

La Atención Primaria de Salud en Chile: una relectura desde la porosidad de los cuerpos vivos

Primary Health Care in Chile: a reinterpretation from the porosity of living bodies

Reinaldo Bustos Domínguez¹

RESUMEN

Este artículo analiza crítica y constructivamente los principales enfoques contemporáneos sobre la Atención Primaria de Salud Universal (APS-U) en Chile, a partir de una revisión de las contribuciones publicadas en el volumen 65(1) de Cuadernos Médico Sociales. Se identifican puntos de convergencia y tensiones entre visiones institucionalistas, críticas estructurales y perspectivas clínicas-operativas. Frente a estos enfoques, ofrecemos la propuesta del “cuerpo poroso” publicada en el mismo volumen de la Revista como una alternativa ontológica, epistemológica y política que redefine la APS como práctica relacional, territorial y democratizadora del cuidado. La categoría de porosidad permite superar las limitaciones del modelo biomédico tradicional, cuestionar la verticalidad institucional y promover una ecología del cuidado basada en la interdependencia y la justicia encarnada. El artículo propone que una APS orientada por esta perspectiva puede responder de manera más integral, participativa y equitativa a los desafíos actuales del sistema de salud chileno.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, APS Universal, cuerpo poroso, justicia sanitaria, cuidado relacional, salud pública crítica, participación comunitaria, epistemología situada, sistema de salud en Chile, ética del cuidado.

ABSTRACT

This article offers a critical and constructive analysis of the main contemporary approaches to Universal Primary Health Care (U-PHC) in Chile, based on a review of contributions published in volume 65(1) of Cuadernos Médico Sociales. It identifies points of convergence and tension among institutionalist perspectives, structural critiques, and clinical-operational approaches. In response to these frameworks, we present the “porous body” proposal—also published in the same volume—as an ontological, epistemological, and political alternative that redefines PHC as a relational, territorial, and democratizing practice of care. The concept of porosity enables a transcendence of the traditional biomedical model, challenges institutional verticality, and promotes a care ecology grounded in interdependence and embodied justice. The article argues that a PHC model informed by this perspective is better equipped to address current challenges in Chile’s health system in a more holistic, participatory, and equitable manner.

Keywords: Primary Health Care, Universal PHC, porous body, health justice, relational care, critical public health, community participation, situated epistemology, Chilean health system, ethics of care.

Recibido el 13 de mayo de 2025. Aceptado el 02 de septiembre de 2025.

¹ Psiquiatra. Magister en Sociología, U.C. de Chile. Doctor en Salud Pública y Bioética, U.C. Lovaina. Santiago. 15 de agosto de 2025. Correspondencia a: reinaldo2105@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido reiteradamente valorada desde la Declaración de Alma-Ata (1978), como el componente estructural más estratégico de los sistemas de salud orientados al bienestar general. En efecto, su carácter integral, comunitario e intersectorial ha sido validado como un nivel asistencial y también como estrategia política de reorganización del cuidado en torno a principios de equidad, universalidad y justicia social (WHO & UNICEF, 2018; Giovanella et al., 2020). En la actualidad, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han reafirmado el papel central de la APS en la consecución de la salud universal, destacando su potencial para abordar las desigualdades estructurales en salud, especialmente en América Latina (OPS, 2024).

En Chile, la historia de la APS se inscribe en un contexto marcado por la dualidad del sistema sanitario, donde coexisten un sector público sub-financiado y un sector privado segmentado por capacidad de pago (Mendoza et al., 2017). A partir del año 2023, con la implementación del plan de Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS-U), se buscó transformar la APS en el primer punto de contacto efectivo para toda la población, independientemente de su previsión. Esta iniciativa ha sido promovida como una política pública orientada a garantizar el acceso equitativo a servicios básicos de salud, lo que representa un avance normativo significativo en un país históricamente tensionado entre la cobertura formal y las brechas de acceso real (Ministerio de Salud, 2023).

Sin embargo, esta reconfiguración ha dado lugar a un conjunto de debates sustantivos que trascienden lo técnico y abordan cuestiones fundamentales sobre la naturaleza misma de la APS, sus fines ético-políticos y los modos más adecuados de organizarla. Diversas voces han emergido al interior del campo académico, institucional y profesional para discutir si esta universalización constituye una consolidación de derechos (Artaza & Rubio, 2025) o, por el contrario, una operación de racionalización tecnocrática de servicios mínimos (Bass del Campo, 2025). Estas posturas reflejan no solo divergencias programáticas, sino también marcos epistemológicos y ontológicos distintos respecto al cuerpo, el cuidado y el rol del Estado.

