

Gubernamentalidad y somatocracia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile

Governmentality and somatocracy in the Regime of Explicit Guarantees in Health in Chile

Jorge Castillo-Sepúlveda¹ <https://orcid.org/0000-0002-6315-3798>

¹Universidad de Santiago de Chile, Santiago, CHILE. Email: jorge.castillo.s@usach.cl

Resumen

Entre las diversas tecnologías de gobierno de corte neoliberal emergentes durante los siglos XX y XXI, probablemente aquellas que han acaparado mayor atención y reflexión remiten a las relacionadas con los procesos de la vida y de la concepción de esta como un campo para lo político. Este trabajo aborda la racionalidad gubernamental implicada en el desarrollo de la última importante reforma en salud en Chile: el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), teniendo en cuenta las implicancias de sus aspectos epistémicos en la comprensión de la corporalidad. Consideramos como material de análisis diversos relatos de expertos que han participado en el diseño del régimen, profesionales que participan en su implementación, documentos legales y técnicos, y observaciones de carácter etnográfico. Analizamos tal información considerando la noción de *enactment* propuesta por Annemarie Mol. Los resultados dan cuenta de los procesos de ordenamiento epistémico, aceleración biopolítica y prescripción de biociudadanía, asociados al *enactment* del cuerpo como un ensamblaje de diversos espacios de gobierno. Denominamos tal proceso como somatocracia, empleando la noción acuñada por Michel Foucault. Concluimos integrando algunos componentes para pensar la biociudadanía a partir de aspectos emergentes en el trabajo.

Palabras claves: Garantías Explícitas en Salud, medicina basada en la evidencia, gubernamentalidad, biopolítica, somatocracia.

Abstract

Among the different technologies of neoliberal government emerging during the XX and XXI centuries, those that have attracted greater attention and reflection probably refer to those related to the processes of life, and the conception of it as a field for politics. This paper addresses the neoliberal governmental rationality involved in the development of the last major health reform in Chile: the Regime of Explicit Health Guarantees (GES), considering the implications of their epistemic aspects in understanding of corporeality. We consider as material for analysis several accounts of experts who have participated in the design of the regime, professionals involved in its implementation, legal and technical documents, and ethnographic observations. We analyse such information considering the notion of *enactment* proposed by Annemarie Mol. Results expose the processes of epistemic ordering, biopolitical acceleration, and biocitizenship prescription, linked to the enactment of the body as an assemblage of different spaces of government. We call such process as somatocracy, using the notion created by Michel Foucault. We conclude by integrating some components to think biocitizenship from emerging aspects in the work.

Keywords: Explicit Guarantees in Health, evidence-based medicine, governmentality, biopolitics, somatocracy.

Recibido: 22 septiembre 2016. Aceptado: 21 octubre 2017

*No tratéis jamás una enfermedad sin haberos
asegurado del espacio*
Jean-Emmanuel Gilibert

Uno de los vectores importantes en la configuración del sujeto como ámbito gobernable remite a la espacialización y descripción del cuerpo. Como ha precisado Michel Foucault (1978), la composición de la individualidad pasó durante gran parte del siglo XVIII por su objetivación, es decir, por la organización de un discurso de estructura científica que permitiera convertir a la persona en un cúmulo de funciones articuladas e irreducibles, ancladas en su anatomía. Una vez instaurada la perspectiva médica, el cuerpo es espacializado y verbalizado, adquiriendo una historicidad que se inscribe en los órganos y sus modos de funcionamiento, apreciable desde la visión directa y tangible del experto. Desde entonces, la actividad clínica –orientada a la producción de condiciones de salud– y el trabajo sobre el cuerpo han sido considerados eminentemente como una actividad visual.

No obstante, el campo de lo visible es también una composición configurada históricamente (Chalfen y Rich, 2007). La mirada médica es un producto epistémico, de interacción entre objetos y discursos que definen y perfilan ámbitos y escalas descriptibles y, a su vez, de intervención. El último siglo se ha asociado a transformaciones que han variado tanto el alcance como los modos de legitimación de esta mirada (Foucault, 1976), con implicancias performativas (es decir, que establecen realidades a través de su práctica [Austin, 1975; Searle, 1980]) que reconfiguran los modos de reconocimiento del cuerpo y, sobre todo, los modos en que este se articula a los procedimientos para generar salud. El desarrollo de diversas tecnologías biomédicas –como las asociadas a la molecularización de la medicina y el desarrollo de diversos procesos regulatorios de la actividad clínica (Cambrosio, Keating y Bourret, 2006a; Hall, 2004; Rose, 2001)– han implicado un cambio de perspectiva que rearticula el espacio de gobierno del cuerpo, y cómo este es descrito y experimentado (Blackman, 2008; Le Breton, 2002; Novas y Rose, 2000; Rabinow y Rose, 2006).

En este trabajo desarrollamos un análisis de las prácticas de gestión biológica implicadas en la última

reforma de salud en Chile, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud [GES],¹ y su relación con condiciones particulares para la gestión epistémica de la corporalidad y la comprensión de la biocidadanía. Para tal análisis, nos situamos en el campo de los Estudios de Ciencia y la Tecnología. Desde esta perspectiva, damos énfasis al rol de las regulaciones, tecnologías y entidades epistémicas producidas por la biomedicina en la configuración de los procesos de gobierno en salud, prestando particular atención a los procesos de *enactment*² del cuerpo y los modos de regulación asociados a la producción de salud corporal.

Este artículo se inscribe en la indagación sobre las relaciones entre ciencia, tecnología y biopolítica, en un escenario socioeconómico específico, caracterizado predominantemente como una normatividad neoliberal (Han, 2012; Read, 2009). De acuerdo a Foucault (2002, 2007a), la biopolítica, tecnología de gobierno de control de la vida biológica de las poblaciones para *hacer vivir* (Lemm, 2010), ha devenido progresivamente una modalidad menos articulada, definida y localizada, dependiente cada vez menos de saberes basados en la epidemiología y la estadística –las ciencias de los procesos generales de la vida–, para convertirse en un arte de gobierno heterogéneo, híbrido y deslocalizado, en una gubernamentalidad (Castro-Gómez, 2010; Ong y Collier, 2005). Tal gubernamentalidad sienta las bases para una manifestación deslocalizada y heterogéneamente compuesta de las racionalidades de gobierno, con propósitos y medios variables. En este sentido, el neoliberalismo, como racionalidad gubernamental, pretende organizar la vida no a través de operaciones y comandos explícitos, sino mediante la creación de un régimen de valoración e intercambio de mercancías, en un escenario que establece como principio

1 También conocido como AUGE (Acceso Universal a Garantías Explícitas).

2 El término es empleado ampliamente en el campo de los Estudios de Ciencia y la Tecnología. La palabra inglesa enact admite diversas traducciones al español. Puede significar actuar, ejecutar, realizar y, en el contexto restringido del derecho, promulgar. En algunos contextos, incluso podría comprenderse desde su asociación con el término actualizar. Debido a que, para nosotros, significa todo eso al mismo tiempo, preferimos utilizar el anglicismo en lugar de su traducción.

de acción y regulación la elección calculada de actores definidos formalmente como libres. La gubernamentalidad neoliberal interviene no directamente sobre los jugadores, sino sobre “las reglas del juego”, sobre su “medio ambiente” (Foucault, 2006), sobre las condiciones para pensar y actuar sobre la propia vida (Rose, 2007).

Comprendemos el GES como una modalidad biopolítica –gubernamental– que recoge diversos sentidos inscritos en tales técnicas neoliberales. Este régimen, iniciado en 2004 (Ley 19.966/2004), consiste en un entramado epistémico, tecnológico y económico orientado a potenciar la longevidad poblacional, basándose en la priorización de eventos biológicos y servicios de salud asociados, actuando de modo directo en el mercado de prestaciones en salud (Perdomo, 2007). A la fecha, este esquema cubre un cúmulo de 80 problemas de salud³ que han sido priorizados a partir de diversos estudios y asesoría experta (Ley 19.966, 2004), entre otras consideraciones (Castillo-Sepúlveda, en revisión; Tapia, Espejo y Castillo-Sepúlveda, 2017). Estos problemas priorizados se articulan a un complejo entramado de transacciones económicas y epistémicas que sientan las bases de una nueva manera de gobernar las relaciones entre salud y enfermedad, generando interés a partir de la valorización de los procesos biológicos.

El GES consiste en una tecnología gubernamental, un ensamblaje de relaciones sociales, humanas y materiales organizado por una racionalidad práctica, basado en ciertos presupuestos respecto a los seres humanos (Rose, 2007), que establece nuevos parámetros para comprender y atender la normatividad biológica del cuerpo y cómo conducir a la ciudadanía para que esta se articule al sistema.

Régimen de Garantías

Para caracterizar el GES es necesario atender a sus condicionantes técnicas, sociales y políticas. El régimen ha sido objeto de diversos análisis tanto en el ámbito de la economía médica como de las ciencias sociales. En este último espectro, principalmente

desde las ciencias políticas y la economía política (Olavarría Gambi, 2012), ámbitos desde los que se ha indagado en los procesos sociales e históricos integrados en su diseño (Lenz, 2007; Olavarría Gambi, 2012), sus problemáticas institucionales (Oyarzo, 2007), la matriz económica y social que lo sustenta (Erazo, 2011; Perdomo, 2007), sus implicancias desde la perspectiva de los derechos humanos (Drago, 2006) y los imaginarios sociales asociados (Quiero, 2005). Considerando la amplitud de las visiones adoptadas, creemos que existe aún un enclave específico desarrollado por el régimen necesario de destacar.

Este régimen consiste en una política de gobierno impulsada por el tercer mandato presidencial luego de la dictadura militar extendida entre 1973 y 1989. Tal período se caracteriza, entre muchos otros factores políticos, por haber instaurado el monetarismo –o neoliberalismo– como modelo económico y social (Han, 2012; Pressacco y Salvat, 2012). Es normado por la Ley 19.966/2004, que lo define como un instrumento de regulación sanitaria que organiza “Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente” (Art. 2º). De algún modo, su concepción se encuentra vinculada a una serie de indicaciones para fomentar tanto la satisfacción de los consumidores de salud como de la participación privada en la prestación de servicios de salud, de acuerdo a indicaciones emitidas por el Banco Mundial (BM, 1993; Paraje e Infante, 2015):

Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado [...]. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la

3 En 2019 fueron incorporados cinco nuevos problemas de salud al régimen.

prestación de servicios, y ayudar a mejorar la eficiencia del sector privado mediante la generación y divulgación de información importante. (BM, 1993, p. iii).

El régimen de garantías posibilita la creación de un nuevo escenario de financiamiento que organiza el gasto público en salud, a partir de la estabilización de un complejo esquema de relaciones entre entidades públicas y privadas, haciendo selectiva la cobertura, controlando y reduciendo costos y definiendo sistemas de competencia entre entidades de salud a partir del establecimiento de normas de calidad (Olavarría Gambi, 2012). Esta reforma no pretende eliminar la dualidad en el sistema creado en la década de 1970 (compuesto por un fondo público y diversos fondos privados de gestión de salud), sino atenuar sus efectos, brindando servicios similares con independencia del tipo de seguro que tuviera el beneficiario (Paraje e Infante, 2015). Es más, reorganiza tal dualidad, estableciendo mecanismos para la compra de servicios desde el ámbito público al privado, situando a este último como un entramado clave en la gestión de la salud poblacional (Olavarría Gambi, 2012).

