

**CLAUSTROFOBIA TERRITORIAL Y SUS
CONSECUENCIAS EN EL CAMPO DE LA SALUD*¹****TERRITORIAL CLAUSTROPHOBIA AND THEIR
CONSEQUENCES IN THE FIELD OF HEALTH**

Gonzalo Infante Grandón²
gonzalo.infante@ufrontera.cl
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

El desarrollo e implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile, se manifiesta discursivamente orientada al espacio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuestión contradictoria con lo que se observa en la práctica, consolidándose un espacio cercado en el cual los equipos sanitarios son reducidos y proclives a atender la enfermedad. Este ensayo propone un análisis crítico respecto de la articulación entre la comprensión de la salud como una expresión de la enfermedad unicausal y biológica, en virtud de políticas públicas implementadas desde un espacio central, manifestando discursivamente la acción intersectorial en salud como un factor preponderante respecto del quehacer en el campo de la salud. Considerando estos aspectos se concluye que la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, atención y desatención no son parte del quehacer permanente en el campo de la salud, existiendo una tensión y condicionamiento asociado a la implementación de políticas públicas centrales y homogéneas, además de una AIS no observable de manera sustantiva en el despliegue habitual de los equipos de salud en diálogo con otros sectores, lo que consolida un escenario de claustrofobia territorial que determina una profundización de inequidades territoriales socio-sanitarias.

Palabras claves: Proceso salud enfermedad, atención en salud, políticas públicas.

ABSTRACT

The development and implementation of Primary Health Care (PHC) in Chile, is manifested discursively oriented to the space of health promotion and prevention of the disease, a contradictory issue with what is observed in practice, consolidating a space enclosed in the which health teams are delimited and prone to treat the disease. This essay proposes a critical analysis regarding the articulation between the understanding of health as an expression of the unicausal and biological disease, in addition to Public Policies implemented from a central space, manifesting discursively the intersectoral action in health as a preponderant factor regarding the task in the field of health. Considering these aspects, it is concluded that the understanding of the processes of health, illness, attention and neglect are not part of the permanent task in the field of health, there is tension and conditioning associated with the implementation of central and homogeneous public policies, in

* Artículo recibido el 30 de junio de 2016; aceptado el 3 de octubre de 2016.

¹ Este trabajo es parte de las primeras discusiones desarrolladas para la formulación del Proyecto de ingreso al Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús.

² Matrn, Licenciado en Matronería. Magíster en Salud Pública de la Universidad de La Frontera.

addition to an IAH not observable in a substantive way in the usual deployment of health teams in dialogue with other sectors, which consolidates a scenario of territorial claustrophobia that determines a deepening of socio-sanitary territorial inequities.

Key words: Health-Disease Process, Healthcare provision, public health.

Introducción

Chile ha venido desarrollando un debate público importante respecto de la descentralización, el cual fundamentalmente se ha focalizado en la elección directa de representantes de la ciudadanía vía voto popular, esto en el caso particular del ejecutivo del gobierno regional³. Lo anterior en un escenario en donde la administración y gestión sanitaria de la Atención Primaria de Salud (APS) es descentralizada y situada en los municipios del país, con tutela técnico administrativa del Ministerio de Salud (MINSAL) central. Siendo el espacio de la salud, el que representa mayores avances respecto de la incorporación de la ciudadanía en la gestión pública.

En el caso de la gestión sanitaria asociada a la gestión pública, prima esencialmente el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en una lógica de *Top Down* (Hassenteufel, 2008, p. 29-41), desde arriba hacia abajo, sin la consideración sustantiva de elementos como el territorio, la acción intersectorial, el despliegue promocional sanitario y la ciudadanía como gestor. Esto ha consolidado un escenario en el que la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, atención y desatención (Menéndez, 2004, p. 15) ha sido un objeto de observación ausente, desencadenando resultados de salud distantes respecto del logro y cumplimiento de los objetivos sanitarios planteados por el propio Minsal.

