativas, es decir, ya no está la enfermera haciendo el examen, sino que ahora la enfermera está hablando con el vecino, aclarando dudas, desmarcando un poco esta relación no horizontal que hay entre médico y usuario, con el fin de hacerlos más cercanos al CESFAM», comenta la encargada de promoción de un CESFAM. Sin embargo, es este mismo punto donde se evidencian las divergencias. Mientras en los tomadores de decisiones la PS emerge como un horizonte ideal (en que la participación activa de la comunidad se da de forma vinculante y contribuye a la mejoría de los resultados en salud) que históricamente se ha traducido en dispositivos específicos, en

el nivel de ejecución es el dispositivo el que posibilita cierta concepción de PS.

Esta visión de la PS, centrada en los dispositivos, evidencia al menos dos consecuencias, de acuerdo a los participantes. En primer lugar, hay una comprensión que la PS es un problema relacional entre los equipos de salud y la población a cargo, y no solo un atributo de la comunidad. La subdirectora de un CESFAM plantea: «Para nosotros es fundamental este trabajo dialéctico con la comunidad, donde tiene que haber un cambio en la mirada existencialista que antes te daba el enfoque biomédico y no estábamos trabajando con la comunidad para que haya un empoderamiento de las bases en ser actores de sus propios procesos de salud y enfermedad, con énfasis en la promoción y prevención; por eso se hace mucho trabajo en las mesas territoriales y se promueve». Esta perspectiva implica asumir la responsabilidad que los propios equipos poseen sobre el desarrollo satisfactorio de una PS. Sin embargo, y como corolario de lo anterior, una segunda consecuencia es que los trabajadores de APS poseen una visión un tanto más paternalista de lo que es la PS, asociándola a la educación en salud. Como indica la coordinadora de un CECOSF: «La comunidad es súper importante, trabajar con ellos y educar a la población y que nos reconozcan como entes de salud, para nosotros es un beneficio y más ahora que se incluye más que antes, que participan con nosotros, que nosotros conocemos sus necesidades y de acuerdo a eso, nosotros hacemos educaciones, intervenciones y eso es súper importante para nosotros y valioso, nos sirve, hartito».

En términos generales, y frente a los tomadores de decisiones, el nivel de ejecución posee una visión más concreta y operativa de lo que implica una PS, marcada fuertemente por los dispositivos institucionales de participación y el trabajo con la población a cargo. La PS adquiere por lo tanto una dimensión territorializada, donde la relación del equipo de salud con la comunidad se torna un elemento fundamental, y las necesidades se encarnan en hechos específicos.

La participación social en salud como encarnación de la experiencia colectiva

Es en el tercer nivel, que corresponde a la comunidad, donde esta noción de que la PS se encarna en problemas específicos, toma mayor fuerza. Al igual que el nivel de ejecución, los usuarios de la salud identifican cierto tipo de participación como aquella que se produce en el contexto de dispositivos particulares, donde cualquier actividad que se realice adquiere una dimensión participativa (grupos de salud mental, talleres de salud, etc.). Como plantea un usuario de la Zona Occidente de Santiago «bueno, nosotros pertenecemos a salud mental y la psicóloga de aquí nos reunió y ahí empezamos a hacer taller porque ella nos trajo una monitora, nos empezó a hacer talleres de origami, después de flores, pintura en género, cojines, bordados, arpillera y ahí nosotros empezamos con eso, pero después sacamos la personalidad jurídica y nosotros somos independientes de aquí del CESFAM ».

Sin embargo, y a diferencia de los niveles anteriores, los usuarios de APS no entregan una definición abstracta o conceptual de lo que entienden por PS. Por el contrario, sus relatos remiten a la memoria colectiva, construida en torno

