



CAPÍTULO IV

La Anticipación al Daño como Medida de Austeridad Económica: el Caso de Chile

Claudio Merino Jara*

Universidad de los Lagos

*Doctor en Ciencias Humanas, Académico e Investigador del Departamento de Salud, Universidad de Los Lagos. Chile. claudio.merino@ulagos.cl

“Las pautas de las estrategias privatizadoras, y en general de las reformas neoliberales, han sido elaboradas, para su aplicación en todo el mundo, por organismos como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial que han exigido a los distintos gobiernos la aplicación de “medidas de austeridad” como requisito imprescindible para recibir préstamos o negociar deudas externas” (Huertas, 1998:34)

En las últimas décadas los lineamientos de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recomendado a los gobiernos, la necesidad de enfatizar las acciones en salud desde estrategias de promoción y prevención, bajo el argumento que los indicadores epidemiológicos, han evidenciado un cambio en el perfil sanitario desde las enfermedades infecto-contagiosas hacia aquellas patologías que tienen mayor relación con las dinámicas culturales de la población. “Giro sanitario” que amplía las técnicas, protocolos, metodologías, procedimientos de las ciencias de la salud para establecer vínculos con las ciencias sociales, aproximando los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad desde otros derroteros provenientes de la Economía, Historia, Sociología, Antropología, Trabajo Social, entre otros. Esta apertura permi-

1. “La epidemiología como concepto se ha definido durante muchos años como una ciencia abocada únicamente a estudiar la naturaleza y la transmisibilidad de las enfermedades principalmente infecciosas dentro de grupos humanos. Sin embargo, este mismo método se ha aplicado en la actualidad a la comprensión y el control de muchos otros trastornos, en particular aquellos en los que la relación del hombre con su ambiente interviene de manera significativa”. (Hasen, 2012)

tiría visibilizar, desde los entes planificadores y ejecutores de la política sanitaria, al sujeto en perspectiva ecológica, posicionando las acciones de salud desde enfoques que tratan de superar la mirada científica clínica para abordar los complejos procesos de salud, considerando el entorno, vivienda, redes de apoyo y dinámica familiar como un conjunto de variables que no son frecuentemente operacionalizadas desde el campo de la salud, pero determinan e inciden en la calidad de vida de las personas.

Considerando este marco político sanitario, el propósito de nuestro trabajo busca analizar la relación de los lineamientos de las políticas macroeconómicas y su incidencia en la estrategia de Atención Primaria en Salud. Nos interesa, en particular, develar la relación entre los lineamientos de la institucionalidad sanitaria chilena y las indicaciones del Banco Mundial durante el periodo 1990-2000. Desde esta intersección, global-local, buscamos tensionar el discurso relacionado con las actividades de promoción y prevención, a la luz de la yuxtaposición de la racionalidad y eficiencia económica en materia sanitaria, develando cierto orden del discurso, que permite las condiciones de posibilidad para externalizar costos y responsabilidades hacia la comunidad.

I. Promoción y Prevención de Salud: la Anticipación al Daño

En 1978 con la convención de Alma Ata se formalizaba la estrategia de Atención Primaria como lineamiento de política social para combatir las enfermedades del “nuevo milenio”. El diagnóstico de 134 países y 67 organizaciones internacionales sostenía que la prevalencia de enfermedades originadas por patologías infectocontagiosas había cambiado por aquellas ligadas a patrones culturales: obesidad, hipertensión, tabaquismo, enfermedades del sistema circulatorio, entre otras. En consideración a ese escenario epidemiológico, la materialización de la estrategia de Atención Primaria modificaba los lineamientos clínicos intrahospitalarios tradicionales, para trabajar con un modelo de salud descentralizado, participativo, mediando entre las necesidades institucionales y aquellas de origen territorial-ciudadano. La

puesta en marcha del nuevo enfoque, si bien es formalizado en Alma Ata, obedece a una política global que mantiene correlato con los organismos internacionales creados posterior a la Segunda Guerra Mundial y que intentan replicar el modelo de reconstrucción europea como base paradigmática económica, social y política para superar problemas de pobreza en países en vías de desarrollo. De esta forma organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Organización Mundial de Comercio (OMC), instalan sus agendas en las bases programáticas de los gobiernos, las cuales se negocian, en el marco de financiamiento o facilidades de acceso a créditos para solventar programas sociales o mejorar la eficiencia de los sistemas productivos locales.

Excluyendo del análisis los mecanismos de negociación de las agencias internacionales y sus directrices hegemónicas cristalizadas en la materialización de préstamos o de financiamiento a los gobiernos, la puesta en marcha de la Estrategia de Atención Primaria, permitió empalmes interesantes con otras corrientes del pensamiento que derivaron en una rica matriz epistemológica y sus consecuentes puntos de fuga concretados en acciones sanitarias-comunitarias; entre ellos, la antipsiquiatría y sus cuestionamientos respecto de las acciones terapéuticas sustentadas en la medicalización-alienación de los sujetos. En el campo de la construcción de indicadores epidemiológicos, se problematiza la utilización del método cuantitativo y su trasfondo positivista como base ontológica para explicar el riesgo de padecer enfermedades y su lógica estructural funcionalista para abordar al sujeto y/o colectivos (Liborio, 2013), en una línea similar, se cuestiona la construcción del conocimiento en salud, las fronteras entre las disciplinas sanitarias y los sujetos de intervención, la forma para enfrentar los problemas de salud, enfermedad, cuidado y su correlato con los itinerarios terapéuticos de las personas, considerando principalmente categorías de no linealidad, complejidad y fractalidad (Almeida Filho, 2006). Es decir, un conjunto de prácticas que incorporan elementos de la Atención Primaria, re-conceptualizando los postulados de la OMS y Alma Ata, para construir bricolajes teóricos que se materializan en prácticas insubordinadas para abordar los problemas de salud como un derecho y no como una mera prestación garantizada por un seguro público-privado. Destaca entre ellas, el trabajo comunitario y el fomento de iniciativas para rescatar los saberes tradicionales que tiene como finalidad el cuidado de la vida, gesto que no

está orientado sólo a valorar las acciones de salud comunitaria como acto patrimonial, sino como práctica de insurrección ante la hegemonía del saber occidental y su relación particular anatomo-fisiológica para intervenir el cuerpo (Ibacache, 2005; Cuyul, 2013). Práctica sanitaria insurgente que releva la relación salud-enfermedad desde un campo de análisis mucho más complejo, como el vínculo entre sistema productivo y salud (Merino, 2016), la planificación de las ciudades (Breil, 2010), los marcos legales nacionales e internacionales respecto de la privatización de recursos esenciales para el desarrollo adecuado de la vida, en fin, la plataforma social, económica política sobre los cuales se erige el cuidado mutuo en sociedad (Illanes, 2010).

