

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 10.	 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias	
Michelle Sadler	
 CAPÍTULO 11.	 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos	
Báltica Cabieses	
 AUTORAS Y AUTORES	 285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

CAPÍTULO 5.

LA (DES)GUBERNAMENTALIZACIÓN DEL MALESTAR: RACIONALIDADES, LÓGICAS Y DISPUTAS EN LA PRODUCCIÓN DE LA VERDAD MÉDICA

Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez

Introducción

Cuando la noción de gubernamentalidad quiere decir algo, quiere decir un modo de ejercicio de poder. O quizá más precisamente, una manera de describirle. Una manera que interroga a partir pues de la idea de gobierno, como paso al exterior del Estado y sus tecnologías (Foucault, 2006). Si es posible asociar la idea de gubernamentalización a las prácticas e instituciones de salud y enfermedad, es porque se asume, se supone o se sabe que, a través de ellas, en ellas o por ellas, algo de aquello que signamos como poder se juega. ¿Quiere decir esto que la salud misma, los indicadores, los diagnósticos, los cuidados, las mejorías o derrotas, las evidencias y las dudas, todo ello es apenas parte del ejercicio general de dominación? ¿Que no habría otra forma de concebir su operación que bajo la figura de una directa función opresiva o normalizadora?

Evidentemente no. Como diversos estudios foucaultianos de la gubernamentalidad han buscado mostrar o afirmar: el ejercicio del poder sería fundamentalmente productivo (Castro-Gómez, 2015; Follegati y Karmy, 2018). Produce individuos, produce diagnósticos, produce subjetivaciones, produce incluso sus propios malestares. El riesgo que se corre acá podría pensarse estrictamente inverso al anterior. Alejándose de la idea de un poder como gran no, que solo puede de una u otra forma prohibir o inhibir, uno corre el riesgo de volcarse a una concepción del poder como uno-todo: nada hay que no sea efecto de un ejercicio de dominación. De alguna manera, tal cuestión no sería realmente problemática si no persistiera una suerte de individualismo metodológico respecto de la voluntad tras el poder. De ese modo, la hipótesis “X cosa es producto de relaciones de poder” – digamos un diagnóstico; se transforma en la sospecha de que “tal diagnóstico (X) ha sido producido para Y” – digamos, controlar(me), normalizar(me), patologizar(me), etc.

Algo de extrema delicadeza es que, ciertamente, no se trata de desconocer que uno de los resultados probables y más comunes sea efectivamente el control, la normalización, la patologización, sino de relevar que esto no implica que los diagnósticos médicos no sean a la vez más cosas. Así, por una parte, pueden hacerse entrar al análisis atento a las formas de gobernar, otras operaciones que difícilmente se dejan reconducir a aquello que habitualmente signan las ideas de patologización o normalización. Y, por otra, se hace posible también atestiguar que las prácticas que se suponen sujetas a las indicaciones, inducciones, incitaciones del poder, incluso a las más férreas o insidiosas, no están nunca agotadas del todo.

Multiplicidad, poder, inclinación. Episteme

Porque hay una incesante multiplicidad de fuerzas es que podemos describir el poder en ejercicio. Es decir, distinguir cuándo se produce y se busca sostener una inclinación de éstas según fines siempre determinados (Deleuze, 2014; Foucault, 2012). Por ejemplo, cuando un diagnóstico como el de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es utilizado para fines de control evidentes, en tanto, se administran fármacos para lograr calmar movimientos juzgados excesivos o hacer que niños y niñas puedan prestar atención a lo que deben (Batallán y Varas, 2002; Benasayag, 2011; Stiglitz, 2006). Pero también cuando algunas escuelas o equipos son obligados o estratégicamente movilizan este tipo de categorías médicas para suplir un financiamiento estructuralmente precarizado (Claro, 2015; Radiszcz y Sir, 2018; Reyes, Cottet, Jimenez y Jauregui, 2019); o cuando una familia o un adulto pone en funcionamiento su propio diagnóstico en medio de una multiplicidad de fuerzas que le atraviesan: expectativas sociales, exigencias internalizadas, posibilidades materiales, deseos, etc. (Rojas, Rojas, Castillo-Sepúlveda y Chongut-Grollmus, 2018; Uribe, Abarca-Brown, Radiszcz y López-Contreras, 2019).

En cada uno de los puntos de ejercicio del poder, de búsqueda de inclinación de las fuerzas en juego según fines determinados, éste ya está desbordado. No por una resistencia que sería su producto, sino porque está co(i)mplicado por ella. Aun cuando se corre el riesgo, esto no implica necesariamente desconocer los efectos mayores de dominación, sino relevar los puntos de ambivalencia, de disputa, de imaginación siempre aun existentes. Significa insistir menos en la eficacia de la operación del poder para relevar su arbitrariedad y violenta apertura. Porque (por suerte) no hay automatización total posible de la dominación, es que esta dimensión estratégica de las fuerzas busca apoyarse en otros estratos. Sería la producción de verdad, el saber, aquello que da forma a ciertos estados de las relaciones de fuerzas, de tensión entre ellas, permitiendo

que una inclinación pueda sostenerse. La arbitrariedad de un momento de las relaciones de fuerza es la que permite anudar lo visible y lo enunciable, es decir, producir saber (Deleuze, 2014; Massumi, 2017; Rodríguez, 2019).

