



Hacia un análisis de la Atención Primaria de Salud de Chile como dispositivo de biopoder*

Towards an analysis of primary health care in Chile as a biopower device

Gustavo Macaya-Aguirre[§]

* El autor agradece a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) que financia el proyecto Fondecyt “Rutas y Trayectorias de migrantes venezolanos a lo largo de América del Sur” (N°1201130), del que deriva el presente artículo de reflexión, y al Programa de Formación de Capital Humano Avanzado-ANID.

§ Estudiante de Doctorado en Sociología de la Universidad Alberto Hurtado, Facultad de Ciencias Sociales, Santiago, Chile. Magister en Psicología Social, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile. Licenciado en Filosofía y Bachiller en Humanidades, Universidad Alberto Hurtado. Becario ANID-PFCHA/Doctorado nacional/2020-Folio: 21200311. Correo electrónico: gmacaya@uahurtado.cl

0000-0001-6377-2858

Cómo citar:

Macaya-Aguirre, G. (2021). Hacia un análisis de la Atención Primaria de Salud como dispositivo de biopoder. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 21(40), 11-22. <https://doi.org/10.22518/jour.ccsch/2021.1a01>

Recibido: 07/04/2020
Revisado: 26/05/2021
Aceptado: 11/06/2021

Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivar
4.0 Internacional
(CC BY-NC-ND 4.0).
Publicado por Universidad
Sergio Arboleda



Resumen

La Atención Primaria de Salud (APS) forma parte central de la estrategia de salud pública del Estado chileno para el cuidado de la población. En la APS existen múltiples indicadores para medir las acciones sanitarias, tales como las metas sanitarias (MS) y el índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS). El presente artículo busca reflexionar, desde una perspectiva foucaultiana y a partir de un análisis de las MS y el IAAPS, es posible pensar la APS como un dispositivo de biopoder al interior de la salud pública chilena. Para ello, la investigación está dividida en tres partes. En primer lugar, se exponen los elementos centrales que componen las MS y el IAAPS; en segundo lugar, se desarrollan los conceptos de biopoder y dispositivo, presentes en el pensamiento foucaultiano; y, en la tercera sección, se realiza un análisis de las MS y el IAAPS a partir de las claves interpretativas trabajadas en la segunda sección. Finalmente, el curso de los argumentos lleva a sostener que las MS y el IAAPS son mecanismos centrales de biopoder presentes al interior de lo que se propone denominar dispositivo de atención primaria, cuyo objetivo es, por un lado, intervenir los cuerpos y, por otro, separar y priorizar ciertos grupos de la población y desplazar a otros.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud (APS), biopoder, dispositivo, índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS), metas sanitarias (MS).

Abstract

Primary Health Care (PHC) in Chile is a central part of the public health strategy of the Chilean State for the care of its population. Within PHC there are multiple indicators to measure health actions, such as the Health Goals (HGs) and the Primary Health Care Activity Index (PHCAI). Hence, this article seeks to reflect, from a Foucauldian perspective, and based on an analysis of HGs and PHCAI, on the possibility of thinking of PHC as a biopower device within Chilean public health. For this purpose, this work will be divided into three main sections. First, the essential elements that make part of HGs and PHCAI will be examined. Then, the concepts of biopower and device, which are present in Foucauldian thought, will be developed. Finally, an analysis of HGs and PHCAI will be carried out, starting from the comprehensive key concepts addressed in the previous section. As a concluding remark, the analysis leads to maintain that HGs and PHCAI are central biopower strategies present within what I have called “primary care device,” whose objective is, on the one hand, to intervene the bodies and, on the other, to separate and prioritize certain population groups and displace others.

Keywords

Primary Health Care (PHC), biopower, device, Primary Health Care Activity Index (PHCAI), Health Goals (HGs).

Introducción

La Declaración de Alma-Ata del año 1978, realizada al finalizar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), constituye un hito relevante para la salud pública mundial, pues en ella se avanza hacia un compromiso para la realización de la meta autoimpuesta por los Estados de “una salud para todos” (Tejada de Rivero, 2018).

Para Tejada de Rivero (2018), existe una relación indisoluble entre el compromiso de los Estados de avanzar hacia una salud para todos y su concreción estratégica en la APS, pues ambas responden a un proceso a través del cual los Estados buscan dar respuesta a las distintas desigualdades e injusticias que impiden que distintos grupos de la población puedan acceder, de manera oportuna, a los servicios de salud.

En este sentido, Tejada de Rivero (2018) destaca que, en el espíritu de Alma-Ata está la idea de la APS, comprendida como lo esencial y fundamental, la cual contiene una dimensión nuclear para desarrollar la estrategia de salud para todos, comprometida por los Estados en años previos. En esa línea, Alma-Ata constituye un hito fundamental en la fundación de la APS como una estrategia de salud pública en los distintos países del mundo, cuyo fin es expandir el acceso y cuidado de salud para toda la población.

En el año 2018, al conmemorarse los 40 años de la Declaración de Alma-Ata, miembros de distintos Estados, académicos, agentes de la sociedad civil, entre otros, se volvieron a reunir en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, la cual estuvo organizada por la OMS, Unicef y el gobierno de Kazajistán y se desarrolló en Astaná. En la Declaración de Astaná, suscrita por distintos jefes de Estado y de Gobierno, así como ministros y representantes de Estados, se vuelven a reafirmar los compromisos expresados 40 años antes y se enfatizan cuatro áreas en las que se comprometen a avanzar. En primer lugar, se proponen trabajar en la toma de decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; en segundo lugar, proyectan avanzar hacia una atención primaria que sea sostenible en distintos ámbitos; en tercer lugar, buscan acometer la generación de estrategias para empoderar a las personas y las comunida-

des en el cuidado de su salud a partir de distintos mecanismos de participación; y, en cuarto lugar, se comprometen e invitan a desarrollar estas acciones con el apoyo de distintos sectores involucrados e interesados en la constitución de las políticas, estrategias y planes nacionales. Todas estas acciones y compromisos expresan la total vigencia de la APS en la construcción de políticas públicas en salud.