En ese marco de tensiones, este artículo propone examinar las principales propuestas contemporáneas sobre la APS-U en Chile, contrastándolas

con la idea de porosidad de los cuerpos vivos. La noción del cuerpo poroso, desarrollada en la edición 65(1) de Cuadernos Médico Sociales, ofrece una lectura alternativa de la APS no solo como política pública, sino como forma de vida compartida, como práctica de sostenimiento ético y como infraestructura relacional para la producción de salud. Frente a las versiones institucionalistas que privilegian la expansión normativa del derecho, y a las críticas estructuralistas que denuncian su captura neoliberal, nuestra propuesta constituye un viraje ontológico y epistémico que permite repensar radicalmente qué es la APS, cuáles deben ser sus fines y cómo debería organizarse para sostener la vida de manera justa, situada y encarnada.

En esta perspectiva, la APS deja de ser un “nivel de atención” para devenir en una ecología política del cuidado. Este enfoque no niega la importancia de la cobertura y la eficiencia (todos los usuarios del sistema, antes pacientes, no sólo buscan reducir la incertidumbre frente a la enfermedad o el sufrimiento, sino que además esperan una atención técnica-profesional de alguien que sepa-hacer al tiempo que lo haga bien), pero exige inscribirlas en una matriz relacional más amplia, donde el cuerpo no es entendido como entidad biomédica aislada, sino como nodo de afectaciones, historia y territorio (Butler, 2004; Puig de la Bellacasa, 2017). Por ello, el análisis que aquí se desarrolla no es meramente programático, sino teórico-político: busca mostrar que, sin una redefinición profunda de la APS, su universalización corre el riesgo de reproducir las mismas lógicas de exclusión que pretende superar.

1. La Atención Primaria de Salud en Chile: Avances y Desafíos

A más de cuatro décadas desde la instauración del modelo de Atención Primaria de Salud (APS) como eje estratégico de los sistemas sanitarios por medio de la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), la experiencia chilena de reforma sanitaria ha transitado por múltiples fases de institucionalización, resistencias e innovaciones. En el contexto actual, la política de universalización de la APS en Chile —iniciada en 2023 y ampliada progresivamente a diversas comunas— representa un punto de quiebre relevante, pero también un terreno fértil para el debate sobre su orientación, eficacia y capacidad transformadora.

Desde una perspectiva institucionalista, Artaza y Rubio (2025) celebran la consolidación de la APS Universal (APS-U) como política de Estado, enfatizando que se trata de un paso decisivo en la

construcción de un sistema de salud público, solidario y equitativo. Para estos autores, la expansión normativa de la cobertura —particularmente hacia población previamente excluida por barreras previsionales o administrativas— constituye un avance en la dirección correcta, siempre que esté respaldada por marcos jurídicos estables y mecanismos de financiamiento solidario. Esta postura está en sintonía con enfoques internacionales que defienden la centralidad del Estado en la garantía de derechos sociales y en la reducción de inequidades mediante políticas de salud universal (Giovannella et al., 2020; Almeida et al., 2018).

Sin embargo, esta lectura ha sido objeto de interpelaciones críticas. Bass del Campo (2025), en un enfoque más estructuralista, advierte que la implementación actual de la APS-U corre el riesgo de consolidar lo que se puede denominar una “universalidad de mínimos”, es decir, una ampliación formal del acceso que no implica una transformación sustantiva de las condiciones estructurales que producen desigualdades en salud. El autor denuncia que, en ausencia de reformas en el modelo de financiamiento, en la distribución del poder sanitario y en la lógica tecnocrática de gobernanza, la APS-U puede convertirse en un instrumento de gestión de la pobreza más que en una política de justicia sanitaria. Esta crítica entronca con la literatura sobre “desigualdades evitables” y “ley del cuidado inverso” (Tudor Hart, 1971; Schrecker & Bambra, 2015), que cuestiona las políticas públicas que no redistribuyen poder ni recursos reales.

Una perspectiva intermedia es propuesta por Ingrid Kremser (2025), quien, desde su experiencia clínica y organizacional, identifica tanto potencialidades como límites en el proceso de universalización. Reconoce que la APS-U ha ampliado la población cubierta, pero subraya que el cambio de escala no ha ido acompañado por un fortalecimiento suficiente de las capacidades institucionales, los equipos multidisciplinarios ni de una genuina participación comunitaria. Para Kremser, la calidad de la atención primaria no puede medirse solo por la cobertura, sino por su capacidad resolutoria, su adecuación territorial y su sensibilidad cultural. En este sentido, alerta sobre la fragmentación entre los discursos de participación y las prácticas reales, que tienden a reducir lo comunitario a mecanismos consultivos sin incidencia en la toma de decisiones (Cornwall, 2008; Hernández et al., 2021).