Ahora bien, en este nivel de abstracción es menester imaginar aquel anudamiento siempre rebasado por las fuerzas a las que busca dar forma. Nunca una verdad absoluta, inapelable, inamovible por más violentamente que así se quisiera hacer ver. Surgen objetos de saber que ya internamente atravesados por fuerzas disímiles, pueden ser puestos a funcionar en arreglos distintos, evidentemente con eficacia diversa según el diagrama del que provienen y en el que se insertan¹. Por ejemplo, respecto del TDAH², es posible reconstruir la marca de ciertas preocupaciones, presiones o exigencias sociales que se problematizan e intensifican desde la época en la que emerge, fines de los 70'. En particular en este caso, la cuestión de la obediencia. Y, entonces, es también lógico ver cómo el diagnóstico posibilita, refuerza, apoya el control de la conducta por vías distintas al disciplinamiento físico, fundamentalmente, a través de una intervención neuroquímica (Bianchi, Faraone, Ortega, Gonçalves y Zorzanelli, 2017; Conrad y Bergey, 2014; Haye, Matus, Cottet y Niño, 2018; Rafalovich, 2004; Schwarz, 2016). No obstante, es a la vez posible distinguir que la historia de este diagnóstico y sus apropiaciones, como de tantos otros en nuestros días, no se ha detenido ahí (Béliard et al., 2019; Bergey, Filipe, Conrad y Singh, 2018; Bussing et al., 2016; Conrad y Potter, 2000; Conrad y Singh, 2018).

Un diagnóstico como forma de saber traduce a un juego de lenguaje particular (Ehrenberg, 2010) fuerzas que le exceden y, por ende, ya no les está directamente imbricado: adquiere una autonomía relativa como se solía decir (Deleuze, 2013). Al emerger, al adquirir existencia, tiene sus propias capacidades de afectar y ser afectado, es decir, de habilitar o inhibir prácticas, de mantenerse inmutable o variar. Así, el TDAH no solo opera como una manera de lidiar con la (des)obediencia (infantil), sino también como posibilidad de reivindicar la neurodiversidad o la neurodivergencia, como táctica de financiamiento, como medio de cuestionar las prácticas educativas, como forma de presión para la transformación de espacios organizacionales, etc.

¹ Posturas similares, desde marcos epistémicos algo desplazados, pueden consultarse en la aproximación ecológica de Hacking (1998, 2002), en la situacional de Clarke (2003); Clarke, Friese y Washburn (2015); o la clásica sociología del disease en Rosenberg y Golden (1992) o Kerr (2004).

² Pero también la depresión Ehrenberg (1998), el autismo Ehrenberg (2018) y otros diagnósticos neuropsiquiátricos Castel (2010); Malabou (2017).

El riesgo es, en este punto, perder de vista que las relaciones de fuerza no son simplemente duales, dicotómicas y, por tanto, considerar que una postura a favor de la neurodiversidad es de alguna manera opuesta a un poder dominante, algo así como inmediatamente resistencia³. Por ello es importante considerar la situación (Clarke et al., 2015; Haraway, 1995; Rauthmann, Sherman y Funder, 2015; Stengers, 1997), guardar la perspectiva del exterior constituyente (Foucault, 2004). ¿Cómo se inserta tal o cual uso diagnóstico en el marco más general de las relaciones de poder, de sus inclinaciones, de sus disputas? ¿Cómo se relacionan los objetos de saber producidos dentro de una determinada episteme con las prácticas que le desbordan, que la buscan inclinar hacia otros intereses? ¿Una disputa interna al juego del lenguaje médico implica una oposición respecto de las fuerzas económico-políticas que inclinan los intereses en el campo?

Lógica normalización-patologización

La idea de gobierno, entonces, según el propio Foucault (2006) como una forma de continuar una analítica del funcionamiento del poder que procede por desplazamientos hacia el exterior. Todo el análisis respecto de las disciplinas y las prácticas disciplinarias puede entenderse con base en 3 desplazamientos: institución, función y objeto. Respecto del objeto es donde encontramos quizá una importancia singular para el caso de la medicina. Así, tomar el punto de vista de las disciplinas significaba negarse a aceptar un objeto prefabricado, se tratase de la enfermedad mental, la delincuencia o la sexualidad. Era negarse a medir las instituciones, las prácticas y los saberes con la vara y la norma de ese objeto dado de antemano. La tarea consistía, por el contrario, en captar el movimiento por el cual se constituía, a través de esas tecnologías móviles, un campo de verdad con objetos de saber. Puede decirse sin duda que la locura ‘no existe’, pero eso no quiere decir que no sea nada (Foucault, 2006, p. 143). La medicalización en general y las formas específicas que adquiere no podrían ser oportunamente descritas, sino en referencia a estos exteriores. Las variaciones en las maneras en que se ejerce dan cuenta de desplazamientos en los niveles de las formas del saber, sus objetos y de las fuerzas, las búsquedas de ejercicio de poder, es decir, de inclinación de las prácticas y conductas según intereses determinados. De ahí, que una forma ya clásica de aproximación crítica al saber médico haya sido y sea aún el análisis y la denuncia de la patologización y normalización que, a través de los diagnósticos clínicos, se opera.

³ El extremo opuesto de este mismo riesgo es verse obligado a considerarla simplemente como otra forma más de *normalización*.

Una posición fundamentalmente elaborada en los años 60' y 70' del siglo XX, con trabajos como los de Goffman (2012a, 2012b) y Castel (1980) por nombrar algunos anteceden la aproximación foucaultiana. Igualmente, por la época que surgían otros trabajos con acentuaciones diversas respecto del problema de la medicalización, sea respecto del imperialismo médico y la expropiación de las capacidades colectivas para lidiar con los sufrimientos (Illich, 2015) o respecto de la creciente conversión de problemas, fases o comportamientos de la vida cotidiana en algo médicamente tratable (Conrad, 1975, 1992, 2007). El punto de vista foucaultiano es, a pesar de muchos malentendidos, ligeramente diferente. No se trataría tanto de criticar el poder yatrogénico y expropiador de las prácticas médicas, pues que la ciencia mate no reporta ninguna novedad histórica, ni tampoco cabría únicamente sorprenderse de su expansión, ya que aquello que caracterizaría el ejercicio del poder médico a fines del siglo XIX e inicios del XX es, precisamente, su capacidad para actuar y modificar permanentemente la vida. Lo que se conocerá y popularizará más adelante como biopoder (Foucault, 1996, 2006).