Sin embargo, autores como Almeida *et al.* (2018) han señalado que pese a que los Estados han declarado desde hace cuarenta años la necesidad de avanzar hacia un modelo de atención universal, sobre la base de APS, en la práctica, su implementación ha sido dispar.

En el caso de América Latina, las coyunturas políticas y sociales por las que han atravesado distintos países de la región han tenido implicancias en el desarrollo desigual de la implementación del espíritu de Alma Ata y una cobertura universal de salud, por parte de los distintos Estados. Sin embargo, también es posible identificar avances: “las tasas de inmunización en la región se mantienen elevadas, se aumenta de manera importante la cobertura de tratamiento antirretroviral, se duplica el gasto per cápita en salud y baja la mortalidad infantil, materna y por causas evitables” (Almeida *et al.* 2018, p. 2). Para lograr estos avances, el fortalecimiento de la APS por parte de los distintos Estados ha sido fundamental.

En el caso de Chile, López Campillay (2018) señala que, si bien desde fines del siglo XIX existieron en el país distintas experiencias de cuidado muy similares a las propuestas en Alma-Ata, destinadas principalmente a hacer frente a cuestiones de salud relevantes, tales como la mortalidad materno-infantil o el combate de enfermedades infecciosas, a través de prácticas de higiene y prevención, los planteamientos de la Declaración de Alma-Ata sirvieron para impulsar y ordenar muchas de estas prácticas y dieron lugar a la constitución de una institucionalidad para la atención en salud, que se llevó a cabo a través de la municipalización de la APS; esto implicó que los municipalidades se convirtieran en las entidades administradoras de la salud pública a nivel primario, en sus respectivas comunas¹, a través de un financiamiento mensual otorgado por el Ministerio de Salud².

Para López Campillay (2018), el retorno a la democracia no implicó un cambio sustantivo en la estructura con la que se implementó la estrategia

de APS; los gobiernos posdictadura dirigieron sus acciones a resolver problemas estructurales heredados de la dictadura, manteniendo el ordenamiento del sistema y el saber disciplinar de la medicina familiar como un elemento central de su quehacer.

Hoy en día, la APS forma parte central de la estrategia de salud pública del Estado de Chile³ y se encuentra extendida por todo el territorio nacional. Al año 2014, la APS contaba con una infraestructura de 1477 centros asociados a la actividad de atención primaria (laboratorios, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud familiar, postas rurales, entre otros) y es administrada, principalmente, por la municipalidad de cada comuna⁴ (Asociación de Municipalidades de Chile, 2015).

En la actualidad, la APS se sostiene en un modelo de salud familiar con base comunitaria, que busca intervenir a toda la población a lo largo de su vida, a partir de tres principios definidos como irrenunciables: centrada en las personas, integralidad en la atención y continuidad en el cuidado, para lo cual cada centro de APS tiene a su cargo una porción territorial y de población de la comuna, atiende a las y los usuarios que son beneficiarios del seguro público de salud y, así, facilita el conocimiento e intervención de los equipos de salud y las acciones sanitarias (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

En la misma línea, García-Huidobro *et al.* (2018) señalan que la adopción de este modelo en la acción de la APS ha permitido transitar desde un modelo curativo a uno preventivo, algo totalmente necesario en un contexto nacional marcado por los cambios demográficos y epidemiológicos que ha enfrentado Chile en los últimos años.

La canasta de prestaciones de la APS en Chile está definida por un decreto anual de la Presidencia de la República, en el cual se detallan las distintas acciones de salud financiadas que la APS debe realizar en la población, las cuales están divididas por programa (salud de niñas y niños, salud de adolescentes, salud de la mujer, salud de adultos y adultas, salud de adultos mayores, actividades con garantías explícitas en salud y actividades generales asociadas a todos los programas), y para el año 2021 suman un total de 126 prestaciones de salud (Presidencia de la República, 2021).

Las actividades de la APS están siendo constantemente medidas a través de una serie de indicadores monitoreados por los Servicios de Salud⁵ y el propio Minsal, los cuales podrían ser separados en

cuatro grupos, a saber: las metas sanitarias (MS), el índice de actividad de atención primaria de salud (IAAPS), la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y comunitaria (MAIS), y los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES), vinculados a acciones de APS.

Las MS y el IAAPS constituyen dos grupos de indicadores con mucho protagonismo dentro de las acciones de los equipos de salud, al punto que, las programaciones anuales, lo primero que buscan cubrir son las acciones sanitarias vinculadas a esos indicadores.

Por tal razón, el artículo centra su atención en estos indicadores, buscando reflexionar, desde una perspectiva foucaultiana, sobre si las MS y el IAAPS pueden ser comprendidos como dispositivos de biopoder al interior de la APS, y si es así, sobre cuál es la función estratégica que cumplen en la red de relaciones de poder. Esta cuestión es central si pensamos el protagonismo que tiene la APS en la gestión de la salud pública, y la retórica que circula en torno a ella como puerta de entrada a toda la red asistencial y como modelo de salud centrado en los cuidados, la prevención y la promoción de la salud, más que en la enfermedad.

Para ello, el presente estudio está dividido en 3 partes: en primer lugar, se revisan y presentan las definiciones de cada uno de estos indicadores. Luego, se retoman algunos elementos centrales del pensamiento foucaultiano, en particular su comprensión del poder, el biopoder y la noción de dispositivo. Finalmente, se realizará un análisis de las MS y el IAAPS conducente a reflexionar sobre si es posible pensar ambos grupos de indicadores como dispositivos de biopoder al interior de la APS. Para realizar tal reflexión se analizarán distintos documentos normativos de carácter gubernamental en los que se fundan estos indicadores.

Metas sanitarias (MS) e índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS) en Chile

En esta sección se presentan una serie de elementos que permitirán comprender los aspectos centrales de las MS y el IAAPS, de cara a su análisis en la tercera sección.