El presente ensayo pretende examinar de qué manera la articulación entre centralismo, políticas sanitarias homogéneas, APS como dispositivo de salud cercado y ciudadanía con participación simbólica, constituyen un sustrato catalizador de inequidades territoriales socio-sanitarias, dando lugar a un escenario que denominaremos y acuñaremos como *Claustrofobia Territorial*, la que tendrá consecuencias en el campo de la salud y por tanto afectará los resultados de salud de las personas.

Proceso de salud, enfermedad, atención y desatención

Como punto de partida, es menester clarificar que si bien la Salud Pública nos acerca al pensamiento poblacional más allá del clínico individual, esto no implica necesariamente una perspectiva comunitaria (Segura Del Pozo, 2018, p. 10), pilar fundamental en el campo de la Salud Colectiva. Por lo tanto este campo de conocimiento será el eje sobre el cual entenderemos el Proceso de salud, enfermedad, atención y desatención (PSEAD).

En primer término es trascendental considerar la hegemonía existente en el campo de la salud, respecto de la comprensión unicausal o puramente biológica de la enfermedad, lo que implica una importante distancia respecto de la comprensión socio-histórica de los PSEAD. En este sentido "la dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional" (Menéndez, 2015, p. 42), lo que circunscribe al locus anatómico, en tanto "el cuerpo humano define, por derecho de naturaleza,

³ Comisión asesora presidencial en descentralización y desarrollo regional. (2014). *Propuesta de política de estado y agenda para la descentralización y el desarrollo regional de Chile*. Santiago: Informe Final Comisión Asesora Presidencial.

el espacio de origen y la distribución de la enfermedad: espacio cuyas líneas, cuyos volúmenes, superficies y caminos están fijados, según una geometría familiar, por el atlas anatómico” (Foucault, 2011, p. 23). En este espacio cerrado, a cada individuo se le ubica en un lugar preciso del cual no puede desplazarse... lo que a su vez permite controlar todo el conjunto de personas en formación con una mayor economía... así por tanto están todos los sujetos juntos pero separados entre sí (García, 2010, p. 71). Esta uncausalidad y biologismos, constituyentes de la economía del cuerpo, son los pilares respecto de los cuales se desarrolla y consolida el Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1983, p. 1-21).

La importancia de traer a discusión el MMH, radica en que su desarrollo se sustenta en la división del cuerpo en diferentes porciones, las cuales requieren ser atendidas por diferentes especialistas, cuyas prestaciones son objeto de alta valoración económica y social, y por tanto sustrato de la subordinación de otros modelos de atención de salud o también conocidos como “alternativos”. Por otro lado, el MMH ha visto su consolidación en tanto el modelo económico y social avanza hacia estadios post-neoliberales, lo que sitúa y define la salud como un bien de consumo. Siendo toda manifestación de reivindicación de la salud como derecho social, ubicada en una delimitación anárquica y retrógrada.

Este devenir en el campo de la salud, ha generado una crisis y agotamiento del modelo sanitario actual, en tanto consolida el MMH por un lado pero no responde las interrogantes respecto de las causas de las causas, asociadas al fenómeno social inherente a la salud, por otro.

Abrir espacio comprensivo respecto de las causas de las causas, en tanto explicaciones de los PSEAD de los colectivos sociales, involucra también dejar de lado la hegemonía del sistema sanitario como eje totipotencial, que resuelve todo aquello que se presenta como enfermedad o síntoma. Por lo tanto se genera una oportunidad de ruptura, que asocia la articulación con otros sectores y saberes, lo que se ha definido como Acción Intersectorial en Salud (AIS).