Así, el predominio de la crítica a la medicalización en las lógicas de la patologización y normalización pasada la mitad del siglo XX es, también, una denuncia del predominio de los intereses de las instituciones y el Estado sobre los deseos y prácticas individuales y colectivas. La medicina, su capacidad para hacer visibles, medir, contar, administrar los procesos de vida, enfermedad y muerte, había sido clave para la construcción de los estados nacionales, tanto en Europa como en Latinoamérica, con el agregado no menor del peso colonial en la construcción de sus campos médicos (Armus, 2005; Fuster, 2013; Sir, 2014; Zarate, 2008).

A pesar de las diversas variantes, una integración del saber médico en la administración del Estado se da, en general, a propósito de requerimientos de neutralización de procesos de politización del malestar que, en Chile, recibieron el nombre de cuestión social a fines del siglo XIX (Fuster, 2013). De ahí que, el vínculo entre medicalización, patologización y control se nos aparezca tan importante y evidente: históricamente la plena aparición del saber médico en la arena pública se da en el delicado y tensionado espacio en donde las masas pauperizadas y explotadas, pueden ser vistas como sufrientes, enfermas y, por ende, susceptibles de una intervención técnico-sanitaria.

Sin embargo, incluso este proceso en apariencia absolutamente vertical está también internamente tensionado. Ni los médicos eran capaces de ver los problemas políticos que se planteaban no dentro de sus verdades científicas, ni las y los trabajadores eran ciegos hacia el modo en que la

medicina les utilizaba y, a la vez, a la manera en que sus organizaciones y prácticas políticas podían servirse de estos conocimientos y su interesada preocupación por la vida de los pobres (Fuster, 2013; Fuster y Moscoso-Flores, 2015). Ahora bien, el resultado a nivel general, bajo distintas formas e intensidades, fue el intento del procesamiento del malestar como problema médico a nivel de la salud de la población. En la medida en que esta relación medicina-malestar-política está fundamentalmente referida a un Estado que busca asentar su control sobre su territorio, secundariamente inscrito en una circulación comercial internacional, entonces, una normalización referida a la norma que el Estado considera buena y justa es el principal resultado buscado.

Hay que ser especialmente cuidadoso para comprender esta racionalidad en el ejercicio de la medicina, pues no se trata de una intencionalidad subjetiva de control político mediante categorías médicas, sino de la connivencia epistémica dado el diagrama de fuerzas predominante. Los diagnósticos altísimamente morales que pueblan la nosografía hasta bien entrado el siglo XX⁴, con especial énfasis en la salud mental que juzgaba como patológico tanto el deseo femenino como el homosexual (Armstrong, 2002; Foucault, 1994), o hipotetizaba un daño cerebral para hablar de imbecilidad o desobediencia (Baumeister, Henderson, Pow y Advokat, 2012; Comstock, 2011), o que incluso tachaba (y luego torturaba) enemigos políticos a través de juicios científicos (Rebolledo, 2016), son tanto más peligrosos porque tienen una autonomía respecto del poder político y no le están absolutamente subyugados. Si la verdad médica no fuera otra cosa que el deseo del príncipe, entonces, su poder de modificar permanentemente la vida seguiría subyugado a su capacidad de matar. Esto no quiere decir que no mate o no se preste para juegos políticos, sino que, si tiene alguna eficacia en ello, se debe precisamente a que no depende exclusivamente de éstos.

Algo que cabría, entonces, juzgar como característico de la lógica de la medicalización como patologización es su particular relación a la norma. En consonancia con el diagrama de fuerzas en donde emerge, es decir, en virtud de la consolidación de estados nacionales, la norma opera más en la forma de un modelo que de un registro de lo que en determinado período o condiciones es considerado normal (Foucault, 2006). Por ello, no sorprende la carga moral tan explícita que, sin desaparecer, se desplaza hacia nuestros días. Entonces, la homogenización, la normalización vía

⁴ Claro está, también hasta hoy, con algunas consideraciones que haremos en los apartados siguientes.

patologización (si es diferente, es malo, peligroso, vicioso o loco), se nutre de esta relación con la norma como modelo, de la capacidad que el saber y las intervenciones médicas tienen para prescribir y modificar la vida, merced su posicionamiento social en las sociedades occidente-centradas.

Tal lógica, evidentemente, no desaparece ni es reemplazada, pero sí es reconfigurada en virtud de las racionalidades propias de lo que puede denominarse gubernamentalidad neoliberal (Follegati y Karmy, 2018; Tello, 2016; Yuing y Karmy, 2014). En este sentido, los propios ejercicios de normalización disciplinaria, como denominaremos al tipo de normalización vinculada a la medicalización como patologización, se ven trastocados pues la relación del modelo con el control estatal se ve profundamente modificado y, a la vez, dada la autonomía que reconocíamos a las prácticas y saberes médicos y clínicos, otra racionalidad y otras lógicas de vínculo con los rendimientos económico-políticos pueden ser identificados.

Lógica funcionalización-rentabilización

El concepto de gubernamentalidad que Foucault introduce hacia fines de la década de los 70' (Foucault, 2006, 2007), al igual que la inquietud que desarrolla sobre el pliegue de interioridad que producen las prácticas de subjetivación y que comienza a trabajar con detalle antes de su muerte a inicios de los 80', no pueden ser divorciados de la situación en la que se producen. Bien lo conocemos en Chile. Es el momento en donde la contrarrevolución capitalista se presiente triunfando, con distintas intensidades de violencia, por diversos territorios (Baudrillard, 1983; Gárate, 2012; Harvey, 2007). Y tal victoria, no pasa o al menos no inmediata ni exclusivamente, por el campo de la política institucional, sino por una dimensión susceptible de ser llamada micropolítica si no se entiende por ello algo pequeño, sino más bien el plano de los deseos y sus posibilidades de expresión en el campo social (Guattari y Rolnik, 2006). La idea de gobierno tras el neologismo introducido por Foucault implica, como dijimos, la búsqueda del exterior constituyente que permita recomprender el modo de funcionamiento estatal en un momento en donde, precisamente, es su *modus operandi* el que está al centro de las transformaciones sociopolíticas.

