

Reflexiones en torno a las tensiones comunitarias hacia el modelo de atención primaria de salud en la comuna de Buin

Reflections on community tensions towards the primary health care model in the district of Buin

Cristóbal Escobar Romero¹

RESUMEN

Este artículo explica las diversas tensiones hacia el Modelo de Salud Integral surgidas de los diagnósticos comunitarios realizados en los diversos centros de salud de la Atención Primaria en la comuna de Buin. La información fue recolectada por medio de grupos focales realizados a dirigentes, líderes y lideresas sociales vinculados a los nueve centros de salud de la comuna, basándonos en el análisis interpretativo y crítico de los resultados revelados en las instancias diagnósticas, se concluyó que el principal desafío del modelo de Atención Primaria de Salud en Buin es ampliar el actual marco epistemológico y orientarlo hacia otros enfoques que ayuden a comprender de mejor forma el desarrollo comunitario y pertinencia de los diversos territorios de la comuna, desafiando al actual modelo, obligándolo a ampliar sus horizontes de entendimiento, y por lo tanto, a la reformulación de los actuales límites del quehacer de la política y la planificación local en salud.

Palabras clave: Relaciones Comunidad-Institución, Planificación Participativa, Participación Social, Teoría Crítica, Política de Salud, Cambio Organizacional.

ABSTRACT

This article explains the different tensions towards the Integral Health Model arising from the community diagnoses carried out in the different Primary Health Care health centers in the district of Buin. The information was collected through focus groups with leaders, social leaders linked to the nine health centers of the district, based on the interpretative and critical analysis of the results revealed in the diagnostic instances, it was concluded that the main challenge of the Primary Health Care model in Buin is to broaden the current epistemological framework and orient it towards other approaches that help to better understand the community development and relevance of the diverse territories of the district, challenging the current model, forcing it to broaden its horizons of understanding, and therefore, to reformulate the current limits of what to do in local health policy and planning.

Keywords: Community-Institution, Participatory Planning, Social Participation, Critical Theory, Health Policy, Organizational Change.

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un resumen de los principales hallazgos y problemáticas del proceso de diagnósticos participativos realizados durante el primer semestre del 2024 en las nueve localidades vinculadas

¹ Trabajador Social, Gestor Comunitario, APS Buin. Magíster en Estudios Culturales. Correspondencia a: cristobal.trabajador-social@gmail.com.

a los Centros de Salud de Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Buin.

La voz de las comunidades desgarró las temáticas prediseñadas y rebasó los márgenes del diseño metodológico inicial, logrando recolectar información valiosa que pone varios desafíos a los principios del Modelo de Atención Integral en Salud utilizado en la APS.

MATERIAL Y MÉTODO

El diagnóstico participativo resultó de la realización de nueve grupos focales, uno por cada Centro de Salud perteneciente a la comuna de Buin², se realizaron preguntas abiertas para crear la lógica de grupos de discusión, las que pretendían abordar las siguientes temáticas definidas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur: a) enfoque de la participación social y, b) buen trato y estrategias de satisfacción usuaria. Esto fue aplicado a dirigentes, líderes y lideresas sociales que han mantenido un trabajo con los equipos de participación y promoción de la Salud de los Centros de Salud

De este proceso participativo surgió bastante información relevante, la cual muchas veces superó los límites de las áreas predefinidas del diagnóstico, logrando profundizar en un imaginario colectivo y en un diagnóstico social territorial, alejado del marco puramente sanitario.

En este contexto, pudimos agrupar todos los elementos y datos diagnósticos en cuatro grandes nudos críticos, los cuales afectan a la cotidianidad de las comunidades y los diversos actores que allí habitan, obligando por tanto a los equipos de salud a mirar el horizonte sociocultural de sus territorios.

Estos nudos críticos son los siguientes:

I. INEQUIDAD RURAL

La inequidad rural es un determinante social que agrupa muchas de las problemáticas emanadas en los diagnósticos participativos en los sectores campesinos de nuestra comuna, en los cuales se constató que existe una serie de desigualdades en comparación con los sectores urbanos, relacionadas a diferencias respecto a la accesibilidad, oportunidades y servicios básicos, esto es un problema que ha sido sostenido por largo tiempo y no ha tenido una respuesta satisfactoria desde la política pública, lo

cual provoca una profunda sensación de abandono en las comunidades rurales de nuestra comuna.

En términos concretos, la voz colectiva de las comunidades identificó brechas en torno a las siguientes áreas:

Acceso a servicios básicos: se refiere a lo escaso y costoso del transporte público, la insuficiencia de cobertura de la red de urgencias, falta de talleres deportivos y culturales, capacitaciones, nulas actividades de esparcimiento, lejanía a centros de distribución de alimentos más económicos, entre otros.