En Chile, esta transición de modelo sanitario ocurrió en dictadura, lo cual connotó características especiales dado el proyecto neoliberal que se estaba gestando desde septiembre de 1973 y que en la década de 1980 se cristalizaba en: a) la promulgación de una nueva constitución, b) la eliminación de un Sistema Nacional de Salud por un Sistema de Servicios Nacional de Salud², c) la implementación de las Administradoras de Fondos Previsionales³ y d) la institucionalización de un sistema privado denominado Isapres⁴. Cambios ocurridos en contexto de violencia de Estado, violación de derechos humanos, tortura y exterminio. Cabe señalar que no es el objetivo de este trabajo analizar la herencia de la dictadura en materia de políticas sociales sensibles para la sociedad, no obstante, se debe evidenciar el estrecho vínculo entre economía y políticas sociales, con la consecuente desinversión en ámbitos de salud, vivienda y educación, aplicado en un modelo de Estado subsidiario, prolongado y ratificado como mecanismo de protección social una vez terminado el régimen de Pinochet (Moulián, 2002; Salazar y Pinto, 2002; Illanes, 2010). En la década de 1990, con el retorno a la democracia, los gobiernos de la coalición política Concertación, instalaron conceptos que en la práctica se diferenciarían de las políticas sanitarias desplegadas en dictadura, erigiendo desde el discurso institucional una salud más democrática e inclusiva; conceptos como equidad, participación ciudadana, comenzaban a circular en los documentos institucionales de gobierno, promulgando la “buena nueva” en materia de garantía de derechos en salud a través de la implementación de

2. Cambio ocurrido en 1979.

3. Denominadas AFP.

4. Instituciones de Salud Previsional.

un Modelo de Salud Familiar y Comunitario en establecimientos de Atención Primaria denominados Centros de Salud Familiar (CESFAM). Este desarrollo de política pública se puede sintetizar en la propuesta del Ministerio de Salud, en el marco de las orientaciones y planificación en red, señala.

“El modelo de salud integral familiar y comunitaria, ha sido definido como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”

(MINSAL, 2017: 19)

Este conjunto de acciones que señala el MINSAL respecto del modelo de salud familiar, a nuestro juicio, está direccionado en dos planos que no necesariamente están conectados entre sí. El primero de ellos obedece a la modernización del Estado y su gestión eficiente en la utilización de los recursos escasos para ser administrados coherentemente con el diseño sanitario, prioritariamente focalizado en los segmentos poblacionales más pobres, categorizados en los quintiles I y II, respondiendo además al imperativo ético de la equidad (Frenz, 2005) como mecanismo para brindar iguales oportunidades a aquellas personas más postergadas por el desarrollo económico, social y cultural. En esta ruta, se fortalece la gestión en el campo de la gobernanza interna, es decir, la coherencia que existe entre los distintos niveles de atención de salud, así la oportunidad de atención, debe al menos generar la posibilidad de complejizar el tratamiento en niveles de especialidades, dependiendo de la cobertura del seguro de salud público-privado y/o el respaldo económico de la persona que padece la enfermedad. Un segundo plano, obedece a la aspiración de abordar la salud con enfoque integral, que sea capaz de interpretar el complejo ambiente físico, social y cultural, interviniendo al sujeto no como un cuerpo que contiene una patología, sino como un ser social, razón del adjetivo familiar y comunitario del modelo; sin embargo, consideramos que

la puesta en obra de una salud integral, requiere de transformaciones estructurales de nuestro paradigma de sociedad. El enfoque de salud familiar debería entonces compatibilizar desde la gestión política gubernamental, al decir de Matus (1998) un equilibrio de balances en la gestión política, macroeconómica y de los intercambios de problemas; lo cual permitiría avanzar en la utilización efectiva de derechos básicos en materias esenciales como son educación, salud, vivienda, disponibilidad de agua, vivir en ambientes libres de contaminación, lograr condiciones laborales adecuadas, disminuir las brechas de desigualdad en materia de justicia, distribución de la riqueza, pueblos originarios, población migrante, género, discapacidad, entre otros. Aspecto no logrado y denunciado por una serie de informes de acuciosa seriedad, entre ellos, los documentos emitidos por el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD).

Considerando estos aspectos, la condición de posibilidad del modelo de salud familiar con base comunitaria, se autoafirma desde el propio gobierno como un enfoque integral orientado no solo a la solución de la patología, sino a la promoción de estilos de vida saludables cuya finalidad es avanzar en la mejor calidad de vida de la población. No es casualidad, la serie de documentos que se publican (MINSAL, 2005; 2006; 2008; 2009; 2010) señalando el cambio de modelo, doctrina que la población profesional de salud ha proferido en los diversos programas de la política social. De esta forma la circulación de las ideas de democracia en salud, modernización del Estado, equidad y justicia social se instalan en los diversos dispositivos de la red sanitaria, hecho que, en la práctica cotidiana contribuye a correlacionar el discurso con la prestación, construyendo un *milieu*, que opera ya sea en el plano del simulacro o como derecho social efectivo. El significante de una salud moderna, en estos términos, desde la óptica gubernamental, debe estar acorde a los nuevos escenarios epidemiológicos y demográficos, la anticipación al daño se correlaciona con la finalidad de modificar patrones culturales de riesgo y potenciar aquellos coherentes con la estrategia sanitaria nacional.

A nivel de gestión, la propia institucionalidad se evaluaba. Entre los nodos críticos identificados, se considera que la detección de los problemas se realizaba de forma tardía, derivando aquello, en acciones ineficientes desde el punto de vista clínico. En el marco de la sustentabilidad económica, se identifica que la utilización de recursos