El Estado nunca habría sido esa máquina cerrada sobre sí, totalmente dueña de sí, sino que esa propia impresión e, incluso, gran parte de su operar biopolítico que probabilizaba en la práctica las pretensiones de uniformidad estatal estuvieron posibilitados por el mapa de fuerzas en el que se insertaba: juridificación de las relaciones entre territorios, formas morales religiosas, ciertos saberes de estado, etc. Esta exterioridad no

sería estrictamente un sistema internacional o supranacional, sino que aquello que la exploración genealógica foucaultiana va a señalar como un límite interior a estas pretensiones, será la fuerza descodificante del mercado y, particularmente, una categoría que se hará de más en más relevante de cara a la renovada, ampliada, tiránica fuerza del mercado en lo que se conocerá como neoliberalismo: los intereses particulares (Deleuze, 2005, 2017; Foucault, 2006).

A través de una serie de mecanismos que no tenemos posibilidad de discutir aquí⁵, la inflexión neoliberal sobre las premisas del liberalismo, particularmente la versión norteamericana de éste vinculará cada vez más estrechamente la sustracción de la dimensión económica frente a la intervención estatal, la famosa libertad de empresa, con una descripción antropológica que hará coincidir la libertad de los individuos con la económica⁶. En nombre de un sujeto imaginado por las teorías económicas como maximizador de utilidades⁷ que invierte sus propias cualidades, sus capitales para aumentar su performance, es que el neoliberalismo profesa una defensa de la libertad. De este modo, parece casi naturalmente coincidir con los requisitos de operación del mercado. Entonces, no solo se tratará de restringir la acción del Estado en áreas del mercado, sino de utilizarle para asegurar que más y más zonas de la vida colectiva estén organizadas según las lógicas de acumulación capitalista⁸.

Tal cuestión, junto con implicar el desmantelamiento de las funciones sociales del Estado, la mano izquierda que llamaba Bourdieu (1999) y que tan bien conocemos, implicó singularmente desde los años 80' una preocupación por el desciframiento, entrenamiento, puesta en valor de cualidades anteriormente consideradas intrínsecamente humanas, es decir, en cierta forma desatendidas por el análisis económico (Foucault, 2007). Habilidades blandas, comunicativas, sociales y, también, nuevas

⁵ Pero sobre los que se ha escrito muchísimo. Solo algunas referencias de orientación: Castro-Gómez (2015); Foucault (2006); Yuing y Karmy (2014); Pincheira, Flem, Follegati, Sanhueza y Sir (2016).

⁶ Del mismo modo, a partir la descripción de Foucault del rol del Capital Humano en la teoría económico-política y antropológica del neoliberalismo norteamericano y del empresario de sí, mucho se ha escrito sobre esta empresarización de sí, self-empresendedor, auto-explotación, etc. Ver, entre otros: Foucault (2007); Energici (2015); Bröckling (2016); Darat y Sir (2018); Estupiñán (2016); Laval y Dardot (2015); Boltanski y Chiapello (2002).

⁷ Que a nivel de estos individuos imaginarios coincide con felicidad. Ver: Illouz (2010); Fumagalli (2010); Lorey (2016); Ahmed (2019).

⁸ Al punto que, en efecto, es posible describirle como liberalismo autoritario o símiles. Ver: Chamayou (2018); Dardot y Laval (2016).

normas e ideales de uso y exhibición de los cuerpos (Fumagalli, 2010; Miller y Rose, 2008; Ortega, 2010; Rodríguez y Tello, 2012; Sibilia, 2009). Toda esa construcción y puesta en valor de lo que puede significar la noción de capital humano y los ejercicios de empresarización de sí.

Ciertamente, esto impacta en las formas de malestar, cuestión que por la época se expresa en la atención que comienzan a recibir problemas asociados al narcisismo, los trastornos borderline y la depresión por sobre el tradicionalmente disciplinario complejo de Edipo, en distintas partes del planeta (Boni y Mendelsohn, 2021; Castel, 2010, 2011; Ehrenberg, 1998; Lahire, 2013; Radiszcz, 2016). Luego, evidentemente la relación entre procesos de medicalización, exigencias sociales, ejercicios de poder y contraconductas se reconfigura respecto del operar por patologización/normalización.

Repetimos: no es que el funcionamiento normalizador del vínculo entre saber médico y prácticas sociales desaparezca, sino que se hace posible distinguir una intensificación de otra racionalidad y otras lógicas de operación. Las presiones de individualización complejizan el problema de la relación con la norma unitaria típica de parte importante de los Estados durante el siglo XX, la cual parece fragmentarse en diversas normas particulares, según procesos e incluso politizaciones que algunas veces se denominan identitarias: vinculadas con reivindicaciones raciales, de género, de disidencia sexual, de procesos decoloniales, etc. (Boni y Mendelsohn, 2021; Garretón, 2014). De cierta forma, la lógica de gestión económica de la sociedad requiere esta fragmentación, pues opera los procesos de unificación en la diferencia, a partir del intercambio mercantil y no a través de las leyes o normas jurídica y territorialmente establecidas. En ese sentido, es que se busca securitizar zonas, a través del uso de los poderes y violencia estatal, para liberarlas a las lógicas de intercambio desterritorializadas. La propia idea de la norma se traslada del ideal estatal a la normalidad estadística (Deleuze, 2017; Foucault, 2007). Normal menos como un modelo, institucional y estatalmente gestionado, al que debo conformarme y más como un conjunto de recurrencias bajo ciertos parámetros: de violencia aceptable, de enfermedad posible, de dolor manejable, etc.

