

Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud

Technologies, episteme and subjectification in a regime of health guarantees

Jorge Castillo-Sepúlveda, Marjorie Espejo, Jorge Tapia, Miguel Catalán, José Toro, Mariana Gálvez

Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

*jorge.castillo.s@usach.cl

Recibido: 27-febrero-2017

Aceptado: 20-octubre-2017

RESUMEN

Analizamos la gubernamentalidad emergente en la última reforma en salud en Chile: el Régimen de Garantías Explícitas. Esta modalidad de gobierno articula esquemas de legitimación de conocimiento y priorización de acciones biomédicas orientados por la Medicina Basada-en-la-Evidencia y otros criterios, reorientando las actividades de gobierno para redefinir el status algunas funciones biológicas. Hemos definido como biogubernamentalidad al campo de posibilidades que promueve la articulación entre biomedicina y procesos de gobierno. Para el análisis propuesto, empleamos recursos de la teoría del actor-red, dando cuenta de los procesos de enactment en la articulación del régimen. Esto, a partir del despliegue de etnografías focalizadas en diversos niveles del entramado asistencial público y privado, y realización de entrevistas a expertos diseñadores y profesionales. Los análisis dan cuenta de objetos tecnológicos (priorizadores, guías de práctica clínica, canastas de prestaciones, sistemas informáticos) y epistémicos (entramados de priorización, regímenes de aceleración y somatocracia) que producen un modo específico de subjetivación somática, que reconfigura al sujeto como un espacio de gobierno basado en órganos y fisiología corporal.

Palabras clave: biopolítica, gubernamentalidad, Régimen de Garantías Explícitas en Salud, Teoría del Actor-Red

ABSTRACT

We analyze the emerging governmentality in the last health reform in Chile: the Regime of Explicit Guarantees in Health. This form of government interweaves schemes of knowledge legitimization and biomedical actions prioritization guided by Evidence-Based Medicine and other criteria, reorienting the activities of government to redefine the status some biological functions. We have defined as biogovernmentality the field of possibilities that promotes the articulation between biomedicine and processes of government. For the analysis proposed, we employ resources from actor-network theory, the account of the processes of enactment in the articulation of the regime. This, after the deployment of focused ethnographies at various levels of public and private health services, and interviews with expert designers and professionals. The analysis expresses technological objects (*prioritizers*, clinical practice guidelines, benefit packages, computer systems) and epistemic things (prioritization interweaves, acceleration regimes and somatocracy) that produce a specific mode of somatic subjectification, which reconfigures the subject as a space of government based on organs and body physiology.

Keywords: Actor-Network Theory, biopolitics, Explicit Guarantees in Health Regime, governmentality

Financiamiento: Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, FONDECYT Nº 11140590.

Cómo citar este artículo: Castillo-Sepúlveda, J., Espejo, M., Tapia, J., Catalán, M., Toro, J., Gálvez, M. (2017). Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud. *Psicoperspectivas*, 16(3), 6-16. <https://dx.org/10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1069>



Publicado bajo licencia Creative Commons Atribución 4.0 Int. (CC BY 4.0)

Para diversos autores (Foucault, 1976; Rabinow, 2005; Rose, 2007), si existe una manera de caracterizar la contemporaneidad, esta debiera contemplar las transformaciones que han experimentado las ciencias de la vida y su relación con la implementación de nuevos regímenes de gobierno. Disciplinas como la biología y la medicina han envuelto gran parte de las comprensiones sobre lo viviente, al punto de constituirse como importantes instrumentos de socialización y conducción política. En décadas recientes, el surgimiento de la biomedicina y la Medicina Basada-en-la-Evidencia, han inscrito nuevas racionalidades en la actividad médica y la gestión gubernamental en salud, con implicancias en la redefinición de prioridades biopolíticas¹ y la realización de la corporalidad (Cambrosio, Keating, Schlich, & Weisz, 2009; Rabinow, & Rose, 2006; Timmermans, & Berg, 2003).

En este trabajo analizamos la emergencia de un modo de gobierno que forma parte de las últimas reformas en salud intencionadas para los países en desarrollo (Banco Mundial, 1993), que se proyecta como ejemplo de planificación para la política-biológica en Latinoamérica: el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile [GES] (Lenz, 2007; Quezada, 2012). Tal régimen consiste en una fórmula biopolítica *en su propio género*, para atender a un cúmulo determinado de patologías en los sistemas público y privado de salud, redefiniendo sus trayectorias y temporalidades. De modo específico, describimos cómo el régimen se configura no solo como un recurso legal, sino también como un asunto epistémico y tecnológico, es decir, como el logro estratégico y contingente de conocimientos definidos como legítimos, y el ensamblaje de relaciones heterogéneas, que articula equipos y relaciones humanas, estabilizando visiones sobre cómo somos y cómo debemos organizarnos y gestionarnos los seres humanos (Latour, 2008).

Para el análisis, nos basamos en elementos desarrollados por el campo de los estudios sociales de ciencia y tecnología [*Science and Technology Studies* o STS], específicamente, desde la denominada teoría del actor-red. Estos nos permiten establecer cómo componentes tanto sociales como técnicos participan de un modo de gubernamentalidad biológica, con efectos en la composición de la corporalidad y la subjetividad.

Un régimen de garantías en salud

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966, 2004)² es un componente fundamental de la última reforma en salud en Chile, implementada a mediados de

la década 2000. Se asocia a una serie de indicaciones formuladas por el Banco Mundial (1993), que establecieron la necesidad de “La adopción generalizada del conjunto mínimo de servicios clínicos” (p. 121), basándose en “la eficacia relativa de las intervenciones en función de los costos, la dimensión y distribución de los problemas de salud que aquejan a la población, y los recursos disponibles” (p. 115). Para ello, debía promoverse la diversidad en el financiamiento de las prestaciones de salud, fomentando “la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios” (p. iii).

Tales orientaciones implicaron la reformulación de diversos sistemas de salud en la región latinoamericana, adoptando en muchos casos la priorización o bien de tecnologías, o bien de problemas de salud (Atun et al., 2015). En el caso de Chile, se formularon cuatro garantías para enfermedades priorizadas (Olavarría Gambi, 2012), que cubren diagnósticos e intervenciones en personas que cumplen con una serie de indicadores que puedan ser verificados según sistemas de juicios estipulados por regulaciones y guías clínicas (Ministerio de Salud, 2015).