en acciones de rehabilitación es poco eficiente, fundando su crítica en la intervención de la enfermedad cuando está presente en el organismo, con la consecuente carga económica en el tratamiento y rehabilitación del bienestar, resulta más barato prevenir que curar. b) Desde una lógica epidemiológica, la dinámica de la gestión de los cuidados no es coherente con el tiempo de la manifestación de las enfermedades, existiendo falencias en la pesquisa, seguimiento y control. En síntesis, la puesta en obra de la salud sustentada en la anticipación al daño, exige una suerte de salud a “escala humana” que debe salir de la práctica anquilosada de la atención intrahospitalaria para ejercer este trabajo en las poblaciones, colegios, en la intimidad del hogar, a través del ejercicio hermenéutico de traducción del pensamiento y discurso sanitario al ciudadano común y corriente, tratando de incidir en sus conductas en el plano normativo o por medio de los afectos, un cambio cultural acorde a los lineamientos sanitarios nacionales. Extensión de la frontera institucional en los bordes mismos del hogar, sin embargo, esta ambición panóptica, no en el sentido de querer observarlo todo, sino en la intención de la potencia como categoría que permea la comunidad, pierde sentido estratégico como dimensión de totalidad, puesto que en la práctica el modelo de salud familiar obedece principalmente a la bajada de información en los sujetos, siendo ineficiente a la hora de garantizar mayor participación y democratización en salud. Las personas receptionan las prácticas discursivas sanitarias en la cotidianidad de su hogar, pero no son protagonistas, en el sentido que esta lógica comunitaria considera a la persona como interlocutor asimétrico, como receptor de una estética sanitaria, sin mayor incidencia en la transformación del conjunto de variables que deterioran la vida.

Cabe señalar entonces, ¿cómo la puesta en obra de una práctica sanitaria desarrollada con enfoque comunitario y familiar contribuye a mejorar las condiciones sociales que determinan o inciden en el desarrollo de enfermedades? En definitiva, ¿cómo la estrategia de Atención primaria es interpelada en el plano de mejorar las condiciones sociales, políticas y económicas que afectan la forma y los modos en los cuales existimos?

Abordar los hábitos y patrones culturales de una población sin considerar como horizonte las desigualdades e injusticias sociales derivadas de un sistema productivo no permite visibilizar la salud como un ejercicio de derecho. Esto que en principio

puede ser entendido como una contradicción ontológica gubernamental, puede ser aclarado, desde el mito del progreso que, instalado en el discurso económico evolutivo de crecimiento, considera que la actividad económica derivada de la industrialización propende hacia estadios mejores de bienestar, el mito del progreso (Spinelli, 2010), pretende cristalizar una imagen homogénea de sociedad, sin considerar las desigualdades e inequidades que afectan la integridad de la vida en su amplio espectro. Este argumento impide comprender que los problemas de calidad de vida de las personas y por ende su salud, no sólo se relacionan con el binomio vida-muerte, sino que derivan de un conjunto de derechos sociales como educación, salud y vivienda, determinando complejamente la posibilidad de garantizar el desarrollo adecuado de la vida. El simulacro del progreso, niega que el nivel de desigualdades afecta el ejercicio de derechos como garantía básica de existencia, lo cual en Chile es vulnerado vergonzosamente en el artificio, por ejemplo, según datos del PNUD (2017) señala que para el periodo 2015 el 50% de las personas asalariadas, entre 18 y 65 años, que trabajan más de 30 horas semanales no perciben ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas de un hogar promedio, sin embargo, el 1% más rico de la población chilena capta el 33% del ingreso que genera la economía, de este porcentaje, el 91% corresponde a utilidades que no se distribuyen al resto de la población, sino que se incorporan al patrimonio y utilidad familiar. En este mismo estudio, sólo el 16,5% del quintil I y el 22,5% del quintil II, de la población mayor de 18 años, confía que al sufrir una enfermedad catastrófica o crónica grave tendrá atención médica, en contraste, el quintil V de mejor condición económica confía que tiene garantizada una prestación de salud en 63,5%. Esta heterogeneidad de la dinámica epidemiológica, nos obliga a interpelar qué derechos son garantizados por el Estado y bajo qué condiciones, es decir, derechos básicos configurados según el desarrollo en equidad y justicia social de un territorio. Por ejemplo, Behm (2011) evidencia que los años de escolaridad de la madre determinan la probabilidad de muerte de los hijos en sus primeros años de vida, existiendo diferencias significativas entre regiones urbanas, rurales y entre países. Esto devela que los problemas que absorbe el sector de la salud no obedecen exclusivamente a la relación enfermedad-patología, sino por la coherencia que existe entre los distintos sectores de gobierno para garantizar el bien público del cuidado colectivo de la sociedad. Esta relación es relevante, debido a que el problema de la educación no obedece

exclusivamente a la alfabetización o la formación de capital humano avanzado, sino que constituye un indicador importante para determinar los años y calidad de vida de una persona. Si a esto consideramos características del sistema productivo preponderante en un territorio comprenderemos que la dinámica estructural de las variables económicas no es neutral. Por ejemplo, Andrés Cuyul (2013: 25), citando fuentes del Ministerio de Salud y de la CEPAL (2012), denuncia en Chile la relación negativa entre salud y la actividad económica de las empresas Forestales en la Región de la Araucanía, en específico, la relación directa entre base productiva y condición de salud negativa de la población mapuche, señala. “En la comuna de Ercilla -donde existe una de las mayores concentraciones de plantaciones forestales- la población mapuche posee un 90% más probabilidad de morir por cáncer que la población no mapuche, lo mismo respecto a causas del sistema respiratorio (110% mayor) y morir por traumatismos (50% más alto)”. Solo estos antecedentes evidencian la vulneración de derechos, debido a que desde el sistema sanitario estos problemas solo son abordados como patologías contenidas en un cuerpo individual, el sistema de salud no denuncia la causalidad de la enfermedad, pese a constatar cotidianamente estas problemáticas; por esta razón, es importante relevar, que las acciones aisladas en salud no son eficientes para modificar los indicadores sanitarios, es necesario una mayor regulación y transformación del sistema productivo, así como de políticas sociales que respeten y garanticen un estado de bienestar sustentado en el resguardo de derechos esenciales. La inconsistencia de abordar la patología contenida en el organismo, independiente de la metodología de intervención, llámese biomédica, psicosocial o familiar, sin considerar aspectos estructurales de índole económico, territorial, político y social, invisibiliza la posibilidad de lograr una salud sustentada en el ejercicio de derechos básicos para existir. Desde esta óptica de análisis, las políticas sanitarias orientadas a acciones de promoción y prevención, constituyen actos paliativos en la medida que la técnica, en tanto discurso constructor de realidad, permite estandarizar procedimientos que, a la vez, excluye y niega el conjunto de desigualdades evidenciadas en injusticias sociales propias de las bases económicas que sustentan un modelo de sociedad.