Para lo anterior, define un paquete de problemas de salud priorizados –actualmente 80– a ser cubiertos por ley, abordando temporalidades, prácticas y técnicas en casos que cumplen con una serie de síntomas o indicadores que puedan ser verificados según diversos elementos normativos actualizados cada tres años.⁴

El régimen está compuesto por cuatro garantías –acceso, oportunidad, protección financiera y calidad– que rearticulan el significado concreto de la salud. Esta, la salud, es traducida en un cúmulo de instancias biológicas actualizadas mediante una serie de prestaciones organizadas técnica, temporal y financieramente. Así, según la *garantía de acceso*, un agente que padece una enfermedad debe, en primera instancia, ser reconocido epistémica, técnica y procedimentalmente como un cuerpo que expone una serie de condiciones señaladas por indicaciones en decretos y reglamentos. Para ello, el GES pone

a disposición guías de práctica clínica que organizan preguntas y recomendaciones de acción según la revisión sistemática de evidencia disponible, jerarquizadas por evaluaciones de la calidad de dicha evidencia. Para ello se plantean nomenclaturas que dan cuenta de criterios de evaluación que consideran principalmente el alcance y rigurosidad de los estudios (Manterola y Zavando, 2009). En este escenario, la evidencia adquiere el potencial político de promover ciertas acciones en circunstancias y escenarios heterogéneos, así como de configurar prácticas que definen la manera en que una enfermedad será actualizada en escenarios clínicos.

En segundo lugar, la *garantía de oportunidad* formula temporalidades específicas para cada proceso de atención biológica estipulado en canastas de atención. Estas canastas integran fármacos, exámenes especializados y actividades clínicas que configuran progresivamente trayectorias de enfermedad. El no cumplimiento de esta garantía, es decir, la ausencia de una acción técnica en tiempos preestablecidos (sea diagnóstico, una intervención o cualquier otra prestación garantizada), habilita la activación de una alerta que, por ejemplo, permite al ciudadano presentar una denuncia ante las instituciones creadas para tales propósitos, implicando la obligatoriedad de brindar la acción garantizada con independencia del tipo (público o privado) de prestador final (Ministerio de Salud [MINSAL], 2016). En tal sentido, el GES otorga prevalencia a la calidad técnica y temporal de prácticas de atención, por sobre la adscripción organizacional o institucional de tales prácticas. Finalmente, las *garantías de protección financiera y calidad* aseguran la cobertura económica y las cualidades de las acciones en los espacios de atención (Ley 19.966, 2004).

Las prestaciones y problemas de salud priorizados se basan “en estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno” (Ley 19.966, 2004, Art. 13). El listado de enfermedades cubiertas y las prestaciones asociadas implican descartar “todas aquellas para las cuales no haya fundamentos de que significan un beneficio para la sobrevivencia o la calidad de vida de los afectados” (Art. 14). De este modo, la priorización conlleva un

⁴ El decreto promulgado el 27 de enero de 2016 no integró nuevos problemas de salud.

proceso de selectividad biológica sobre la base de recursos epidemiológicos y bioeconómicos (Gobierno de Chile, 2008). La elección de prestaciones se fundamenta en un complejo proceso de producción, revisión y evaluación de evidencia.

Tal proceso de priorización se fundamenta en la Medicina Basada en la Evidencia [*Evidence-Based Medicine* o EBM], definida como el empleo consciente y juicioso de la mejor evidencia disponible desde la investigación sobre el cuidado clínico en la gestión de pacientes individuales (Claridge y Fabian, 2005). La evidencia es puesta a disposición a través de guías de práctica clínica o protocolos (Cambrosio, Keating, Schlich y Weisz, 2006b; Tirado y Castillo-Sepúlveda, 2011). Cambrosio, Keating y Bourret (2006a) señalan que, en la base de este proceso se encuentra un nuevo esquema epistémico que reconfigura los modos por los cuales se verifica la adecuación de juicios, acciones y tecnologías utilizadas en entornos clínicos.

Desde esta perspectiva, la objetividad de los juicios clínicos se configura en relación a criterios que trascienden el espacio local y las habilidades profesionales que evalúan fenómenos biológicos concretos. En términos de Cambrosio, Keating y Bourret (2006a), se trataría de un nuevo tipo de objetividad producida por escenarios diversos encargados de la elaboración de regulaciones y convenciones: una *objetividad regulatoria* (Cambrosio, Keating, Schlich y Weisz, 2009; Moreira, May y Bond, 2009). Si bien esta depende del nivel de obligación asociado al uso de los estándares, la sola puesta a disposición de los medios por los cuales circula tal objetividad (decretos, guías de práctica clínica y protocolos) incide en la manera en que una enfermedad es pensada en términos de su adecuación a cánones compartidos (Timmermans y Berg, 1997; Tirado y Castillo-Sepúlveda, 2011). Más aún, en el caso del GES, sistemas de control (como el SIGGES⁵) organizan las temporalidades adecuadas para cada acción garan-

tizada. Todos estos componentes influyen en cómo los procesos biomédicos son interpretados localmente por parte de los profesionales (Lynch, 2002). En términos generales, ello significa que la tensión salud-patología se reconfigura en función de lo establecido por los sistemas de regulación, instando actividades sociales y materiales que *enactan* la normalidad o anormalidad (Tirado, Gálvez y Castillo-Sepúlveda, 2013).

Gubernamentalidad neoliberal y biomedicina

El régimen implica nuevos supuestos sobre la corporalidad y sobre cómo un ciudadano puede gestionar su salud, orientando una modalidad gubernamental particular. Como operación de conducción del comportamiento, este arte gubernamental consiste en la producción de subjetividades que hagan factible la participación en ciertas condiciones calculadas, así como también de cuerpos adecuados para ello (Rose, 2007; Tirado et al., 2013). Al remitirnos al campo de la salubridad poblacional en el GES, tal gubernamentalidad hace uso de los recursos dispuestos por los avances metodológicos y epistémicos de la biomedicina para interpretar las relaciones sociales e íntimas relativas a los procesos patológicos. Esta constituye un marco general de regulación de interacciones entre los componentes somáticos y el *self* (Rabinow y Rose, 2006; Rose, 2006, 2007). En un esquema social y económico neoliberal, la biomedicina crea objetos técnicos y epistémicos que son valorados y transados en mercados políticos, médicos y económicos (Rose, 2008).

Desde una perspectiva convencional, el neoliberalismo es descrito como un sistema en el cual una serie de individuos gestionan sus opciones personales y económicas en un esquema liberado de relaciones monetarias (Álvarez, 2010; Steger y Roy, 2011). En tal sentido, la salud —las prácticas y tecnologías asociadas a la generación de condiciones de salud— es producida, gestionada y comprendida como mercancía, un bien que adquiere un valor relativo a transacciones monetarias desregularizadas (o sometidas a los flujos de intercambio de los mercados), capitalizada a partir de la definición del coste de servicios y componentes técnicos especializados (Han, 2012).

5 Sistema de Gestión de Garantías Explícitas. Plataforma web elaborada para controlar la asignación de prestaciones asociadas a garantías por paciente en el ámbito público, así como las temporalidades vinculadas con cada actividad (garantía de oportunidad). Los organismos privados crean también sistemas informáticos de control y alerta.

Desde un plano alternativo, para Foucault (2006) el neoliberalismo no solo obedece a un esquema de transacciones económicas, sino a una racionalidad de gobierno, es decir, a un conjunto relativamente organizado de principios respecto a la naturaleza humana, sus relaciones, y cómo conducirlas. En tal sentido, se trata de un modo de relación social eminentemente normativo. Esto implica que no intenta hacer desaparecer los dispositivos de regulación, como comúnmente se señala, sino, por el contrario, pretende reorganizarlos para crear la economía de mercado. Para esto, articula el desmontaje de cualquier tipo de seguridad social *universal*, organizando tales servicios en torno a las reglas de oferta y demanda. La función principal del Estado es administrar las reglas del juego, permitiendo que este se lleve a cabo (Castro-Gómez, 2010; Foucault, 2006; 2007b).

Si bien puede considerarse que el GES emerge como un esquema alternativo a los modos de relación neoliberal, al fundamentarse en el establecimiento de normas sobre cómo financiar y proceder en el ámbito de la salud –un tipo particular de seguridad social–, creemos, no obstante, que este expresa una modalidad específica en que la racionalidad del gobierno se inscribe en la gestión biopolítica. Esto se manifestaría de tres formas.

En primer lugar, el GES se constituye eminentemente como un sistema selectivo de compensación de las diferencias entre los sistemas público y privado de financiamiento en salud. Se sitúa en el marco de las Políticas de Protección Social desarrolladas desde la década del 2000, cuyo propósito ha sido “atender las vulnerabilidades que enfrentan las personas y los hogares en el plano socioeconómico” (Larrañaga, 2010, p. 1), a través de la focalización del gasto social (Larrañaga y Contreras, 2015). En términos de Álvarez Lequizamón (2002), se configura como una formación *focopolítica*. Tal focopolítica se desarrolla al interior de la gestión neoliberal para la minimización de los riesgos generados por las inequidades producto de la liberalización de las relaciones económicas, creando objetos de saber y gestión que segmentan el continuo social para atender e intervenir sectores específicos, permitiendo sostener la macroestructura económica. El GES fracciona el continuo biológico para priorizar los

eventos con mayor impacto social en poblaciones vulnerables. No interviene ni modifica la racionalidad de gobierno, emerge desde esta, facilitando que su gestión se sostenga y perpetúe.

Como segundo aspecto, el GES se origina a partir de la integración de las reglas del mercado en la gestión biopolítica. No evade ni interviene sino que crea sus propias condiciones para la oferta y demanda de prestaciones en salud.⁶ En lugar de prescindir del mercado, estabiliza sus relaciones a través de sistemas regulatorios económicos y técnicos, articulando el ámbito privado a las actividades de gestión pública de la salud. Para controlar la inversión y generar interés, los procesos biológicos son valorizados a partir de la estimación del costo de las trayectorias técnicas de atención. Se asignan a tablas de valor que permiten el cálculo del gasto o ganancia asociados a la atención de los problemas de salud priorizados. Los órganos y sus funciones son capitalizados, adquieren un valor económico en diversos sistemas de transacción. Con todo, las empresas que prestan servicios privados de salud se alinean a los propósitos de gestión biopolítica gubernamental.

Finalmente, el régimen se funda en una concepción liberal del individuo y las organizaciones. Las garantías se basan en la concepción de “ciudadanos como titulares de derechos de salud” (Paraje e Infante, 2015, p. 7). En cierto modo, los individuos son considerados consumidores de prestaciones y poseedores de derechos que habilitan denunciar cuando estos no son otorgados (en el sentido del incumplimiento de las garantías). De tal forma, las garantías crean condiciones para un pacto o contrato entre entidades relativamente autónomas, velando por la actualización de la responsabilidad individual sobre la salud. Asimismo, las unidades clínicas son prescritas como “hospitales autogestionados en red”, es decir, entidades “sujetas a las decisiones de la red asistencial, pero con cierto grado de autonomía administrativa, por ejemplo, en el manejo de los recursos” (Paraje e Infante, 2015, p. 8). Ello implica que,

⁶ Para ello, formula estándares mínimos, modalidades de prácticas clínicas que cualquier segmento (público o privado) debe cumplir y condiciones para adscribirse al sistema. Al mismo tiempo, establece los valores para tales prácticas y fija las formas de transferencia de servicios desde el ámbito privado hacia el público.

para formar parte del sistema, hospitales y empresas privadas en salud compiten en condiciones relativamente similares a través del cumplimiento de la mencionada garantía de calidad.

En todo lo anterior, el papel de la biomedicina es clave: a través de sus conocimientos se generan regulaciones, se permite el establecimiento de los procesos de valorización de las funciones biológicas e instituyen cánones sobre los cuales focalizar el gasto social. El GES integraría y racionalizaría el neoliberalismo poniéndolo al servicio de la biopolítica. Así, la competitividad ya no solo se instala en las relaciones individuales u organizacionales, sino también se sitúa en un plano epistémico, por el cual ciertas entidades biológicas y técnicas son producidas y legitimadas, compitiendo en los mercados biocapitales para existir en la red de atención.