En primer lugar, la *Garantía de Acceso*, formula la obligación de los servicios de salud públicos y privados de prestar atención a un listado priorizado de problemas de salud, configurados por criterios de índole biomédica, orientados por la EBM. En segundo lugar, la *Garantía de Oportunidad*, establece un tiempo máximo para determinadas prestaciones en cada cuadro cubierto por la primera garantía, implicando la posibilidad de reclamar o demandar ante el prestador o la Superintendencia de Salud si tal condición no se cumple, así como integrar prestaciones privadas en servicios públicos cuando el período de atención no es respetado. La *Garantía de Calidad*, implica una serie de condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios biomédicos. Finalmente, la *Garantía de Protección Financiera*, pre-establece un co-pago máximo tanto para afiliados al sistema privado como público de salud, según segmentos socio-económicos, con un límite del 20% (Beltrán, 2013).

El régimen GES comienza a implementarse progresivamente a partir de distintos escenarios de prueba o “piloto” y a regir el 1 de julio de 2005, congregando criterios para abordar 25 problemas de salud, que fueron ampliados a 40 en 2006, a 56 en 2007, 69 en 2010 y 80 en 2013 (Escobar, 2013). Su vigencia es de tres años, período tras el cual pueden actualizarse (Ley 19.966, 2004).

¹Para el examen e intervención sobre los procesos de salud poblacional (Foucault, 2002).

²También conocido como AUGE o de Acceso Universal de Garantías Explícitas. Esta denominación se ha reemplazado por GES al no cumplirse el carácter de “accesibilidad universal”.

De la biopolítica a la biogubernamentalidad

El régimen GES interviene directamente en la organización de la biología poblacional. En tal sentido, constituye un caso particular de lo que Foucault (2002; 2007) denominó como *biopolítica*, en el entendido del estudio e intervención sobre las regularidades de la vida biológica. Este concepto sirvió transitoriamente para describir aquellas formas de poder que inscriben el campo de lo viviente en la política estatal. Sin embargo, el mismo Foucault reconocería que este poder se encontraría envuelto por una “grilla de inteligibilidad” mayor, de las relaciones de poder en su conjunto (Castro-Gómez, 2010). Foucault (2006) denomina este marco de racionalidad política en el cual las instancias y regularidades de la vida son un componente más, como *gubernamentalidad*. Para él, la gubernamentalidad es una forma política que opera como *condición empírica de posibilidad* para el biopoder y otras manifestaciones políticas que cobran sentido en las tecnologías liberales emergentes desde el siglo XIX³.

Ha sido Rose (Rose, 2007) quien, a partir de sus trabajos sobre las formas contemporáneas de gubernamentalidad, ha planteado la idea de *biogobierno* para dar cuenta de un nuevo campo político centrado en las potencialidades de la biomedicina para redefinir la normalidad de la salud. Denomina como *ethopolítica* la modalidad en que los sujetos “se juzgan y actúan sobre sí para volverse mejores de lo que son” (2007, p. 27) a partir de criterios expertos. Se trata de nuevos procesos de subjetivación que elaboran “individuos somáticos”, seres cuya individualidad se funda en la existencia carnal, y se experimentan, juzgan y evalúan a sí mismos y su propia normalidad-anormalidad en base al lenguaje biomédico (Novas, & Rose, 2000).

De acuerdo a Timmermans (Timmermans, & Berg, 2003), uno de los procesos más relevantes de articulación de la gramática biomédica, remite al movimiento de la Medicina Basada-en-la-Evidencia [*Evidence-Based Medicine* o EBM]. Esta, consiste en el uso consciente y explícito de la mejor evidencia disponible en la elaboración de recomendaciones clínicas, que constituyen nuevos códigos de interpretación y criterios de objetividad basada en regulaciones (Cambrosio et al., 2009; Claridge, & Fabian, 2005). En la práctica, esto se traduce en el uso masivo de protocolos o guías de práctica clínica que diseminan conocimientos y técnicas sobre las enfermedades (Timmermans, & Berg, 2003). La EBM ha impregnado diversos ámbitos empíricos, haciéndose parte de un modo de pensar, orientar y definir formas apropiadas y legítimas de acción (Behague,

Tawiah, Rosato, Some, & Morrison, 2009; Gouge, 2016; Storeng, & Béhague, 2014).

La EBM crea un nuevo ambiente normativo para la reflexión e intervención sobre los procesos de la vida. Nombramos como *gubernamentalidad biomédica* (o *biogubernamentalidad*) este proceso, haciendo referencia tanto a la noción de biogobierno de Rose (2007), como a la gubernamentalidad foucaultiana. Esta integraría elementos de índole epistemológica, es decir, concepciones sobre modos adecuados de conocimiento sobre los objetos gobernados –sociedad, población, economía–, condicionados por las formas de saber de la biomedicina, particularmente de la EBM. Y, asimismo, implicaría la producción de tecnologías, en el sentido de ensamblajes de diversa naturaleza que estabilizan ciertas relaciones sociales y materiales (Latour, 2001), orientadas a descifrar y proveer mejores condiciones de vida, generando cánones con la potencialidad de establecer y redefinir los aspectos normales y anormales de un cuerpo o una población. Tales aspectos promoverían nuevos modos de subjetivación fundados en supuestos y técnicas específicas.

“La tecnología es la sociedad hecha para que dure”: la Teoría del Actor-Red

Para el estudio de los procesos de gobierno, se hace necesario atender tanto a la naturaleza o modo de ejercicio del poder, como a los mecanismos por los cuales este se despliega y/o adquiere una relativa estabilidad. Y, sobre todo, a cómo ello se vincula con los procesos de producción y legitimación de conocimiento (Foucault, 2007; Law, 1994; Miller, & Rose, 2008). Ambos aspectos son inscritos en lo que la teoría del actor-red [*Actor-Network Theory* o ANT] concibe como *tecnología*. De acuerdo a esta perspectiva, la tecnología corresponde al momento en que se elabora un ensamblaje social y material que gana estabilidad, alineando humanos y no humanos. De hecho, lo social, no corresponde a una cosa homogénea, ni al ejercicio de un vínculo entre humanos, sino a asociaciones sucesivas entre elementos heterogéneos, que ofrecen la posibilidad de mantener la sociedad unida como una totalidad duradera (Latour, 2008)⁴. De ahí la fórmula de Latour (1991): “La tecnología es la sociedad hecha para que dure”.