Oportunidades económicas: esto apunta que las personas que viven en estos sectores rurales, tienen trabajos principalmente ligados al rubro de la agricultura, los cuales se caracterizan por sueldos bajos y altos niveles de precarización laboral.

Infraestructura: se refiere a problemas relacionados a la necesidad de más espacio físico en los Centros de Salud para aumentar la dotación y prestaciones médicas, además de la falta de espacios comunitarios adaptados para el deporte, actividad física y el esparcimiento de las personas.

Uso digital: este aspecto está directamente relacionado a la alta población de adultos mayores en las zonas rurales, y las altas tasas de analfabetismo y baja escolaridad, lo cual contribuye de manera directa al poco manejo y acercamiento de dispositivos digitales, y por lo tanto, al esquivo acceso a la información digital.

Discusión sobre la inequidad rural

Afrontar la inequidad rural en todas sus dimensiones, requiere de la elaboración de estrategias y políticas que busquen equilibrar estas disparidades, lo cual exige la articulación de diversos actores sociales, desde el gobierno local hasta las diversas instituciones que trabajan en el territorio, pero ¿Qué rol tienen los equipos de salud en esta problemática? ¿Cómo podemos contribuir a resolver esta desigualdad en los sectores rurales? ¿Tenemos la capacidad y voluntad de trabajar este determinante social? ¿Sabemos cómo hacerlo?

Si bien no existen recetas para afrontar este desafío, se puede ir probando distintas estrategias y acciones para ir encarando esta problemática, donde la participación sustantiva de las comunidades es clave, el trabajo colaborativo con los equipos de salud y las diversas instituciones también, así como gestionar las voluntades políticas necesarias para impulsar estrategias territoriales que den respuestas a este fenómeno desde el

2 Los Centros de Salud son: PSR Valdivia de Paine; PSR Viluco; CESFAM Maipo; CESFAM Héctor García, CECOSF Héctor García; PSR El Recurso; PSR Los Morros; CESFAM Alto Jahuel y CECOSF Linderos.

plano del desarrollo urbanístico y ampliación de redes asistenciales.

Lo interesante de todo esto, es comprender la importancia y la responsabilidad de ser la única institución de servicio público en los sectores rurales, conociendo la historia de las localidades, sus problemáticas y necesidades más profundas. Esto es clave para entender que el desafío que pone la inequidad rural en la comuna de Buin, es que obliga a profundizar en el fin de la Atención Primaria como artífice del bienestar integral de la población, empujando al Modelo a pensar las estrategias no desde el apuro de las metas vinculadas a lo meramente sanitario, desdibujando sus límites y obligando a ampliar su campo de acción, colocando el énfasis en el sentido social de la medicina y el bienestar de los territorios, y mirando de frente los aspectos estructurales que determinan la vida de las personas que se vinculan con nuestros Centros.

Acaso sería descabellado pensar que en los sectores rurales, donde la Atención Primaria muchas veces es el único bastión de la institucionalidad pública, incorpore en su planificación arquitectónica un espacio para el desarrollo comunitario, implementación de talleres y actividades recreativas, impulso del arte, reuniones comunitarias, entre otros. Será acaso que el Modelo de Atención Integral en Salud debe ir ajustándose a las realidades locales con el fin de ir dando respuesta a las necesidades y problemáticas de las personas que habitan en estos territorios, y no quedarse en la implementación homogénea de un modelo de trabajo sin eco comunitario.

II. BARRERAS EN LA INFORMACIÓN

Los problemas en la bajada de información desde los equipos de salud hacia las personas que se vinculan a nuestros Centros de Salud, es otro de los nudos críticos que surgió en los diagnósticos participativos.

Estas barreras en la información limitan el acceso y la comprensión del contenido que se quiere dar a conocer, y afectan tanto a nivel individual como colectivo. Para el caso de nuestra comuna, se identificaron los siguientes tipos:

Barrera física: esto incluye los problemas de conexión a internet y cobertura telefónica, además del acceso limitado a computadoras y dispositivos móviles que garanticen el acceso a la información.

Barreras lingüísticas: esto ocurre en el caso de población que no habla español, por ejemplo

las personas haitianas de nuestra comuna, quienes no pueden acceder a la información por la falta de traducción o interpretación adecuada.

Barreras educativas: esto es debido a la significativa presencia de personas analfabetas y con problemas de lectura, escritura y uso de tecnología, lo cual dificulta el acceso de la información de manera efectiva.

Barreras culturales y sociales: esto se da en ciertos grupos humanos diversos socioculturalmente, y se evidencia con los procesos migratorios de grupos de personas donde en sus lugares de origen no existe una red primaria de atención en salud con las mismas características y exigencias que en nuestro país.