Denominamos biogubernamentalidad –o gubernamentalidad biomédica– a la composición progresiva de una tecnología de gobierno que articula conocimientos, instituciones y estrategias materiales que gestionan y producen temporalidades, espacialidades y cánones sobre la vida, que inciden en la comprensión del sí mismo, en términos de la gestión de la propia libertad (Foucault, 2006; Rose, 2007). De modo específico, el término hace referencia a la formulación de tecnologías de gobierno en que el conocimiento biomédico se hace fundamental.

Cuerpo y biocidadanía

La gestión de la salud poblacional implica el desarrollo de complejas estrategias de lectura sobre ordenamientos y reiteraciones biológicas, así como de sus eventualidades (Foucault, 2002). La corporalidad individual es puesta en relación a esquemas de interpretación basados en el comportamiento biológico poblacional, constituyendo un espacio de gestión situado en la relación entre saberes y compromisos heterogéneos. Donna Haraway (1991) señala de qué modo tal corporalidad se ha constituido en un campo estratégico en el cual se inscriben aspectos económicos, tecnológicos y epistémicos. El cuerpo biomédico es un sistema semiótico, un complejo escenario de producción de significados, perfilado por la conceptualización y asignación de diferencias calculadas

(Fraser y Greco, 2005; Haraway, 1991). De ahí que el sujeto biomédico –aquel proceso de subjetivación derivado de las *performances* epistémicas del cuerpo– pueda ser concebido como un artefacto sostenido por nexos discursivos y técnicos formulados por el saber de la investigación biológica. Cualquier objeto o persona puede ser pensado en términos de ensamblajes y reensamblajes (Haraway, 1991), siendo difícil encontrar una arquitectura natural más allá de la producida por las prácticas biológicas y médicas contemporáneas (Foucault, 1976).

De este modo, aquello que cuenta como una “unidad” –un “uno”– resulta altamente problemático. De acuerdo a Haraway (1991), la individualidad es un problema de defensa estratégico; tanto el cuerpo como la individualidad resultan de una articulación entre lo orgánico, lo técnico y lo textual, y se encuentra contingentemente construido: son un producto socio-técnico. La constitución de la individualidad y la subjetividad como objeto de conocimiento no implica una “sujeción”, en el sentido de la dominación y la supresión de libertad, sino de creación de sujetos que pueden ser concebidos como efectos de articulaciones heterogéneas, multiplicando sus modos de expresión y comprensión (Leal Ferreira, 2011). Por ello se considera que los individuos son subjetivados –convertidos en sujetos– a través de su localización en una matriz de redes.

Respecto al estrato biológico y la expresión patológica, la persona soporta la enfermedad en su corporalidad y vitalidad, y es el cuerpo en sí mismo el que se constituye como la entidad enferma (Foucault, 1978; Fraser y Greco, 2005): la patología es una entidad somatizada. Esta somatización, no obstante, no llama a la pasividad del paciente. De modo creciente, se constituye como un sujeto “activo” que debe jugar un papel fundamental en su cura. Progresivamente se exige que debe comprender y participar en las prácticas de su mejoría, el desarrollo de alianzas terapéuticas y gestionar dinámicas de prevención y evasión del riesgo a partir de diversos flujos de información (Brekke y Sirnes, 2011).

Uno de los modos por los cuales se han analizado las relaciones entre biología y subjetividad corresponde a la idea de ciudadanía biológica o biocidadanía (Cooter, 2008). Esta hace especial énfasis en la

estrecha relación entre la concepción de lo viviente y las epistemes formuladas por la biomedicina: en sus entramados circularían dispositivos por los cuales se traducirían no solo los propósitos, funcionalidades y modos de existencia de lo biológico y la comprensión y evaluación de la vida, sino también del *self* y sus relaciones (Michael y Rosengarten, 2012; Rose, 2012). En tal sentido, la episteme constituye un *espacio intermedio* de las relaciones entre las ciencias y discursos científicos, una racionalidad base o condición de posibilidad para pensar, observar y describir el mundo. No se trata de un sistema unificado o una teoría subyacente, sino más bien de una dispersión, proliferación y articulación de múltiples esquemas que remiten unos a otros (Foucault, 1968).

Han sido Nikolas Rose y Carlos Novas (Novas y Rose, 2000; Rose y Novas, 2005) quienes han asignado al término un potencial específico para comprender las relaciones de gobierno interpuestas por el conocimiento biomédico. En su trabajo de 2005, Rose y Novas relatan la formación de un nuevo vínculo entre la biomedicina y el *self*; irreductible a procesos de subjetivación anteriores (Cooter, 2008). La biociudadanía constituye una nueva territorialización de la responsabilidad en torno a elementos de índole biológica, como enfermedades u otros procesos vinculados al cuerpo, así como nuevas prácticas de identidad y ciudadanía asociadas a ello.

Para Rose y Novas (2005), la biociudadanía contempla un nuevo proyecto de ciudadanía que vincula conocimientos y normas acerca de la salud, y un valor distintivo de la biología en relación al ser humano en términos individuales y colectivos. Individuales, en cuanto a la relación consigo mismo a partir de una *individualidad somática*: el conocimiento biomédico se articula a nuevos recursos para la descripción del *self*, que implica actos de elección del curso de la vida integrando recursos epistémicos dispuestos por la biomedicina (Novas y Rose, 2000), así como en la búsqueda de participación de nuevos ensamblajes políticos y legales vinculados con la producción de evidencia en torno a enfermedades (Charles, 2013; Orsini, 2006; Rhodes, Harris, y Martin, 2013). Y colectivos, en relación a un nuevo tipo de sociabilidad alrededor de tales argumentos biológicos. Paul Rabinow (2005) ha acuñado el concepto de *biosocialidad* para describir

el tipo de colectivos organizados en torno a rasgos, problemas o preocupaciones de índole biológica, particularmente aquellas de carácter genético.

La noción de biociudadanía implica aproximarnos a la idea de una política mediada por elementos epistémicos que comprometen personalmente la subjetividad y corporalidad de los individuos, involucrándolos en el propio gobierno para el logro de fines orientados por estándares de sanidad (Gottweis, 2008). Se asocia a la articulación y búsqueda de distintos conocimientos, criterios de reconocimiento, técnicas diagnósticas y de intervención, que inciden en la definición de sí, y a partir de los cuales se establecen relaciones estratégicas. Ello deriva en una nueva experiencia del *self* y del cuerpo mediada por elementos técnicos (Castillo-Sepúlveda, 2015; Tirado, Baleriola, Giordani y Torrejón, 2014).

Apuntes metodológicos

Los elementos que presentamos forman parte de un estudio que aborda los aspectos semióticos y materiales asociados a la modalidad de gobierno integrada en el GES. Para ello, desarrollamos un estudio de caso instrumental (Simons, 2011) sobre el régimen, considerando los aspectos epistémicos involucrados en los procesos de priorización de problemas de salud, los discursos y las prácticas asociadas a su implementación en ámbitos profesionales (públicos y privados), y las trayectorias de pacientes y organizaciones biosociales. En este trabajo, damos cuenta de aspectos emergentes en relación a los dos primeros elementos: aspectos epistémicos y aquellos asociados a la implementación del régimen.

Hemos llevado a cabo entrevistas semiestructuradas a seis expertos que han participado en el diseño y ejecución de la priorización, un asesor experto en el ámbito de la economía de la salud, y 29 profesionales desempeñándose en ámbitos públicos y privados. Asimismo, hemos llevado a cabo etnografías focalizadas (Knoblauch, 2005) durante reuniones de coordinación y actualización de dos guías de práctica clínica a las que se nos ha permitido el acceso como observadores. Las descripciones de las prácticas en tales reuniones han sido complementadas con entrevistas a expertos sobre tales instancias y la

revisión de documentos técnicos acerca de su organización. Finalmente, hemos realizado una revisión documental del total de guías de práctica clínica puestas a disposición por el régimen (actualmente 80) (MINSAL, 2016).

Todo lo anterior ha sido analizado a partir de la noción de *enactment*, formulada en el ámbito de los Estudios de Ciencia y Tecnología, específicamente en el campo de estudios connotados bajo la etiqueta de Teoría del Actor Red (Latour, 2008; Law y Hassard, 1999). Esta aproximación pone en práctica un análisis que considera los procesos técnicos, científicos y sociales de distinto tipo como un producto de relaciones entre entidades de naturaleza diversa, humana y no humana. En términos de Law (1999), concibe la realidad como una producción relacional (semiótica) entre entidades heterogéneas, tomando en cuenta todo tipo de material, no solo social. La Teoría del Actor Red es una semiótica de la materialidad o semiótica-material.

De acuerdo a lo anterior, los relatos, descripciones o prácticas acerca de la realidad y las realidades que describen se producen mutuamente (Law, 2005). Las diferencias apreciadas entre dichas actividades son comprendidas en términos ontológicos. Ello quiere decir que las prácticas discursivas y materiales sobre un objeto *enactan* (actúan en una red heterogénea) dicho objeto en tanto es practicado. De este modo, si los escenarios de presupuestos y relaciones sociales y materiales son diversos, también lo son los objetos que generan (Law y Mol, 2008). En *The Body Multiple*, Mol (2002) describe las prácticas de diagnóstico y tratamiento de la arteriosclerosis en el contexto hospitalario, dando cuenta de cómo en distintas situaciones sociales y técnicas, la misma enfermedad y el cuerpo son comprendidos, descritos y practicados de manera distinta: el cuerpo, usualmente imaginado como una entidad única, es también múltiple, pues es promulgado por prácticas heterogéneas en coreografías de acción diversas, a veces, incluso, contrapuestas. Para la autora, los procesos de *enactment* de lo real dependen de interacciones complejas en que se articulan tanto humanos como no humanos. Un *enactment* describe cómo las entidades son constituidas en redes de complejas relaciones entre actantes, tales como pacientes, enfermeras, parientes, ventiladores, registros, monitores,

etcétera. Esto es, el objeto *enactado* no existe sin la red de actores y actantes (Hadders, 2009).

Somatocracia o la nueva topografía política del cuerpo

En términos globales, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile consiste en un complejo esquema epistémico, tecnológico, socio-político y económico organizado para fundamentar la selectividad de funciones biológicas consideradas prioritarias para la promoción de la longevidad y calidad de vida poblacional. Para ello, crea un escenario de temporalidades y servicios cubiertos económicamente en un sistema híbrido, público y privado. En este apartado, damos cuenta de aspectos que se asocian con procesos de selectividad somática y modos de compromiso epistémico prescritos para la ciudadanía, es decir, sus condiciones de posibilidad.

La selectividad biológica es un proceso base de la formulación de garantías, y el componente primordial de la priorización. Esta se *enacta* sobre la base de escenarios sociales y materiales producidos y reproducidos para tales fines —ámbitos somáticos como focos de atención política y económica. Es decir, emerge en una red socio-técnica compuesta por índices, resultados de investigación, tablas de comparación, criterios y discursos sobre el cuidado de la salud, en que se anclan eventos corporales como focos de atención política, reduciendo las instancias de controversia sobre su inclusión. Así, se fundamenta en la producción de certidumbre empleando evidencia disponible en canales de comunicación científica (tales como bases de datos, meta-análisis y otras fuentes de información consideradas legítimas por técnicos y expertos) y en convenciones más o menos compartidas para convertir tales datos en sistemas de regulaciones (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

La priorización opera en un marco de recursos reducidos. Tal situación conlleva la necesidad de elaborar recursos que fundamenten la opción de unos procesos biológicos por sobre otros. La racionalidad económica impregna la gestión de la salud e implica que los componentes biológicos de los sujetos de atención sean comprendidos en tales términos.