Según Law (1999), “la teoría del actor-red puede ser comprendida como una semiótica de la materialidad” (p. 4), es decir, un ejercicio de descripción del despliegue de asociaciones entre entidades y de cómo éstas se producen recíprocamente. La agencia, propiedad tradicionalmente vinculada al sujeto, es separada de

³ De acuerdo a Castro-Gómez (2010), el cambio fundamental de la concepción de biopolítica a la de gubernamentalidad se debe desplazamiento por el cual el “poder” comienza a ser pensado

en términos de “gobierno”.

⁴ Por ello, Latour (2001), uno de los principales difusores de esta perspectiva, prefiere hablar de colectivo.

cualquier ontología y considerada como un efecto o producto emergente en madejas de relaciones. Los actores son un efecto semiótico, es decir, relacional. Por ello, esta perspectiva opta por hablar de actantes, evadiendo la connotación privativamente humana de la acción (Latour, 1990).

Para la ANT, un acto fundamental en la estabilización de relaciones entre actantes remite a la posibilidad de comprometer programas heterogéneos en un flujo de acción (Latour, 2001). Callon (1984) denomina aquello como *traducción*, implicando una manera de comprender las relaciones de poder. Su estudio conlleva describir cómo se define a los actantes, se les asocia y simultáneamente obliga a permanecer fieles. De tal modo, cualquier ordenamiento –vinculado al poder– implica la formación de una alianza que interprete, transforme o traduzca los intereses de los diversos elementos involucrados (Latour, 1992).

Para la ANT, la esencia de lo técnico implica la acción de *mediar* entre entidades, estableciendo relaciones que perduran en el tiempo-espacio. Un mediador puede ser cualquier actante que redefine el curso de acción (Latour, 2001). La *mediación*, puede referir a la señalada *traducción*, cuando las entidades en relación adquieren propiedades de las otras, pudiendo modificar también sus intereses y programas. Así también, puede hacer referencia a una *composición*, que es la emergencia de nuevas prácticas cuando se enlazan actantes heterogéneos. Tercero, puede implicar una *cajanegrización*, que es el efecto de hacer invisibles para un observador común y corriente los aspectos que componen un proceso complejo. Finalmente, puede constituir una *delegación*, que implica el desplazamiento de acciones comúnmente sociales, a una materialidad distinta (Latour, 2001).

Tales operaciones articulan conocimiento y técnica. Conocer no implica representar, sino traducir relaciones entre objetos, sustancias, técnicas, intereses; involucra negociar, persuadir o ejercer violencia para lograr adherir y reorganizar a otros actores y lograr tejer una red. La epistemología, implica no solo reconocer la legitimidad de ciertos enunciados sino también indagar en sus prácticas de legitimación, considerando que lo legal-epistémico es un logro político y técnico (Latour, 1992; Latour, & Woolgar, 1995).

En el léxico creado por los adherentes a esta perspectiva, uno de los recursos más empleados en el último tiempo, especialmente en el estudio de campos empíricos

biomédicos, remite al de *enactment*⁵. Puesto en uso por Mol (2002) en su estudio sobre los modos en que se pone en práctica la arteriosclerosis en ámbitos hospitalarios, ha permitido dar cuenta de las relaciones íntimas que existen entre el despliegue de actividades (humanas o no) y la producción de ciertos objetos o entidades de referencia. A través del enactment se crea la naturaleza de ciertos agentes. Nociones como *ontología múltiple* y *ontología política*, destacan cómo las entidades (humanas o no humanas) no son dadas ni son precedidas de las prácticas mundanas con las que se interactúa; “lo real” se encuentra implicado con “lo político”, y viceversa (Mol, 1999). Las mismas relaciones entre salud-enfermedad, normal-patológico, o inclusive la subjetividad, son producto de ensamblajes socio-materiales que componen progresivamente modos y posibilidades de acción (Latour, 2004; Leal Ferreira, 2011).

Para esta aproximación, la subjetivación puede ser considerada como el nombre que puede concederse a los efectos de composición de prácticas y relaciones que se esfuerzan por transformar o configurar un modo de ser humano, y que éste sea capaz de constituirse a sí mismo como sujeto de sus propias prácticas (Leal Ferreira, 2011). La subjetividad es un logro, un ensamblaje entre entidades heterogéneas.

Método

Con el propósito articular el análisis, recurrimos a dos propuestas alternativas para el estudio de la gubernamentalidad: una elaborada por Miller, & Rose (2008) y otra por Energici (2016). Integramos ambas a partir de las nociones de “asuntos epistémicos” y “objetos tecnológicos” elaboradas por Rheinberger (1992).

Para Miller y Rose (2008) la gubernamentalidad implica, primero, la elaboración de un *ámbito discursivo* constitutivo de un campo a ser gobernado, esto es, que refleje las racionalidades, programas o ámbitos de representación de un ámbito problemático que requiere ser espacio de gobierno; y, segundo, del *campo tecnológico*, que implica la constitución de entramados de procedimientos que crean procesos de influencia, permitiendo intervenir en el ámbito de representación.

La propuesta de Energici (2016), en tanto, refiere al

⁵La palabra inglesa *enact* admite diversas traducciones al castellano, tales como actuar, ejecutar, realizar y, en el contexto normativo, promulgar. Dado que, para este ámbito de estudios

significa todo eso al mismo tiempo, preferimos utilizar el anglicismo en lugar de su traducción.

campo de las *regularidades* y la *subjetivación*. Sobre el primero, los mecanismos de regulación consisten en la creación de procedimientos e instrumentos sobre la población que permiten tanto estudiarla (cálculos epidemiológicos, estimaciones estadísticas) como intervenirla (por ejemplo, políticas de salud). En estos mecanismos, “los individuos son objetivados: son cuantificados, clasificados y categorizados para diversos fines” (2016, p. 36). La subjetivación, en tanto, remite a la creación de un espacio de interioridad en que participa el mismo sujeto “en el acto de reconocerse y actuar según una norma, ley, código o prescripción. La norma crea el espacio privado, la esfera íntima del *self*” (2016, p. 34).