Metas sanitarias (MS)

En lo que respecta a las MS, estas se encuentran asociadas al pago de una asignación por concepto de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, regida

por la Ley 19.813 del Estado de Chile. Esta asignación se cancela en cuatro cuotas a todos los funcionarios regidos por el Estatuto de Atención Primaria (Ley 19.378), conforme al porcentaje de cumplimiento de las metas sanitarias establecidas anualmente por el Minsal, y fijadas en el nivel local para cada comuna por el director de cada Servicio de Salud; para ello debe requerir la opinión a un comité técnico consultivo conformado por el director de APS del Servicio de Salud, un representante de la entidad administradora y un representante de los trabajadores. El porcentaje a cumplir se establece, principalmente, a partir del porcentaje de cumplimiento obtenido el año anterior y siempre debe tender al alza (Ministerio de Salud, 2018).

Ahora bien, cada una de las MS definidas a nivel ministerial se enmarcan en los esfuerzos del Minsal por alcanzar los objetivos sanitarios para la década, los cuales están definidos en la Estrategia Nacional de Salud para el Periodo 2011-2020 (Ministerio de Salud, 2011). A continuación, se presentan cada uno de los indicadores contenidos en las metas sanitarias 2021 (Ministerio de Salud, 2020):

- Meta 1: recuperación del desarrollo psicomotor (porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo en el desarrollo psicomotor recuperados).
- Meta 2: detección precoz del cáncer de cuello uterino (porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años).
- Meta 3: metas odontológicas:
 - a. Control odontológico en población de 0 a 9 años (número total de niñas(os) inscritos en establecimientos de APS de 0 a 9 años con control odontológico en el periodo de enero a diciembre de 2021).
 - b. Niños y niñas de 6 años libres de caries (número total de niñas(os) de 6 años inscritos en establecimientos de APS con índice ceod igual a cero en el periodo de enero a diciembre de 2021).
- Meta 4: cobertura de tratamiento y evaluación en personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2):
 - a. Cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 años y más.
 - b. Evaluación anual del pie diabético en personas con DM2 bajo control de 15 años y más.
- Meta 5: cobertura efectiva de hipertensión arterial (HTA) en personas de 15 años y más.

- Meta 6: lactancia materna exclusiva (LME) en niñas y niños al sexto mes de vida.
- Meta 7: establecimientos con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente.

A partir de lo anterior, es posible interrogarse qué es aquello que se interviene, o se busca intervenir, por medio de las MS. En este sentido, podríamos decir que los indicadores están dirigidos a la medición de la intervención en los cuerpos de los niños y niñas en su segundo año de vida, en las mujeres adultas (o sus úteros) de entre 25 y 64 años, en la salud oral de niñas y niños, en las personas con DM2 (incluidos sus pies), en las personas hipertenensas, en las madres de niñas y niños menores hasta los 6 meses, y en la sociedad civil y los equipos de salud que deben cumplirlas.

Una última observación respecto a las MS. Por un lado, estas contribuyen a que el Estado pueda cumplir las metas establecidas en su Estrategia Nacional para el periodo 2011-2020 y, por otro, permiten gestionar el desempeño de los funcionarios de salud municipal, a través de una compensación monetaria asociada al cumplimiento de las metas anuales.

Índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS)

En lo que respecta al IAAPS, este se encuentra constituido por un grupo de indicadores que buscan evaluar y realizar seguimiento a las APS, en cuanto a su integración con la red asistencial, el avance que presentan en la implementación del modelo de salud familiar y el otorgamiento de las prestaciones de salud definidas en la canasta. Esta evaluación de las acciones que realizan los equipos de APS contempla cuatro tipos de indicadores: la estrategia Redes Integradas de Servicios de Salud, indicadores de producción, cobertura efectiva e impacto sanitario, que son fijados anualmente por el Minsal, a través de un acto administrativo. A continuación, se presentan cada uno de los indicadores contenidos en la IAAPS (Ministerio de Salud, 2021), conforme a las cuatro secciones antes descritas:

- Sección 1: de la estrategia Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).
 1. Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante el instrumento de evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) vigente.

2. Continuidad de la atención:
 - a. Establecimientos de APS funcionando entre las 8 y 20 horas, y los sábados de las 9 a las 13 horas.
 - b. Fármacos trazadores disponibles.
- Sección 2: indicadores de producción.
 1. Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante al año.
 2. Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).
 3. Tasa de Visita Domiciliaria Integral.
 4. Cobertura del Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.
 5. Cobertura de la evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.
 6. Cobertura del control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.
 7. Tasa de consulta de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años.
 8. Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.
- Sección 3: indicadores de cobertura efectiva.
 1. Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en la APS.
 2. Cobertura de vacunación antiinfluenza en población objetivo definida para el año en curso.
 3. Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo.
 4. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 inscritos (en un establecimiento de APS) bajo control de regulación de fertilidad.
 5. Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con DM2.
 6. Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 años y más con hipertensión arterial.
- Sección 4: indicadores de impacto.
 1. Proporción de niñas y niños de 3 años libres de caries en la población inscrita (en un establecimiento de APS).

2. Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.

El IAAPS se determina para todos los establecimientos de APS que reciben recursos del Estado, incluidos aquellos dependientes de los servicios de salud u ONG que realizan convenios con el Estado para desarrollar actividades de APS. Respecto de los criterios para establecer los indicadores y las metas, el Minsal (2019, pp. 7-8) ha definido los siguientes:

- Que se enmarquen en objetivos sanitarios.
- Consideren la estrategia RISS como modelo organizativo del sistema.
- Den cuenta de los procesos de la Atención Primaria, los cuales enfatizan el cuidado de la salud a través del curso de vida, basándose en el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.
- Conduzcan al cumplimiento de las garantías GES (garantías explícitas en salud) en relación con los problemas de salud abordados en la Atención Primaria.
- En su conjunto den cuenta de la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Para la construcción de indicadores se considera la población inscrita validada en establecimientos municipales y ONG en convenios y la población beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los servicios de salud.
- Estén incorporadas en sistemas de registros (registros estadísticos mensuales) para minimizar el uso de monitoreos especiales.