Creemos que una cita extraída de una entrevista realizada representa tal proceso. En esta se precisa que la priorización implica un cálculo basado en el costo-efectividad asociado a la productividad de salud poblacional:

[...] *desde la perspectiva de un sistema de salud eficiente que quiere lograr el máximo de salud de la población, porque el análisis de costo-efectividad lo que te da es un marco analítico que te permite decir si es que pagar por esto es mejor que dejar de dárselo al sistema de salud, con lo que hoy día está produciendo. Entonces, un sistema de salud que es coherente en la lógica de querer darle el máximo de salud a la población debe ir avanzando en la nueva inclusión de nuevas intervenciones solamente en aquellas que sean costo efectivas para el sistema [...] (Íñigo,⁷ experto Economía de la Salud, 17 de agosto 2015).*

El proceso de gestión económica en el régimen implica la necesidad de priorizar prácticas que, a su vez, serán financiadas y establecerán qué eventos biológicos serán más recurrentes en sistemas de atención y registro. El movimiento esencial consiste en la constitución de un listado positivo de diagnósticos, actividades, temporalidades y tecnologías que configuran un espacio distintivo en el cúmulo de eventos biológicos poblacionales:

Ahora, si tú lo ves respecto de lo que hacen otros países [...] los países desarrollados no tienen planes de beneficios en salud en general. El AUGE es un plan de beneficio en salud, es una lista positiva, o sea, te dice lo que va a estar cubierto. En el caso inglés lo que tienen es una lista más bien negativa, ¿no? Está todo cubierto excepto estas otras cosas que consideramos que son muy caras para el beneficio que producen. Entonces son dos marcos conceptuales bastante distintos (Íñigo, experto Economía de la Salud, 17 de agosto 2015).

7 Se han empleado pseudónimos para individualizar a los entrevistados.

El régimen es productivo. Esto quiere decir que hace reales entidades para una red a partir de un complejo proceso de ordenamiento (*producción de orden*) de distintos materiales que, en definitiva, promueve una nueva jerarquía somática. Al mismo tiempo, establece un régimen de aceleración que reorganiza localmente las actividades clínicas a partir de entidades epistémicas. El GES se constituye, así, como un *vector biopolítico*. Finalmente, establece el significado de procesos biológicos a través de la prescripción de técnicas y procedimientos biomédicos, que promueven *modos específicos de biocidadanía*, en términos de una gramática social y material que articula evidencia, economía y cuerpo. Esta gramática socio-material sostiene una política sobre el cuerpo que lo *enacta* en una escala molar y molecular como un cúmulo de eventos biológicos priorizados, una *somatocracia*. Exponemos estos procesos con mayor detalle a continuación.

Producción de orden

La promulgación de orden en el flujo de procesos biológicos a nivel poblacional es un componente constitutivo del régimen de garantías. Si bien puede considerarse que forma parte exclusiva de la labor de expertos implicados con el diseño político, en la práctica se constituye mayormente a partir de la interacción entre agentes de diversa naturaleza.

El orden es producto de la traducción de procesos epistémicamente heterogéneos, que integran metodologías, búsqueda de evidencia, experiencia generada en centros internacionales, orientaciones políticas y económicas con implicancias regionales (como las orientaciones estipuladas por el Banco Mundial), nacionales (asociadas a los gobiernos) y locales (como la acción concreta de expertos, profesionales consultados, agrupaciones de pacientes, técnicos, estudios epidemiológicos, índices, evidencia disponible, publicaciones científicas, cargos ministeriales y consultivos que participan del proceso). De este modo, el orden puede ser comprendido como un producto contingente con implicancias gubernamentales.

La EBM forma parte de una de las racionalidades prácticas que operan en tal ordenamiento. Una de las expertas, que participó en el primer estudio de

priorización previo a la promulgación de la ley, señala: “Hicimos un estudio de carga de enfermedad. Algunos ya estaban hechos de antes... Hicimos una revisión sistemática de evidencias con la metodología de McMaster”⁸ (Helena, experta diseñadora, com. pers., 7 de agosto 2015). Casi diez años después, tal ordenamiento impregna la configuración de la priorización:

[...] cuando se hizo el listado de patologías, para los decretos anteriores se tenía un listado mayor y con un ranking por patologías, por lo tanto, cuando dijeron “Se van a incorporar las once nuevas”, ese ranking ya estaba hecho, y el ranking que estaba hecho de acuerdo a la carga de enfermedad, y más bien como eso, y que tuviera intervenciones que fueran efectivas y costo-efectivas (Fernanda, experta diseñadora, com. pers., 23 de junio 2015).

Las estimaciones de costo-efectividad se asocian a otros índices, como la mencionada carga de enfermedad, así como indicadores obtenidos de estudios epidemiológicos (de prevalencia y cronicidad, entre otros) considerados en función de criterios eminentemente monetarios: costo total de intervenciones, según diversas trayectorias de atención considerando aquellas intervenciones basadas en la evidencia. No obstante, el orden fundado en la evidencia obedece solo a uno de los componentes del proceso de priorización. Este forma parte de una red de yuxtaposiciones contingentes entre criterios que obedecen a distintos modos de legitimidad.

El orden es una narrativa que oculta parcialmente el trabajo infraestructural heterogéneo, pero sistemático, en que se basa la priorización. Las siguientes citas, extraídas de la entrevista a una experta en revisión y evaluación de evidencia, exponen uno de los procesos por los cuales se configuró el total de problemas de salud cubiertos actualmente:

Pero en algún minuto, el ministro me llamó a su oficina [...] Y me dice: “Mira”, la doctora [jefa] [...] creo que estaba enferma y el glaucoma era una patología que iba a entrar

dentro de las once nuevas; el glaucoma era una patología que la doctora así como que era su estandarte de lucha [...] Entonces nos informó a nosotros que no, no por temas de presupuestos, no me acuerdo qué patología era, pero no iba a poder entrar, y una patología se iba a tener que dividir en dos, que es lo de ¿cómo se llama? Insuficiencia mitral y aórtica, bueno. Eso en el fondo se tuvo que dividir como en subcategorías (Fernanda, experta diseñadora, com. pers., 23 de junio, 2015).

Es como el mensaje, no podían ser setenta y nueve ¿Ya? Porque hay un tema político detrás. Entonces bueno, pasó eso, nosotros nos molestamos, pero ya, bueno. Y después a mí me llama el ministro, y me dice: “Te quiero informar que...”, estaba el subsecretario creo también, “que el glaucoma”... La doctora creo estaba enferma y, como te decía, el glaucoma era su bandera de lucha. Y me dice, “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 ministro, usted sabe”, y me... Así me dijo: “Yo no te estoy preguntando”, me dijo, “Yo te estoy diciendo, porque o si no el Presidente no nos va a dar presupuesto, no nos van a dar la plata para el AUGE (Fernanda, experta diseñadora, com. pers., 23 de junio, 2015).

Criterios y procesos de diversa naturaleza, a veces controversiales, participan de un ordenamiento biológico que deriva en prácticas de salud. La condición gubernamental del GES en esta dimensión implica la producción de un espacio gobernable—conducible—, que es producto de un complejo y heterogéneo proceso de elaboración de certidumbre. Tal certidumbre es relativa a una red de elementos variables, articulados por el propósito de la elaboración de listados, enfermedades y acciones. Tiene, en este sentido, un carácter relativo e involucra la posibilidad de redefinición del significado de las enfermedades y los procesos de articulación asociados, a partir de la acción de entidades diversas. La política de la evidencia se encuentra articulada a manifestaciones múltiples de agencia y poder.

8 Refiere a la Universidad de McMaster, Ontario, Canadá, donde se diseñó la Medicina Basada en la Evidencia.

El ordenamiento es un logro colectivo entre entidades humanas (expertos, políticos, pacientes y profesionales) y no humanas (índices, sistemas de cálculo, evidencia disponible), un ensamblaje formado heterogéneamente. Como resultado, ciertos segmentos y sistemas corporales adquieren un estatus de valoración a nivel poblacional, siendo *enactados* por este entramado como unidades epistémicas relativamente autónomas entre sí, cada una asociada a una red socio-técnica específica de atención.

Lo anterior se configura como un componente clave de la gubernamentalización neoliberal de la salud. La distribución de problemas de salud entre diversos entramados socio-técnicos estabiliza una concepción de la corporalidad como segmentos y procesos diferenciados, a los cuales se asigna valores según como se articulan a trayectorias de atención, monetariamente calculables y transables según las canastas de prestaciones activadas. Los problemas de salud adquieren un peso económico reconocible, registrable y administrable en los sistemas de salubridad y los mercados privados, promoviendo transacciones económicas que movilizan la economía biomédica.

Para lo anterior, el cuerpo es gubernamentalizado desde sus componentes epistémicos: este es rearti-

culado de acuerdo a la red que produce la selectividad y ordenamiento de los problemas de salud y las atenciones biomédicas. Las distintas trayectorias de atención configuran determinadas versiones de lo que constituye un problema de salud o una patología. La corporalidad y la enfermedad son *enactadas* por las redes materiales que soportan el régimen:

Pero de nuevo sigue habiendo esta disociación entre... El AUGE no te está dando todo lo que le debiera proporcionar a un paciente. El AUGE en infarto agudo al miocardio no te garantiza que el paciente vaya a hemodinamia, a angioplastia coronaria cuando lo requiere, etcétera (Íñigo, experto Economía de la Salud, 17 de agosto 2015).

Respecto al ordenamiento inicial, dedicado a la priorización de problemas de salud constituidos como relevantes a nivel poblacional, una revisión de los aspectos técnicos involucrados en el acceso al sistema de garantías, considerando las 80 guías de práctica clínica puestas a disposición, ha permitido elaborar la siguiente tabla (Tabla 1) que da cuenta de las funciones fisiológicas u órganos *garantizados* por el régimen.

Tabla 1. Problemas, criterios y órganos integrados a las garantías a septiembre de 2016.

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.****	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
Enfermedad Renal crónica IV y V			H	Enfermedades crónicas	Riñón (Sist. Urinario)	Tratamiento
Cardiopatía congénita operable		< 15		Salud en personas menores de 15 años	Corazón (Sist. Circulatorio)	Diagnóstico y Tratamiento
Cáncer cervicouterino		> 15	M	Tratamientos de cánceres	Cérvix y Útero (Sist. Reproductor Femenino)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado				Tratamientos de cánceres	Multisistema	Tratamiento

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.****	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
Infarto agudo al miocardio				Enfermedades del corazón y cerebro	Corazón (Tejido Muscular) (Sist. Circulatorio)	Diagnóstico y Tratamiento
Diabetes mellitus tipo 1				Enfermedades crónicas	Páncreas (Sist. Digestivo)	Diagnóstico y Tratamiento
Diabetes mellitus tipo 2				Enfermedades crónicas	Páncreas (Sist. Digestivo)	Diagnóstico y Tratamiento
Cáncer de mama		> 15	M	Tratamientos de cánceres	Mama	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Disrafias espinales				Salud en personas menores de 15 años	Espina Dorsal; (Sist. Neuromotor; Sist. Nervioso Central; Sist. Muscular Tuboneurálgico)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Tratamiento quirúrgico escoliosis		< 25		Intervenciones quirúrgicas	Columna vertebral (Sist. Óseo-muscular)	Tratamiento
Tratamiento quirúrgico cataratas				Enfermedades de la visión	Ojo (Sist. Visual)	Diagnóstico y Tratamiento
Endoprótesis total de caderas		> 65		Salud del Adulto mayor de 65 años	Cadera (Sist. Óseo)	Tratamiento
Fisura labiopalatina				Salud en personas menores de 15 años	Mandibulofacialcraneal (Sist. Óseo; Sist. Muscular; Sist. Integumentario)	Diagnóstico y Tratamiento
Cáncer		< 15		Tratamientos de cánceres	Multisistema	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Esquizofrenia				Salud mental	Sist. Nervioso Central (Salud Mental)	Diagnóstico y Tratamiento
Cáncer de testículo		> 15	H	Tratamientos de cánceres	Testículos (Sist. Reproductor Masculino)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Linfomas		> 15		Tratamientos de cánceres	Sist. Inmune	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.**** Asociado	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
VIH - SIDA				Enfermedades crónicas	Sist. Inmune	Diagnóstico y Tratamiento
Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio		< 5		Salud en personas menores de 15 años	Pulmones; Bronquios; Laringe, Tráquea (Sist. Respiratorio)	Tratamiento
Neumonía de manejo ambulatorio		> 65		Salud del Adulto mayor de 65 años	Sist. Respiratorio	Diagnóstico y Tratamiento
Hipertensión arterial		> 15		Enfermedades crónicas	Sist. Circulatorio	Diagnóstico y Tratamiento
Epilepsia no refractaria		< 15		Salud en personas menores de 15 años	Sist. Nervioso Central	Diagnóstico y Tratamiento
Salud oral integral		> 60		Salud bucal	Dentadura (Salud Oral)	Tratamiento
Prevención de parto prematuro			M	Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido	Gestación (Sist. Reproductor Femenino)	Diagnóstico y Tratamiento
Arritmia cardíaca que requiere de marcapaso		> 15		Enfermedades del corazón y cerebro	Corazón (Sist. Circulatorio)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Colecistomía preventiva del cáncer de vesícula		35-49		Intervenciones quirúrgicas	Vesícula (Sist Digestivo)	Diagnóstico y Tratamiento
Cáncer gástrico				Tratamientos de cánceres	Estómago (Sist. Digestivo)	Diagnóstico y Tratamiento
Cáncer de próstata		> 15	H	Tratamientos de cánceres	Próstata (Sist. Reproductor Masculino)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Vicios de refracción		> 65		Enfermedades de la visión	Ojo (Sist. Visual)	Diagnóstico y Tratamiento
Estrabismo		< 9		Salud en personas menores de 15 años	Ojo (Sist. Visual)	Diagnóstico y Tratamiento
Retinopatía diabética				Enfermedades de la visión	Ojo (Sist. Visual; Diabetes)	Diagnóstico y Tratamiento