Acceso desigual a recursos y oportunidades: las desigualdades sociales, económicas y geográficas de un territorio, prolongan y perpetúan las diferencias en el acceso a la información, acentuándose este fenómeno en personas que sufren altos niveles de vulnerabilidad social.

Desinformación: esto ocurre debido a la existencia de un sesgo en la información sobre la importancia y efectividad de las Solicitudes Ciudadanas puntualmente, lo cual provoca que no se utilice esta herramienta de participación social tan importante para el modelo de Atención Primaria.

Discusión sobre las barreras de la información

Superar estas barreras requieren estrategias tanto a nivel individual, comunitario e institucional. Hay aspectos difíciles de abordar ya que incluyen voluntades de la esfera privada e involucran la calidad de los servicios entregados, otras que podemos ir solucionando de manera interna, y otras que empujan al modelo a cuestionarse sobre los límites de nuestro quehacer cotidiano, ¿seríamos capaces de impulsar iniciativas que busquen el bienestar social integral y no tan solo de producción de actividades sanitarias, especialmente curativas?, ¿podríamos promover la alfabetización en lecto-escritura y también digital por medio de la implementación de talleres en las comunidades rurales?

III. PARTICIPACIÓN SUSTANTIVA

Otro nudo detectado en los diagnósticos participativos en las diversas localidades de nuestra comuna, apunta a la crítica del modelo actual de participación social que promocionan la mayoría de instituciones de nuestro país, la denominada

participación funcional o instrumentalista, la cual se caracteriza por ser pasiva, consultiva y no resolutive, ni mucho menos vinculante a la hora de tomar decisiones sobre la gestión institucional.

Sobre esto Diego Palma menciona: “la participación se considera como un rasgo, técnicamente necesario a las nuevas políticas sociales, que, a diferencia de las que fueron propias del Estado interventor, han aprendido a respetar y a perseguir metas de eficiencia, de eficacia y auto sustentabilidad... En Chile, esta participación “funcional y subordinada” es la que se estudió y propuso desde los Organismos de Naciones Unidas durante los años 80 por intelectuales, varios de los cuales luego, con el advenimiento de la democracia, pasaron a desempeñarse en el Gobierno, por lo que no resulta extraño que ésta sea la concepción que permea buena parte del discurso y de la política oficial” (Palma, 1998, p. 16-17).

Si bien las comunidades agradecen el tránsito que llevamos impulsando desde el 2023 en los territorios, donde el trabajo colaborativo y democrático ha sido el pilar de nuestro accionar participativo, las personas perciben una deuda institucional a la hora de conocer y transparentar los avances y resultados concretos sobre asuntos valiosos como la infraestructura crítica en algunas localidades, la falta de dotación de personal médico, seguimiento de los proyectos de CESFAM comprometidos por las autoridades locales, entre otros aspectos relevantes en la gestión en salud en nuestra comuna.

Por todo esto, la comunidad percibe que su participación no es significativa, en el sentido de ser parte de un proceso definitorio, donde toman responsabilidades y son colaboradores activos en la toma de decisiones e implementación de aspectos sanitarios que impactan directamente en la calidad de vida y bienestar de las familias y comunidades de sus territorios.

Discusión sobre la participación sustantiva

Esto presenta un desafío enorme para los equipos de salud, la entrega del poder y la confianza en el conocimiento comunitario nunca ha sido un aspecto relevante, tanto para la institución de salud, como para la academia que prepara a los profesionales, alcanzar niveles tanto de comprensión de la importancia de este aspecto, como también de la búsqueda e implementación de estas dinámicas, es una deuda que debemos tomar como líderes de la política sanitaria en nuestra comuna.

Acá la apuesta de los equipos de salud sería poder generar instancias participativas de mayor carácter sustantivo, las cuales permitan a los

grupos vinculados con nuestros Centros de Salud, la posibilidad de aportar con ideas, tomar responsabilidades y trabajar activamente para lograr los objetivos comunes.

La democratización de los espacios institucionales ligados a la toma de decisiones siempre ha sido conflictiva para los equipos de profesionales en salud, debido a la arraigada cultura académica del saber/poder ejercido de forma vertical, donde el experto es quien decide lo mejor para el paciente, aspecto que actualmente está en cuestionamiento con estrategias que vienen cambiar este enfoque como es la ECICEP o el modelo de participación más inclusiva y democrática para el trabajo con comunidades.

Sobre esto último, las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2025, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, expone lo siguiente: “En cuanto al sector salud, la “Norma General de Participación Social en la Gestión Pública de Salud” del año 2024, aún vigente, entiende la participación social como un proceso de cooperación entre el Estado y las personas, que incluye y es más amplio que la participación ciudadana, correspondiente a la capacidad de la sociedad civil en su conjunto organizada o no organizada, incidir en las decisiones respecto de la salud, con relación al diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de los recursos públicos” (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2025, p. 22).