Ante la pregunta sobre qué o quiénes son intervenidos en los procedimientos que mide el IAAPS, encontramos a las mujeres embarazadas, los cuerpos y la sexualidad de los adolescentes, los mayores de 15 años con DM2 o hipertensión, las personas que presentan una patología cubierta con GES, la salud oral de niños, niñas y adolescentes, las personas con algún trastorno de salud mental, las(os) usuarias(os) mayores de 20 años para descartar presencia de enfermedades, las personas con alguna consulta de morbilidad o control, en lo posible, sin derivarla a la atención de especialista en la atención secundaria⁶,

la población priorizada para la campaña de vacunación contra la influenza, las niñas y niños en su desarrollo psicomotor durante el segundo año de vida, los domicilios de las familias inscritas y los propios equipos de salud, quienes deben realizar las acciones (avanzar en la implementación del modelo de salud familiar, tener abiertos los establecimientos en ciertos horarios, tener un grupo de fármacos disponibles y cumplir metas asociadas a cada indicador).

En definitiva, el IAAPS es una forma de evaluar y conocer las acciones de salud realizadas con los recursos fiscales; por lo mismo, el incumplimiento de las metas fijadas deviene en un porcentaje de recorte al presupuesto asignado, posterior al corte de evaluación del cumplimiento de las metas de cada indicador.

Un aspecto importante a considerar es cómo se fijan los indicadores y las metas de cumplimiento. Como ya se expuso, los indicadores surgen de una priorización de ciertas prestaciones que forman parte de la canasta de APS. Por su parte, las metas de cada indicador son fijadas a nivel nacional por el ministerio, luego cada Servicio de Salud las adecúa y fija para cada comuna, conforme al porcentaje de cumplimiento obtenido el año anterior; si este es menor a la meta nacional, se debe subir la mitad y, si es superior a la meta nacional, se debe mantener o aumentar (Ministerio de Salud, 2021).

Michel Foucault: poder, biopoder y dispositivo

En esta sección se abordarán algunos conceptos presentes en el pensamiento foucaultiano, a saber: poder, biopoder, dispositivo, disciplina y biopolítica (Foucault, 1976, 2006, 2009, 2012a), a fin de plantear ciertas claves conceptuales para reflexionar y analizar la factibilidad de concebir las MS y el IAAPS como dispositivos de biopoder.

Respecto al poder, Foucault (2012a) plantea que más que desarrollar una teoría general que responda qué es el poder, lo que le interesa realizar es más bien una analítica del poder. En este sentido, en el primer volumen de la *Historia de la sexualidad* (Foucault, 2012a) el autor desarrolla una serie de proposiciones respecto de qué entiende por poder. Señala que el poder no es algo negativo, restrictivo, ni puramente normativo; ni tampoco se ejerce de forma unidireccional de arriba-abajo. Por el contrario, Foucault critica nociones del poder que lo restringen a ser algo limitado e impotente,

sin facultad o capacidad de acción, ya que él piensa que, antes que ser prohibitivo, el poder es productor de subjetividades; por tanto, deberíamos pensar el poder al margen de cómo ha sido entendido tradicionalmente desde un marco jurídico e institucional (Foucault, 2012a).

Por tanto, la cuestión es: ¿qué comprende Foucault por poder? En términos generales, podemos decir que cuando Foucault habla de poder se refiere a *relaciones de poder*, es decir, relaciones de fuerza ejercidas en múltiples lugares y por diversidad de sujetos, siempre presentes en aquellas relaciones en que uno busca dirigir la conducta del otro (Foucault, 1994).

Así, el poder, en tanto que está constituido por relaciones de poder, no se adquiere, se ejerce y es inmanente a los distintos tipos de relaciones, no es ajeno a ellas. En este sentido, las relaciones de poder remiten permanentemente a la noción de estrategia y, en tanto tales, estas no son neutrales o ingenuas (Foucault, 2009, 2012a).

Asimismo, para Foucault “donde hay poder hay resistencia, y no obstante (precisamente por esto), esta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder” (2012a, p. 91). En esa línea, si el poder es, ante todo, relaciones de poder, entonces no hay una única gran resistencia, existen múltiples lugares donde esta se ejerce. Así, las resistencias no son el hueco vacío que dejan las relaciones de poder, sino que más bien “constituyen el otro término en las relaciones de poder, en ellas se inscriben como irreductible elemento enfrentador” (2012a, p. 92).

Finalmente, en cuanto al vínculo entre poder y saber, Foucault (2009) señala:

Hay que admitir más bien que el poder produce saber (y no simplemente favoreciéndolo porque le sirva o aplicándolo porque sea útil); que poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo relaciones de poder. Estas relaciones de “poder-saber” no pueden analizarse a partir de un sujeto de conocimiento que sería libre o no en relación con el sistema de poder [...]. En suma, no es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, útil o renuente al poder, sino que el poder-saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen, son los que determinan las formas y dominios posibles de conocimiento. (p. 37)

Llegados a este punto, es posible introducir un concepto clave en el pensamiento foucaultiano desarrollado en sus estudios sobre el poder: la noción de dispositivo. Según Agamben (2011), el término *dispositivo* comienza a ser utilizado por Foucault en los años setenta, asociado al tema de la gubernamentalidad y el gobierno de la población; sin embargo, pese a la centralidad de este concepto en el pensamiento foucaultiano, este nunca fue definido por Foucault, a excepción de pasajes muy acotados. Aun así, hablará de distintos dispositivos, tales como dispositivos de seguridad (Foucault, 2006), dispositivo de la alianza (Foucault, 2012a), dispositivo de la sexualidad (Foucault, 2012a), dispositivo de poder (Foucault, 2006), entre otros.