a hechos significativos de la experiencia en el cual la participación social ha sido fundamental para la mejora de sus condiciones de vida y, por consiguiente, de su salud. Un participante de un grupo de discusión relata la siguiente situación para hablar de PS: «había una llave aquí en la salida del pasaje donde aquí nos bañábamos y nos mandaban a sacar agua, no había alcantarillado, no había nada acá, había carpas, venían las máquinas para arreglar, para hacer las divisiones de las casas. Aquí las juntas vecinales se unieron para hacer las casas, hay muchos que construyeron solos, mi mamá construyó ella su casa, pero se hicieron para sacar familias de aquí allegadas para que se fueran para otro lado y conseguirles casa y todo eso. Hacíamos once, vendíamos papas fritas para poder que los chiquillos juntaran la plata para ponerla en la libreta». Esta historia de trabajo colectivo, participativo, se reconoce como dialógico con diversos dispositivos institucionales; por lo tanto, no es fácil marcar una línea clara entre la participación social orientada estrictamente a la salud y aquella que la excede a otros ámbitos de lo social. Así, desde el punto de vista de la comunidad, grupos formados al alero de CESFAM pueden autonomizarse del mismo. De forma análoga, la participación activa con otras instituciones del intersector puede ser conceptualizada como PS en salud, toda vez que contribuyen al mejoramiento de su calidad de vida.

Discusión

La PS se expresa en las narrativas de los diversos niveles como un concepto amplio y polivalente, que adquiere matices según el nivel al que los entrevistados pertenecen; esto es similar a lo indicado por un estudio brasileño, donde los niveles más alejados a los usuarios expresan concepciones más abstractas y teóricas, mientras los más cercanos a los mismos elaboran concepciones más concretas, vinculadas a acciones²³. En el nivel de tomadores de decisiones, la PS es pensada en la tensión entre un utilitarismo y una asociatividad real con la comunidad, la cual implica una mayor delegación de poder y responsabilidad. La tensión entre empoderamiento y real participación es una discusión de larga data²⁴, y ha sido problematizada por Bandesha y Litva²⁵, quienes describen cómo el nivel discursivo de los tomadores de decisiones no suele corresponderse con la percepción de la comunidad. En el siguiente nivel (ejecución), la concepción de la PS se visualiza en dispositivos particulares que realizan acciones específicas con la comunidad. Esta concreción, que entrega a los trabajadores un rol activo en la PS, evidencia una nueva tensión: la falta de capacitación en trabajo conjunto con la comunidad, así como la falta de tiempo para el trabajo comunitario, debido a la alta demanda asistencial, lo que ocasiona que la PS se limite a una entrega de información, en vez de ser una participación real de la comunidad, similar a como lo han descrito Ruiz-Giménez y Domínguez para el caso España²⁶. Es, finalmente, en el tercer nivel (usuarios) donde la definición de la PS se escinde de cualquier abstracción para encarnar acciones concretas. Similar a lo que ha planteado Vásquez et al.²³, en este nivel los relatos remiten a una memoria colectiva, construida en torno a hechos significativos de la experiencia en el cual la PS ha sido fundamental para el mejoramiento de sus condiciones de vida y, por consiguiente, de su salud. En

este sentido, se asemeja a lo indicado por Carrillo y López²⁷ quienes concluyen que la comunidad relaciona la PS con la autoorganización para el cumplimiento de sus necesidades de vida.

Desde su auge en los años setenta, la PS ha mantenido una tensión crítica entre su conceptualización como práctica emancipadora del poder social en salud y su institucionalización, que la limita y transforma de un ejercicio autónomo en un agente de reproducción del sistema^{28,29}. Paradójicamente, autores como Menéndez plantean que la PS «aparece como uno de los escasos mecanismos que pueden oponerse a lo institucionalizado, pero en la medida que dicha PS sea constante y continua»²⁸.

Si bien los distintos actores plantean una polifonía de significados sobre la PS, el eje de la participación institucionalizada (en dispositivos específicos) es, con matices, transversal a los tres niveles. Probablemente, esto se debe a que desde 1990 se buscó reinstalar por parte del Estado de Chile la PS, alcanzando, mediante normativas y leyes, mayores grados de participación³⁰. Donoso indica que, con la reforma de 2005, se incorporó un enfoque de derechos y una mirada garantista, al tiempo que se crearon dispositivos de participación en SEREMI, Servicios de Salud y Hospitales. Esta planificación «desde arriba» habría limitado los procesos de descentralización política y administrativa, produciendo una tensión entre la participación directa y la representativa, «entre relaciones de carácter más democrático y relaciones más bien clientelares, paternalistas, y populistas, facilitando (desde la lógica del estado) el acceso a la oferta, más que una respuesta a la demanda ciudadana»³⁰.