IV. HEGEMONÍA DEL ENFOQUE BIOMÉDICO

Otro nudo crítico detectado en los diagnósticos participativos realizados en las diversas localidades de nuestra comuna, tiene que ver con el predominio de la mirada biomédica en comparación con otros enfoques como el biopsicosocial o salutogénico.

Se constató en los diversos relatos colectivos que el enfoque biomédico ejerce una influencia poderosa en las formas de comprensión de las comunidades a la hora de reflexionar y abordar los problemas relacionados con la salud y la enfermedad.

Todo esto se traduce en ciertos énfasis o áreas discursivas reiterativas en los relatos surgidos en los diagnósticos, los cuales son:

El Reduccionismo y Biologicismo: un elemento propio del enfoque biomédico es que tiende a reducir los problemas de salud a causas

meramente biológicas y fisiológicas, enfocándose principalmente en lo que produce muerte y malestar, aspecto que se evidencia en la voz colectiva de las comunidades, costándole construir propuestas o incluso hacer una reflexión más integral de los problemas de salud.

El Énfasis en la Curación y Tratamiento: uno de los aspectos en los que se refleja la hegemonía del enfoque biomédico es la prioridad que se le da al tratamiento y la curación de enfermedades mediante intervenciones y procedimientos propiamente médicos con fines farmacológicos, en desmedro de otras miradas preventivas y promocionales, elemento característico de la voz de las comunidades a la hora de pensar en propuestas entorno a lo salutogénico o las estrategias de activos comunitarios.

Discusión sobre la hegemonía del enfoque biomédico

En nuestra comuna, si bien hay varios indicios y muestras de la existencia de un tránsito en la percepción comunitaria entorno a la salud de las personas, el enfoque biomédico sigue siendo el hegemónico, lo cual sostiene y reproduce una contradicción epistemológica: si bien, por un lado, el modelo y las estrategias actuales de Atención Primaria fomentan la comprensión de la enfermedad y el tratamiento dentro de un marco epistemológico más integral, por el otro, los residuos culturales que dejan largos años del enfoque biomédico en los Centros de Salud primaria, cuajaron los cimientos de la hegemonía biomédica en nuestras comunidades, generando trabas a la hora de consensuar criterios o impulsar procesos más integrales entorno a la salud de las personas.

Es importante mencionar que el enfoque biomédico ha contribuido enormemente en los avances en el tratamiento de enfermedades y la prolongación de la vida de las personas, sin embargo, la discusión acá es entorno a su hegemonía, la cual ha limitado y subordinado otras miradas que nutren el marco epistemológico el que finalmente determina nuestros quehaceres en salud.

Avanzar hacia procesos reflexivos en torno a estos principios comprensivos y de entendimiento en torno a la salud en nuestras comunidades y equipos de salud, nos permitirá ir avanzando

hacia la consolidación de una misma narrativa en torno a estos problemas epistemológicos, que como anteriormente dijimos, son fundamentales a la hora de cuestionar nuestro accionar en los territorios.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Podemos concluir que la mirada colectiva de las comunidades que se vinculan con nuestros centros de salud está empujando al enfoque de la APS a cambiar, obligando al tránsito desde una mirada de servicio básico, modelo familiar y comunitario, primera atención, o puerta de entrada al sistema de salud, hacia una mirada más integral que aborde los determinantes de la salud de los diversos territorios donde la APS se inserta en la comuna de Buin.

Esta necesidad de cambio, de ampliar los horizontes de comprensión y quehacer, tiene que ver con incluir el enfoque de la equidad en salud, haciéndose cargo del abordaje estratégico de los determinantes sociales en las diversas localidades donde se inserta la APS en Buin.

Todo esto es un desafío para la cultura organizacional arraigada, lograr dar cabida de manera efectiva a esta mirada en el mundo de la salud desde un enfoque colectivo de la salud, la vida, y el bienestar general de las personas, con un horizonte epistemológico entorno a la equidad y el abordaje real de los determinantes sociales como logro y principio del modelo, debería ser parte de un cambio institucional que la voz colectiva de nuestras comunidades evidencia y tensiona, poniendo en discusión la reformulación del quehacer y las estrategias del actual modelo en la comuna de Buin.

REFERENCIAS

- Palma D. (1998). La participación y la construcción de ciudadanía, Departamento de Investigación, Universidad de Arte y Ciencias Sociales, Santiago de Chile.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud (2025). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2024. En: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/OT-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-2025-.pdf>