Las acciones de promoción y prevención no deben apuntar exclusivamente al cambio del perfil sanitario, en coherencia al simulacro del progreso, sino más bien identificando las brechas del sistema social, económico, político que actúa como ex-

ternalidad negativa en el desarrollo de la vida. No obstante, la política sanitaria desarrollada progresivamente por los gobiernos postdictadura en Chile, continúan en la senda de intervenir los hábitos culturales como factor gravitante en la proliferación de enfermedades, desde esa lógica las acciones de promoción y prevención constituyen estrategia sólo en el sentido de totalidad al integrar un continuo en los distintos niveles de complejidad del sistema sanitario, responsabilizando a las personas respecto de los problemas asociados a su salud, como si fueran originados exclusivamente por sus hábitos culturales (consumo de alimentos, tabaco-alcohol, estilos de vida saludables, sedentarismo, entre otros). Señala el Ministerio de Salud.

“Los problemas más relevantes a considerar, dicen relación con pensar que el sector no está preparado para adaptarse oportunamente a los cambios en el perfil de enfermedades y condiciones de salud de los chilenos y chilenas. Por ello debe desarrollar mecanismos para identificar y actuar oportunamente frente a las brechas entre las necesidades de salud y la oferta de servicios de salud, diseñando y ejecutando acciones para fortalecer los niveles regionales y locales, especialmente en acciones de prevención y promoción de la salud” (MINSAL, 2009: 52)

De esta forma con los gobiernos de la Concertación queda zanjada la discusión respecto de la anticipación al daño, el rol que debe cumplir el Estado en materia de salud pública y los mecanismos de financiamiento para distintos segmentos económicos de la población. La responsabilidad de generar una garantía de derechos sociales esenciales se externaliza en la población, debido a que el debate y sentido de la política sanitaria tiene como trasfondo la modificación de hábitos alimenticios e idiosincrasia cultural como variables esenciales para comprender la prevalencia de las enfermedades contemporáneas.

II. Servicios Sanitarios Esenciales como Medida de Austeridad Económica: Los Lineamientos del Banco Mundial

Detallado el análisis de las distintas variantes funcionales y críticas del modelo de salud familiar y la estrategia de Atención Primaria, este apartado trata de vincular, la orientación técnica sanitaria de la “anticipación al daño” como campo discursivo que permite la entrada sutilizada de una racionalidad económico regresiva, mermando la posibilidad de garantizar la salud como un derecho que debe operar en distintos niveles de complejidad independiente de la capacidad económica del afectado o la rentabilidad social de la “inversión contenida en la prestación sanitaria”.

En 1993, el Banco Mundial publica el “Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud”, en el cual, recomienda a los gobiernos un gasto eficiente por “unidades de producción sanitaria”. Sin ambigüedades señala dos áreas para fortalecer la eficiencia en salud: a) Reducir los costos asociados a la prestación de servicios de salud, priorizando aquellas de promoción, prevención, postergando las prestaciones de mayor complejidad asociadas a especialidades, las cuales involucran mayor carga económica para el Estado y b) mejorar la eficiencia en las prestaciones de salud focalizando los recursos en la población más pobre con una cartera reducida de servicios. En 1998 publicó otro documento orientado hacia las reformas del sector salud que debían aplicarse en América Latina. Ambos textos constituyen el marco regulatorio que condicionaría las acciones de los gobiernos en materia sanitaria, así como los requisitos básicos para adquirir préstamos o ayudas financieras.

“Podemos distinguir dos áreas prioritarias para mejorar la calidad y la eficacia en función de los costos de los servicios de salud dentro de la región. La primera prioridad es abordar las consecuencias fiscales del creciente costo de los servicios de atención de la salud y la segunda mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud tanto público como privados”. (Banco Mundial, 1998: 74)

“Los gobiernos deben asegurarse de que los establecimientos abastecidos por el sector público dispongan de los insumos necesarios –fármacos, suministros, instalaciones, equipos y personal adecuadamente capacitado- para prestar los servicios esenciales, y que no se suministren insumos para otros servicios no incluidos entre los considerados esenciales para el país. (...). No se requiere ningún hospital de alto nivel para prestar los servicios esenciales del conjunto mínimo”. (Banco Mundial, 1993: 117)

Las intervenciones sanitarias estatales consideradas eficientes por el Banco Mundial giran en torno a dos coordenadas. En primer lugar, el Estado debe reducir su cobertura prestando servicios sanitarios sólo a grupos sociales considerados pobres; la connotación pública, no tiene relación con una salud ampliada e inclusiva, sino por su carácter focalizado a los grupos con mayor vulnerabilidad social y menor capacidad de pago para solventar necesidades de salud. Desde esta perspectiva el Estado debe intervenir en aquellos grupos sociales que presenten mayores indicadores de pobreza, complementario a esto, debe asesorar a los consumidores facilitando información confiable respecto de los proveedores de salud para que puedan asignar un gasto eficiente según sus necesidades. Una segunda coordenada está orientada a la reducción de costos por cada servicio sanitario estatal, el Banco Mundial sugiere que los gobiernos deben dedicarse a las prestaciones esenciales, aquellas que implican menor inversión en implementación y en su ejecución no incurran en excesivos egresos por mantención, compras de insumos o contratación de personal altamente calificado. Esto implica un reajuste presupuestario a nivel de infraestructura, insumos, equipamiento y recursos humanos para desarrollar acciones sanitarias sin necesidad de realizar grandes inversiones en el sector. La crítica de fondo que realiza el Banco Mundial, señala que las atenciones de alta complejidad que se ejecutan con cobertura ampliada favorecen una utilización deficiente de los recursos, debido a que existe mayor demanda de la población por estos servicios que generalmente están vinculados a una enfermedad con riesgo vital o invalidante para la persona que la padece. Por ejemplo, operaciones de alta complejidad que generan “utilidades” a una persona, implican un costo de oportunidad elevado que permitiría inversiones en programas

de cobertura masiva ligados a promoción y prevención. Es decir, una prestación rentable, conllevaría a la reducción de aquellos servicios que no son rentables socialmente (benefician a un grupo reducido de personas) a nivel de impacto y cobertura en el conjunto de la sociedad.