Las presiones sociales, los malestares y sufrimientos individuales, entonces, se desplazan también. En la medida que la gestión de asuntos colectivos y el valor social de las personas se hace crecientemente pasar por el rendimiento económico de sus cualidades, ciertas formas de “diferencia” y “diversidad” se hacen tanto o más deseable que una normalidad concebida al modo de un promedio. Así, diversos autores han

mostrado la emergencia de nuevas formas de deseabilidad social asociadas a las ideas de optimización (Miller y Rose, 2008; Rose, 2012), performance (Bianchi, Ortega, Faraone, Gonçalves y Zorzanelli, 2016; Ortega, 2010) o potencial oculto (Ehrenberg, 2016, 2018). Desde estas perspectivas es también fundamental el rol que aquella autonomía del saber médico que mencionábamos en el apartado anterior tiene en el origen, desarrollo e intensa expansión de las industrias farmacéuticas, cosméticas y de salud biomédica o complementaria (Conrad, 2005; Marques, 2018; Wehling, Viehöver y Koenen, 2015).

En esa conjunción es que la relación con las prácticas médicas, ellas mismas más individualizadas⁹, pone a los procesos de medicalización en relación con una lógica que denominaremos de rentabilización y no únicamente de normalización. Particularmente en países donde los sistemas de salud han sido –institucional y conforme a la propia gubernamentalidad neoliberal– individualizados, las categorías y prácticas médicas se convierten en objetos de consumo y diferenciación social que, generalmente, refuerzan vectores de dominación arrastrados por largo tiempo (raza, clase, género, educación, edad, etc.) (Ortega, 2010; Rose, 2012; Sir, 2018b). De esta forma, las categorías diagnósticas son puestas en relación con categorías más amplias como estilos de vida en salud, que implicarán uso de saberes, técnicas y prácticas con el fin de agregarse valor, en la lógica del capital humano y, por ende, la presión por ser “normal” se com(i)mplica, por una parte, con los estímulos a mostrarse siempre feliz, siempre capaz, siempre dispuesto (Ahmed, 2019; Fumagalli, 2010; Illouz, 2007, 2010), susceptible incluso de trabajar sin fin y “disfrutarlo” (Araujo y Martuccelli, 2012; Gaulejac y Hanique, 2015).

No obstante, a la vez, con la posibilidad de reclamar el reconocimiento del diagnóstico ya no como una patología, un mal o un déficit, sino como una condición, cuestión que puede ser reconducida a su rentabilización como ventaja comparativa, o bien, puede dar paso a preguntas por otras formas de habitar el mundo. ¿El autismo, el TDAH, la bipolaridad e incluso la esquizofrenia, pero también las enfermedades autoinmunes como Crohn, Fibromialgia, Artrosis, etc., son únicamente males a eliminar o, finalmente, modos de inscribirse en el mundo que valdría la pena escuchar y acompañar?

⁹ En ocasiones, como en Chile, dada las transformaciones en los propios sistemas de salud que aumentan radicalmente las presiones para la gestión y carga individual de la enfermedad. Ver: Fuster y Sir (2017); Anseolaga y Valenzuela (2014); Cid y Uthoff (2017); Goic (2015).

En ese sentido, no es que una medicalización por rentabilización deje de ser moral, sino que se modifica el modo en que lo es. Lo que, de hecho, ha permitido que, a través de las categorías médicas, de sus técnicas de visualización, de sus descripciones, de las agrupaciones de profesionales, usuarios o familiares, se puedan rastrear nuevas gramáticas en las formas de valoración social, de ideales, sujetos, presiones o condiciones de procesos de subjetivación (Castel, 2012; Dodier, 1993; Ehrenberg, 2010, 2016; Ortega, 2010). A la vez que repensar la categoría de medicalización a la luz de otras formas de enlace y ensamble con agentes humanos y no humanos (diagnósticos, fármacos, tecnologías de visualización, reglamentos de conducta, protocolos institucionales, políticas públicas, requerimientos organizaciones, etc.) (Liebert, 2017, 2018; Radiszcz y Sir, 2018; Reyes et al., 2019; Rojas, 2018; Rojas et al., 2018; Rojas Navarro y Vrecko, 2017; Sir, 2019; Sir, Castañeda y Radiszcz, 2019).

Micropolíticas en el malestar

Las racionalidades disciplinarias y rentabilizantes, las lógicas de patologización y funcionalización participan entonces en la posibilidad de conducir las conductas de los agentes humanos, a través de indicaciones inscritas en prácticas, discursos y otros agentes no humanos (diagnósticos, fármacos, tratamientos, tecnologías de visualización y examen, etc.). Por esa razón, resulta interesante hablar de formas de gubernamentalidad en salud, no solo en referencia a un modo de componerse su administración, sino en cómo ésta, su organización, los intereses que fomenta y persigue, los modos en que pone a disposición sus espacios y herramientas, etc., reconocen, felicitan, proponen o intensifican ciertos modos de comprenderse y ser comprendidos que se entroncan con ciertas exigencias sociales mayores y no otras.

Por ejemplo, en una investigación realizada respecto de las relaciones y experiencias de las personas ancianas en atención primaria en salud (APS) (SENAMA, 2013; Sir, 2018a), se podía dar cuenta de la existencia de una incitación a la gestión individual de ciertos problemas que tenían, a todas luces, un carácter colectivo. Particularmente, se hacía evidente respecto de molestias consideradas inespecíficas en el caso de las y los adultos mayores, que pudo observarse correspondían a una gran cantidad de las consultas en APS, entroncando así con el problema más general de la policonsulta. Una de las maneras en que en distintos espacios y, singularmente, en un caso estudiado, se lidiaba con el problema de las consultas reiteradas sin diagnóstico claro, era a través de programas de medicinas complementarias y alternativas (MCA). Estos programas que de a poco ganaban reconocimiento en niveles más centralizados de la política

de salud pública, habían comenzado y las más de las veces lo hacen aún hoy, a través de iniciativas locales, muchas veces cansadas con ciertas lógicas muy patentes de trato deshumanizado, infantilización y frialdad respecto de los pacientes e, incluso, a través de críticas epistémicas a la manera en que la medicina predominante o hegemónica entiende los cuerpos, la salud y la enfermedad, denunciando también formas habituales de medicalización por patologización, exceso de fármacos, etc.