El problema del financiamiento emerge como un factor transversal que condiciona las

posibilidades de implementación efectiva de la APS-U. En un análisis histórico y cuantitativo, Lagos (2025) demuestra que, durante los últimos 35 años de gobiernos democráticos, la inversión pública en APS ha sido sistemáticamente insuficiente, manteniéndose por debajo de los estándares recomendados internacionalmente. Este subfinanciamiento estructural no solo ha limitado la expansión de la red, sino también la calidad del empleo en el sector y la continuidad de las políticas públicas en salud. Lagos plantea que, sin una voluntad redistributiva explícita —que implique, entre otras medidas, revisar los esquemas de asignación per cápita y regular la participación del sector privado—, la APS chilena permanecerá atrapada en una lógica de bajo rendimiento y expectativas desbordadas.

En contraste con estas críticas estructurales, A. Infante (2025) propone una lectura esperanzadora del momento actual, señalando la emergencia de “brotes verdes” en la atención primaria. Desde su experiencia en gestión territorial, identifica innovaciones relevantes como la Estrategia de Control Integral Centrado en la Persona (ECICEP), que obliga a los equipos de salud a desarrollar una práctica proactiva y centrada en trayectorias vitales, más que en programas fragmentados. Asimismo, destaca los avances en la gestión de información para fines sociales, que permiten a los equipos acceder a datos sobre ayudas municipales y condiciones sociales de las familias, promoviendo una atención más integral e intersectorial. Para Infante, estas experiencias indican un cambio de paradigma incipiente, donde la APS se acerca al ideal de una atención relacional, situada y responsable (Macintyre & Ellaway, 2019).

En conjunto, estas visiones revelan un campo de tensión constitutivo del debate sobre la APS-U en Chile: ¿se trata de una política de ampliación del acceso o de transformación del modelo de cuidado? ¿Su éxito debe medirse por la cobertura formal o por la redistribución efectiva de poder, recursos y dignidad? ¿Es suficiente con una expansión administrativa del sistema o se requiere una reestructuración ontológica y epistémica del cuidado?

Desde este diagnóstico plural, es posible sostener que la APS chilena ha avanzado en términos formales, pero enfrenta desafíos estructurales que impiden su consolidación como estrategia de justicia sanitaria. La fragmentación institucional, el centralismo decisional, la escasa participación vinculante y el sesgo biomédico en la definición del cuidado continúan obstaculizando una APS que

sea efectivamente transformadora. Para avanzar, no basta con aumentar la cobertura o mejorar la eficiencia técnica: es necesario repensar radicalmente qué entendemos por salud, por comunidad y por cuidado. En este contexto, nuestra mirada puede ofrecer algunas claves conceptuales y prácticas para una reorganización profunda del sistema, como se discutirá en la siguiente sección.

2. Nuestra propuesta basada en la porosidad de los cuerpos como viraje ontológico y político de la Atención Primaria de Salud

La propuesta articulada en torno al concepto de “cuerpo poroso”, constituye una contribución que pretende innovar en el debate contemporáneo sobre la Atención Primaria de Salud (APS). Su aporte no se limita a una mejora técnico-organizativa del sistema sanitario, sino que implica pensar en una reconfiguración profunda de los supuestos ontológicos, epistémicos y políticos que subyacen a las prácticas de cuidado. En efecto, la idea de porosidad no es solo una metáfora clínica o social, sino una categoría crítica que permite repensar la APS como infraestructura ética para el sostenimiento colectivo de la vida.

2.1. Ontología de la Porosidad: del cuerpo gestionado al cuerpo afectado

En el núcleo de la propuesta se encuentra una crítica al modelo biomédico moderno, el cual ha entendido históricamente el cuerpo como un organismo cerrado, autosuficiente, susceptible de intervención técnica y diagnóstica (Foucault, 1973; Canguilhem, 1991). Esta ontología biomédica, aún dominante en la planificación sanitaria, sustenta una APS centrada en la segmentación de riesgos, la estandarización de intervenciones y la aplicación de protocolos clínicos. Paradójicamente, el producto final de esta visión del quehacer sanitario ha ido revelando mayor gasto en salud sin que los usuarios se sientan mejor atendidos; a pesar del incremento de información científica y apoyo tecnológico, más frustrados y propensos a buscar respuestas en las medicinas paralelas. ¿Por qué se produce esto?

Frente a ello, es necesario ensayar nuevas respuestas: precisamente, el concepto porosidad (cuerpo poroso) es concebido como una entidad relacional, atravesada por lo social, lo histórico y lo territorial, en un intento de abrir otras alternativas para responder a la pregunta por los fines que se persiguen al postular una determinada institucionalización de cuidados sanitarios. La porosidad, en este sentido remite a la vulnerabilidad constitutiva del cuerpo, no como debilidad, no

como un cuerpo a gestionar, sino como condición de posibilidad del cuidado, del encuentro y de la co-existencia. Siguiendo a autores como Judith Butler (2004) y Jean-Luc Nancy (2008), argumentamos que el cuerpo no se posee, sino que se habita en vínculo: es exposición, memoria, territorio y política encarnada. Así, la salud no puede ser entendida únicamente como homeostasis fisiológica, sino como la capacidad situada de sostener la vida en condiciones de interdependencia.