Por lo tanto el PSEAD asume pilares fundamentales; plantea una lógica de proceso, lo que incorpora la dimensión socio-histórica, y en consecuencia no agota las explicaciones en el ejercicio individual y clínico. Esta expresión dinámica, supera entonces la transacción cercada y delimitada por el box de atención, en tanto dispositivo de salud. Incorpora otros sectores y saberes, lo que propone un diálogo y apertura al campo de las ciencias sociales, en virtud del análisis de los procesos de determinación social de la salud, o determinantes sociales de la salud (DSS). Siendo los DSS las condiciones en las que las personas nacen, se desarrollan, trabajan y mueren (Irwin A et al, 2006, p.9).

Políticas públicas

Si bien las políticas públicas orientadas al campo de la salud, son uno de los ejes centrales sobre los cuales se desarrolla el argumento de este ensayo, es importante clarificar que no todo lo público se expresa en políticas públicas, pero frente a su expresión como tal, dichas políticas pueden ser consideradas como la principal transacción del sector público, tanto para fines analíticos como operativos (Lahera, 2008, p. 21).

En términos conceptuales las políticas públicas corresponden a la acción de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Conciernen a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; dichos cursos de acción o información son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado (Lahera, 2008, p. 21; Meny y Thoenig, 1992).

Relativo al diseño institucional de la política pública y social, en términos de implementación y ejecución, su expresión aumenta, disminuye o consolida la protección, seguridad, bienestar y los derechos sociales de los ciudadanos (Infante, 2014, p. 27). Situación trascendental y sensible en carteras como salud, educación y desarrollo social, de directa relación con los Derechos Humanos de las personas, en tanto “el problema de fondo relativo a los derechos humanos no es hoy tanto el de justificarlos sino como el de protegerlos” (Bobbio, 1991, p. 61). Asumiendo de acuerdo a este argumento, la salud como un derecho humano fundamental.

Para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas públicas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas (Graham, 2004, p. 101-124) y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, mientras la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman (London Health Observatory, 2002).

A fin de reducir y eliminar desigualdades y exclusión social, deben primar criterios solidarios que definan políticas públicas dirigidas a espacios sociales específicos, basadas en una lógica transversal donde cuente lo social, lo local y lo biográfico (Alazraqui M *et al.*, 2007, p. 321-330). Por tanto el énfasis en las respuestas y formulación de la política pública, orientadas a construir un piso basal equitativo para la salud; plantean la modificación de las condiciones materiales de existencia, la elevación de la calidad de vida de los grupos sociales y el principio de ciudadanía como condición suficiente para acceder a la atención a la salud (López y Gil, 1994, p. 374-385).

Con relación al diseño e implementación de políticas públicas en el campo de la salud, esto supone incluir orientaciones que pavimenten el establecimiento de redes de cooperación, convocando sectores de íntima relación con el sector salud, y en muchos casos determinantes del mismo, como educación y economía por ejemplo (Villasante, 2015, p. 387-408). Los que en la medida que logren articularse podrán transitar desde redes de cooperación no intensas hacia futuras redes de cooperación intensa, que compartan objetivos comunes y compartidos. Coherentemente con esto la AIS es trascendental, en la medida que avance desde los actuales espacios consultivos en que se abre a los demás sectores, a espacios de diálogo y transformación participativa.

Para poder desarrollar una política de salud pública, debemos entender entonces que las expresiones biológicas de la desigualdad social hacen referencia a como la población literalmente incorpora en su cuerpo y expresa biológicamente experiencias de desigualdad, desde el útero hasta la muerte produciendo desigualdades sociales en la salud en una amplia variedad de indicadores (Krieger, 2001, p. 693-700).

En el escenario actual, diversos factores intervienen de manera trascendente y vital, respecto de que la política pública sea de calidad. De acuerdo con algunos autores, para esto debería incluir orientaciones o contenidos, pero también instrumentos o mecanismos, definiciones o modificaciones institucionales, así como la previsión de sus resultados (Lahera, 2008, p. 28). En esta lógica prima la mirada *Top Down*, asociada a la valoración del Estado como ente ejecutor, apareciendo otros actores en un rol secundario y accesorio.