En esta línea, el Banco Mundial interpela a los gobiernos a fomentar incentivos orientados a facilitar el acceso a información para contribuir a decisiones económicas eficientes, esto requiere el desarrollo e implementación de dispositivos de vigilancia y control del comportamiento del sector salud; y la disposición de una sólida base de datos para contribuir a la adopción de decisiones económicamente acertadas que maximicen los beneficios y calidad de vida de las familias. Según las sugerencias del Banco Mundial, los gobiernos deben facilitar las instancias y los espacios para que los usuarios accedan a información clara y oportuna, de esta forma, la población puede decidir con certeza donde consumir el servicio de salud que maximice su inversión y bienestar. La eficiencia estaría dada por la elección del ente prestador, sustentado en el principio económico de “incertidumbre”, el cual, alude a la información incompleta que posee un agente económico en la asignación de recursos para satisfacer una necesidad sanitaria. En coherencia con este principio, en el sistema económico intervienen distintos agentes con dominios desiguales de información, por esta razón, el comportamiento del mercado falla, debido a que los agentes económicos no pueden adoptar una decisión eficiente respecto del bien de consumo sanitario a financiar. En correlato con una lógica neoliberal de mercado, el Estado debe intervenir regulando o facilitando información contribuyendo a minimizar las fallas del mercado⁵. Considerando este argumento, las familias que poseen ingresos suficientes pueden satisfacer sus necesidades de salud de forma particular, el Estado en estos casos, tiene la obligación de transparentar la información de los proveedores y sus servicios para que los ciudadanos puedan utilizar eficientemente sus ingresos, optando informadamente por el servicio sanitario acorde a sus necesidades y capacidad de pago.

Al respecto Hidalgo, Corugedo y del Llano (2011) argumentan que en materia de economía de la salud las fallas del mercado asociadas a la incertidumbre

5. En el caso sanitario chileno existen distintos organismos gubernamentales que tienen como función vigilar el comportamiento económico en salud, entre ellos destaca el Departamento de Economía de la Salud (DESAL) <http://www.minsal.cl/economia-de-la-salud/> y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) <http://www.deis.cl/>

facilitan la emergencia de ineficiencias de “selección adversa” y “riesgo moral”, la primera alude a los procesos de aseguración de prestaciones médicas asociados a la existencia de información asimétrica entre la compañía de seguros y los asegurados, en el caso de las compañías de seguro, minimizan el riesgo estableciendo barreras de entrada como edad, o seleccionando aquellos individuos sanos, es decir estableciendo procesos de *screening* que derivan en mecanismos discriminatorios. Por otra parte, las personas, cuentan con mecanismos reducidos para enfrentar asimetrías en la elección del servicio sanitario, pudiendo ser víctimas de “riesgo moral” como, por ejemplo, acceder a un diagnóstico erróneo, o solventar exámenes adicionales a los exclusivamente necesarios para detectar y controlar la enfermedad. En relación a esta falla del mercado, Foucault visionariamente agudo, analiza en “El nacimiento de la clínica” el dolor del espectáculo que padece la persona pobre al ser tratado en un servicio de salud público, su cuerpo al servicio del ojo experto, retribuye con el espectáculo de su dolencia “saber-poder” para el clínico tratante, la persona pobre al recibir asistencia sanitaria mediada por el tributo de aquellos que cancelan por el servicio sanitario, “paga con exponer su enfermedad”, constituyéndose en objeto de instrucción. Señala Foucault

“Por estructura de reciprocidad, se dibuja para el rico la utilidad de venir en ayuda de los pobres hospitalizados: al pagar para que se los atienda, pagará incluso de hecho, para que se conozcan mejor enfermedades por las cuales él mismo puede ser afectado; lo que es benevolencia respecto del pobre se transforma en conocimiento aplicable al rico”. (1966:127)

Continuando con el argumento de Foucault, las personas de mayores ingresos tienen menor probabilidad de experimentar “riesgo moral”, al tener la posibilidad de acceder a la atención de “especialistas”, su necesidad sanitaria puede derivar con mayor certeza en tratamiento certero, debido a los años de “instrucción del especialista” durante sus años de formación-estadía en el servicio público.

Considerando las recomendaciones del Banco Mundial respecto de las prestaciones esenciales reducidas ¿Qué servicios debiera proveer una salud pública?

La salud pública según las consideraciones del Banco Mundial interviene sólo en aquellos programas que cubren los servicios esenciales o de primera necesidad, cuya cobertura está dirigida a los segmentos más pobres que poseen ingresos insuficientes para solventar sus necesidades sanitarias. El “informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud”, señala cinco grupos de intervenciones clínicas esenciales: a) asistencia prenatal y obstétrica, b) servicios de planificación familiar, c) tratamiento del niño enfermo, d) tratamiento de la tuberculosis y e) tratamiento de casos de enfermedades de transmisión sexual. Racionalidad que busca disminuir los costos derivados de la utilización ineficiente de recursos, a través de la reducción de la cobertura sanitaria y modificando prestaciones de alta complejidad, enfatizando que las prestaciones otorgadas por el Estado deben estar dirigidas a segmentos específicos; de esta forma se garantiza una utilización racional de los recursos. A través del control del gasto sanitario se favorecería la equidad en salud financiando un conjunto de servicios esenciales a sectores sociales prioritarios. Intervenciones sanitarias sin regulación de cobertura pueden generar ineficiencias en el uso de los recursos debido al aumento de la demanda de los sectores con menores ingresos económicos. Ante estas observaciones la salud dirigida a las personas pobres cubriría las necesidades básicas y en cantidades mínimas suficientes. Cumpliendo estas restricciones, concluye el Banco Mundial, los costos destinados a las intervenciones sanitarias lograrían beneficios, considerando eficiencia y solvencia económica, e incidiría considerablemente en la utilización racional de recursos estatales beneficiando a un amplio espectro de la población.

Manteniendo coherencia a los lineamientos del Banco Mundial y los principios que rigen la racionalidad exclusivamente económica en salud ¿Cuáles son las prestaciones que deberían estar excluidas en los programas de salud financiados por el Estado?

“Hay muchas prestaciones que tienen tan poca eficacia en función de los costos que los gobiernos deberían excluirlas del conjunto de servicios clínicos esenciales. En los países de ingreso bajo podrían contarse entre ellas la cirugía cardíaca; el tratamiento (excepto para aliviar el dolor) de cánceres de pulmón, hígado y estómago,

de alta letalidad; costosas quimioterapias para los infectados de VIH, y cuidados intensivos para bebés excesivamente prematuros. Resulta difícil justificar el uso de fondos públicos para estos tratamientos médicos cuando no reciben suficiente financiamiento otros servicios, mucho más eficaces en función de los costos, que benefician en especial a la población pobre”. (Banco Mundial, 1993: 119)

La priorización de recursos sanitarios orientados a la racionalidad económica, superpone principios sustentados en el derecho a la vida y dignidad del paciente. El bienestar de las personas se re-estructura en una lógica económica donde la calidad de vida se subordina a una racionalidad cuyo binomio gira en las coordenadas de costos y resultados esperados. Las intervenciones sanitarias que pronostican una esperanza de vida menor, no son rentables, en función de los recursos económicos y capacidad de retorno de la inversión. El valor de la vida como principio axiológico supremo se transmuta a una variable dependiente de campos ajenos a la vida misma, alejándose de una salud solidaria y humanista. Los recursos ahora desplegados en función de resultados, ciegos a los cálculos poco exitosos, fraternizan con probabilidades que garantizan el éxito sanitario, lo azaroso de la vida pierde sentido en la materialidad concreta de la rentabilidad monetaria.