Estas perspectivas sitúan dos campos de análisis diferenciados: el de la problematización e intervención (Miller, & Rose, 2008), y el de la regulación y la subjetivación (Energici, 2016). Creemos que ambas grillas analíticas pueden complementarse, si integramos un recurso analítico relativamente olvidado en el ámbito de los STS. Nos referimos a las nociones de “*asuntos epistémicos*” (*epistemic things*)⁶ y “*objetos tecnológicos*” (*technological objects*) planteadas por Rheinberger (1992).

La idea de “asunto epistémico” hace referencia a aquellos elementos o entidades de conocimiento que se definen por su status de constante problematización, siendo dependientes de rutinas de indagación, que los producen y sin las cuales no podrían ser perfilados. Se reconocen por su indeterminación y posibilidad de constante apertura. Por su parte, los “objetos tecnológicos” tienen un carácter discreto, siendo aquellos instrumentos, aparatos y dispositivos concretos que posibilitan y al mismo tiempo dan forma y confinan la evaluación de los asuntos epistémicos. Su cualidad es dar estabilidad a aquellos asuntos.

Nuestra forma radica en que los asuntos epistémicos y los objetos tecnológicos permiten enlazar tanto la producción de los espacios problemáticos y de subjetivación, como el de las tecnologías y regulaciones. Es decir, si atendemos a las cualidades de los primeros, estos concentran todas las características de un discurso, un ámbito de representación, o un espacio de problematización que puede derivar en la constitución normas que problematice reiteradamente al individuo y a éste consigo mismo. Por su parte, los objetos tecnológicos, remiten a los medios por los cuales lo anterior adquiere estabilidad, haciendo referencia, por

ejemplo, tanto a mecanismos de regulación poblacional como a tecnologías tal y como han sido definidas anteriormente. Lo principal, es que ambos procesos permiten organizar recursos gubernamentales que pueden enlazarse al mismo tiempo a procesos de problematización-subjetivación, y a la regulación-tecnologización.

De acuerdo a lo anterior, nos preguntamos por las realidades u ontologías que son *enactadas* a partir de tales ordenamientos, considerando una serie de elementos empíricos elaborados a partir de un estudio de caso (Simons, 2011) desarrollado en la ciudad de Santiago de Chile, desde noviembre de 2014. En este, hemos considerado los discursos y espacios de diseño, evaluación y actualización del GES, así como sus ámbitos de implementación. De modo concreto, hemos implementado un diseño etnográfico focalizado (Knoblauch, 2005) para la observación de espacios de diseño, actualización y puesta en práctica del régimen.

Hemos realizado un total de 33 entrevistas, expertos diseñadores [n = 8, ED] vinculados al diseño y actualización de las Garantías Explícitas en Salud, y a profesionales [n = 25, PR] cuyas labores se relacionan con la implementación de dichas garantías en sus respectivas instituciones de salud, integrando referentes tanto públicos (n = 18), privados (n = 5) y mixtos (n = 2). Empleamos pseudónimos o referencias generales a sus roles para velar por la confidencialidad de la información entregada.

Respecto a las observaciones etnográficas, hemos obtenido autorización de cuatro comités de investigación para la realización de observaciones participantes. Se ha efectuado un total de 25 observaciones participantes en: (a) Ministerio de Salud (cuatro observaciones, en reuniones de actualización de GPC y espacios cotidianos de trabajo); (b) Instituto Nacional del Cáncer (seis observaciones, en sectores de tránsito y tramitación de procedimientos administrativos); (c) Hospital San Juan de Dios (diez observaciones, en Unidad GES, Unidad SIGGES, reuniones clínicas, atenciones clínicas y mesones de atención); (d) CESFAM Laurita Vicuña (cinco observaciones, en mesón de atención y Oficina SIGGES).

Asimismo, hemos considerado la revisión de la historia de la Ley 19.966, la misma Ley, las leyes, reglamentos y decretos relativos, y estudios de priorización disponibles en la web y entregados por expertos.

⁶Hemos traducido *things* como “asuntos” en lugar de “cosas”, considerando la intencionalidad del término.

Resultados

Tecnologías y asuntos epistémicos de las garantías

De acuerdo a lo anterior, analizamos la expresión de la biogubernamentalidad a través de su composición tecnológica y epistémica.

Objetos tecnológicos

Queremos destacar tres componentes importantes en la producción de estabilidad biogubernamental en el GES. Nos referimos a las entidades que participan en la confección de un listado de prioridades biomédicas –priorizadores–, la orientación de actividades clínicas –Guías de Práctica Clínica (GPC) y las Canastas de Prestaciones (CdP)–, y la regulación de las prestaciones y temporalidades –SIGGES.

Priorizadores. Desde un repertorio legal, el régimen se encuentra configurado por proposiciones que condicionan actores y relaciones. El Decreto 121, que norma la elaboración de las garantías, establece que éstas son un efecto de prácticas especializadas de investigación, producto de tipos de instrumentos específicos:

‘Para la elaboración de la propuesta de las Garantías, se desarrollarán estudios o se utilizarán los existentes, con el objeto de determinar un listado de prioridades en salud, esto es, la enumeración jerarquizada de los problemas de salud y las intervenciones asociadas a su resolución (...) Finalmente se llevarán a cabo, cuando sea posible, los estudios que permitan establecer la relación de costo-efectividad de las intervenciones que correspondan los problemas de salud, que resulten de los estudios antes indicados.’ (Ministerio de Salud, 2005, Artículo 7)

El propósito de tales estudios es la determinación del listado de prioridades biológicas articulables a prestaciones y diversos procedimientos técnicos. Sin embargo, el decurso específico por el cual desarrollar estas prácticas no se encuentra regulado: requiere de la elaboración de objetos que permitan otorgar estabilidad a ciertos conceptos y supuestos que participarán de la toma de decisiones sobre qué priorizar, de qué modo intervenir, con qué frecuencia y según qué temporalidades. Es decir, se requiere de la mediación de elementos técnicos. Como da cuenta un experto respecto a la noción misma de salud:

‘Ahora, nos tenemos que poner de acuerdo cómo la medimos. En análisis de costo-efectividad habitualmente la medimos como años de vida ajustados por calidad: QALY, Quality- Adjusted Life Year. Otros, como en la OMS, han sugerido ocupar el DALY, el Disability-Adjusted Life Year: el año de vida

ajustado por discapacidad o AVISA. Otra posibilidad es ocupar años de vida. Nos parece... los economistas de la salud en general en el mundo han venido alimentándose por el tema de psicología, o sea, el año de vida ajustado por calidad se ha construido en una comunicación entre varios científicos sociales fundamentalmente por el trabajo de psicólogos de la salud, y eso en algún momento se unió con toda la teoría del bienestar de los economistas...’ (Íñigo, ED, comunicación personal, 17 de agosto, 2015)

El Estudio de Carga de Enfermedad sirve como primer elemento para la priorización. Este refiere a la producción de un listado jerarquizado de enfermedades usando la señalada estimación de AVISA (o DALY), que refieren a la consideración de los años de vida que son perdidos por un muerte prematura o condición que genera discapacidad atribuible a cada patología o factor de riesgo (Gobierno de Chile, 2008). Posteriormente, el listado es puesto en relación a indicadores económicos, estimándose el efecto probable de una técnica específica sobre la longevidad poblacional. Tal articulación *compone* nuevas posibilidades de reflexión en los expertos, haciendo manipulable la relación entre financiamiento técnico biomédico y años de vida.

Los índices creados traducen los intereses teóricos, técnicos y económicos sobre el cuidado de la salud poblacional. La economía médica deja de ser un campo de estudios aséptico y deviene como un campo eminentemente biopolítico. Dichos índices permiten reducir la complejidad sobre cuestiones tan heterogéneas como las proyecciones de vida, subjetividad, calidad vital, impacto de enfermedad, coste de tecnologías, disponibilidad de recursos económicos. Los índices reemplazan estos aspectos y crean objetos con los cuales formular nuevas proposiciones.

Otro estudio, el de “Preferencias Sociales”, consiste en reportes que sintetizan la indagación muestral cualitativa sobre opciones poblacionales de qué financiar por el régimen (por ejemplo, Departamento de Epidemiología, 2008). Estos, se articulan a los anteriores índices, contando con la posibilidad de influir en la redefinición de la jerarquización.

Todos estos aspectos median los discursos, supuestos y complejos esquemas de interpretación cuantitativa y cualitativa para definir las enfermedades que forman parte del régimen. Si bien su significado puede encontrarse relativamente oculto para un no-experto (consisten en cajas negras), estos se articulan a proposiciones que se distribuyen en diversos escenarios componiendo gran parte de la legitimidad de la priorización.

Con la noción de *priorizadores* damos cuenta de la

mediación ejercida por índices cuantitativos y reportes cualitativos en la configuración de una las enfermedades cubiertas por el régimen. La complejidad de los procesos biológicos poblacionales es traducida en un cúmulo limitado de indicadores que permiten convertir la biopolítica en un objeto maleable. Estos hacen posible visibilizar dimensiones, procesos o aspectos problemáticos, y al mismo tiempo los transformarlos en entidades articulables a otras proposiciones. Su cualidad es convertir aspectos problemáticos en elementos sencillos, factibles de ser introducidos en conversaciones y negociaciones necesarias para priorizar, contando con la posibilidad de transformar los posicionamientos de actores y amplificando las capacidades de comprensión y acción. Los priorizadores enactan dimensiones biológicas poblacionales y las convierten en objetos manipulables.

Guías de Práctica Clínica (GPC) y Canastas de Prestaciones (CdP). Las GPC y CdP articulan proposiciones sobre temporalidades y actividades, respondiendo al efecto de estandarización de tratamientos al que insta el régimen. Constituyen proposiciones que ofrecen la oportunidad para que determinados actantes (técnicas, exámenes, juicios protocolarizados) formen parte de las trayectorias de enfermedad.

‘Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.’ (Subsecretaría de Salud Pública, 2014, p. 8)

Las GPC organizan la evidencia disponible respecto a diversas acciones y las jerarquizan según su calidad (de acuerdo a criterios preestablecidos, expuestos en tablas), formulando desenlaces u *outcomes* sugeridos en cada caso. Estas elaboran algoritmos y responden a situaciones participan en el enactment de ciertas trayectorias para determinados problemas de salud, en tanto promueven ciertas decisiones por sobre otras, influyendo en cómo es pensada la enfermedad. Las GPC son tecnologías de delegación de modos de pensamiento sobre la enfermedad, mediando la actividad clínica local.

Sin embargo, es en su interacción con otras tecnologías, como las CdP, que inciden sobre qué actividades son puestas en marcha ante cada ingreso al régimen. Estas canastas son listados de elementos y procedimientos, tales como técnicas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, fármacos o implementos básicos para la realización de actividades complejas, que se encuentran a disposición para cada problema de salud priorizado:

‘Entonces, a partir de la guía, que se supone que es toda la revisión de la evidencia sobre esta patología, se desprenden después las canastas, ¿No cierto? Que es lo que garantiza el Estado, en el fondo, para estos pacientes, pero que se desprende de esto más amplio que es la guía de práctica clínica, que es la evidencia que está disponible para este tratamiento. Entonces, una vez que está lista, después con los grupos especialistas también, generalmente, son los mismos más FONASA, más otros actores, se elaboran las canastas, para así asegurarnos de que ninguna cosa que esté en la canasta no sea nombrada, en el fondo, que ninguna cosa que esté en la canasta no tenga la evidencia para ser puesta en la guía.’ (Israel, ED, comunicación personal, 7 de julio, 2015)

Las GPC y CdP participan en el enactment de las trayectorias de enfermedad, es decir, forman parte de su semántica material. Ello se articula a otros sistemas o infraestructuras, como el SIGGES.