Esta reformulación ontológica del cuerpo tiene en nuestra perspectiva profundas implicancias para la APS: obliga a diseñar sistemas de atención que reconozcan y sostengan la pluralidad de experiencias corporales, afectivas y culturales, abandonando la lógica de la normalización clínica y avanzando hacia un cuidado situado, ético y dialógico (Mol, 2008; Puig de la Bellacasa, 2017).

2.2. Epistemología situada del cuidado: saberes encarnados y justicia cognitiva

La porosidad también opera como una crítica epistemológica al monopolio del saber experto en salud. Tanto en los modelos institucionalistas como en los enfoques tecnocráticos, el conocimiento válido es aquel producido en condiciones de laboratorio, cuantificable, replicable y estandarizado (Harding, 1991; Santos, 2009). Esta “epistemología del norte global”, como la denomina Boaventura de Sousa Santos, ha subordinado o invisibilizado otros saberes del cuidado: los comunitarios, los afectivos, los ancestrales, los cotidianos. Frente a esto se propone una epistemología porosa, donde los cuerpos son no solo receptores de atención, sino sujetos de conocimiento. En esta lógica, la APS no puede limitarse a “educar” a las comunidades según estándares biomédicos, sino que debe co-producir con ellas los saberes necesarios para sostener la salud como práctica colectiva. Este enfoque concuerda con propuestas como la de Puig de la Bellacasa (2017), quien sugiere que “cuidar es también una forma de conocer”, y con la tradición de la investigación acción participativa en salud (Israel et al., 2010).

En términos prácticos, esto implica reconocer institucionalmente a agentes comunitarios —promotoras, sanadoras, cuidadoras territoriales— no como auxiliares, sino como actores epistémicos capaces de orientar el diagnóstico, el tratamiento y la evaluación del cuidado. También requiere validar indicadores alternativos, que midan no solo resultados clínicos, sino la dignidad del trato, la continuidad del vínculo terapéutico, y el respeto por los modos de vida locales.

2.3. Política del cuidado: redistribuir poder, no solo ampliar cobertura

La tercera dimensión de la propuesta es política: repensar la APS desde la porosidad implica disputar la arquitectura del poder sanitario. Mientras las reformas recientes han enfatizado la cobertura formal y la eficiencia administrativa, planteamos que sin redistribución del poder — territorial, epistémico y afectivo— la universalización corre el riesgo de volverse un instrumento de control poblacional antes que una política de emancipación (Bass del Campo, 2025; Fraser, 2014).

En este sentido, se propone sustituir la participación consultiva por mecanismos vinculantes de co-decisión comunitaria, como los consejos de salud con atribuciones reales en planificación y evaluación. También se sugiere redistribuir recursos según criterios de exposición estructural (género, clase, raza, edad, ruralidad) y no solo según el número de atenciones o la demanda agregada. Esta orientación concuerda con el principio de “proporcionalidad justa” de M. Whitehead (1991) y con las propuestas de presupuestos participativos en salud desarrollados, por ejemplo, en Brasil (Avritzer, 2009).

La APS, en este modelo, deja de ser una “puerta de entrada” al sistema para convertirse en un nodo político donde se negocian formas de vida, se disputan sentidos del cuidado, y se encarna —o se niega— la justicia.

2.4. Alineamientos internacionales y validación empírica

Aunque desarrollada en una perspectiva crítica y desde el sur global, la propuesta no es ajena a los marcos normativos internacionales sobre APS. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024) ha reconocido que la APS efectiva requiere no solo servicios básicos, sino una transformación de las formas de organización del cuidado que incluya la participación efectiva de las comunidades, la sensibilidad territorial y la integración de determinantes sociales. Además, la evidencia empírica respalda la tesis de que modelos de APS basados en continuidad, relacionalidad y participación activa reducen las hospitalizaciones evitables, mejoran la calidad de vida y aumentan la satisfacción de los usuarios (Barker et al., 2017; Starfield et al., 2005). Estas experiencias sugieren que una APS “porosa”, entendida como relacional, encarnada y situada, no solo es deseable desde el punto de vista ético, sino eficaz desde el punto de vista clínico y económico.

En suma, la propuesta basada en la noción de porosidad de los cuerpos tal como la desarrollamos aquí condensadamente, no es una reformulación discursiva de la APS, sino un llamado a desarmar sus fundamentos actuales para construir una alternativa relacional, plural y democrática. Implica una ontología que reconozca cuerpos atravesados por vínculos; una epistemología que legitime saberes encarnados; y una política que redistribuya poder desde abajo. Esta propuesta constituye, por tanto, no solo una crítica al modelo biomédico y centralista, sino una hoja de ruta para transformar la APS en una infraestructura ética de sostenimiento común. En un contexto como el chileno, donde las reformas suelen oscilar entre el incrementalismo técnico y la retórica participativa vaciada de contenido, la porosidad se erige como horizonte y metodología para repensar radicalmente el cuidado en clave democrática y emancipadora (Bustos, 2025b).