Tabla 1*Concepto de Políticas Públicas (PP)*

PP=	Cursos de acción	En relación a un objetivo público	Desarrollado por:	Puede incluir:
	Flujo de información	Definido en forma democrática	Sector público Comunidad Sector privado	Orientaciones o contenidos Instrumentos o mecanismos Aspectos institucionales Previsión de resultados

Fuente: Lahera, E. (2008, p. 29). *Introducción a las políticas públicas. Elementos y aspectos de una política pública de excelencia.*

Respecto de la formulación de la política pública en Latinoamérica y el Caribe (LAC), el problema no tiene íntima relación con que estas sean correctas o no; sino fundamentalmente con la debilidad en la implementación de las mismas (Lahera, 2005, p. 2). Por lo tanto, bosqueja en un primer escenario un *déficit de implementación*, que reflejaría una incapacidad generalizada de implementar políticas públicas en los más diversos sectores.

La implementación es el conjunto deliberado y secuencial de actividades del gobierno orientadas al logro de los propósitos y objetivos de la política, articulados en declaraciones oficiales de política (Lahera, 2004, p. 34-51). En términos más sencillos es el proceso de transformar en resultados los objetivos asociados con una política pública. Se trata de un proceso continuo y no lineal, el que debe ser administrado (Basu, 1997, p. 231-250).

Finalmente el déficit de implementación corresponde a la diferencia entre lo propuesto y lo logrado, más allá de factores sobrevivientes o inesperados (Lahera, 2004, p. 34-51). Existiendo aquí una brecha de resultado, que se traduce y manifiesta en inequidades, que afectan a los sectores más desventajados.

Existe consenso en los gobiernos de la región en cuanto a que la excesiva confianza en la efectividad “automática” de las señales macroeconómicas ha contribuido a que se subestime la debilidad de las instituciones, las fallas de los mercados (que pueden ser imperfectos, segmentados o incompletos) y la importancia de las externalidades. Ello ha llevado a depender en exceso de la capacidad de la política macroeconómica para desencadenar por sí sola la dinámica del crecimiento, a veces, bajo el supuesto que la equidad le seguiría, situación que por el contrario ha resultado en un aumento vertiginoso y sostenido de las desigualdades e inequidad (Lahera, 2004, p. 34-51).

Esta situación se proyecta a la capacidad de implementación de las políticas públicas, respecto de las cuales no es claro cómo transitar del qué hacer al cómo hacerlo. La selección de una política no garantiza su implementación. Para explicar el déficit conviene analizar los contenidos, componentes y relaciones entre el programa y la política tal como es aplicada (Lahera, 2004, p. 34-51).

En este sentido hoy en LAC la atención de salud está desempeñando un rol limitado en la equidad, por la falta de preocupación por este principio; por un socavamiento de la conciencia de servicio y de la responsabilidad de los gobiernos (Celedón y Noé, 2000, p. 99-104). Si miramos por ejemplo el tránsito histórico de nuestro país, resulta llamativo observar que toda reforma de salud ha tardado en promedio un tiempo que oscila entre los 25 y 30 años, lo que sugiere que, un sistema en desequilibrio y ad portas del colapso, moviliza recién ahí a la clase política para tomar decisiones. Lo que sin duda, atañe al rol fundamental que puede ejercer la ciudadanía como co-gestor en el campo sanitario, desde la problematización, profundización, devolución creativa, programación y planificación participativa del quehacer en salud (Infante G et al, 2016, doi 10.5867).

Acción Intersectorial en Salud (AIS)

La situación de salud de LAC está directamente relacionada con sus procesos de desarrollos económicos, sociales y culturales. Los países de la región, ricos en culturas y diversidades, presentan escenarios compartidos y desafíos comunes, "América Latina se abre al siglo XXI debiendo enfrentar satisfactoriamente un perfil epidemiológico en evolución, donde los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales" (Sapag, 2007, p. 139-149).