Siguiendo esta línea, se puede entender el concepto de dispositivo en Foucault como un conjunto de mecanismos y estrategias desplegados con el objetivo de producir ciertos efectos en las relaciones de poder, y conformados por una diversidad de elementos heterogéneos —tales como discursos, prácticas, instituciones, saberes, etc.— que no necesariamente deben ser coherentes entre sí (Agamben, 2011; Castro, 2004; Foucault, 2006, 2012a).

De la misma manera, también es posible señalar que los dispositivos no necesariamente se suceden históricamente, ni son reemplazados unos por otros; lo que sí acontece, y así lo muestra Foucault, es que históricamente unos dispositivos van desplazando a otros en determinados momentos (Foucault, 2006, 2012a); esto hace plausible pensar que distintos dispositivos pueden convivir y articularse, aun cuando incluso puedan ser, aparentemente, contradictorios.

Ahora bien, es posible comprender esta analítica de las relaciones de poder en el horizonte foucaultiano de la renuncia a los universales (Foucault, 2012b) para pensar y analizar lo social desde los discursos y las prácticas; es decir, más que comenzar por las definiciones universales (por ejemplo: Estado, poder, salud) para ponderar o evaluar los particulares, lo que busca es partir del análisis de las prácticas para pensar y evaluar los universales.

Ahora bien, la emergencia del biopoder se da en el marco de la configuración de la gubernamentalidad liberal en Europa, a partir del siglo XVIII. En efecto, para Foucault (2012b), si bien el biopoder no presenta una vinculación causal ni esencial con la gubernamentalidad liberal, existe un vínculo entre ambos, el cual está dado por las implicaciones de la

constitución de una serie de prácticas de gobierno que buscan reordenar las relaciones entre el mercado y el Estado bajo los principios de libertad y de manejo y control de las poblaciones.

En este sentido, es importante señalar que Foucault desarrolla la noción de *gubernamentalidad* principalmente en los cursos Seguridad, Territorio y Población (2006) y Nacimiento de la Biopolítica (2012b), dictados por el autor en el Collège de France; sin embargo, es en el primero de ellos en el cual profundiza sobre este concepto.

En términos generales, la gubernamentalidad puede ser comprendida como la línea de fuerza del ejercicio del poder en Occidente: una forma de gobierno que busca una y otra vez guiar la conducta de los individuos y las poblaciones, cuyas raíces se encuentran cimentadas en el poder pastoral cristiano y precristiano (Foucault, 1995, 2006).

En efecto, la gubernamentalidad, como forma de gobierno sobre las poblaciones, encuentra sus raíces en el poder pastoral desarrollado en el Oriente mediterráneo precristiano, especialmente hebreo, donde el jefe o el rey era concebido como un pastor de rebaño, un pastor de hombres, así como Dios es el pastor de todos los hombres. Luego, con el cristianismo, el poder pastoral adquiere consolidación mediante la constitución de una estructura organizacional sostenida en el pastoreo y la dirección de conciencias como dirección de las almas.

Ahora bien, para Foucault, una cuestión relevante es preguntarse “cómo pudo plantearse el problema del gobierno y la gubernamentalidad sobre la base del pastoreo” (Foucault, 2006, p. 224). Este giro del pastoreo a la gubernamentalidad lo sitúa en la crisis general del pastoreo en el siglo XVI, pero también en las distintas formas de resistencia que emergieron contra el poder del pastoreo durante la Edad Media, e insiste en señalar que “ese paso de la pastoral de las almas al gobierno político de los hombres debe resituarse en el gran clima general de resistencias y rebeliones” (Foucault, 2006, p. 264).

En este contexto, dirá Foucault, desaparecieron progresivamente dos formas de soberanía político-religiosa que buscaban dar unidad, salvación y gobierno a Occidente: el imperio y la iglesia, que representaban dos grandes formas del pastoreo en lo temporal y lo espiritual. Por tanto, es en este marco en el que debemos situar las transformaciones y la emergencia de la gubernamentalidad

moderna: en una desgubernamentalización del cosmos y en el problema del gobierno del soberano (Foucault, 2006).

En adición a lo anterior, en el curso *Nacimiento de la Biopolítica* Foucault (2012b) plantea que la gubernamentalidad permite la constitución de una grilla de análisis para las prácticas de gobierno, a partir de las cuales se puede comprender el Estado; sugiere que hay que renunciar a una definición del Estado como un concepto universal para partir de un análisis de las prácticas de gobierno.

En este sentido, la grilla de la gubernamentalidad, como una forma de análisis de las prácticas de gobierno al interior de un Estado, permite observar que detrás de las instituciones y su despliegue es posible encontrar, en términos más globales, una tecnología de poder, una forma de conducir y guiar la conducta de las poblaciones que se vincula, articula, transforma y transita a través de distintos discursos y prácticas, en diferentes puntos de la red de relaciones de poder, que producen efectos de sujeción y subjetivación, pero que, a su vez, suscitan la emergencia de diferentes formas de resistencia (Foucault, 2006).

De ahí entonces que el biopoder, como una forma particular e histórica de gobierno sobre las poblaciones que se constituye a partir de los siglos XVII y XVIII en Occidente, represente un cambio en las lógicas del poder, en las cuales la especie humana y las condiciones biológicas de la existencia pueden ser consideradas como parte de una estrategia política en que la vida es susceptible de ser intervenida a través de una serie de mecanismos que permiten su mantenimiento y control (Foucault, 2006, 2012a, 2012b).

Así, este cambio implica un giro en las formas de administración del poder por parte del soberano, donde el poder consiste en hacer vivir y dejar morir, “un poder que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales” (Foucault, 2012a, p. 128).