2.5. Como ejemplos de una clínica cotidiana desde el cuerpo poroso, ofrecemos una breve visión de cómo sería en la práctica la interpretación y manejo de 3 condiciones médicas frecuentes: hipertensión, diabetes y depresión

2.5.1. Hipertensión arterial esencial: cuerpo bajo presión estructural

En la clínica convencional, la hipertensión es tratada como una alteración silenciosa de la homeostasis hemodinámica, cuyo manejo se centra en el monitoreo de cifras tensionales, la prescripción farmacológica (principalmente IECA o ARA II) y la promoción de cambios en el estilo de vida, como dieta baja en sodio y ejercicio regular. Esta visión, centrada en la responsabilidad individual y la adherencia terapéutica, ignora las determinaciones sociales que configuran las condiciones de vida de los pacientes.

Desde el cuerpo poroso, la hipertensión aparece como una manifestación corporal de presiones sociales crónicas: sobrecarga laboral, inseguridad económica, racismo ambiental, trabajo doméstico no remunerado, y violencia de género (Wilkinson & Pickett, 2010). Es el cuerpo que internaliza tensiones sociales no resueltas, lo que convierte al aumento de la presión arterial no solo en un marcador fisiológico, sino en un síntoma político de la desigualdad estructural.

Por ello, sugerimos que una clínica basada en la noción de “porosidad” debe incluir espacios relacionales en la consulta, donde el síntoma no sea solo cuantificado, sino narrado, interpretado

y sostenido. Esto implica incorporar el tiempo subjetivo y la escucha clínica como dimensiones centrales, así como articular el tratamiento médico con estrategias comunitarias de descompresión social: círculos de cuidado, redes de apoyo mutuo, espacios de reposo colectivo, o acciones sobre los determinantes laborales y urbanos de la salud.

2.5.2. Diabetes tipo 2: cuerpos alimentados por la desigualdad

La diabetes tipo 2 es generalmente abordada desde un enfoque centrado en la disfunción metabólica del páncreas, con énfasis en la glicemia de ayuno, la HbA1c, y la adherencia a regímenes alimentarios estrictos. Esta mirada, aunque clínicamente útil, tiende a culpabilizar al paciente por “malos hábitos”, invisibilizando que la alimentación es una práctica cultural, económica, emocional y política profundamente condicionada por la estructura social. (Bustos, et al. 2022)

Desde la porosidad, esta condición se resignifica como una enfermedad de la injusticia alimentaria, donde el cuerpo no elige libremente qué comer, sino que es alimentado por mercados concentrados, tiempos precarizados y territorios sin acceso a alimentos frescos y saludables (FAO, 2020; Poppendieck, 1999). Además, la comida no es solo nutrición: es afecto, memoria, supervivencia, y forma de sostener comunidad. La disrupción de estos vínculos también enferma.

Proponemos que el cuidado de la diabetes debe pasar de la prescripción dietética a una pedagogía alimentaria situada, que considere el cuerpo como espacio de relaciones, saberes populares y experiencias afectivas. Esto implica repensar la clínica como espacio para reparar vínculos alimentarios rotos: recuperar cocinas comunitarias, comedores autogestionados, ferias barriales, y otros dispositivos donde comer bien no sea un privilegio, sino un derecho común y compartido.

2.5.3. Depresión: cuerpos desvinculados en una sociedad precarizada

La depresión, frecuentemente abordada desde el modelo psicopatológico dominante, es tratada como una alteración afectiva individual, explicada en términos neuroquímicos (déficit de serotonina) y abordada mediante psicofármacos y psicoterapia breve. Esta perspectiva reduce el sufrimiento psíquico a un trastorno intrapsíquico, separándolo de su contexto social y político (Rose, 2006).

Desde la mirada del cuerpo poroso, la depresión no es un “trastorno del ánimo”, sino una forma de duelo social no reconocido: pérdida de

vínculos, disolución del tejido comunitario, exclusión económica, violencia acumulada, aislamiento emocional. Es el cuerpo desvinculado, que no puede sostenerse porque ha sido desanclado de su mundo. Como señalamos (Bustos, 2025a), es el cuerpo que ya no encuentra lugar donde ser sostenido ni desde dónde significarse.

Una clínica porosa de la depresión implica reconstituir el tejido relacional como dimensión terapéutica. Esto no excluye el uso de medicamentos o psicoterapia, pero los subordina a un proyecto mayor: recrear espacios de conversación colectiva, narración compartida, arte comunitario, y prácticas de cuidado mutuo, especialmente en poblaciones precarizadas. Tal como sugiere Esteban (2014), el sufrimiento afectivo debe ser abordado no como patología individual, sino como efecto relacional de estructuras deshumanizantes.