Mientras el nivel de ejecución articula exclusivamente su discurso sobre la PS en el eje institucional, los tomadores de decisiones y la comunidad plantean nociones alternativas, menos estructuradas y más democráticas. Y si para los tomadores de decisiones esta alternativa se expresa como el deseo de lograr los horizontes de Alma Ata y Ottawa, es en la comunidad donde la PS se articula como el recuerdo colectivo de acciones comunitarias orientadas a mejorar las condiciones de vida, haciendo eco de la PS surgida a comienzos de los ochenta en la dictadura³¹.

La principal limitación de este estudio radica que se realizó solamente en la Región Metropolitana, Santiago, Chile. Además, se realizaron tres grupos focales con usuarios de los centros de salud, con lo cual, dada la diversidad de quienes se atienden en APS, es posible que no se haya logrado la saturación teórica de la información.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

La indagación de las percepciones de los distintos actores de la APS sobre la PS permite afirmar que, para el caso chileno, domina transversalmente una concepción institucional de la participación, arraigada en los dispositivos específicos que desde la década de 1990 ha desplegado el sector salud. Al igual como se ha descrito para otras latitudes⁴, esta versión institucional suele ser más pasiva y cortoplacista que las nociones de empoderamiento social consagradas en Alma Ata y Ottawa. Sin embargo, estas últimas nociones no son dejadas de lado, y se encuentran tanto en los discursos del nivel de los tomadores de decisiones, que las plantean como

un horizonte utópico, y en los discursos de la comunidad, donde adquieren la forma de prácticas colectivas vividas en torno al mejoramiento de la calidad de vida comunitaria.

Si bien esta investigación viene a confirmar una tensión propia de la PS, ya descrita por diversos autores^{4,17-19}, su aporte radica en relevar la importancia que los propios actores les atribuyen a las versiones más democráticas de la participación, las cuales conviven en sus planteamientos. Aunque el nivel de ejecución, probablemente por la demanda cotidiana del sistema, no reflexiona explícitamente sobre esta segunda dimensión de la participación, encontramos vasos comunicantes entre los discursos de los niveles de tomadores de decisiones y la comunidad. Niveles que no suelen tener una comunicación directa y que se encuentran mediados por el nivel de ejecución. Lo anterior abre la posibilidad a preguntarse por formas en que estas coincidencias conceptuales pueden confluír para hacer de la PS una instancia más democrática.

En lo que respecta tanto al nivel de trabajadores de la APS como a los de usuario, es posible afirmar que las nociones en torno a la PS no se ven alteradas en los grupos con y sin ACS.

Lo conocido sobre el tema

- La participación social en salud es un factor clave para los sistemas basados en Atención Primaria en Salud.
- La participación social en salud es clave para el logro de una mayor equidad.
- La participación social en salud es un concepto polivalente que requiere ser delimitado en contextos específicos.

Qué aporta este estudio

- Mientras en los niveles tomadores de decisiones la participación es más teórica, a nivel de la comunidad esto recae en experiencias para mejorar sus condiciones de vida.
- Los distintos actores coinciden en reconocer en los dispositivos institucionales la participación social en salud.
- Los grupos de tomadores de decisiones y la comunidad poseen más de una noción de la participación social en salud.

Financiamiento

El presente trabajo ha sido financiado por el Concurso de proyectos de investigación en salud, convocatoria 2016, de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los actores que accedieron desinteresadamente a participar en esta investigación. También agradecemos a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que financió esta investigación, pero que no participó ni influyó en ella de ninguna forma en los resultados.