En este sentido, es importante considerar que este poder sobre la vida se constituyó a partir de las disciplinas y la biopolítica como dos polos de un mismo proceso, a fin de administrar los cuerpos y gestionar la vida de la población (Foucault, 2012a). Al respecto, Foucault señala:

Concretamente, ese poder sobre la vida se desarrolló en el siglo XVII en dos formas principales; no

son antitéticas, más bien constituyen dos polos de desarrollo enlazados por todo un haz intermedio de relaciones. Uno de los polos, al parecer el primero en formarse fue centrado en el cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo aquello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano*. El segundo polo, formado más tarde, hacia mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo-especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar. Todos esos problemas son tomados a su cargo por una serie de intervenciones y de controles reguladores: una *biopolítica de la población*. (2012a, pp. 131-132)

Llegados a este punto es importante señalar que, para esta investigación, al hablar de dispositivos de biopoder se hace referencia a un conjunto de estrategias heterogéneas constituidas por distintos discursos y prácticas que tienen como derrotero la intervención de los cuerpos y la población, su control y regulación, a fin de afianzar, producir y reproducir sus fuerzas y su vida; esto se lleva a cabo por distintas instituciones del Estado, las cuales operan y transitan por distintos espacios y agentes, conformando así una compleja red de relaciones de poder atravesada por una anatomopolítica y una biopolítica, a través de las cuales se ejerce el poder soberano centrado en hacer vivir y dejar morir (Foucault, 2006, 2012a).

Un campo de interpretación para las MS y el IAAPS en la APS de Chile

A partir de los planteamientos desarrollados por Foucault y presentados en la sección anterior, es posible poner en discusión una serie de preguntas respecto de las funciones estratégicas que cumplen las MS y el IAAPS en la salud pública chilena. Para ello, es relevante considerar si ambos grupos de indicadores pueden ser pensados como dispositivos de biopoder, qué función cumplen y cómo los podemos ubicar dentro de la red de relaciones de poder.

En esta línea, debemos tener en cuenta que, si la noción de dispositivo, como se ha presentado, corresponde a un conjunto de estrategias heterogé-

neas de poder que se despliegan y que poseen ciertos objetivos, es plausible pensar que, en el horizonte del biopoder, las MS y el IAAPS pertenecen —en tanto que indicadores de salud pública en la APS— a estrategias específicas de un dispositivo, al cual podemos llamar *dispositivo de atención primaria*, que busca ejercer formas de gobierno sobre la vida de los individuos constituidos como población, con el objetivo de controlar las regularidades de ese cuerpo y mantener ciertas vidas, dejando de priorizar otras.

En este sentido, si bien uno pudiese comprender la forma general en que se funda la APS, en cuanto salud para todos, como un dispositivo principalmente biopolítico, es importante examinar sus prácticas a fin de determinar en qué posición se encuentra al interior del biopoder. A modo de hipótesis, es plausible sostener que la APS, como dispositivo de biopoder al igual que el dispositivo de la sexualidad (Foucault, 2012a), se encuentra en la intersección entre una anatomopolítica del cuerpo y una biopolítica de la población. Así, tal como lo plantea Foucault respecto del sexo, el dispositivo de la atención primaria

se inserta simultáneamente en ambos registros; da lugar a vigilancias infinitesimales, a controles de todos los instantes, a reorganizaciones espaciales de una meticulosidad extrema, a exámenes médicos o psicológicos indefinidos, a todo un micropoder sobre el cuerpo, pero también da lugar a medidas masivas, a estimaciones estadísticas, a intervenciones que apuntan al cuerpo social por entero, o a grupos tomados en conjunto. (Foucault, 2012a, p. 138)

En esta línea, las MS y el IAAPS, en cuanto parte del dispositivo de atención primaria, actuarían como estrategias de poder polifuncional que, por un lado, disciplinan la acción de los equipos de salud de cara al cumplimiento de los indicadores y, por otro, definen las dimensiones de la vida humana que deben ser objeto de cuidado, preservación e intervención, tanto en los cuerpos como en la población.

Ahora bien, el cuestionamiento recae sobre la eficacia de estas estrategias dentro de la red de relaciones de poder. Ciertamente, el análisis empírico sobre su eficacia escapa a los límites puestos a esta investigación; sin embargo, es relevante reflexionar sobre qué rol juega el factor económico dentro de la organización de las acciones sanitarias de los equipos de APS, toda vez que el cumplimiento o incumplimiento de estas deviene en una bonificación trimestral en el caso de las MS⁷, y en el caso del IAAPS, las entidades administradoras (es decir, principalmente las municipales) se ven expuestas a

recortes presupuestarios si no cumplen las metas propuestas en los indicadores.

Esta doble dinámica económica, de *bonificar* y *recortar*, termina configurando todas las acciones sanitarias, determina lo que se prioriza, lo que se debe hacer y esperar, pero también lo que se negocia, lo que se transa, lo que se estima como umbral a cumplir, lo que se maneja y lo que se cumple; y esto se trasluce en una infinidad de prácticas, como por ejemplo: el registro y conteo de todas las actividades realizadas en los registros estadísticos mensuales, cómo se realiza la programación de las prestaciones de salud y la definición de la dotación de personal, las campañas de salud oral en los colegios, las listas de espera, las horas que son asignadas y las que no, la definición de los cupos para atención de morbilidad, los talleres de promoción y monitoreo de la lactancia materna exclusiva y la insistencia en el ingreso a control de embarazo antes de cumplir las 14 semanas, entre otras.

Es decir, al interior del dispositivo de atención primaria, las metas y el IAAPS cumplen funciones tácticas distintas, buscan lograr fines diferentes al interior de los establecimientos de APS y sus entidades administradoras; sin embargo, hacia fuera, es decir, hacia los pacientes, la función es la misma: gobernar los cuerpos y la vida de la población, lo que implica priorizar, hacer vivir a unos y dejar morir a otros. Este dejar morir debe ser comprendido en sentido amplio, recae sobre lo *no priorizado*: el que debe esperar, lo que importa menos, aquello que se deteriora en el transcurso de la espera.

La aparente paradoja entre el modelo de APS, que busca salud para todos, y la priorización de pacientes en pos del cumplimiento de indicadores de evaluación y desempeño no es tal; al contrario, en aquello que es priorizado, cuerpos en etapas y momentos estratégicos, se representa la lógica del biopoder por excelencia, “se podría decir que el viejo derecho de hacer morir o dejar vivir fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de arrojar a la muerte” (Foucault, 2012a, p. 130).