Concluyendo, una clínica desde el cuerpo poroso no es una alternativa técnica al modelo biomédico, sino una transformación ontológica del acto clínico en sí mismo. Implica reubicar el síntoma dentro de su red de significados, cuerpos y contextos; valorar los saberes situados como parte del proceso terapéutico; y construir estrategias de cuidado que sean territorializadas, colectivas y sostenibles. Lejos de oponer lo clínico a lo social, esta mirada los entrelaza para fundar una APS verdaderamente relacional, crítica y reparadora.

2.6. Convergencias teóricas y genealogías críticas del cuerpo poroso

La noción de cuerpo poroso constituye, sin duda, una elaboración original dentro del campo contemporáneo de la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo, su formulación no surge en el vacío, ni pretende erigirse como paradigma autosuficiente y cerrado. Por el contrario, se alimenta de una red epistémica más amplia y compleja, conformada por tradiciones críticas que, desde diversos lugares y dispositivos teóricos, han problematizado las reducciones ontológicas, epistémicas y políticas que sustentan al modelo biomédico hegemónico. La porosidad, en este sentido, busca actuar como vector de articulación entre múltiples saberes, los cuales han insistido, cada uno desde su singularidad, en que el cuerpo humano no puede ser comprendido ni cuidado fuera de su densidad relacional, biológica, histórica y simbólica. Reconocer e integrar esas afinidades críticas forma parte de un campo de interlocución legítimo y productivo, capaz de incidir tanto en el plano teórico como en el diseño de políticas públicas más justas y contextualizadas.

Una primera línea de resonancia se encuentra en el corpus desarrollado por la Medicina Centrada en la Persona (MCP), cuyo impulso ha estado marcado por las contribuciones de Mezzich y otros autores latinoamericanos comprometidos con una reforma ética y humanista de la práctica médica desde la psiquiatría. Esta corriente propone un viraje profundo en la lógica del cuidado clínico, al concebir a la persona como una totalidad encarnada, situada en tramas culturales, narrativas y valorativas que no pueden ser reducidas a una sumatoria de funciones fisiológicas o unidades diagnósticas (Mezzich et al., 2010). Desde esta perspectiva, la relación terapéutica se reconstruye como un espacio de co-construcción intersubjetiva, donde el saber técnico no anula, sino que dialoga con la biografía del paciente, sus lenguajes, creencias, y formas de habitar el malestar. En este marco, la porosidad del cuerpo referida a su constitución como sujeto relacional, ético y epistémico, es capaz de producir sentido incluso en contextos de fragilidad o sufrimiento. La crítica al sujeto médico abstracto y el reconocimiento de una clínica narrativamente situada hacen de la MCP una interlocutora y antecedente fundamental en la genealogía conceptual del cuerpo poroso.

De forma complementaria, las relecturas recientes de la Atención Primaria por parte de organismos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han ampliado el horizonte conceptual desde el cual pensar el cuidado, incorporando dimensiones habitualmente excluidas del modelo clínico tradicional. En particular, la conmemoración de los 40 años de la Declaración de Alma-Ata —y la posterior Declaración de Astana (WHO & UNICEF, 2018)— reafirmaron el compromiso con la salud como derecho universal al tiempo que propusieron un enfoque explícitamente “ecosociobiopsicoespiritual” como base para el rediseño de los sistemas de salud en América Latina (OPS, 2019; 2024). La categoría de porosidad —aludiendo a un cuerpo permeado por la memoria, el entorno y el vínculo— se encuentra así en profunda convergencia con esta propuesta multinivel, en tanto ambas rechazan la clausura disciplinar, la centralidad tecnocrática y la fetichización de lo cuantificable como criterios únicos de validez clínica. La interdependencia ontológica, entendida como condición constitutiva del vivir, aparece como fundamento normativo tanto en la propuesta de porosidad como en los recientes lineamientos internacionales sobre salud pública integral. En este sentido, tanto los lineamientos internacionales

sobre APS como la propuesta basada en la porosidad coinciden en la necesidad urgente de construir sistemas de salud más abiertos, sensibles al contexto y políticamente democráticos, capaces de habitar la complejidad de los cuerpos y de los territorios sin reducirlos a algoritmos de riesgo o estándares de rendimiento.

A esta constelación se suma la tradición latinoamericana de la salud colectiva y la medicina social, cuya potencia teórica y política reside en haber situado el cuerpo como espacio de inscripción de las desigualdades estructurales, y no como objeto neutro de intervención sanitaria. Aquí encontramos trabajos pioneros de Breilh en torno a la determinación social de la salud (Breilh, 2003), pasando por las etnografías clínicas de Menéndez sobre el “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1990), hasta las reflexiones de Sofía Araújo, quien ha vinculado salud colectiva con epistemologías feministas, proponiendo una crítica al sesgo androcéntrico en los modelos de atención y visibilizando las formas específicas en que los cuerpos de las mujeres han sido patologizados, silenciados o instrumentalizados en los sistemas de salud latinoamericanos. Su trabajo permite articular la porosidad con una política del cuidado interseccional, sensible al género, la raza y la clase.