Bibliografía

1. Atención Primaria en Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. OMS, UNICEF. 1978; 1-93. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>.
2. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, A. Canadiense de Salud. 1986; 1-6. Disponible en Pública., <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
3. Social participation. OMS, Commission on Social Determinants of Health 2005-2008. Disponible en <http://www.who.int/social.determinants/thecommission/countrywork/within/socialparticipation/en/>.
4. Fiorati RC, Arcêncio RA, Segura del Pozo J, Ramasco-Gutiérrez M, Serrano-Gallardo P. Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. *Gac Sanit.* 2018;32:304-14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07009>.
5. Kuruville C, Sathyamurthy K. Community participation towards effective social work practice. *Indian J Appl Res.* 2015;5:16-8. Disponible en https://www.academia.edu/27978046/community_participation_towards_effective_social_work_practice.pdf.
6. Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. *Health Rep.* 2012;23:23-32.
7. Coady M. Enabling volunteer health planning capacity: a rural Canadian case study. *J Enterprising Communities.* 2009;3:393-404, <http://dx.doi.org/10.1108/17506200910999138>.
8. Kenny A, Hyett N, Sawtell J, Dickson-Swift V, Farmer J, O'Meara P. Community participation in rural health: a scoping review. *BMC Health Serv. Res.* 2013;64:13, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-64>.
9. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Dev.* 1980; 8:213-35, [http://dx.doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](http://dx.doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X).
10. Wilson M, Wilde P. Benchmarking community participation: Developing and implementing the Active Partners benchmarks. Joseph Rowntree Foundation.; 2003. p. 1-52. Disponible en <https://www.jrf.org.uk/report/benchmarking-community-participation-developing-and-implementing-active-partners-benchmarks>.
11. Hersch-Martínez P. Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Publica Mex.* 1992;34:678-88. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/106/10634616.pdf>.
12. Robles AF. Las agentes comunitarias de salud en el Brasil contemporáneo: La «policía amiga» de las madres pobres. *Sex Salud Soc (Rio J).* 2012;12:92-126, <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600005>.
13. Schubert J, Neves da Silva R. Los modos de trabajo de los agentes comunitarios de salud: entre el discurso institucional y el cotidiano de la vulnerabilidad. *MedPal.* 2011;3:45-52.
14. Nigenda-López G, Juárez-Ramírez C, Ruiz-Larios JA, Herrera CM. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Rev Saude Publica.* 2013;47:44-51, <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100007>.
15. Participación Ciudadana en Atención Primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria. MS Gob. Chile, SubSeria. de Redes Asistenciales Div. Atención Primaria.; 2016. p. 1-15. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2.PARTICIPACION%20CIUDADANA-APS.pdf>.
16. Consejos de Desarrollo Local (CDL). Dirección de Salud Municipal (DISAM) de El Bosque. Disponible en http://www.superweb5.com/saludelbosque.cl/consejo_de_desarrollo_local.php.
17. Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud en los equipos de los CECOSF. Fundación EPES, DIVAP Chile; 2016. p. 1-184. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/01/Manual-Apoyo-incorporacion%20B3n-ACS-en-Cecosf.pdf>.
18. Saldaña J. First cycle coding methods. En: *The Coding Manual for Qualitative Researchers.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2013. p. 58-186.
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77-101, <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
20. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. En: *Quality Research and Evaluation Methods.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2002. p. 541-89.
21. Lincoln YS, Guba EG. Establishing trustworthiness. En: *Naturalistic Inquiry.* Newbury Park, CA: SAGE Publications; 1985. p. 289-331.
22. Pilnick A, Swift JA. Qualitative research in nutrition and dietetics: assessing quality. *J Hum Nutr Diet.* 2010;24:209-14, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01120.x>.
23. Vázquez ML, Ferreira M, Siqueira E, Campos AP, Da Silva 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. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1135-57272002000500018&lng=es>.
24. Arnstein SR. A Ladder Of Citizen Participation. *J Am Plan Assoc.* 1969;35:216-24, <http://dx.doi.org/10.1080/01944366908977225>.
25. Bandesha G, Litva A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. *J Public Health (Oxf).* 2005;27:241-5, <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdi044>.
26. Ruiz-Giménez JL, Domínguez J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Atención Primaria.* 2006;38:421-4, <http://dx.doi.org/10.1157/13094794>.
27. Carrillo Franco J, López L. Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: voces de mujeres. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2014;13:144-57. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rgrps/v13n26/v13n26a11.pdf>.
28. Menéndez EL. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuad Med Soc.* 1998;73:5-22. Disponible en <http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Modelo%20Participativo/Menendez-Participacion-social-en-salud.pdf>.
29. Eibenschutz C. Participación popular en salud. *Rev Cub Salud Pública.* 2019;45:1-7. Disponible en <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1705/1235>.
30. Donoso N. Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud. *Cuad Méd Soc.* 2018;58:47-52.
31. Infante A, De Ferrari I, Berlagosky F. La participación social en dictadura: protagonismo popular. *Cuad Méd Soc.* 2018;58:29-31.