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.**** Asociado	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
Desprendimiento de retina no traumática				Enfermedades de la visión	Ojo (Sist. Visual)	Diagnóstico y Tratamiento
Hemofilia				Enfermedades crónicas	Sist. Circulatorio	Diagnóstico y Tratamiento
Depresión		> 15		Salud mental	Sist. Nervioso Central (Salud Mental)	Tratamiento
Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas			H	Intervenciones quirúrgicas	Próstata (Sist. Reproductor Masculino)	Tratamiento
Ortesis (o ayudas técnicas)		> 65		Salud del Adulto mayor de 65 años	Multisistema	Tratamiento
Accidente cerebrovascular isquémico		> 15		Enfermedades del corazón y cerebro	Cerebro (Sist. Circulatorio; Sist. Nervioso Central)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica				Enfermedades crónicas	Pulmones (Sist. Respiratorio)	Diagnóstico y Tratamiento
Asma bronquial moderada y grave		< 15		Salud en personas menores de 15 años	Bronquios (Sist. Respiratorio)	Diagnóstico y Tratamiento
Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido		0-28 días		Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido	Pulmones; Diafragma (Sist. Respiratorio)	Diagnóstico y Tratamiento
Tratamiento en personas con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada		> 55		Enfermedades crónicas	Articulaciones (Sist. Óseo)	Tratamiento
Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales				Enfermedades del corazón y cerebro	Cerebro (Sist. Circulatorio; Sist. Nervioso Central)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Tumor primario del Sist. nervioso central		> 15		Enfermedades del corazón y cerebro	Sist. Nervioso Central	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.**** Asociado	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar				Intervenciones quirúrgicas	Zona Lumbar (Sist. Nervioso Central)	Tratamiento y Seguimiento
Leucemia		> 15		Tratamientos de cánceres	Sist. Circulatorio	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Urgencia odontológica ambulatoria				Salud bucal	Boca	Tratamiento
Salud oral integral adulto		> 60		Salud bucal	Boca	Tratamiento
Politraumatizado grave				Accidentes graves	Multisistema	Tratamiento
Traumatismo craneo encefálico moderado o grave				Accidentes graves	Cráneo; Encéfalo	Diagnóstico y Tratamiento
Trauma ocular grave				Accidentes graves	Globo Ocular	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Fibrosis quística				Enfermedades crónicas	Multisistema	Tratamiento
Artritis reumatoide		> 15		Enfermedades crónicas	Articulaciones (Sist. Óseo)	Tratamiento
Consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas		< 20		Salud mental	Sist. Nervioso Central	Tratamiento y Seguimiento
Analgesia de parto			M	Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido	Sist. Reproductor Femenino	Tratamiento
Gran quemado				Accidentes graves	Multisistema	Tratamiento y Seguimiento
Hipoacusia bilateral		> 65		Salud del Adulto mayor de 65 años	Oídos (Sist. Auditivo)	Tratamiento y Seguimiento

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.**** Asociado	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
Retinopatía del prematuro		Recién nacido prematuro		Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido	Retina (Sist. Visual)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Displasia broncopulmonar del prematuro		Recién nacido prematuro		Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido	Pulmones (Sist. Respiratorio)	Tratamiento y Seguimiento
Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro		Recién nacido prematuro		Parto, prematuridad y enfermedades del recién nacido	Oídos (Sist. Auditivo)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Epilepsia no refractaria		> 15		Enfermedades crónicas	Corteza Cerebral (Sist. Nervioso Central)	Tratamiento
Asma bronquial		> 15		Enfermedades crónicas	Bronquios (Sist. Respiratorio)	Diagnóstico y Tratamiento
Enfermedad de Parkinson				Enfermedades crónicas	Sist. Nervioso Central	Tratamiento
Artritis idiopática juvenil		< 17		Enfermedades crónicas	Articulaciones (Sist. Óseo)	Tratamiento
Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal		> 15		Tratamiento preventivo	Riñón (Sist. Urinario)	Tratamiento
Displasia luxante de caderas		< 1		Salud en personas menores de 15 años	Articulaciones (Sist. Óseo)	Diagnóstico y Tratamiento
Salud oral integral de la embarazada			M	Salud bucal	Boca	Tratamiento
Esclerosis múltiple remitente recurrente				Enfermedades crónicas	Sist. Nervioso Central	Diagnóstico y Tratamiento
Hepatitis crónica por virus hepatitis B				Enfermedades crónicas	Hígado (Sist. Digestivo)	Diagnóstico y Tratamiento
Hepatitis c				Enfermedades crónicas	Hígado (Sist. Digestivo)	Diagnóstico y Tratamiento

Problema Biológico o Mental	Representación*	Criterio Edad**	Criterio Sexo***	Categoría de Problema GES	Órgano o Sist.****	Ámbito de Intervenciones Cubiertas
Cáncer colorrectal		> 15		Tratamientos de cánceres	Intestino Grueso (Sist. Digestivo)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Cáncer de ovario epitelial			M	Tratamientos de cánceres	Ovario (Sist. Reproductor Femenino)	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Cáncer de vejiga		> 15		Tratamientos de cánceres	Vejiga (Sist. Urinario)	Tratamiento y Seguimiento
Osteosarcoma		> 15		Tratamientos de cánceres	Sist. Óseo	Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento
Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica		> 15		Enfermedades del corazón y cerebro	Corazón (Sist. Circulatorio)	Tratamiento y Seguimiento
Bipolaridad		> 15		Salud mental	Sist. Nervioso Central	Tratamiento
Hipotiroidismo		> 15		Enfermedades crónicas	Tiroides (Sist. Endocrino)	Tratamiento
Tratamiento de hipoacusia moderada severa		< 2		Salud en personas menores de 15 años	Oídos (Sist. Auditivo)	Tratamiento y Seguimiento
Lupus eritematoso sistémico				Enfermedades crónicas	Sist. Inmune	Tratamiento
Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide		> 15		Enfermedades del corazón y cerebro	Corazón (Sist. Circulatorio)	Tratamiento y Seguimiento
Tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori en el paciente con úlcera péptica				Tratamiento preventivo	Sist. Digestivo	Tratamiento y Seguimiento

* En web de Ministerio de Salud (2016b).

** Expresada en años, exceptuando situaciones expresamente señaladas.

*** H corresponde a Hombre; M corresponde a Mujer.

**** Sist., abreviatura de Sistema.

Contemplando el esquema simple de *variables* integradas en el total de las guías, se aprecia cómo el GES configura espacios de regulación biológica acotados por dimensiones específicas. Aquello que se gobierna y organiza son órganos, funciones y servicios (considerados como actividades concretas de diagnóstico, tratamiento o seguimiento). En este sentido, la escala de acción e intervención de la política es somática, comprendiendo tal *soma* como un producto semiótico y material, es decir, emergente en redes heterogéneas. La gubernamentalización

en el GES conlleva la comprensión de una entidad corporal y del *self* como un compuesto de múltiples productos epistémicos articulables a mercados de prestaciones.

A partir de un ejercicio de proyección de los elementos contemplados en la Tabla 1 sobre figuras corporales que consideran los criterios etarios y de sexo dispuestos por el régimen, hemos generado los siguientes esquemas que grafican los actuales énfasis de los procesos de priorización (Figuras 1 y 2):

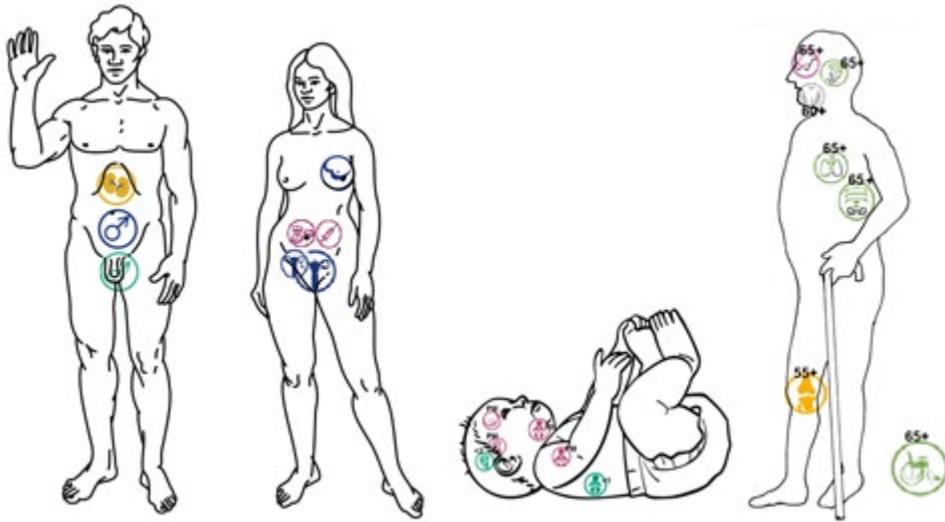


Figura 1. Proyección de sexo, edad y órgano o función cubiertos por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud a septiembre de 2016.

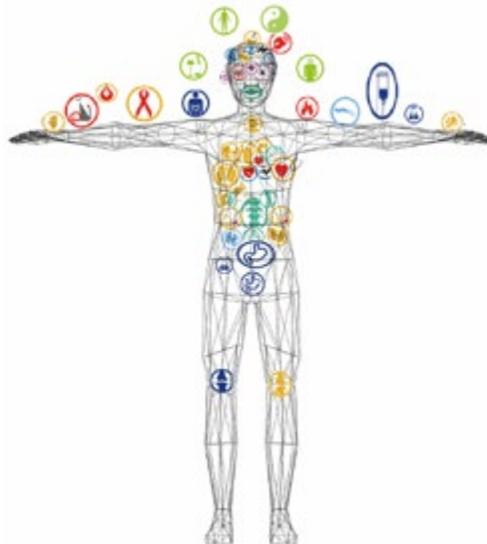


Figura 2. Proyección de órganos o funciones cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud a septiembre de 2016, que no consideran sexo o edad.

Cada problema de salud garantizado es conformado como un territorio, esto es, una representación que desemboca, pragmáticamente, en comportamientos, inversiones económicas, tiempos y espacios sociales y discursivos (Haesbaert, 2004). Las Figuras 1 y 2 dan cuenta de la territorialización socio-técnica que implica el régimen. El cuerpo adquiere una espacialidad epistémica a través de indicadores activados en entramados técnicos y económicos sobre determinadas funciones corporales.