La abrumadora pobreza e inequidad social reinante en la región, suponen y demandan respuestas más elaboradas y globales que permitan alcanzar un verdadero cambio en la calidad de vida de las personas. Frente a estos procesos globales vale analizar los procesos locales o nacionales, la realidad de los *localizados* (Bauman, 1999, p. 9), dado que las personas "localizadas" permanecen en sus territorios y son parte viva y activa de las dinámicas que en estos se dan.

La realidad chilena dista de la situación de los diferentes países de la región, dado que cuenta con indicadores macroeconómicos saludables y participa de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), lo que supone una transmisión de la buena salud económica a cada uno de los habitantes de la nación, pero en términos reales y paradójicamente a esto, presenta brechas de inequidad aún peores que las de la región. Factor determinante de esta realidad es la fuerte centralización de la política pública y las directrices emanadas desde el nivel central hacia los territorios regionales, esto ha profundizado la enorme inequidad social del país, lo que trae consigo una marcada debilitación de los municipios más pequeños, afectando la realidad de las comunidades que, finalmente, poco y nada tienen que ver con los indicadores macroeconómicos que el país presenta, y que en virtud de aquello deben elaborar propuestas dinámicas, innovadoras y fundadas en la participación social y el trabajo intersectorial.

Es evidente que el sector salud por sí sólo no puede responder de manera suficiente a todas las transformaciones y situaciones que impliquen mejorar la salud de las personas, menos aún desde una perspectiva integral. El Centro Nacional para la Promoción de Salud de Australia (1988) define la acción intersectorial como "una relación reconocida entre parte o partes del sector de la salud, con parte o partes de otro sector, que ha sido forjada para emprender acciones sobre un asunto a fin de lograr resultados en la salud (o resultados intermedios) pero de una forma más efectiva, eficaz y sostenible que la forma que hubiese empleado el sector de salud si actuara solo".

Dadas las carencias del tipo científico-técnicas, de recursos y de incapacidad de cumplir todos los roles necesarios, se hace imprescindible la inclusión y participación de todos los sectores involucrados en el desarrollo social y sanitario de las personas y sus comunidades. Desde Alma Ata y en adelante, cartas y declaraciones de promoción de la salud hacen hincapié en

conceptos como la acción intersectorial para la salud, acción intersectorial para disminuir las inequidades en salud y el más reciente de Salud en Todas las Políticas (Health in All Policies) (Leppo, 2008, p. 6-8).

La intersectorialidad, desde Alma Ata (1978), se reconoce como elemental para abordar las problemáticas de salud de los colectivos, las cuales tienen su origen en otros sectores como educación, vivienda, agricultura, obras públicas, etc. De esta forma, la promoción se transforma en una herramienta pertinente y necesaria para abordar las “causas de las causas” de los problemas de salud (Rose, 1985, p. 32-38), paralelamente, se constituye como un instrumento para el desarrollo local.

Igual de relevante como la intersectorialidad es el trabajo y la participación comunitaria, desde la Carta de Ottawa se ha asumido, aunque muchas veces sin la traducción práctica necesaria, la importancia de la comunidad en los procesos de promoción de la salud, entendiendo promoción como una herramienta para “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, enunciando el papel de los individuos y los grupos en alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social identificando y realizando sus aspiraciones, satisfaciendo sus necesidades y adaptándose al medio ambiente” (Ottawa, 1986). Por tanto, destaca la participación de la comunidad de manera concreta en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

En el caso chileno y sobre todo desde el año 2009 en adelante, mediante la formalización institucional establecida en la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud, existen avances relativos a la participación de la ciudadanía en el campo de la salud, avances que no constituyen, en caso alguno, alteraciones al orden simbólico de relaciones de poder que predominan en el sector Salud (Carrasco, 2016, inédito).

Frente a este escenario, resulta necesario entonces establecer nuevas formas de diálogo e interacción, que convoquen a otros y otras, haciéndolos parte de la decisión respecto del cómo quieren vivir, asumiendo que en esta realidad social regida por la fragmentación y compartimentalización de los cuerpos, modelada por un modelo neoliberal clasificador, la capacidad de hablar o más aún de dialogar parece, en extremo difícil (Eltit, 2006, p. 17).