Cabe cuestionar entonces, ¿cuáles son los argumentos económico-sanitarios que sustentan la relación costo-eficiencia en salud?

El argumento económico-sanitario que fundamenta la relación costo-eficiencia en los programas de salud, se sustenta en externalidades positivas derivadas de los servicios de primera necesidad, debido a que su ejecución no necesita una infraestructura compleja y no requiere de recurso humano con alta especialización, situación que disminuye considerablemente los costos asociados a las intervenciones en salud, propiciando la eficiencia de las acciones gubernamentales en el campo sanitario. *“El financiamiento público de un conjunto nacional de servicios clínicos esenciales se puede justificar porque crea externalidades positivas y reduce la pobreza”* (Banco Mundial, 1993: 123). Por ejemplo, las actividades sanitarias destinadas a prevenir y controlar el consumo de alcohol – tabaco, generan una serie de beneficios en la familia y la comu-

nidad, pueden desarrollarse en ambientes externos a la infraestructura hospitalaria como Juntas de Vecinos o establecimientos académicos y pueden ser impartidas por monitores capacitados por equipos profesionales que ejercen funciones en recintos asistenciales. En esta misma línea, las campañas de inmunización, previenen que las personas se enfermen, fortaleciendo el sistema inmunológico y disminuyen el riesgo que la enfermedad se propague hacia el resto de la población. Ambas intervenciones favorecen externalidades positivas en la comunidad, su ejecución no necesita una gran cantidad de recursos humanos y son de carácter ambulatorio, disminuyendo los egresos por concepto de días por hospitalización: alimentación, insumos, tiempo de personal clínico, servicios básicos, etc.

Cabe destacar que el discurso que señala la omisión consciente del Estado en el financiamiento de la salud pública con cobertura universal, está directamente relacionado con el principio de subsidiariedad y el fomento de la competencia en políticas sociales. La gratuidad de los servicios sanitarios es asumida como una profunda irresponsabilidad financiera estatal que fomenta el paternalismo y la dependencia de los particulares en el cuidado de su propia existencia, para el Banco Mundial, “tales ineficiencias han sido criticadas tan claramente y durante tanto tiempo que es evidente que sólo se podrán superar mediante la introducción de reformas radicales en la organización de la atención sanitaria, como el cambio de la función del gobierno” (1993: 67). En el mercado de la salud los actores particulares deben solventar sus necesidades sanitarias, el Estado, sólo interviene cuando las condiciones de intercambio económico no son las ideales, es decir, cuando las instituciones de salud privada no perciben los estímulos económicos necesarios para desplegar sus recursos. En estas situaciones, los grupos familiares se responsabilizan de asumir su propio cuidado, materializado, al momento que financian cada unidad de salud consumida. Desde esta racionalidad, la disponibilidad de programas de salud gratuitos, condicionan un aumento de la demanda, incrementando los costos derivados de prestaciones que conllevan a la ineficiencia económica, especialmente, cuando estos servicios son focalizados en la población más vulnerable.

El desplazamiento del Estado en su rol de proveedor de bienes públicos de salud para participar como entidad subsidiaria, restringe sus actividades, a la regulación de los mercados garantizando las condiciones de inversión y transparencia de la in-

formación para que los consumidores puedan orientar su consumo, coherente a sus expectativas y fines particulares. La autodeterminación asociada a la satisfacción de necesidades según el fin específico que tiene cada particular, facilita la emergencia de una ciudadanía económicamente empoderada con su calidad de vida. Por consiguiente, la responsabilidad que les compete a los particulares respecto del consumo y cuidado de su salud tiene directa relación con el sistema económico sobre el cual está erigida la sociedad.

Cabe cuestionar entonces, ¿en qué medida una sociedad responsable con el bienestar general de la población, acepta la incorporación de una salud mercantilizada?

III. La Reducción de Costos en Salud: La Práctica Sanitaria que hace Vivir y Deja Morir

Como se ha señalado, la anticipación al daño genera múltiples beneficios en la población sana, evita problemas de salud, ya sea por acciones previsoras desplegadas por la propia familia, el individuo y/o el soporte público o privado. En este marco la estrategia de atención primaria, constituye una herramienta para favorecer el bienestar colectivo, incidiendo en la cohesión social y en la participación social-territorial. Además, la Atención Primaria ancla de manera simbiótica con la idiosincrasia latinoamericana, respecto del pensamiento arraigado que la prevención resulta más efectiva que la rehabilitación, es decir, surgen las condiciones naturales desde el punto de vista sociológico para la cristalización del discurso contenido en las acciones de Atención Primaria. Sin embargo, para lograr mediana efectividad, la anticipación al daño debe ir acompañada de condiciones estructurales de bienestar que no están garantizadas en Latinoamérica y, que interpelan a las políticas públicas esenciales de educación, salud, vivienda y entorno libre de contaminación, en su condición de derecho básico esencial que otorga soporte a la vida.

En el marco territorial chileno, las políticas esenciales para la sociedad, están determinadas por una aguda desigualdad que se expresa en la segregación espacial y

social en ámbitos que inciden el desarrollo desigual de las personas. En el caso de salud, determina en última instancia una política que hace vivir y deja morir. He intentado detallar que esta política no obedece a una decisión soberana, de cuyo objeto se preocupa la filosofía política, sino más bien, a lo aleatorio de la muerte en correlación a la ausencia de protección en el amplio sentido de la palabra. Política que deja morir en el subterfugio sutilizado de la técnica, y dosificado en cierto orden del discurso amparado en la equidad, democracia y participación social en Salud que, como se ha señalado, en Chile, opera bajo las acciones de promoción y prevención garantizadas legalmente para el conjunto de la población, independiente de la cobertura público o privada. Sin embargo, las intervenciones de mayor complejidad, generalmente asociadas a riesgo vital, no tienen cobertura universal y operan, bajo la figura de un paquete de prestaciones que cubre un conjunto de patologías, en razón del cumplimiento de protocolos estrictos, garantizando estadios de la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), conocidas en posterior a la Reforma de Salud como GES (Garantías explícitas en salud), en la actualidad están cubiertas ochenta patologías. Quisiera señalar que esta política de hacer vivir y dejar morir, no constituye una práctica tanatopolítica en el sentido que argumenta Agamben, tampoco opera como maquinaria de muerte necropolítica como denuncia Mbembe, este dejar morir, opera de forma mucho más simple en la realidad, simple desprolijidad de las políticas sociales en el marco del resguardo eficiente de los recursos escasos. Cuando Agamben señala que en la biopolítica moderna el valor o disvalor de la vida obedece a una decisión soberana, se entiende que la existencia biológica de las personas está determinada por el derecho de espada del soberano, en el cual, todos somos virtualmente hombres sacri, tanatopolítica como reverso negativo de una política de la vida, política que pareciera, obedece de forma consciente a la decisión soberana; por el contrario, la falta de garantías sociales para ejercer el beneficio de derechos básicos de existencia, opera de forma aleatoria en la sociedad, una especie de política de muerte autónoma, que sin embargo, en términos estadísticos concentra su dispersión en la población expuesta a la vulneración: personas pobres, población migrante, pueblos originarios, minorías sexuales, personas privadas de libertad, entre otros. Posiblemente un punto de encuentro estaría dado cuando el autor aborda la sacralidad de la vida. Señala, “la sacralidad de la vida, que hoy se pretende hacer valer frente al poder soberano como