Las operaciones a la base, en tal sentido, no solo visibilizan procesos, asignando la posibilidad de ser reconocidos, significados y articulados a discursos técnicos y políticos, sino también suponen el despliegue de prácticas que *enactan* ciertos órganos por sobre otros como los territorios de inversión tecnológica y económica. Como señala una experta:

Ahora las enfermedades que son no AUGE son las menos importantes. Eso es lo que nadie dice. O sea, la gente que lleva tres años esperando, está esperando para que le operen una hernia, una várice. Yo no digo que no duela, que no moleste, que no sea importante. Yo no estoy minimizando, pero las patologías no-AUGE no se mueren de eso, ni dejan de trabajar por eso. Por lo tanto, no están en el AUGE. Y por lo tanto los hospitales le dan preferencia al AUGE y eso va quedando de lado (Helena, experta diseñadora, com. pers., 7 de agosto 2015).

Los entramados de garantías, como esquema gubernamental, crean una nueva semiótica corporal basada en ordenamientos biopolíticos. La redistribución somática del cuerpo es actuada tanto en la priorización como en los espacios clínicos, los cuales establecen trayectorias de atención que *enactan* las espacialidades (o funciones) corporales. Sea como fuere, la anatomía es practicada como sistemas de diferencias radicales:

[...] garantizado... O sea, no cabe la menor duda que lo va a recibir. Entonces, claro, pero pasa... Si es que yo vi y llegué y le comenté a la doctora, "Sabe qué, doctora, sabe que con la Andrea [otra experta] me puse a llorar" y mostraban a una señora mayor de 65 años que una

cadera era GES y la otra no era GES. ¿Le puedes encontrar lógica a eso? [...] pero ahí no es el problema ni la guía ni el criterio de por qué se metió la endoprótesis total de cadera o no, no es el criterio ese. Es el problema del gestor [golpea la mesa] [...] porque lamentablemente a las personas todavía no se les ve de manera integral y siguen siendo un pedazo de pierna, un pedazo de cadera, un pedazo de rodilla, un pedazo de corazón, según lo que te afectó (Paloma, experta diseñadora, com. pers., 3 de agosto 2015).

Vector de aceleración

El régimen ha creado nuevas temporalidades biopolíticas. No solo ha implicado el *enactment* de una corporalidad como procesos somáticos sostenidos por redes socio-materiales, sino también, en una escala distinta, la reorganización de las prácticas de atención que se vinculan a la priorización de ciertos eventos por sobre otros. Como señala el siguiente experto:

Bueno, entonces tú tenías estos tres elementos. El AUGE te garantiza que al menos lo que tú tienes que ofrecer está o tiene que estar en el Servicio, y eso diríamos que fue una pequeña mejora. Y el tema es que te protocolizó muchas cosas que antes no existían, entonces eso hace que las cosas sean más rápidas, que tú le hagas mejor manejo a los pacientes, etcétera (Íñigo, experto Economía de la Salud, 17 de agosto 2015).

El GES incide en las dinámicas y relaciones establecidas con los cuerpos enfermos en el escenario que crea, así como con toda la plataforma preexistente, a partir de una topografía de prácticas protocolarizadas que promueve que algunas acciones biomédicas, financiadas y cubiertas por las canastas de prestaciones, se realicen con mayor frecuencia, priorizando ciertos cuerpos a ser atendidos por sobre otros. Para ello, acelera determinadas acciones y torna lentas otras. El GES es un vector de aceleración.

Un especialista en el área de traumatología señala lo siguiente respecto a la endoprótesis de cadera en las garantías explícitas:

Yo te diría que lo que marca acá es el acceso rápido y expedito a las prótesis de cadera. Más de veinticinco años esta cuestión y fue brutal, digamos, el impacto. Yo vengo haciendo prótesis antes del AUGE, entonces para nosotros era un desastre financiero y ver pacientes esperando cinco, diez años; incluso que las prótesis que tenías pensadas cuando le indicabas, a los diez años ya no te servían porque había una gran destrucción. Entonces el hecho de ahora tener un acceso rápido, que está a los estándares europeos, es impresionante. Como fue una de las patologías que partieron con esto, la verdad es que estaba todo el mundo mirando, y en general no hubo ningún problema. (Carlos, profesional, com. pers., 29 de diciembre 2015).

Este efecto de aceleración es producido en un entramado que se activa poniendo a disposición los elementos materiales, epistémicos y de coordinación necesarios para que los protocolos de atención sigan su curso. La velocidad es un efecto de articulación, es decir, una alianza entre criterios, entidades epistémicas, equipamientos, actores humanos y no humanos, que actúan la priorización. La producción de orden, descrita en el apartado anterior, consiste en la base epistémica que sustenta tal articulación.

Siguiendo el ejemplo de la endoprótesis de cadera, se ingresa al régimen:

Con confirmación diagnóstica de artrosis de cadera con limitación funcional severa según lo establecido en la Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo, que requiera endoprótesis total, tendrá acceso a tratamiento (MINSAL, 2010, párr. 2).

La Norma de carácter Técnico, Médico y Administrativo, documento que actualiza e integra el total de criterios de activación de las garantías, así como las mismas garantías y canastas, señala al respecto: “El traumatólogo del nivel secundario evaluará funcionalidad de cadera aplicando el Test de Merle D’Aubigné⁹ y confirmará, de acuerdo a examen clí-

nico, estudio radiológico y/o imagenológico complementario, la condición de artrosis de cadera con limitación severa” (Decreto 45, 2015, 3.12).

Lo mismo es recomendado por la *Guía de Práctica Clínica de Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 y más años con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa* (MINSAL, 2010). En el ejemplo, las regulaciones proponen una articulación que asocia al profesional y una entidad técnica específica –el Test de Merle D’Aubigné–; al mismo tiempo, propone otras asociaciones entre profesionales y técnicas: exámenes clínicos, estudios radiológicos o imagenológicos. En todos los casos acontece una mediación técnica, es decir, se modifica la capacidad de los actores o actantes de hacer algo y, al mismo tiempo, establecen una novedad: un órgano enfermo, la cadera artrósica.

Tal mediación participa de la articulación de la aceleración. Ciertos componentes corporales son actuados por sobre otros, practicando localmente una temporalidad distintiva para determinados procesos biológicos:

[...] el único problema real no son los pacientes que se operaron, son los pacientes que se dejan de operar. En la misma especialidad y en la misma cirugía, hay una discriminación. Si tú tienes muchas veces pacientes de sesenta y cinco años,¹⁰ que son los que más se operan sin duda, pero discriminan a los pacientes, por ejemplo, displásicos, que tienen cuarenta, cincuenta años y que están en plena etapa productiva, y le tienes que pagar licencia por todo ese período y el sistema no te deja meterlos. Siempre gana, por ley, el mayor de sesenta y cinco años. (Carlos, profesional, com. pers., 29 de diciembre, 2015).

En términos gubernamentales, los cuerpos se organizan en coreografías de selectividad operadas por entramados socio-técnicos. El cuerpo es parametrizado, además de su composición orgánica, según cómo esta ha sido interpretada en sistemas de revisión y evaluación de evidencia, así como de producción de

9 Consiste en tablas estandarizadas de consignación de puntajes dependientes asociados a la observación de la zona de diagnóstico y distintas pruebas de movilidad.

10 La edad es un criterio de inclusión para determinados problemas de salud.

regulaciones. La enfermedad y la corporalidad son reinterpretadas en consideración a nuevos escenarios políticos y epistémicos. Como quizás se aprecia en la siguiente nota de campo generada en una sesión de actualización de la guía clínica asociada a la endoprótesis de cadera:

La siguiente recomendación toma más tiempo que las anteriores. Esta implica definir cómo abordar casos en que se cumplen los criterios GES de edad, pero presentan como comorbilidad deterioro cognitivo. La síntesis de evidencia que presenta la asesora metodológica señala que, pese a que una persona cumpla con los criterios fisiológicos para acceder a la garantía, el deterioro cognitivo es un elemento que incide en la efectividad a largo plazo de la intervención.

El profesional del sector público señala que, para él, el curso de acción es rápido: aplica el Mini Mental¹¹ para tomar la decisión. El profesional del sector privado concuerda. Sugieren que, si la persona presenta señales de demencia, esta no ingrese a cirugía.

La recomendación (*outcome*) es no brindar cirugía a personas con deterioro cognitivo severo. Se trataría de “otro tipo de paciente”. Se sugiere también la exclusión de pacientes con cuadros asociados: el “contexto del paciente es distinto”. La evidencia sugeriría la elaboración de una guía distinta para tales casos (Nota etnográfica, Sesión de Actualización 1, 20 de mayo 2015).

Según tal recomendación, algunos cuerpos son extraídos del régimen en tanto se *enactan* como distintos, no ajustados a los parámetros de reconocimiento, ingresando a un régimen temporal distinto. Algunos supuestos a la base, tales como la privacidad del sufrimiento o la patología como expresión y problemática individual (que oculta aspectos colectivos o sociales asociados a la patología), se inscriben

en proposiciones regulatorias que participan en la producción de la patología como expresión eminentemente somática, perfilando el modo en que esta participa en la configuración del sí mismo.

Prescripción de biocidadanía

Los entramados de ordenamiento y de aceleración biopolítica permean nuevas condiciones por las cuales la ciudadanía debe comprenderse para participar del régimen. Tales condiciones establecen los parámetros por los cuales debe reconocerse una patología, cómo esta debe ser actuada y cómo debe conducirse el ciudadano, tanto técnica como económicamente, para acceder a ciertas prestaciones de salud. Se trata de un nuevo régimen de exclusión en el que algunos cuerpos pueden acceder a un sistema de prestaciones relativamente organizado, siempre y cuando cumplan con condiciones administradas por una epistemología –basada en la evidencia– y bioeconomía específicas. La gubernamentalidad neoliberal opera aquí no únicamente fijando las reglas de participación individual, sino también a través de la formulación de condiciones de inclusión/exclusión que dependen de mercados de investigación, evidencia y argumentación económica.

De este modo, la biocidadanía se ve reconfigurada por el régimen. La gubernamentalidad de las garantías establece una semiótica corporal que reensambla el organismo como órganos o funciones jerarquizadas técnica y económicamente. De tal modo, se prescribe que los individuos que participen del régimen habrían de comprender sus procesos biológicos según los términos del sistema, para participar del mercado de prestaciones en salud.

Por lo tanto, las garantías median técnicamente la experiencia de la enfermedad para quienes participan en el sistema. Los aspectos garantizados otorgan un marco de comprensión acerca de qué esperar en cada situación y qué posibles trayectorias se configuran. Los aspectos regulatorios establecen la forma en que una enfermedad adquiere progresivamente significado en la medida que se activan o no determinadas prestaciones:

11 Mini Mental State Examination (MMSE). Se trata de un set de preguntas y pruebas prácticas simples, orientadas a detectar o evaluar deterioro cognitivo.

Pero te decía que, por ejemplo, una persona con cáncer de mama tiene dentro del AUGE asegurada la... la reconstrucción mamaria. Está dentro de la garantía financiera, en la canasta sale reconstrucción mamaria [...] Pero el problema está en que eso no tiene garantía de oportunidad. Por lo tanto, como no tiene garantía de oportunidad, a ti te garantizan que te van a hacer la reconstrucción nomás, pero como no tiene un plazo, no lo hacen nunca. Porque nadie puede alegar... (Fernanda, experta diseñadora, com. pers., 23 de junio 2015).