Claustrofobia territorial

Las expresiones concretas de prácticas y quehaceres en salud, se han desencadenado históricamente en una lógica vertical y asimétrica; cuestión que se expresa desde el diseño e implementación de las políticas públicas, hasta las relaciones que se tejen con otros sectores, con la ciudadanía en su conjunto, y fundamentalmente en el cotidiano relacional médico-paciente en el espacio del box de atención. Esto es determinado por una expresión de ciudadanía mayoritariamente pasiva (Turner, 1990, p. 189-217), en interrelación intensa con un Estado economicista neoliberal, que es proclive a un despliegue homogéneo, que agiliza su quehacer en tanto no complejiza su accionar incorporando las particularidades territoriales de cada región del país.

Las condiciones previamente descritas, pavimentan el devenir histórico del *habitus médico o sanitario* (Castro, 2016, p.136). Esto define un sistema de jerarquías, que se expresa en lo clínico relacional, profundizando el despliegue disciplinar, pero además y paradójicamente añade a otros sectores y espacios, dentro de los cuáles opera una lógica de campos en disputa, lo que asocia también la expresión centralista de saberes y prácticas. Respecto de lo cual la cercanía

de autoridades, trabajadores de la salud y comunidad ofrece mayores posibilidades de transparencia y pertinencia del quehacer en salud y en otros sectores (Lahera, 2008, p.217) y la distancia entre los mismos actores, desencadena necesariamente el escenario contrario.

Esta distancia, como manifestación de resultado, constituye entonces un escenario, en el cual la expresión de la política pública en el campo de la salud, mediará de manera implícita, el trato de acuerdo a la capacidad de pago y capital humano en el cuerpo del enfermo (Merino, 2016, p. 158), lo que configura un contexto de tensión, encierro y temor, que atañe a los trabajadores de la salud, impacta en la ciudadanía y condiciona a los territorios, profundizando las inequidades socio-sanitarias, por la imposición de vocaciones productivas, definidas centralmente, y que finalmente configuran y consolidan un cotidiano permanente de claustrofobia territorial. Lo que impacta en las condiciones de vida, trabajo y salud de los colectivos sociales.

Finalmente podemos argumentar que la comprensión de los procesos de salud, enfermedad, atención y desatención no son parte de la observación, análisis y quehacer permanente en el campo de la salud, existiendo una tensión y condicionamiento asociado a la implementación de políticas públicas centrales y homogéneas, además de una AIS no observable de manera sustantiva en el despliegue habitual de los equipos de salud en diálogo con otros sectores, lo que consolida entonces un escenario de claustrofobia territorial, que afecta negativamente los resultados de salud de las personas.