Es aquí en donde es importante apreciar que la perspectiva de la gubernamentalidad no opera al nivel de las intencionalidades subjetivas, sino más bien de la racionalidad de las prácticas (Foucault, 2012). Entonces nuevamente se ha de poner atención a la situación. La precarización del sistema de pensiones y el de salud hace que, por una parte, las y los ancianos cuenten con pocas capacidades para gestionar sus necesidades no solo de salud, sino vitales en general, incluyendo las posibilidades para gozar de actividades recreativas. Y, por otra parte, que el acceso y relación con diagnósticos y tratamientos haya sido muchas veces tardío o reducido a la urgencia, por ende, desde una distancia y relativo desconocimiento; a la vez, implica que los programas que exceden el marco biomédico sean esporádicos, inciertos y, por tanto, sumamente dependientes de las lógicas de financiamiento macro, fundamentalmente, los indicadores de eficacia.

De este modo, se encuentran fuerzas disímiles: personas que buscan en la atención primaria ayuda con malestares, en ocasiones, alojados hace largo tiempo, o bien, producto de situaciones de abandono social, de escasas o nulas alternativas de participación colectiva no atravesadas por la actividad laboral o por el mercado, en circunstancias que la mayoría de las veces están excluidas a la vez del trabajo y del mercado, producto de trayectorias sociales e institucionales (SENAMA, 2013). En virtud de esta lógica, las prácticas de MCA operan al modo del humanitarismo (Fassin, 2016), buscando resolver a nivel individual problemas estructurales, incitando a la gestión individualizada de estas verdaderas pruebas colectivas (Araujo y Martuccelli, 2012). Prácticas de meditación, de autoconocimiento, de conocimiento de plantas, de medicina antroposófica, de acupuntura, de reiki, yoga, arte-terapia, etc., participan de una concepción de empoderamiento personal que es rentabilizada por la estructura de la salud pública para, en un mismo movimiento, evitar hacer cambios estructurales, abaratar costos y suplir la falta de infraestructura pública para una clase de edad que, por lo mismo, solo se buscará hacer reingresar como fuerza de trabajo.

Sin embargo —y cabría no escatimar la importancia de este ‘sin embargo’—, estas prácticas tienen eficacias que exceden los acomodos institucionales.

Por ello, no se trata nunca de juzgar una práctica en sí misma, sino de los modos en que se agencia, en que es parte de un agenciamiento. Así, no solo se imbrica con estos usos institucionales/estructurales, sino que también se vinculan de maneras muy importantes con el plano del deseo, más específicamente, con la posibilidad de que ciertos deseos puedan encontrar alguna expresión en el plano social. Un resultado que podía haberse considerado inesperado, fue que las personas usuarias de estos programas relataban tener quizá por primera vez experiencias que, dada su inscripción social, les habían estado negadas o dificultadas. Experiencias que pueden parecer de suma evidencia para otros: que se tiene un cuerpo y que hace bien cuidarlo, que las relaciones afectivas con otros pueden impactar físicamente, que el cansancio puede incidir en la tristeza y viceversa, que la soledad puede tener que ver con la diabetes a través de prácticas de alimentación, etc. Y también, en algunas ocasiones, encontrar un nombre para aquel malestar que se experimenta, a veces uno no biomédico: un problema energético, de alineación, de falta o exceso de estimulación de zonas del cuerpo, etc.

El problema del nombre, es decir, del diagnóstico está a la base de una investigación más amplia sobre la policonsulta y el malestar médicamente inexplicable que ha permitido, pues, indagar en las lindes de las posibilidades de la medicalización y gubernamentalización de las conductas por la vía del saber médico (Fuster, Rivera, Sir, Gómez y Rodríguez, 2021). Se ha podido dar cuenta de los problemas locales que enfrentan las lógicas de patologización y rentabilización, cuando se encuentran con ejercicios clínicos que se ven obligados, de una u otra forma, a lidiar con tensiones y afectos que claramente les exceden. Particularmente, la dimensión territorial que, a través del vínculo entre búsqueda de un diagnóstico y visibilización de problemas de carácter sociopolítico, vuelve medianamente porosa la mirada médica, es decir, inevitablemente vinculada al carácter situado de las quejas, a pesar y en fricción con las presiones a la industrialización de la atención, característica de los sistemas de salud hegemónicos, especialmente, aquellos más pauperizados.

Por una parte, entonces, cierta eficacia de las prácticas alternativas y del nombre, permitía a las personas dar cuenta de dimensiones de sí mismas que anteriormente se les habían negado o dificultado reconocer, a pesar de las tensiones o incluso afinidades de éstas para ser funcionalizadas en la gestión individual. Por otra, una incertidumbre del diagnóstico permite, aun en contra de cualquier presupuesto o evidencia, hacer pasar problemas extramédicos en las consideraciones explícitamente clínicas (el barrio, el trabajo, el transporte, la familia), a través de cuestiones tan poco glamorosas como el conocimiento mutuo, que inevitablemente

se empieza a formar entre cierto personal de salud y las personas que asisten reiteradamente a un mismo centro de salud familiar.

Que no se confunda, esto no niega los efectos globales de dominación, sino que hace visible una dimensión en donde es todavía posible decir algo, en donde los deseos (de un mejor nombre para mi malestar, de una mejor comprensión de la salud, del reconocimiento de una condición, etc.), desbordan las categorías médicas y las inclinaciones políticas que estas portan, incitando a nombrar de otros modos, a desplazar las inclinaciones que sostiene determinado saber. En otras palabras, el grado cero en donde el malestar que moviliza el deseo puede ensayar otras gramáticas u otros modos de colectivización para ponerlo en común o politizarlo (Guattari y Rolnik, 2006; Rolnik, 2019).