Por último, quisiéramos agregar que la noción de porosidad encuentra afinidad con una serie de enfoques emergentes que han cuestionado las bases epistemológicas del saber médico moderno desde dimensiones habitualmente desatendidas: lo simbólico, lo espiritual, lo narrativo, lo comunitario. Tal es el caso de la medicina narrativa desarrollada por Charon, (2006) en un libro fundacional que postula la tesis de que la práctica médica debe incorporar competencias narrativas —como la escucha atenta, la interpretación y la reflexividad— para responder de manera ética y humana al sufrimiento, reconociendo que todo diagnóstico es también una traducción cultural de la experiencia corporal; o de las perspectivas interculturales en salud incorporadas en nuestra institucionalidad sanitaria, que han exigido el reconocimiento institucional de otros modos de saber y sanar —en particular los saberes indígenas, afrodescendientes y campesinos— como parte de un horizonte de justicia epistémica.

En síntesis, de lo que se trata aquí, es trazar estas convergencias teóricas y mapear una línea crítica de saberes, donde la noción de cuerpo poroso pueda funcionar como operador de traducción entre tradiciones que comparten una tarea común:

repolitizar la clínica, y reimaginar el cuidado como práctica situada de justicia corporizada. En ese marco, la noción de porosidad busca expandir el debate de ideas que las conecta en un entramado más denso y hospitalario. Lo que se propone, en definitiva, en su horizonte más profundo, es la construcción de una APS capaz de habitar la pluralidad y sostener la apertura constitutiva de los cuerpos sin reducirla a la homogeneidad de una norma. Se trata de imaginar una forma de un cuidado que asuma la vulnerabilidad y la interdependencia como fundamentos ontológicos, reconociendo que toda forma de vida se configura en el entrelazamiento de múltiples temporalidades, saberes y afectos. Desde esta perspectiva, las instituciones sanitarias han de renunciar a la ilusión de una neutralidad aséptica y aprender, ellas mismas, a volverse porosas, conscientes de que el acto de cuidar implica, siempre, dejarse afectar por aquello que excede cualquier protocolo o clasificación.

CONCLUSIONES

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile se encuentra en un momento de quiebre histórico. Si bien la política de universalización ha ampliado el acceso formal a servicios básicos, persisten obstáculos estructurales —como el subfinanciamiento, el centralismo institucional y la débil participación comunitaria— que limitan su capacidad de transformación real. Diversas miradas, desde enfoques institucionalistas hasta críticas estructurales y clínicas, coinciden en que la expansión normativa por sí sola no garantiza una atención equitativa, resolutive ni culturalmente pertinente.

En este contexto, la propuesta del “cuerpo poroso” representa un giro epistemológico, ontológico y político. No se limita a mejorar la organización de los servicios ni a incrementar la eficiencia clínica, sino que cuestiona los fundamentos mismos del modelo biomédico dominante. Plantea una APS concebida como una infraestructura relacional y ética de cuidado, donde los cuerpos son comprendidos en su vulnerabilidad, interdependencia y territorialidad. Esta perspectiva articula principios como la justicia cognitiva, la redistribución del poder sanitario y la dignificación del vínculo terapéutico.

Adoptar este enfoque implica repensar el rol del Estado: pasar de ser un mero garante técnico-centralizado a convertirse en articulador de ecologías de cuidado construidas desde los territorios. Supone también redefinir los criterios de evaluación del sistema, priorizando métricas de

reconocimiento, dignidad y continuidad por sobre indicadores exclusivamente productivos. Además, requiere redistribuir los recursos sanitarios no solo según demanda cuantitativa, sino en función de la exposición estructural y las vulnerabilidades encarnadas por los cuerpos.

Sin embargo, reconocemos que esta propuesta transformadora enfrenta serios desafíos de implementación. Implicaría un cambio radical en áreas clave como la formación médica, la gobernanza territorial, el modelo de financiamiento y el diseño institucional. En su estado actual, constituye más bien una hoja de ruta ética que un plan de política pública inmediatamente aplicable.

También existen limitaciones relevantes que deben ser abordadas, por ejemplo:

- Falta de evidencia empírica robusta: la propuesta se fundamenta en estudios cualitativos y ejemplos conceptuales, pero aún carece de validación cuantitativa que permita comparar su eficacia con modelos existentes.
- Tensión con la práctica médica tradicional: el enfoque relacional puede enfrentar resistencias entre equipos de salud formados bajo una lógica tecnocrática y centrada en la enfermedad. El artículo no profundiza en las estrategias necesarias para facilitar esta transición cultural y formativa.