Por tanto, en este ámbito hay que interrogar al dispositivo de la atención primaria y sus estrategias, no tanto por lo que prioriza y cuida, pues los cuerpos son intervenidos con fines estratégicos bajo la premisa del cuidado de la población, sino más bien por lo no priorizado, las personas que son desplazadas en los registros y deben esperar en función de lo priorizado por el bien y cuidado de la población en su conjunto.

Las prestaciones odontológicas representan un ejemplo claro. Las coberturas a alcanzar en estas metas son tan exigentes, tanto en las MS como en el IAAPS, que no es posible disponer de horas para la atención de población adulta, que requiere distintos tipos de tratamiento; las horas son escasas, se deben priorizar los niños, niñas, adolescentes y embarazadas. Las opciones se reducen. Así, por ejemplo, para un hombre adulto solo es posible acceder a las atenciones odontológicas de urgencia o a uno de los pocos cupos abiertos para los grupos no priorizados. Es interesante ver cómo, en este intersticio que se abre en las acciones de salud, el dispositivo de atención primaria se refuerza: se abren horas de atención extraordinaria para estos grupos, que deben ser cubiertas por los mismos profesionales del establecimiento u otros, para una atención parcial, por lo cual se deben firmar convenios para acceder a fondos adicionales que permitan dar estas prestaciones.

En síntesis, en este apartado hemos esbozado algunas ideas respecto del rol estratégico que cumplen las MS y el IAAPS al interior del dispositivo de atención primaria, el cual se constituye en la intersección entre los discursos y las prácticas de biopoder, asociadas a las disciplinas y la biopolítica, formulando algunas reflexiones fundadas en cómo la analítica del poder de Foucault permite pensar estos procesos propios de la salud pública.

Discusión

Al finalizar este trabajo es importante destacar la vigencia y el beneficio de la analítica del poder foucaultiana para comprender la APS en Chile como dispositivo de biopoder. En este sentido, justamente la noción de dispositivo es la que llevó a la pregunta acerca de si las MS y el IAAPS podían ser considerados como dispositivos de biopoder, es decir, como un conjunto de mecanismos, tácticas y estrategias de poder destinadas a producir ciertos efectos en la población. Sin embargo, el desarrollo de los argumentos llevó considerar que, contrario al planteamiento inicial, las MS y el IAAPS son dos estrategias, de suma importancia, dentro de lo que hemos denominado el dispositivo de atención primaria de salud, el cual cumple una función táctica dentro de la salud pública chilena.

En efecto, es plausible pensar que detrás del lema “salud para todos” que acompaña a la APS desde la Declaración de Alma-Ata encontramos la introducción de un dispositivo de biopoder al

interior de la gestión pública de los Estados, cuyo propósito es intervenir los cuerpos y administrar, priorizar y segmentar la población en nombre de la salud y la vida (Rabinow y Rose, 2006), a partir de un enfoque no centrado en la enfermedad, sino en el cuidado de la población a lo largo del curso de la vida a través de la promoción y prevención en la salud.

En el caso de Chile, esto ha operado a través de un proceso de municipalización de la salud primaria durante la dictadura (López Campillay, 2018), la constitución de un modelo de atención sostenido a partir de la salud familiar con base comunitaria (García-Huidobro *et al.*, 2018) y la construcción de un sistema complejo de intervención y evaluación de las acciones sanitarias que se dirige tanto a los funcionarios que prestan servicios al interior de la APS y las respectivas entidades administradoras, como a la población, en su conjunto, que es intervenida y priorizada (o no).

En este sentido, las MS y el IAAPS constituyen dos grupos de indicadores clave al interior del dispositivo de atención primaria de salud, que operan bajo lógicas de incentivo-castigo económico hacia funcionarias/os y entidades administradoras, las cuales llevan a los equipos de salud a tomar decisiones cotidianas en las acciones de salud orientadas a priorizar ciertos grupos de población dejando otros marginados. No obstante, lo paradójico e incierto de la forma como operan estos indicadores radica en que su gestión no implica, ni ha implicado, necesariamente un mejoramiento proporcional en el nivel de salud de la población (Foucault, 1976), cuestión que ha de ser motivo de futuras investigaciones.

Asimismo, a partir de lo que se realizó en este artículo es posible pensar en al menos cinco líneas de investigación para profundizar en los hallazgos presentados. En primer lugar, es relevante desarrollar un ejercicio genealógico que pueda dar cuenta de cómo y a través de qué mecanismos, discursos y prácticas se llegaron a formular y priorizar ciertos grupos y poblaciones y no otros.

En segundo lugar, también sería pertinente examinar cuál es el lugar de las estadísticas en la producción de los indicadores y las metas. Así, por ejemplo, es importante indagar y profundizar en el conocimiento acerca de cómo, en tal epidemiología de la población, las metas estadísticas están constituidas, primeramente, por una línea base —es decir, por un desentrañamiento inicial de cómo se

comporta la población en un periodo determinado—y, posteriormente, a partir de la generación de una serie de acuerdos entre entidades administradoras, Servicios de Salud y representantes de los funcionarios, a fin de resguardar su cumplimiento anual, proceso en el que los usuarios no son incorporados. De la misma manera, esta línea de estudios permitiría dilucidar las formas en que la estimación anual de las metas obedece a relaciones de poder cuyos intereses no se ocupan, necesariamente, del cuidado de la población.

En tercer lugar, es fundamental avanzar en el conocimiento respecto de cómo, una vez definidos los indicadores y las metas anuales, se constituyen toda una serie de prácticas al interior de los equipos de salud para dar cumplimiento a esta priorización en cada centro de salud. Aquí es relevante enfocar la atención no solo en lo que se hace y cómo se realiza, sino también en aquello que se omite, se silencia, se controla, se pausa y se dirige, es decir, cómo el enfoque en el cumplimiento de las metas no solo implica un hacer permanente hasta lograrlas, sino también un no hacer cuando ya se ha cumplido la meta o se está cerca de alcanzarla.