La (afortunada) imperfección en el ejercicio del poder, en la conducción de conductas, es la que permite comprender cabalmente la idea según la cual los diagnósticos no son solo formas de individualización, sino también modos de colectivización del sufrimiento individual en el juego de lenguaje específico del saber médico (Ehrenberg, 2010). Ahora bien, como tales posibilidades se dan dentro de una situación social atravesada por una multiplicidad de fuerzas heterogéneas, entonces, esos modos de colectivización específico pueden entrar en relación con otras formas de elaboración del malestar y, por ende, convertirse en reivindicaciones de otro tipo: por mejoras en las condiciones de la vejez o del trabajo; por acceso a la salud mental (como en importantes movimientos universitarios en los últimos años en Chile); por reconocimiento de modos de ser (como en movimientos y colectivos de usuarios de salud, como “locos por nuestros derechos”, “no es lo mismo ser loca que loco”, pero también asociaciones de diagnosticados y padres con autismo o TDAH, o incluso con enfermedades autoinmunes como Crohn o fibromialgia, etc.); o, finalmente, como crítica radical a diagnósticos que se han mostrado extremadamente funcionalizados (“no era depresión, era capitalismo”, señalaba la revuelta de octubre de 2019).

En esta línea, una de las zonas de ambigüedad que habilita prácticas contemporáneas de cooptación, a la vez, que posibilidades impensadas para las lógicas y racionalidades descrita en apartados anteriores, es lo que se conoce como neurodiversidad y, en ocasiones, neurodivergencia (Castel, 2010; Malabou, 2017; Rose y Abi-Rached, 2013; Vidal y Ortega, 2017). En esta lógica, no solo hay una cerebralización ligada con un ejercicio de optimización (Caliman, 2008, 2012; Ehrenberg, 2018), sino que se habilitan preguntas más generales respecto, por una parte, de qué hacer con las categorías médicas (de autismo, TDAH, luego bipolaridad,

algunos trastornos border o depresión e incluso esquizofrenia¹⁰). ¿Es preciso sanar/eliminar estos modos de habitar el mundo? ¿Es acaso posible? ¿Sería más deseables comprenderles, acompañarles, lidiar con los aspectos que causan más sufrimiento? ¿Qué acomodos exige eso para los espacios y mundos compartidos, institucionales, estructurales?, etc.¹¹ Del mismo modo que señalábamos antes, estos saberes y prácticas, tecnologías de visualización cerebral específicas, usos de fármacos, historias y experiencias, se insertan en sistemas de salud inscritos en diagramas específicos que fomentan, por ello, ciertas apropiaciones y no otras. Entonces, no es raro que la gran mayoría de estos discursos y prácticas tiendan a poner menos en cuestión el modo de reproducción social capitalista, de lo que sería deseable para nosotros científicos sociales críticos. Sin embargo, esto no implica que reivindicaciones de este alcance y profundidad tanto para el saber médico, como para la episteme global que organiza nuestra comprensión de lo humano, sus capacidades y dolencias, se agote allí. Por el contrario, indicaría que es justamente a partir de ello donde el plano micropolítico de las prácticas puede dialogar con un análisis social crítico que, reconociendo aquellas potencias, pueda acompañar y/o intensificar articulaciones que les desenganchen de los modos de reconocimiento social hegemónicos, abriendo las posibilidades para la experimentación e imaginación política, modificando radicalmente los sistemas de salud y las sociedades que les acogen.

Síntesis

Hicimos un vuelo por algunos puntos centrales de la noción de gubernamentalidad, específicamente en salud. Luego, analizamos dos lógicas que han sido descritas como predominantes, tanto en Chile como a nivel internacional, aterrizando cuando ha sido posible en casos, ejemplos, referencias, muchas de ellas proveniente de investigaciones realizadas por equipos donde los autores del artículo han participado. Finalmente, se expuso un tercer plano que actúa como una fuerza de desgubernamentalización, enfatizando en la (afortunada) incapacidad de los intentos de

¹⁰ Trascendiendo también a esa delgada línea que llamamos divulgación, muchas veces desde la óptica de la historia de triunfo personal, sufrimiento y éxito, al modo del potencial oculto que describe Ehrenberg (2018). Aquí, por ejemplo: <https://www.adamedtv.com/salud-mental/siete-conferencias-ted-de-historias-personales-de-lucha-contra-la-enfermedad-mental/>

¹¹ En esta línea hay algunos trabajos recientes también en Chile y Latinoamérica que ponen algunos de los puntos interesantes de esta discusión en juego: Bianchi (2016); Bianchi et al. (2017); Bianchi et al. (2016); Faraone y Bianchi (2018); Reyes et al. (2019); Rojas et al. (2018); Sousa Viégas, Oliveira y Da Silva (2019); Rojas (2018); Radiszcz y Sir (2018).

conducir las conductas, es decir, de gobernar cuerpos y afectos, de hacerlo de manera completamente acabada y que, por el contrario, siempre hay prácticas que exceden los intentos de su control e inclinación. En ese sentido, el propósito del texto, así como el de nuestras investigaciones, ha sido mostrar al mismo nivel de relevancia una lógica que, escapando a las racionalidades gubernamentales descritas, permite observar otros modos de hacer con el malestar a nivel individual, institucional y colectivo.

Referencias bibliográficas

- Ahmed, S. (2019). La promesa de la felicidad: Una crítica cultural al imperativo de la alegría. *Futuros próximos: Vol. 21*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Anseolaga, E. y Valenzuela, E. (2014). Derecho a la Salud Mental en Chile: la infancia olvidada. En T. Vial Solar (Ed.), *Colección derecho. Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2014*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- Araujo, K. y Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes: Retrato de la sociedad chilena y sus individuos* (1a. ed.). Ciencias humanas. Sociología. Santiago: LOM Ediciones.
- Armstrong, D. (2002). *A new history of identity: A sociology of medical knowledge*. New York: Palgrave [Macmillan].
- Armus, D. (2005). *Avatares de la medicalización en América latina (1870-1970)* (1a. ed.). Colección Salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Batallán, G. y Varas, R. (2002). *Regalones, maldadosos, hiperkinéticos: Categorías sociales en busca de sentido la educación de los niños y niñas de cuatro años que viven en la pobreza urbana*. Enfoques pedagógicos. Santiago: LOM; PIIE; Gobierno de Chile Ministerio de Educación.
- Baudrillard, J. (1983). *Les stratégies fatales*. Paris: LGF.
- Baumeister, A. A., Henderson, K., Pow, J. L. y Advokat, C. (2012). The early history of the neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the history of the neurosciences*, 21(3), 263-279. <https://doi.org/10.1080/0964704X.2011.595649>
- Béliard, A., Jiménez-Molina, Á., Díaz-Valdés, J., Le Goff, A., Mougél, S. y Sir, H. (2019). The multiple meanings of ADHD: between deficit, disruption and hidden potential. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 55-74. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181145>
- Benasayag, L. (Ed.). (2011). *Conjunciones. ADDH, niños con déficit de atención e hiperactividad: ¿Una patología de mercado?: una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario* (1a ed., 1a reimp). Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Bennett, J. (2010). *Vibrant matter: A political ecology of things*. Durham: Duke University Press.
- Bergey, M. R., Filipe, A. M., Conrad, P. y Singh, I. (Eds.). (2018). *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a) normalidad? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14, 417-430. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14128210715>