Los mismos aspectos regulatorios se constituyen como un punto de paso obligado para organizar las acciones que forman parte de los entramados de salud. Se constituyen en un recurso por el cual afectar las trayectorias de salud, a partir de cómo se integran nuevos elementos. Para ello, los individuos organizados, colectivos de bioc Ciudadanos, deben traducir su experiencia en los términos legitimados por el régimen:

[...] está muy empoderada la población y la gente se informa y se empodera cuando le afecta una situación de salud; y hoy en día las enfermedades la mayoría son crónicas, no son agudas, ¿ya? Entonces el que más demanda y el que más pregunta es por el crónico, por la enfermedad que te afecta, que impacta en tu vida, en tu bolsillo y en tu entorno [golpea la mesa]. Esa es la enfermedad, la que capaz ni siquiera va a ir el enfermo, capaz que va ir el hijo, el nieto y el bisnieto, el que sea, a exigir o a pedir o a decir esto es lo que yo necesito, por qué no puede acceder: "El otro día mostraron no sé en qué canal en la tele que existe esta cuestión de la radiocirugía o de las células madre, no sé qué tal cosa", y "por qué, por qué, por qué"... (Paloma, experta diseñadora, com. pers., 3 de agosto 2015).

El GES conforma una infraestructura normativa, epistémica y tecnológica que establece las condiciones de posibilidad para la expresión de una bioc Ciudadanía. Las formaciones sociales o subjetivas articuladas a la comprensión y performance de lo

biológico en el régimen dependen del entramado epistémico que prescribe o formula los modos en que sujetos y colectivos se perciben y practican a sí mismos. La bioc Ciudadanía se configura como una entidad epistémica, cuya infraestructura es la red en la que se formulan los preceptos desde los cuales puede constituirse. Para participar del régimen, los bioc Ciudadanos deben gestionarse a partir de conocimientos específicos que circulan en dicho entramado. La bioc Ciudadanía, en tal sentido, no es una entidad sino una red de relaciones.

Somatocracia: la territorialización del cuerpo

Hemos revisado tres procesos involucrados en la priorización, implementación y esquemas de participación en el régimen. Estos forman parte de un modo gubernamental que define condiciones para la *performance* de ciertos elementos del cuerpo en un esquema especializado de interacciones epistémicas, técnicas y económicas. Esta racionalidad de gobierno promueve un *enactment* de la corporalidad, que la traduce como un objeto gestionable. Consideramos que tres son sus cualidades principales.

En primer lugar, es producto de un flujo constante de actividades deslocalizadas (o situadas en múltiples localidades conectadas), que se sitúan en diversos ámbitos de la red: por ejemplo, espacios de toma de decisión, mesas de trabajo entre expertos y profesionales, prácticas clínicas, interpretación de guías de práctica clínica. En tal sentido, la acción clínica directa es solo un componente de tal entramado y, en cierto sentido, depende del mismo, instalando una versión somática del sujeto en dicha red. Distintos espacios clínicos pueden, así, poner en práctica similares versiones sobre el cuerpo.

En relación a lo anterior, los ordenamientos corporales van más allá de la anatomía concreta de cada cuerpo individual (una lectura anatómica del cuerpo), y se sitúan también en un estrato biopolítico: cada cuerpo discreto es puesto en relación a una población para ser interpretado (en razón de los recursos empleados para generar ordenamientos biológicos); cada cuerpo existe, a su vez, en una escala individual y una poblacional.

Finalmente, cada fisiología u órgano priorizado es actuado y producido por el régimen en términos epistémicos y tecnológicos. Los materiales y temporalidades inscritos en la red son coordinados por diversas regulaciones que atienden a procesos biológicos que han sido priorizados. El cuerpo total, a su vez, es puesto en relación a múltiples objetos técnicos que lo hacen visible en la red en términos de sus propias gramáticas y lenguajes, interpretados por profesionales. Esto permite que forme parte de entramados normativos y económicos específicos que hacen posible que cada tratamiento siga su curso, involucrando a distintos actores, con diversos programas. El cuerpo es configurado como territorios epistémicos, apropiados y ordenados como dominios tecnológicos (y económicos), cada uno formulado por un programa distintivo.

Lo anterior puede ser sometido a distintas lecturas. Según ha expuesto Foucault (2007a), uno de los polos del biopoder –poder sobre o tras la vida (Tirado, 2010)– se focaliza en la producción del cuerpo como máquina, a través de estrategias como la educación o la potenciación de sus fuerzas mediante su intervención directa, dando lugar a una *anatomo-política* que opera como racionalidad elemental de los órdenes disciplinarios. Desde tal perspectiva, la mirada y acción clínica se constituyen en los medios por los cuales el cuerpo es hecho visible para el poder, operando sobre sus variables y orquestando sus acciones posibles.

Sin embargo, consideramos que el caso expuesto trasciende la cuestión de la actividad clínica y la gestión impuesta por regímenes disciplinarios (que, recordemos, actúa predominantemente sobre el cuerpo concreto y lo organiza a partir de la mirada directa) y se centra más bien en la producción de un entorno de regulaciones distribuidas que estabilizan el cuerpo como un conjunto de composiciones somáticas diferenciadas, perfiladas epistémica y tecnológicamente. No se trata tanto de cómo se interviene la corporalidad discreta, sino más bien de cómo se diseña un cuerpo biopolítico. En tal caso, las versiones del cuerpo se instalan en un entramado socio-técnico, sobrepasan los cuerpos individuales, pero los constituyen por dicha red. Es decir, en lugar de producirse una anatomía compuesta por órganos visibles a través de la actividad médica particular,

el régimen produce entidades somáticas que son compuestas en niveles sucesivos, pero articulados, de ordenamiento de evidencia, gestión política y ética, producción de regulaciones, interpretación de normativas y *performance* tecnológica. Se trata del *enactment* de una porción corporal en un flujo de relaciones socio-técnicas que habilitan su reconocimiento y las prácticas asociadas a este.

Consideramos que lo anterior puede ser integrado en un concepto mencionado muy brevemente por el mismo Foucault (1976) en conferencias dictadas en Río de Janeiro en el año 1974. Nos referimos a la noción de *somatocracia*. Michel Foucault la emplea para señalar la relación que emerge entre el Estado y la ciudadanía al prestar atención a sus procesos vitales. En la oportunidad establece: “[U]na de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud” (Foucault, 1976, p. 155).

Es precisamente la noción de *soma* inscrita en el término la que nos resulta interesante. Esta palabra, derivada del griego, era empleada en su momento para hacer referencia indistintamente a cualquier cuerpo, fuera humano o no, vivo o no (Tocci, 2011). Un *soma* consiste en una unidad compuesta por masa, una delimitación espacial con contenido o una entidad diferenciada de otras. De este modo, la palabra *soma* no tiene escala ni identidad, permitiéndose su uso para cualquier unidad material que pueda ser perfilada y diferenciada, constituida como un cuerpo (humano o no).

Por lo anterior, consideramos que es posible juxtaponer al significado del *soma* como cuerpo humano, el de *soma* como una entidad diferenciada y situada en un espacio, territorio o zona del cuerpo, haciendo hincapié en que su *naturaleza* o composición es un producto de las relaciones epistémicas y tecnológicas por las cuales se establece. Por ello, empleamos la noción de *somatocracia* en un sentido similar al descrito por Foucault (1976) en 1974, pero subrayando la producción social y material de espacios y funciones corporales que son *enactados*, gestionados y gobernados por un entramado socio-técnico. La *somatocracia* forma parte de la constitución de un gobierno de las zonas del cuerpo, de la articulación de modos de acción técnica fundamentadas en un

saber especializado que define cómo comprender, operar y actuar los órganos del cuerpo asociado a transacciones epistémicas, técnicas y económicas.

Consideramos la somatocracia como la gestión biopolítica de los espacios del cuerpo, de la fisiología corporal. De modo específico, el proceso gubernamental asociado a la producción de modos de comprensión y *enactment* del cuerpo como una composición diferenciada de entidades epistémicas, que emergen como articulaciones de un entramado heterogéneo que genera inteligibilidad y proyecta formas de acción. En tal sentido, los modos por los cuales el cuerpo es entendido y actuado, esto es, constituido como una entidad real para otro, depende de cómo es configurado y legitimado en una serie de relaciones que pueden redefinir su expresión y los procesos relevantes para un entramado político. Por consiguiente, el ordenamiento biopolítico general no solo promueve la existencia de ciertos eventos biológicos sobre otros a través de la constitución de infraestructuras epistémicas y tecnológicas para tales fines, sino que, a su vez, cuenta con la posibilidad de rearticular la corporalidad y sus intensidades, así como los cánones por los cuales emerge un sujeto para actuar en tal escenario.

En términos específicos, la somatocracia constituye entidades epistémicas que *enactan* espacios corporales dependientes de ordenamientos técnicos, económicos y temporales; prescribe modos por los cuales el cuerpo debe ser interpretado para participar de regímenes de producción en salud y, a su vez, establece una plataforma epistémica para la existencia de una biocidadanía que se articula sobre la base de conocimientos, formas de adscripción y regulaciones según las cuales comprenderse para formar parte de sistemas de prestaciones biomédicas: territorializando el cuerpo, el régimen ejerce un poder subjetivante sobre el individuo.

A modo de cierre

Los escenarios gubernamentales contemporáneos han desplazado el foco de atención sobre una objetualidad directa de gobierno (almas, cuerpos y relaciones sociales y espaciales), articulando entramados normativos inmanentes que promueven la autoges-

ción y la autodefinición en un cúmulo de reglas más o menos compartidas. Quisiéramos sintetizar algunos aspectos descritos y enfatizar cómo estos desempeñan un papel en los modos de comprender los fenómenos biocidadanos.

Si bien no se ha realizado un análisis del tipo de biocidadano que se desprende del GES, este artículo ha pretendido dar las coordenadas o el marco a partir del cual la biocidadanía se configura en tal régimen normativo. Esto implica considerar que la biocidadanía emerge en un entramado de complejas relaciones que articula discursos, saberes, técnicas y prácticas heterogéneas, que sientan las bases para ciertos modos de comprensión de la corporalidad y del *self*. El GES establece condiciones de posibilidad para la biocidadanía, formulando un conjunto de enunciados y prácticas que fijan las condiciones por las cuales comprender el cuerpo (una somatocracia) y orientar el comportamiento de ciudadanos para, en tales términos, adscribirse a un régimen de salud.

De acuerdo a lo anterior, sería posible considerar tres aspectos implicados en la expresión biocidadana en el régimen. En primer lugar, la cualidad de los procesos que fundan dicha categoría biocidadana. Los aspectos biológicos, base de los procesos de identificación de un sujeto con entidades somáticas, no son (solamente) naturales. Estos son un producto de redes epistémicas que formulan qué y cómo comprender un proceso anclado en el cuerpo. La subjetivación biocidadana emerge en una red de relaciones heterogéneas, dependiente de epistemologías específicas forjadas por dicho entramado.

En segundo lugar, la preeminencia de criterios biomédicos y sus modos de operación normativa. La biocidadanía es compuesta como un efecto de traducción entre regulaciones que establecen de qué modo son comprendidos y practicados localmente los procesos somáticos y la normatividad biológica de los individuos. Se trata así de un proceso de hibridación entre los componentes *naturales* y los procesos regulatorios que articulan las redes biogubernamentales.

Finalmente, la naturaleza de la biocidadanía. Consideramos que el caso expuesto permite pensar la biocidadanía como el producto de ensamblajes

entre entidades heterogéneas. Considerar la individualidad biológica como una entidad que emerge a partir de articulaciones requiere considerar cómo la experiencia de los procesos somáticos depende de trayectorias que inscriben aspectos técnicos, epistémicos y biológicos. La identificación con una condición biológica y la proyección de acciones a partir de esta se suscitan por materialidades que portan con concepciones sobre la naturaleza de los procesos que abordan. Como señala Leal Ferreira (2011), un sujeto es el producto de los ensamblajes contingentes entre ontologías disímiles, abierto a su reconfiguración. La biocidadanía es un efecto de articulación.