SIGGES. Quizás la tecnología más evidente remita al SIGGES (Sistema de Información para la gestión de Garantías Explícitas en Salud), plataforma informática que registra y pone a disposición consultas de diversa índole en relación a las garantías, priorizaciones, canastas y GPC. Además de las funciones de registro de prestaciones (activación de CdP), este sistema enacta urgencias, en el sentido de generar avisos programados de incumplimiento de la garantía de oportunidad, organizando la realidad material del tiempo de las atenciones, y participando en el ensamblaje progresivo de las prestaciones que formulan la trayectoria de cada caso ingresado a través de una sospecha inicial o un diagnóstico:

... ‘Tenemos que estar nosotros llamando por teléfono al paciente para que vengan a buscar sus fármacos, y todo eso a través de monitorización. Yo monitoreo eso, la página del SIGGES, donde tengo reportes diarios de todo lo que se ingrese y de todo lo que se va a vencer, entonces yo voy sacando reportes diarios y voy cumpliendo las garantías eh, porque no se nos puede vencer ninguna, bajo ninguna circunstancia’. (Lorena, PR, comunicación personal, 7 de junio, 2016)

El SIGGES y las diversas tecnologías que forman parte del régimen permiten generar una estabilidad relativa respecto a los distintos significados, criterios y trayectorias que constituyen cada proceso de enfermedad GES. La articulación de tales infraestructuras habilita que los argumentos de la priorización, así como las técnicas y temporalidades prescritas, puedan sostenerse en diversos contextos. Sin embargo, como veremos, la delegación tecnológica no implica necesariamente la clausura de las controversias y, asimismo, conlleva implicancias ontológicas y políticas.

Asuntos epistémicos

Pese a que los objetos tecnológicos otorgan visibilidad y estabilidad a ciertos eventos biológicos, para ser priorizados y regulados, no logran clausurar los aspectos problemáticos y sujetos a variabilidad implicados en el régimen. Queremos dar cuenta de ello a través de tres procesos. El primero, hace referencia a la composición heterogénea, contingente y sensible de la priorización. De modo distinto a lo que podría suponerse, la gestión gubernamental de prioridades biológicas obedece a aspectos de diversa naturaleza y no únicamente a la producción de evidencia. El segundo, remite a la constitución del mismo régimen como un vector que reorganiza la velocidad de las prácticas que enactan las trayectorias de enfermedad. Se formula un régimen biológico diferenciado para aquellas condiciones, cuyo principal componente es el tiempo. Finalmente, sintetizamos lo anterior a partir de la consideración del enactment corporal que constituye el régimen. Denominamos aquello como somatocracia.

Entramados de priorización. La evidencia participa del enactment de prioridades biopolíticas, que hace más o menos probable que ciertas prácticas sean parte del régimen. Por ejemplo, como se expresa en la siguiente nota de campo de una reunión de actualización de una GPC:

‘La siguiente pregunta podría sintetizarse como la recomendación o no de una endoprótesis de cadera cuando se ha confirmado demencia como comorbilidad. El profesional traumatólogo del sector público señala que para determinar aquello aplica un test llamado Mini Mental⁷. El profesional del sector privado rápidamente asiente. La asesora metodológica recuerda que la pregunta fue integrada en consideración de la evidencia disponible: pese a que una persona cumpla con los criterios fisiológicos para acceder a la garantía, el deterioro cognitivo es un elemento que incide de manera negativa en la efectividad a largo plazo de la intervención. El outcome se define como ‘No es recomendable’. Asimismo, se integra la recomendación de la exclusión de pacientes con cuadros asociados’. (Nota de campo, Sesión de Actualización GPC 1, 20 de mayo, 2015)

Sin embargo, ésta, la evidencia, no es el único recurso que participa en las tomas de decisiones:

‘El tema de priorización no sólo necesariamente responde a un criterio de eficiencia de asignación de los recursos, sino que podría responder a otros valores sociales también. Entonces tú podrías decir: ‘Mira, yo por ejemplo estoy dispuesto a financiar una tecnología que sea cara, que dé pocos beneficios en salud, pero estoy dispuesto porque es en dos pacientes en Chile y son

niños y tienen una enfermedad ultra rara’ (Íñigo, ED, comunicación personal, 17 de agosto, 2015)

‘Es como el mensaje, no podían ser 79, ¿Ya? Porque hay un tema político detrás (...) A mí me llama el [cargo de autoridad 2], y me dice: ‘Te quiero informar que...’, estaba el [cargo de autoridad 3] creo también, ‘que el glaucoma (...) el, el glaucoma no, no puede entrar, no hay presupuesto’. Y yo le dije, pero traté de un poco, con la doctora ¿No?: ‘Pero es que [cargo de autoridad 2], usted sabe...’. Y me... Así me dijo: ‘¡Yo no te estoy preguntando, yo te estoy diciendo! Porque o si no el [cargo de autoridad 1] no nos va a dar presupuesto, no nos van a dar la plata para el AUGE’. Y mira lo que me dijo, qué atroz, bueno...’ (Fernanda, ED, comunicación personal, 23 de junio, 2015)

La priorización es el producto de un entramado de elementos que obedecen a diversos criterios de legitimación. La articulación entre estos criterios puede redefinir de un momento a otro los resultados que propone la red. Los elementos propiamente epistémicos, derivados de la indagación, son un componente más. Todo el proceso de priorización se encuentra indeterminado por un único recurso de autoridad (EBM, político o valórico, por ejemplo) y remite de la definición fundamentada de qué se entenderá por cada elemento en cada caso. Los entramados de priorización enactan de modo local aquellas instancias biológicas e instrumentales que participan en el régimen, promoviendo la circulación de entidades epistémicas y técnicas que afectan la realidad de los ritmos y funcionamientos biológicos.