un derecho humano fundamental en todos los sentidos, expresa, por el contrario, en su propio origen la sujeción de la vida a un poder de muerte, su irreparable exposición en la relación del abandono” (1998: 109), si bien la cita está orientada a otro contexto analítico, es importante poner en acción la categoría de abandono, como práctica negativa del cuidado de la vida que en última instancia deja morir, ejemplos en Chile hay varios, quizás uno de mayor impacto estructural, obedece a la ausencia sistemática del cuidado de la vida de los niños por el Servicio Nacional de Menores⁶ (SENAME), organismo gubernamental que ostenta la lamentable estadística de 865 niños muertos (número que probablemente incremente con el trascurso de la investigación), abandono que refleja una serie de transgresiones a la vida de los niños en Chile. Este, no solo se expresa en falta de financiamiento en honor al cuidado siempre escaso de los recursos, también en la desprolijidad en la regulación del sistema productivo, ya se ha mencionado el caso de las empresas forestales, se podría incluir como ejemplo, el impacto negativo a la vida provocado por las empresas dedicadas a la explotación del salmón en el sur de Chile, o el sector industrial minero, en el cual quisiera detenerme brevemente. En octubre de 2011 se emitió un informe de la Secretaría de Salud, detallando que en la comuna de Puchuncaví catorce colegios de la zona “mostraban presencia de metales pesados como plomo, cadmio, níquel, arsénico y zinc” (El mostrador, 5 de julio, 2017), principalmente afectando a la comunidad escolar a través de la exposición al polvo tóxico y el aire, detallado en el oficio n° 1.448 de 2011, específica elementos altamente carcinógenos; afectando además otras complicaciones de salud: anemias, úlceras gastrointestinales, daños en la salud respiratoria y desarrollo neuropsicológico de los niños. Pese a la gravedad del informe, en la actualidad no se han realizado labores de limpieza industrial, tampoco se han tomado medidas de prevención sanitaria, implicando la exposición a riesgo de muerte, es decir, dejando morir.

Si bien, el análisis necropolítico de Achille Mbembe enlaza el contexto de la ocupación colonial con categorías de biopoder, estado de excepción y estado de sitio, marco analítico que excede el desarrollo de este trabajo, me parece aplicable el

6. Parte de este problema se puede observar en el reportaje del Centro de Investigación Periodística (CIPER) “Crece la lista de niños muertos en el SENAME. <http://ciperchile.cl/radar/crece-la-lista-de-ninos-muertos-del-sename/>

sustrato profundo de su análisis, el racismo, como categoría analítica que supera la corporalidad como grilla de estudio, condición estructural que se distribuye capilarmente en la sociedad y determina el lugar que ocupan estructuralmente las personas, definiendo “quién tiene importancia y quién no la tiene, quién está provisto de valor y puede ser fácilmente sustituible y quién no” (2011: 46) racismo como contradicción biopolítica al hacer posible la distribución de la muerte. En este sentido, me parece significativo el discurso del Banco Mundial respecto de las acciones sanitarias que deben garantizar los gobiernos. Si las acciones gubernamentales procuran sólo acciones de promoción y prevención la dispersión de la muerte se concentraría en los sectores más pobres de la población o con mayor grado de exposición a la vulnerabilidad, debido a que las acciones comunitarias en salud, sin el desarrollo de otras garantías sociales, son poco eficientes desde el punto de vista de su impacto. Si la tendencia global apunta a la dirección de cubrir las prestaciones esenciales, como detalla fríamente el Banco Mundial, la instalación del racismo operaría de facto como contradicción biopolítica.

En la última clase del curso dictado entre enero y mayo de 1976, conocido como “Defender la Sociedad”, Michel Foucault realiza un análisis extendido respecto del racismo, señalando que a través de él, se genera un corte entre aquello que debe vivir y lo que debe morir, el reverso positivo de la biopolítica, se observa interrumpido, a través del racismo, permitiendo una relación positiva de la muerte, la muerte del otro permite reafirmar la propia vida, facilitando la selección entre la vida privada de valor y aquella provista de él, “la raza, el racismo, son la condición que hace aceptable dar muerte en una sociedad de normalización” (Foucault, 2002: 231), claro está, que la condición aceptable de dar muerte no solo está orientada al derecho de espada, sino a la exposición a ella, como el caso de la comunidad educativa de los 14 colegios en la comuna de Puchuncaví, o la sobre probabilidad de muerte de la población mapuche que habita cerca de las empresas forestales.

En todos estos casos, la aleatoriedad de la muerte mantiene diálogo directo con la exclusión, diferenciando aquella vida que contiene valor que, en el contexto neoliberal actual, también diferencia de aquellas vidas que generan mayor productividad, en este caso personas con enfermedades crónicas, o aquellas que producto de su estado de salud no pueden trabajar en condiciones óptimas, están expuestas a la probabilidad de la aleatoriedad de la muerte. Racismo intersticial que deja vivir con mayor frecuen-

cia a los cuerpos productivos que, dado el nivel de desigualdad social son también los que contienen mayor inversión en educación, salud y residen en entornos con menor exposición a la contaminación.