Aun con estas limitaciones, la noción de porosidad no debe entenderse como una metáfora decorativa, sino como un marco normativo y operativo para reimaginar la APS desde la vida, no desde la enfermedad. Estrategias como la implementación de territorios piloto, la validación institucional de saberes comunitarios, la creación de consejos de salud con poder vinculante y la redistribución progresiva del per cápita son pasos concretos hacia un modelo más justo, democrático y sensible a la diversidad de cuerpos y territorios.

En definitiva, avanzar hacia una APS “porosa” implica recuperar el espíritu original de la Declaración de Alma-Ata —la salud como derecho colectivo y no como prestación individual—, ampliándolo desde las memorias, los territorios y los vínculos sociales. En un país como Chile, marcado por profundas desigualdades y una historia fragmentada de políticas públicas, esta propuesta ofrece un horizonte ético y político ineludible. Solo cuando los sistemas de salud reconozcan la interdependencia como base, la dignidad como medida y la comunidad como sujeto, será posible

hablar de una APS verdaderamente universal, humana y justa.

REFERENCIAS

- Almeida, C., Giovanella, L., & Escorel, S. (2018). Fortalecer la Atención Primaria para alcanzar la Salud Universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e42.
- Artaza, O., & Rubio, J.P. (2025). Atención Primaria Universal: de programa pionero a política de Estado. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 43–52.
- Avritzer, L. (2009). *Participatory Institutions in Democratic Brazil*. Johns Hopkins University Press.
- Barker, I., Steventon, A., & Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions. *BMJ*, 356, j84.
- Bass del Campo, C. (2025). Universalización de Atención Primaria en Chile: una política lamentablemente regresiva. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 53–65.
- Bustos, R. (2025a). El cuerpo poroso: un nuevo concepto para una perspectiva integral en medicina, bioética y salud pública. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 5–12.
- Bustos, R. (2025b). Monografía. El Cuerpo Poroso y la Medicina del Futuro (Un programa de investigación teórica-práctica). Ed. Hygea, B.A.
- Bustos, R., Ulloa, G. (2022) Salud, Enfermedad, Economía, Población, Territorio; Parte 2. *Cuadernos Médico Sociales*, 62(1), 15–25.
- Butler, J. (2004). *Precarious Life: The Powers of Mourning and Violence*. Verso.
- Canguilhem, G. (1991). *The Normal and the Pathological*. Zone Books.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘Participation’: Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283.
- Charon, R. (2008). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Vintage Books.
- Fraser, N. (2014). *Justice Interruptus: Critical Reflections on the “Postsocialist” Condition*. Routledge.
- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, L., et al. (2020). Universal Health System and Universal Health Coverage: assumptions and strategies. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1251–1261.
- Harding, S. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women’s Lives*. Cornell University Press.
- Hernández, D., Araya, L., & Contreras, R. (2021). Gobernanza y participación en salud: desafíos para la APS en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 25(2), 79–95.
- Infante Barros, A. (2025). Brotes verdes en la Atención Primaria. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 73–75.
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2010). *Methods in Community-Based Participatory Research for Health*. Jossey-Bass.
- Kremser Ruíz, I. (2025). Reflexiones y debate en la implementación de la Atención Primaria Universal. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 67–72.
- Lagos Araya, P. (2025). Gasto público en la Atención Primaria: 35 años de gobiernos democráticos. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(1), 29–42.
- Macintyre, S., & Ellaway, A. (2019). The Influence of Communities on Health: Community Engagement in Health Initiatives. *Journal of Health Psychology*, 24(4), 500–511.
- Mendoza, C., Montecinos, E., & Palacios, A. (2017). Desigualdades estructurales y salud en Chile: una mirada desde la justicia social. *Revista de Salud Pública*, 19(2), 179–189.
- Ministerio de Salud (2023). *Universalización de la Atención Primaria de Salud*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/universalizacion-de-la-atencion-primaria-de-salud>
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.
- Nancy, J.-L. (2008). *Corpus*. Fordham University Press.
- OPS (2024). *Avances hacia la salud universal en la Región de las Américas: Abordar las necesidades insatisfechas de atención de salud, las brechas en la cobertura y la falta de protección financiera mediante la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS.

- Puig de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of Care: Speculative Ethics in More than Human Worlds*. University of Minnesota Press.
- Santos, B. de S. (2009). Una epistemología del sur. Siglo XXI.
- Schrecker, T., & Bamba, C. (2015). *How Politics Makes Us Sick: Neoliberal Epidemics*. Palgrave Macmillan.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. New York University Press.
- Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297(7696), 405–412.
- Whitehead, M. (1991). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. WHO Regional Office for Europe.
- WHO & UNICEF (2018). *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Kazakhstan.