Régimen de aceleración. Pese a esta indeterminación relativa de los criterios, los mismos crean ordenamientos locales establecen condiciones para pensar distintos cuadros clínicos y sus relaciones procedimentales. Como da cuenta un profesional asociado a un hospital:

(...) ‘porque el paciente, una vez que entra a nuestro policlínico, yo lo veo, tiene una artrosis, está bloqueado, que se yo... Cumple los criterios, nosotros le indicamos AUGE, hacemos la hoja de... cuando tú estableces que es una patología AUGE y es una enfermedad nuestra. La mira el SIGGES y ahí ya no hay como sacarlo, entre comillas (...) Pero antes de eso, los pacientes no AUGE, igual que antes. No sé si me entiendes (...) yo siempre digo, ‘Yo no sé cómo poder decidir si el dolor de un paciente es más importante que el otro’. (Carlos, PR, comunicación personal, 2 de septiembre, 2015)

El régimen insta a la producción de trayectorias distintas para personas que satisfacen los criterios formulados por los entramados de priorización. Las distintas temporalidades de atención adquieren un carácter

⁷ Mini Mental State Examination (MMSE).

normativo. En términos genéricos, este régimen acelera el reconocimiento, la realización de actividades diagnósticas, tratamiento y seguimiento, para el cúmulo de patologías priorizadas. Para ello se articulan toda una infraestructura técnica, económica y de fiscalización que regula estos procesos:

‘Qué significa eso. El sistema [SIGGES] es una plataforma donde dice: ‘Señora Juanita, hoy día 13 de mayo tuvo una notificación GES, tiene 10 días para hacerse tal cosa’. Si a los 10 días no aparece un evento cargado como que ya fue atendida, es una garantía vencida. Nosotros con las garantías vencidas tenemos como una penalización y nos quitan recursos monetarios, ¿Ya? Entonces también es como un pecado que se venza la garantía por eso se moviliza todo el centro de salud. Y la idea es que en forma local en cada centro de salud de APS, hay una persona encargada de ir monitoreando y de ir viendo las planillas, porque a veces hay errores en las planillas. Y se notifican cosas que no son GES u otras que están con datos que faltan, etcétera.’ (Josefina, PR, 13 de mayo, 2016)

Como señala la siguiente profesional, se trata de una cuestión de velocidad. El régimen GES es un vector de aceleración:

‘Lógico que se le tiene que dar, se le da mayor atención, velocidad a la atención, porque tú tienes que cumplir plazos. Antes, probablemente, de que existiera el GES, un paciente que tenía una glicemia de 105, nadie se enteraba y aparecíamos con este paciente cuando ya debutaba con una hiperglicemia de 300 o 400 o con un coma diabético’ (Lorena, PR, comunicación personal, 7 de junio, 2016)

Este régimen de aceleración hace más probable la ocurrencia de ciertos eventos biológicos según ritmos controlados.

Somatocracia. Los asuntos epistémicos intercambian propiedades con los objetos tecnológicos, formulando arreglos socio-técnicos que organizan conductas y proponen modos de subjetivación, articuladas por mediaciones que componen el régimen. Este constituye un escenario de diferenciación fisiológica y temporal basada en juicios clínicos, económicos y técnicos. Pamela, una experta diseñadora, da cuenta de ello en la siguiente cita:

‘Lo mismo pasa con esto, con este medicamento que es para la esclerosis múltiple. No es para todas las personas con esclerosis múltiple, es para los que llegamos a un estadio, a un punto y con ciertas características. Entonces ahí están todos los protocolos que dicen: ‘Ya, esta persona que cumple... Y en este momento, ta, ta, ta... Y se lo va a entregar en tales, tales, tales lugares o en tales condiciones’. (Pamela, ED, comunicación personal, 3 de agosto, 2015)

Las garantías traducen la corporalidad como un cúmulo de segmentos somáticos reconocibles o no según procesos epistémicos y tecnológicos. Las instancias garantizadas son órganos, funciones corporales o situaciones de emergencia que cumplen con los aspectos inscritos en la composición socio-técnica del régimen. El sujeto es enactado como múltiples ontologías configuradas por saberes, regulaciones y tecnologías. Tanto profesionales, como operadores técnicos y los mismos pacientes deben comprender y legitimar tales entidades para participar del sistema.

Denominamos como *somatocracia* a este modo de subjetivación en que la valoración, evaluación e intervención basada en garantías enacta al sujeto como cuerpo, y a este cuerpo como cosa o como un conjunto de cosas que se constituyen espacios de gobierno. Con el término hacemos referencia a la idea de *sômato*, término que puede ser intercambiable tanto por *cuerpo* como por *cosa* (del griego *soma*, que hace referencia a cualquier elemento perfilable como cuerpo, vivo o no (Tocci, 2011)) y al vocablo *cracia* (gobierno). Fue empleado por Foucault (1976) en una breve intervención sobre las finalidades de la intervención del Estado y su relación con el cuidado de las relaciones entre salud y enfermedad. Las configuraciones epistémicas y tecnológicas instauran intervenciones a nivel de los tejidos, las funciones e instancias corporales específicas que implican la organización de la conducta personal para el acceso a determinadas prestaciones de salud. La somatocracia es el gobierno de los órganos, de la fisiología corporal.

Discusión

En el año 2004, se dio inicio en Chile a un nuevo modo de poner en práctica la salud, considerando que un cúmulo específico de patologías o problemas debían tener cobertura técnica y financiera relativamente asegurada. Tal régimen de salud, de Garantías Explícitas, reorganizó el valor de determinadas funciones biológicas, en consideración de la longevidad poblacional.

En este trabajo, hemos pretendido analizar cómo este régimen se compone epistémica y tecnológicamente, dando cuenta de entidades y procesos que participan del enactment de las dimensiones biopolíticas, temporales, patológicas y corporales. A través de una serie de priorizadores, la biopolítica se vuelve concreta y manipulable. Índices y sistemas de cálculo brindan la posibilidad de articular actores que hacen relevante atender ciertos procesos biológicos por sobre otros. Estos, asociados a GPC, CdP y SIGGES, afectan las trayectorias de enfermedad en términos de su composición semiótico-material. La misma temporalidad

de la enfermedad puede ser considerada como el cúmulo de actividades reorganizadas para ciertas dimensiones biológicas por sobre otras. Es decir, las enfermedades adquieren una nueva semántica técnica y temporal a partir de la existencia de tales actantes. Tales, participan de la creación de un nuevo escenario que es gobernado a través de ellos.