Conclusiones

Considerando que el trabajo tiene la intención de develar la relación entre los lineamientos de Atención Primaria y las indicaciones del Banco Mundial en materia de salud, podemos concluir que las acciones de promoción y prevención permiten contextualizar las prácticas de salud considerando el territorio y las características particulares de la población beneficiaria, acciones que han permitido comprender al sujeto de forma compleja y no sólo como un mero portador de una enfermedad, sin embargo, la intención de lograr una salud integral a través de un modelo de salud familiar y comunitaria, es ineficiente si no se logran avances significativos para superar las brechas de desigualdad social que afectan a la sociedad chilena, brechas que se incrementan, al considerar que aquellas políticas sensibles para la comunidad, son consideradas de hecho como bienes de consumo y no como plataformas que permitan sostener adecuadamente el desarrollo de la vida.

La sustentabilidad de un ejercicio de derechos que incida en el bienestar humano, no es viable, si persiste la implementación de un Estado Subsidiario, que se abstrae en su rol garante-protector de la vida de la población, focalizando los beneficios en la población económicamente más pobre, esto, no sólo constituye una de las razones de la desigualdad en Chile, sino que además contribuye a diferenciar una salud para pobres y una salud para ricos. Salud para pobres principalmente orientada a acciones de promoción y prevención, lo cual sin duda ha permitido avanzar en democratizar las políticas de salud, debido a su componente comunitario-participativo, no obstante, debido a los problemas estructurales que determinan y deterioran la vida, las acciones de salud por sí solas, no contribuyen a generar garantías básicas para el cuidado de la vida. El acceso a prestaciones de mayor complejidad, principalmente ligadas a especialidades, debe también ser considerado un derecho y no estar mediada por la capacidad de pago o endeudamiento de la persona o grupo familiar.

Como se ha señalado de forma extensa en este documento, los lineamientos del Banco Mundial contribuyen a diferenciar y valorizar la vida según análisis económico de costo y beneficios; además inciden directamente en la forma como las sociedades en su conjunto a través del Estado permiten condiciones de solidaridad y cohesión social. El retroceso gradual de garantías básicas de existencia, permiten la emergencia de contradicciones biopolíticas, en el sentido que las políticas para fortalecer y potenciar la vida, se han visto mermadas por la gubernamentalización del Estado que, a través del ejercicio neoliberal en última instancia hace vivir y deja morir. Desprolijidad y ausencia de garantías sociales que impiden el desarrollo íntegro de la vida, dejar morir que opera de hecho en la ausencia de regulación económico-productiva, lo que ha significado que la aleatoriedad de la muerte concentre su dispersión en aquellos cuerpos expuestos a la transgresión y vulneración. Como se ha señalado, consideramos que no existe una práctica tanatológica o necropolítica como maquinaria de muerte, consciente y dependiente de la arbitrariedad de un poder soberano, sino por el contrario, opera como desprolijidad a través de la mano invisible del mercado, específicamente cuando su capacidad de autoregulación falla. La exposición a la muerte, como política racista que deja morir, constituye un nuevo estadio en la selección de los cuerpos, los cuales, dependiendo de su valor, están expuestos en mayor o menor medida a la protección y cuidado, según análisis protocolizado de costos y beneficios.

Referencias Bibliográficas

- Agamben, G.** 2010. *Homo Sacer*. Valencia: Pre-Textos.
- Almeida Filho, N.** 2006. *Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva. Evaluación de conceptos y aplicaciones*. En *Revista Salud Colectiva*, Vol. 2, N° 2, pág. 123-146.
- Banco Mundial.** 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Banco Mundial.
- Banco Mundial.** 1998. *La larga marcha: una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.
- Behm, H.** 2011. *Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina*. En *Revista Salud Colectiva*. Vol. 7, N°2. Pág. 231-253.
- Breilh, J.** 2010. *La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano*. En *Revista Salud Colectiva*. Vol. 6, N° 1, pág. 83-101.
- Cueto, M.** 2005. *Instituciones sanitarias y poder en América Latina*. En *Revista Dynamis*, N° 25. Pág. 49-57.
- Cuyul, A.** 2013. *La política de salud chilena y el pueblo mapuche: entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud*. Vol. 7, N° 14, pág. 21-23.
- Foucault, M.** 1966. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M.** 2002. *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frenz, P.** 2005. *Desafíos en salud pública de la Reforma: equidad y determinantes sociales de la salud*. En *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 9, N° 2, pág. 103-110.
- Hasen, F.** 2012. *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*. En *Revista Ciencia y Enfermería*. Vol. 18, N° 3, pág. 17-24.
- Hidalgo, Á; Corugedo, I; y del Llano, J.** 2001. *Economía de la salud*. Madrid: Pirámide.

- Huertas, R.** 1998. *Neoliberalismo y políticas de salud*. España: el viejo topo.
- Ibacache, J; Leighton, A.** 2005. *Salud colectiva: Un modelo de atención de salud contextualizado*. Departamento de salud de Chiloé, Chile.
- Illanes, A.** 2010. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia: historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Liborio, M.** 2013. *¿Por qué hablar de salud colectiva?* En *Revista Médica del Rosario*. Vol. 79, Nº 3, pág. 136-141.
- Matus, C.** 1998. *Adiós señor presidente*. Santiago: Lom.
- Mbembe, A.** 2011. *Necropolítica*. España: Melusina.
- Merino, C; Torres, M.** 2015. *Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile*. En *Revista Ciencia y Enfermería*. Vol. 21, Nº1. Pág. 115-125.
- Merino, C.** 2016. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998*. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos.
- Ministerio de Salud.** 2005. *Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales en salud*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud.** 2006. *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud.** 2008. *Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud.** 2008. *En el camino a centro de salud familiar*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud.** 2009. *Insumos para un plan de fortalecimiento desde el sector salud: perspectiva de los principales actores ministeriales*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud.** 2010. *Objetivos nacionales de salud: Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud*. Santiago: Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud.** 2017. *Orientaciones para la planificación y orientación en red.* Santiago: Gobierno de Chile.
- Montoya-Aguilar, C.** 2013. *La salud dividida: Chile 1990-2010 ideología, debates y decisiones acerca de la salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación.* Santiago: Ceibo.
- Moulián, T.** 2002. *Chile actual: anatomía de un mito.* Santiago: LOM.
- Salazar, G; Pinto, J.** 2002. *Historia contemporánea de Chile III, La economía: mercados, empresarios y trabajadores.* Santiago: Lom.
- Spinelli, H.** 2010. *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina.* En Revista Salud Colectiva, Vol. 6, N° 3, pág. 275-293.
- Tapia, J.** 2005. *Economía y mortalidad en las ciencias sociales: del renacimiento a las ideas sobre la transición demográfica.* En Revista Salud Colectiva. Vol. 1, N°3. Pág. 285-308.