Referencias

- Alazraqui, M., Mota, E., Spinelli, H. (2007). El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2)*:321-330.
- Basu, K. (1997). On Misunderstanding Government: an Analysis of the Art of Policy Advice. *Economics & Politics, 9(3)*, 231–250.
- Bauman, Z. (1999). La globalización. Consecuencias Humanas. Fondo de Cultura Económica. (Argentina). Pág. 9.
- Bobbio, N. (1991). *El tiempo de los derechos*. Madrid: Sistema. Pág. 61.
- Carrasco, M., Infante Grandón, G. (2016). Participación ciudadana en Salud ¿Cómo la hacemos vinculante?. En editoriales para V Congreso Chileno de Salud Pública y VI Congreso Chileno de Epidemiología. Inédito. Recuperado el 02 de febrero de 2018 en <https://medium.com/salud-entodas/participaci%C3%B3n-ciudadanaensaludc%C3%B3mo-la-hacemos-vinculante-2e1b6a550d75>.
- Castro, R. (2016). *Teoría social y salud*. 1ra ed. 1ra reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial. Pág. 136.
- Celedón, C., y Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Pública, 8*, 99–104.
- Comisión asesora presidencial en descentralización y desarrollo regional. (2014). *Propuesta de política de estado y agenda para la descentralización y el desarrollo regional de Chile*. Santiago: Informe Final Comisión Asesora Presidencial.
- Foucault, M. (2011). *El nacimiento de la clínica. Espacios y clases*. 2da ed. 1ra reimp. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Pág. 23.
- García, M. (2010). *Foucault y el poder. El panóptico*. 1ra ed. 2da reimp. México, DF: Mc Editores. Pág. 71.
- Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution : Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly, 4(1)*, 101–124.
- Hassenteufel, Patrick (2008). "Sociologie Politique: L'action Publique". Armand Colin. Paris. Pág. 29-41.
- Infante Grandón, G. (2014). *Propuesta inicial de formulación de política pública en el ámbito de salud materno infantil: materialización de la cooperación bilateral entre los países de Chile y Haití*. Tesis de magister inédita. Magister en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local. Universidad de La Frontera. Temuco. Pág. 27.
- Infante Grandón, G., Carrasco, M., Torres, A., Ramírez, C., Magna, I., Correa, R., Orellana, O., Aravena, H. (2016). Sociopraxis en salud: construcciones técnico-comunitarias de planes trienales para la promoción en salud. Resumen del V Congreso Chileno de Salud Pública y VI Congreso Chileno

- de Epidemiología. *Medwave* 2016; 16(Suppl 6): e6702 doi: 10.5867/medwave.
- Irwin, A., Solar, O., Vega, J. (2006). *Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción*. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Pág. 9
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal Epidemiol Community Health*, (55), 693–700.
- Lahera, E. (2004). Economía política de las políticas públicas. *Economía UNAM*, (002), 34–51.
- Lahera, E. (2008). *Introducción a las políticas públicas*. 2da ed. Santiago: Fondo de Cultura Económica Chile. Pág. 21.
- Lahera, E. (2008). *Introducción a las políticas públicas*. 2da ed. Santiago: Fondo de Cultura Económica Chile. Pág. 217.
- Leppo, K. (2008). Health in All Policies: Perspectives from Europe. *Public Health Bulletin, South Australia* 5 (1), 6-8.
- London Health Observatory. (2002). *Health in London 2002*. Consultado el 15 de diciembre de 2017 en http://legacy.london.gov.uk/mayor/health/docs/health_london.pdf
- López, O., y Gil, B. (1994). Modelos Sociomédicos en Salud Pública: Coincidencias y Desencuentros. *Salud Pública México*, 36(4), 374–385.
- Menéndez, E. (1983). "Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo subordinado y modelo de Autoatención. Caracteres estructurales". En CIESAS (Ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y Autoatención en Salud*. (Vol. primera). México, D.F: CIESAS, 1-21.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H, compilador. *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Pág. 15.
- Menéndez, E. (2015). De sujetos, saberes y estructuras. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. 1ra ed. 1ra reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial. Pág. 42.
- Meny, I., y Thoenig, J. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Merino, C. Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile: Una aproximación histórica desde los Cuadernos Médico Sociales 1960-1998. 1era ed. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos. Pág. 158.
- OMS (1998). "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud" [versión electrónica] Organización Panamericana de la Salud. Disponible en www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf. (Visitada el 01.12.2017).
- Quevedo, M. (2006). Ciudadanía, el otro poder. Foro Ciudadano III. La voz más creativa. Santiago: Editorial LOM. Pág. 17.
- Rose, G. (1985). "Sick individuals and sick populations". *International Journal of Epidemiology* (14), 32-38.
- Sapag, J., Kawashi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública* 41 (1), 139-149.
- Segura Del Pozo, Javier. (2018). "Comunitaria". Ediciones Salud Pública y otras dudas. (<http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>). Tres Cantos.
- Villasante, T. (2015). Conjuntos de acción y grupos motores para la transformación ambiental. *Política y Sociedad*, 52 (2): 387-408.