La corporalidad es reconfigurada como un cúmulo de espacios priorizados socio-técnicamente. Hemos denominado –rescatando un término de Foucault– como *somatocracia* al enactment gubernamental del cuerpo como un cúmulo de espacios y escalas –somas– sostenidas por un entramado socio-técnico.

Consideramos que tal articulación corporal establece las condiciones de posibilidad para un tipo específico de subjetividad. Si para Rose y Novas (2005) la individualidad somática se constituye sobre los modos de comprensión del sí mismo en base a términos biomédicos, el régimen GES radicaliza la comprensión somática en el sentido de traducir al sujeto como un conjunto de espacios biológicos gobernables que portan diversos valores, haciéndolos reconocibles o no para el entramado de atenciones. Los segmentos somáticos *garantizados* implican que los actores (profesionales, operadores técnicos, pacientes) deben comprender la patología según la gramática del GES para ser traducidos por el mismo. En tal sentido, la configuración de los componentes somáticos orienta el comportamiento y los modos de comprensión de los sujetos que son articulados por la red. La subjetividad debe ser conducida por tales unidades epistémicas para participar del régimen.

Consideramos la biogubernamentalidad como un modo general de comprender tales ordenamientos comportamentales emergentes en las articulaciones entre epistemología y tecnología biomédica y gobierno. Si bien es posible considerar que este proceso obedece a un cúmulo indeterminado de procesos, consideramos que, en el caso analizado, se expresan componentes que pueden dar cuenta de la composición y estabilización de esta nueva modalidad gubernamental.

Referencias

- Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frensz, P., et al. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247.
- Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Behague, D., Tawiah, C., Rosato, M., Some, T. L. S., & Morrison, J. (2009). Evidence-based policy-making: The implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Social Science and Medicine*, 69(10), 1539–1546.
- Beltrán, R. (2013). *El Plan de beneficios del AUGE*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Callon, M. (1984). Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review*, 32(1), 196–233.
- Camrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G. (2009). Biomedical Conventions and Regulatory Objectivity: A Few Introductory Remarks. *Social Studies of Science*, 39(5), 651–664.
- Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores.
- Claridge, J. A., & Fabian, T. C. (2005). History and Development of Evidence-based Medicine. *World Journal of Surgery*, 29(5), 547–553.
- Departamento de Epidemiología. (2008). *Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud* (pp. 1–94). Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Energici, M. A. (2016). Propuesta metodológica para un estudio de gubernamentalidad: Los procesos de subjetivación y los mecanismos de regulación poblacional como ejes de análisis para su abordaje empírico. *Psicoperspectivas*, 15(2), 29–39.
- Escobar, L. (2013). *Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE*. Presentado en la Superintendencia de Salud, Santiago, Chile.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152–170.
- Foucault, M. (2002). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad de Saber*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Gobierno de Chile. (2008). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Gouge, C. (2016). “Getting the Knowledge Right”: Patient Communication, Agency, and Knowledge. *Journal of Medical Humanities*, 1–17.
- Grau, N. C., Fernández, M. M., & Vergara, M. (2011). Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: un análisis a partir del caso chileno. *Salud Colectiva*, 7(1), 21.
- Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), 1–14.

- Latour, B. (1990). On Actor-Network Theory. A few clarifications, plus more than a few complications. *Philosophia*, 25(3), 47–64.
- Latour, B. (1991). Technology is society made durable. En *A Sociology of Monsters. Essays on power, technology and domination* (pp. 103–131). London, UK: Routledge.
- Latour, B. (1992). *Ciencia en acción*. Barcelona, España: Editorial Labor, S. A.
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora*. Barcelona, España: Editorial Gedisa S.A.
- Latour, B. (2004). How to Talk About the Body? The normative dimension of science studies. *Body and Society*, 10(2-3), 205–229.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio*. Madrid, España: Alianza Universidad.
- Law, J. (1994). *Organizing modernity*. Oxford, UK: Blackwell.
- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming and topology. En *Actor Network Theory and After* (pp. 1–14). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Leal Ferreira, A. (2011). ¿Con cuántos dispositivos se produce una subjetividad? *Athenea Digital*, 11(1), 195–201.
- Lenz, R. (2007). *Proceso político de la Reforma AUGE de salud en Chile*. Santiago, Chile: CIEPLAN.
- Ley 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud, leychile.cl (2004).
- Miller, P., & Rose, N. (2008). *Governing the Present. Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Ministerio de Salud. (2005). *Decreto 121. Aprueba reglamento que establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud a que se refiere la Ley N° 19.966*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile 1–6.
- Ministerio de Salud. (2015). *Decreto 45. Aprueba normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Ministerio de Salud. (2017, septiembre, 13). *Decreto Modificadorio AUGE 2017 contempla mejoras para 10 problemas de Salud que beneficiarán a más de 70 mil personas*.
- Mol, A. (1999). Ontological Politics. A word and some questions. En J. Law, & J. Hassard (Eds.), *Actor Network Theory and After* (pp. 74–89). Oxford: Basil Blackwell.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press Books.
- Novas, C., & Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29(4), 485–513.
- Olavarría Gambi, M. (2012). *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? El Plan AUGE y la reforma de la Salud* (Vol. 2). Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Quezada, T. (2012). *Modelo de Atención para el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Rabinow, P. (2005). Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. En *Anthropologies of Modernity* (pp. 179–193). Oxford, UK: Blackwell.
- Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1(2), 195–217.
- Rheinberger, H.-J. (1992). Experiment, difference, and writing: I. Tracing protein synthesis. *Studies in History and Philosophy of Science*, 23(2), 305–331.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N., & Novas, C. (2005). Biological Citizenship. En *Global Assemblages* (pp. 439–463). Oxford: Blackwell Publishing.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Storeng, K. T., & Béhague, D. P. (2014). “Playing the Numbers Game”: Evidence-based Advocacy and the Technocratic Narrowing of the Safe Motherhood Initiative. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(2), 260–279.
- Subsecretaría de Salud Pública. (2014). *Manual Metodológico. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Tocci, N. (2011, November 17). *El cuerpo humano como huella de vida ausente, desde una perspectiva axiológica*. Presentado en Universidad de Carabobo, Carabobo, Venezuela.