Agradecimientos

El proyecto agradece a FONDECYT de Iniciación en Investigación 11140590 por el financiamiento y respaldo del proyecto titulado “Aportes de los Estudios de Ciencia y Tecnología a la comprensión de enfermedades abordadas por la medicina basada en la evidencia: regímenes de subjetivación, corporización y biosocialidad en el GES”. Asimismo, a las instituciones que han facilitado el desarrollo de este trabajo de investigación: Ministerio de Salud, Instituto Nacional del Cáncer, Hospital San Juan de Dios, Cesfam Laurita Vicuña y Redgesam. A los expertos y profesionales que han ofrecido parte importante de su tiempo. A Jorge Tapia, Marjorie Espejo y Tamara Díaz, por su contribución en el proceso de producción de información, y a Mariana Gálvez, por participar en la revisión del texto. A Gabriela Guíñez por contribuir en la diagramación de las figuras. Del mismo modo, a los editores que han participado de la organización del número especial de la revista *Estudios Atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*, y a sus evaluadores. Su paciencia y recomendaciones han contribuido a la optimización de este trabajo.

Referencias citadas

Álvarez Lequizamón, S. (2002). La transformación de las instituciones de reciprocidad y control: del don al capital social y de la biopolítica a la fopolítica. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 8(1), 57-89.

Álvarez, P. L. (2010). Biopolítica, liberalismo y neoliberalismo: acción política y gestión de la vida en el último Foucault. En Arribas, S., Cano, G. y Ugarte, J. (Coords.). *El “exilio” uruguayo en Argentina: Intersecciones entre memoria, ciudadanía y democracia* (pp. 39-61). Madrid: CSIC/La Catarata.

Austin, J. L. (1975). *How to Do Things with Words* (2da ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Banco Mundial (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington, DC: Banco Mundial.

Blackman, L. (2008). *The Body: The Key Concepts*. New York, NY: Berg.

Brekke, O. A. y Sirnes, T. (2011). Biosociality, biocitizenship and the new regime of hope and despair: Interpreting “portraits of Hope” and the “mehmet Case”. *New Genetics and Society*, 30(4), 347-374.

Cambrosio, A., Keating, P. y Bourret, P. (2006a). Regulatory objectivity and tests systems in medicine: The case of cancerology. *Convergencia*, Septiembre-Diciembre, 42, 121-139.

Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T. y Weisz, G. (2006b). Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social Science and Medicine*, 63(1), 189-199. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.12.007>

Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T. y Weisz, G. (2009). Biomedical Conventions and Regulatory Objectivity: A Few Introductory Remarks. *Social Studies of Science*, 39(5), 651-664. <http://doi.org/10.1177/0306312709334640>

Castillo-Sepúlveda, J. (2015). Identidad y equipamiento en colectivos biosociales: una lectura semiótico-material. *Summa Psicológica*, 12(1), 51-61.

Castillo-Sepúlveda, J. (en revisión). Biogubernamentalidad: regímenes de subjetivación, corporización y biosocialidad en las Garantías Explícitas en Salud (GES). Aproximación a los repertorios expertos. En *Biopolítica, Biociencia y Gubernamentalidad* (pp. 1-16).

Castro-Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

- Chalfen, R. y Rich, M. (2007). Combining the applied, the visual and the medical. En Pink, S. (Ed.). *Visual Interventions: Applied Visual Anthropology* (pp. 53-70). New York, NY: Berghahn Books.
- Charles, N. (2013). Mobilizing the self-governance of pre-damaged bodies: neoliberal biological citizenship and HPV vaccination promotion in Canada. *Citizenship Studies*, 17(6-7), 741-755. <http://doi.org/10.1080/13621025.2013.834128>
- Claridge, J. A. y Fabian, T. C. (2005). History and development of evidence-based medicine. *World J Surg*, 29(5), 547-553. <http://doi.org/10.1007/s00268-005-7910-1>
- Cooter, R. (2008). Biocitizenship. *The Lancet*, 372(9651), 1725.
- 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, Santiago, Chile, 26 de Junio de 2015.
- Drago, M. (2006). *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*. Santiago: CEPAL.
- Erazo, A. (2011). *La protección social en Chile. El Plan AUGE: Avances y desafíos*. Santiago: CEPAL.
- Foucault, M. (1968). La función política del intelectual. Respuesta a una cuestión. *Revista ESPRIT*, 371, 850-874.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152-170.
- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007a). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad de Saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007b). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Fraser, M. y Greco, M. (2005). *The Body*. New York, NY: Routledge.
- Gobierno de Chile (2008). *Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Gobierno de Chile (2016). SIGGES. Recuperado de <http://www.sigges.cl/>
- Gottweis, H. (2008). Participation and the New Governance of Life. *BioSocieties*, 3(3), 265-286. <http://doi.org/10.1017/S1745855208006194>
- Hadders, H. (2009). Medical practice, procedure manuals and the standardisation of hospital death. *Nursing Inquiry*, 16(1), 22-32.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" á multiterritorialidade*. Río de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Hall, E. (2004). Spaces and networks of genetic knowledge making: the "geneticisation" of heart disease. *Health and Place*, 10(4), 311-318.
- Han, C. (2012). *Life in Debt*. Los Angeles, CA: University of California Press.
- Haraway, D. J. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature*. Londres: Free Association Books.
- Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), 1-14.
- Larrañaga, O. (2010). *Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica*. Santiago: PNUD.
- Larrañaga, O. y Contreras, D. (2015). *Las nuevas políticas de protección social en Chile*. Santiago: Uqbar Editores.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- Law, J. (1999). After ANT: complexity, naming and topology. En Law, J y Hassard, J. (Eds.). *Actor Network Theory and After* (pp. 1-14). Oxford: Blackwell Publishing.
- Law, J. (2005). Object Lessons. *Organization*, 12(3), 331-355. <http://doi.org/10.1177/1350508405051270>

- Law, J. y Hassard, J. (1999). *Actor Network Theory and Affter*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Law, J. y Mol, A. (2008). El actor-actuado: La oveja de la Cumbria en 2001. *Política y Sociedad*, 45(3), 75-92.
- Leal Ferreira, A. (2011). ¿Con cuántos dispositivos se produce una subjetividad? *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 11(1), 195-201.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Lemm, V. (2010). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Lenz, R. (2007). *Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la Economía Política*. Santiago: CIEPLAN.
- Ley 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud, leychile.cl Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Santiago, Chile, 3 de Septiembre de (2004).
- Lynch, M. (2002). Protocols, practices, and the reproduction of technique in molecular biology. *British Journal of Sociology*, 53(2), 203-220. <http://doi.org/10.1080/00071310220133304>
- Manterola, C. y Zavando, D. (2009). Cómo interpretar los “Niveles de Evidencia” en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 61(6), 582-595. <http://doi.org/10.4067/S0718-40262009000600017>
- Michael, M. y Rosengarten, M. (2012). Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies. *Body and Society*, 18(3-4), 1-17. <http://doi.org/10.1177/1357034X12451860>
- Ministerio de Salud (2010). Endoprótesis total de cadera en personas de 65 y más años con artrosis de cadera con limitación funcional severa. Santiago: Superintendencia de Salud.
- Ministerio de Salud (2016). Garantías Explícitas en Salud AUGE-GES. Recuperado de <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-3130.html>
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, NC: Duke University Press Books.
- Moreira, T., May, C. y Bond, J. (2009). Regulatory Objectivity in Action: Mild Cognitive Impairment and the Collective Production of Uncertainty. *Social Studies of Science*, 39(5), 665-690. <http://doi.org/10.1177/0306312709103481>
- Novas, C. y Rose, N. (2000). Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*, 29(4), 485-513. <http://doi.org/10.1080/03085140050174750>
- Olavarría Gambi, M. (2012). *¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? El Plan AUGE y la reforma de la Salud* (Vol. 2). Santiago: Editorial Universitaria.
- Ong, A. y Collier, S. J. (2005). *Global Assemblages*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Orsini, M. (2006). Illness Identities and Biological Citizenship: Reading the Illness Narratives of Hepatitis C Patients. Presentado en *Annual Meeting of the Canadian Political Science*. University of York, Toronto, Canadá.
- Oyarzo, C. (2007). Reforma de la Salud: los Problemas de un Proceso en Marcha. En *Institucionalidad para el Desarrollo: los nuevos desafíos* (pp. 71-74). Santiago: CEP – Expansiva.
- Paraje, G. e Infante, A. (2015). *La Reforma AUGE 10 Años Después*. Santiago: PNUD.
- Perdomo, A. (2007). Hegemonía neoliberal y matriz socio política: el caso de la reforma a la salud en Chile. *Revista de Gerencia y Salud*, 6(12), 83-110.
- Pressacco, C. F. y Salvat, P. (2012). Consideraciones críticas sobre política pública y social de los gobiernos Concertación: Chile, 1990-2010. ¿Del crecimiento con equidad al crecimiento basado en la competencia y el subsidiarismo generalizado? *Papel Político*, 17(1), 85-118.
- Quiero, K. (2005). Los imaginarios sociales de la reforma de la salud en Chile (1990-2003). *Revista Mad*, 12, 1-18.
- Rabinow, P. (2005). Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. En *Anthropologies of Modernity* (pp. 179-193). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Rabinow, P. y Rose, N. (2006). Biopower Today. *Bio-Societies*, 1(2), 195-217. <http://doi.org/10.1017/S1745855206040014>
- Read, J. (2009). A Genealogy of Homo-Economicus: Neoliberalism and the Production of Subjectivity. *Foucault Studies*, 6, 25-36.

- Rhodes, T., Harris, M. y Martin, A. (2013). Negotiating access to medical treatment and the making of patient citizenship: the case of hepatitis C treatment. *Sociology of Health and Illness*, 35(7), 1023-1044. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.12018>
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30. <http://doi.org/10.1177/02632760122052020>
- Rose, N. (2006). Biological Citizens. En *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century* (pp. 131-154). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, N. (2008). The value of life: somatic ethics & the spirit of biocapital. *Daedalus*, 137(1), 36-48. <http://doi.org/10.1162/daed.2008.137.1.36>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE – Editorial Universitaria.
- Rose, N. y Novas, C. (2005). Biological Citizenship. En *Global Assemblages* (pp. 439-463). Oxford: Blackwell Publishing.
- Searle, J., Kiefer, F. y Bierwisch, M. (1980). *Speech Act Theory and Pragmatics*. Londres: Springer.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid: Ediciones Morata.
- Steger, M. B. y Roy, R. K. (2011). *Neoliberalismo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Subsecretaría de Salud Pública (2014). *Manual Metodológico. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Tapia, J., Espejo, M. y Castillo-Sepúlveda, J. (2017). La verdad es una actividad: El proceso alérgico en el abordaje de enfermedades GES. Presentado en *IV Encuentro CTS-Chile*. Valdivia, Chile.
- Timmermans, S. y Berg, M. (1997). Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols. *Social Studies of Science*, 27(2), 273-305. <http://doi.org/10.1177/030631297027002003>
- Tirado, F. J. (2010). Teoría del actor-red y biopolítica. Presentado en *I Encuentro Estatal ANT*. Barcelona, España.
- Tirado, F. J. y Castillo-Sepúlveda, J. (2011). Oncoguías-ontoguías: protocolos, panoramas y prehensión en el tratamiento del cáncer. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 11(1), 129-153.
- Tirado, F. J., Baleriola, E., Giordani, T. y Torrejón, P. (2014). Subjetividad y subjetivadores en las tecnologías de bioseguridad de la Unión Europea. *Revista Polis e Psique*, 4(3), 23-50.
- Tirado, F. J., Gálvez, A. y Castillo-Sepúlveda, J. (2013). Movimiento y regímenes de vitalidad. La nueva organización de la vida en la biomedicina. *Política y Sociedad*, 49(3), 571-590. http://doi.org/10.5209/rev_POSO.2012.v49.n3.38545
- Tocci, N. (2011, November 17). *El cuerpo humano como huella de vida ausente, desde una perspectiva axiológica* (Tesis doctoral, Universidad de Carabobo, Carabobo, Venezuela). Recuperado de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/734/ntocci.pdf?sequence=1>