En cuarto lugar, desde la perspectiva de la gubernamentalidad (Foucault, 2006), es relevante indagar cómo se articula este dispositivo de APS con otros dispositivos en la red de relaciones de poder y de prácticas de gobierno sobre la población por parte del Estado. En particular, cómo se articula y conecta con los otros niveles de atención de salud (secundario y terciario), así como con los dispositivos de educación, economía, vivienda, gestión de las migraciones, entre otros, buscando desentrañar cuáles son los impactos e intereses específicos que representa la APS para la gestión de la población.

En quinto lugar, y siguiendo la concepción de poder de Foucault (2012a), parece importante analizar empíricamente las distintas formas de resistencias que emergen en el seno mismo de la APS, por parte tanto de los funcionarios como de las personas que utilizan los servicios de salud, para indagar cuáles son esas formas de resistir a un poder que, en su afán de control de la población, es altamente disciplinario en términos de la gestión de las agendas, la distribución de los tiempos asignados a cada prestación, la estandarización en la aplicación de distintos instrumentos, la estimación de los números de controles determinados anualmente

para cada persona y hasta la intervención que recae sobre las personas que se apartan de lo esperado.

Como se ha visto, este artículo otorga un marco de interpretación e inteligibilidad para estas investigaciones, en el cual la APS se conforma como dispositivo de biopoder más allá de la retórica de la salud pública que presenta la APS como un sistema que permitiría el acceso universal de la población al cuidado de la salud y a las acciones sanitarias.

Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-254.
- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N. y Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*, 42(104), 1-6. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Asociación de Municipalidades de Chile. (2015). *Salud municipal en perspectiva. Caracterización del sistema de salud comunal, aportes financieros y grupos de municipios*. Documento gubernamental. https://www.amuch.cl/pdf/estudio_salud_municipal.pdf
- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152-170.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, M. (1995). ¿Qué es la crítica? [Crítica y *Aufklärung*]. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (11), 5-25. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/7261>
- Foucault, M. (2006) *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2012a). *Historia de la sexualidad: I. La voluntad de saber*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2012b). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)*. Fondo de Cultura Económica.
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G. y Vargas, I. (2018). Comprehensive family and community health model in primary care in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42(160), 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>

López Campillay, M. (2018). *¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los cuarenta años de Alma Ata, 1978-2018*. Ministerio de Salud de Chile.

Ministerio de Salud [Chile]. (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud [Chile]. (2013). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud [Chile]. (2018). Orientaciones Técnicas Metas Sanitarias 2019. Metas Ley 19.813. https://www.ssmaule.cl/dig/ControlDeGestion/Metas%20APS/2019/definiciones/Orientación%20Técnica%20Metas%20sanitarias_2019.pdf

Ministerio de Salud [Chile]. (2019). Índice de actividad de la atención primaria de salud (IAAPS): orientación técnica y metodología de evaluación, año 2019. <https://www.ssmaule.cl/dig/ControlDeGestion/Metas%20IAAPS/2019/definiciones/Orientación%20Técnica%20IAAPS%202019.pdf>

Ministerio de Salud [Chile]. (2020). Resolución exenta N.º 539. Fija metas sanitarias y de mejoramiento de la atención para las entidades administradoras de salud municipal para el año 2021. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1149552>

Presidencia de la República [Chile]. (2006). Decreto con Fuerza de Ley N.º 1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N.º 2.763 y de las leyes N.º 18.933 y N.º 18.469. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=249177>

Presidencia de la República [Chile]. (2021). Decreto N.º 29. Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por el periodo que señala. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1157353>

Rabinow, P. y Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, 1, 195-217. <https://doi.org/10.101/S1745855206040014>

Tejada de Rivero, D. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>

Notas

¹ Administrativa y territorialmente, Chile está dividido en 16 regiones, dentro de las cuales existen provincias que comprenden un conjunto de comunas, y estas son

las unidades territoriales sobre las cuales se organiza la APS.

² Para profundizar en los distintos elementos que componen administrativamente la APS se puede revisar el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal en la Ley 19.378 del Estado de Chile.

³ Por ejemplo, si se revisa la misión del Ministerio de Salud de Chile (Minsal) (2019) es posible identificar esta centralidad cuando se señala: “La misión de este ministerio es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento y trazabilidad y cobertura financiera”.

⁴ Existe una pequeña proporción de la APS que no se encuentra administrada por las municipalidades, sino por servicios de salud u organizaciones no gubernamentales que poseen convenios con el Minsal.

⁵ En Chile, el Ministerio de Salud está constituido por dos subsecretarías con funciones claramente diferenciadas. Por un lado, encontramos a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y, por otro, a la Subsecretaría de Salud Pública. Ambas poseen presencia en cada región del país, así, encontramos a los Servicios de Salud, quienes son los responsables de coordinar la red asistencial de cada región en sus distintos niveles de complejidad y las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, quienes se desempeñan como la autoridad sanitaria para el resguardo de la salud pública en los territorios (Presidencia de la República, 2006).

⁶ La APS cuenta con médicos generales y, en casos muy específicos, solo con algunos especialistas, de alguna de las siguientes especialidades: pediatría, salud familiar, psiquiatría, medicina interna.

⁷ Como referencia, un profesional “categoría A” (médicos cirujanos, dentistas y químicos farmacéuticos) del grado n.º 15 (el más bajo), que pertenece a un establecimiento de APS municipal cuyo cumplimiento de los indicadores estuvo entre el 90 y 100% en el año 2019, el año 2020 recibió un bono de 2 725 340 pesos chilenos, equivalente a 3206 dólares, dividido en cuatro cuotas. Así también, un profesional grado n.º 15 de la “categoría B” (otros profesionales, tales como: enfermeras, matronas, psicólogos, etc.) recibió por concepto de cumplimiento de metas un bono de 2 070 600 de pesos chilenos (2436 dólares) dividido en cuatro cuotas.