- Bianchi, E., Ortega, F., Faraone, S., Gonçalves, V. P. y Zorzaneli, R. T. (2016). Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saúde e Sociedade*, 25(2), 452-462. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153981>
- _____. (2017). Controversias sobre ADHD y metilfenidato en discusiones sobre medicalización en Argentina y Brasil. *Physis Revista de Saúde colectiva*, 27(3), 641-660.
- Boltanski, L. y Chiapello, È. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Tres Cantos: Akal.
- Boni, L. y Mendelsohn, S. (2021). *La vie psychique du racisme*. Paris: La Découverte.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo* (1ª ed. en español, abreviada). Tres Cantos: Akal.
- Bröckling, U. (2016). *El self emprendedor: Sociología, de una forma de subjetivación*. Colección Sociología: personas, organizaciones, sociedad. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Buchanan, I. (2020). *Assemblage theory and method: An introduction and guide*. London, New York: Bloomsbury Academic.
- Bussing, R., Mason, D., Garvan, C. W., Gurnani, T., Koro-Ljungberg, M., Noguchi, K. y Albarracin, D. (2016). Willingness to use ADHD Self-Management: Mixed Methods Study of Perceptions by Adolescents and Parents. *Journal of child and family studies*, 25(2), 562-573. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0241-4>
- Caliman, L. V. (2008). O TDAH: Entre as funções, disfunções e otimização da atenção. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 559-566. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300017>
- _____. (2012). Os regimes da atenção na subjetividade contemporânea. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(1), 2-17.
- Castel, P.-H. (2010). *L'esprit malade: Cerveaux, folies, individus*. Philosophie, anthropologie, psychologie. Paris: Les Ed. d'Ithaque.
- _____. (2011). Ames scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. *Philosophie, anthropologie, psychologie: Vol. 1*. Paris: Ithaque.
- _____. (2012). *La fin des coupables: Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences / suivi de Le cas Paramord*. Philosophie, anthropologie, psychologie. Paris: Ithaque.
- Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo ([1a. ed.]). *Genealogía del Poder: Vol. 5*. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Castro-Gómez, S. (2015). *Historia de la gubernamentalidad I: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault* (Segunda edición). Biblioteca universitaria de ciencias sociales y humanidades. Filosofía política. Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar; Ediciones Universidad Santo Tomás de Aquino.
- Chamayou, G. (2018). *La société ingouvernable. Une généalogie du libéralisme autoritaire*. Paris: La Fabrique.
- Cid, C. y Uthoff, A. (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: Reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema [The pending health reform in Chile: reflections on a proposal to transform the systemA inacabada reforma da saúde no Chile: reflexões sobre proposta de transformação do sistema]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 41, e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.170>

- Clarke, A. E. (2003). Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn. *Symbolic Interaction*, 26(4), 553-576. <https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553>
- Clarke, A. E., Friese, C. y Washburn, R. (Eds.). (2015). *Situational analysis in practice: Mapping research with grounded theory*. Walnut Creek California: Left Coast Press.
- Claro, S. (2015). Luche-Mundo: Una metodología para el abordaje responsable y dialógico del TDAH. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 41(especial), 31-50. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052015000300003>
- Comstock, E. J. (2011). The end of drugging children: toward the genealogy of the ADHD subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47(1), 44-69.
- Conrad, P. (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21. <https://doi.org/10.2307/799624>
- _____. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- _____. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>
- _____. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Md., London: Johns Hopkins University Press. Recuperado de <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0703/2006033235-b.html>
- Conrad, P. y Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social science & medicine* (1982), 122, 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>
- Conrad, P. y Potter, D. (2000). *From hyperactive children to ADHD Adults: Observations on the expansion of medical categories*, 47(4), 559-582.
- Conrad, P. y Singh, I. (2018). Reflections on ADHD in a Global Context. En: M. R. Bergey, A. M. Filipe, P. Conrad y I. Singh (Eds.), *Global perspectives on ADHD: Social dimensions of diagnosis and treatment in 16 countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cvetkovich, A. (2012). *Depression: A public feeling*. Durham, C.: Duke University Press.
- Darat, N. y Sir, H. (Eds.). (2018). *El abc del neoliberalismo: Volumen II*. Viña del Mar: Communes.
- Dardot, P. y Laval, C. (2016). *Ce cauchemar qui n'en finit pas: Comment le néolibéralisme défait la démocratie*. Cahiers libres. Paris: La Découverte.
- Deleuze, G. (2005). *Derrames: Entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Serie Clases: Vol. 3. Buenos Aires: Cactus.
- _____. (2013). *El saber: Curso sobre Foucault*. Clases: 11-12. Buenos Aires: Cactus.
- _____. (2014). *El poder: Curso sobre Foucault*. Clases: Vol. 12. Buenos Aires: Editorial Cactus.
- _____. (2017). *Derrames II: Aparatos de estado y axiomática capitalista*. Buenos Aires: Cactus.
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale: Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Collection Leçons de choses. Paris: Editions Métailié; Diffusion Seuil.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. París: Odile Jacob.
- _____. (2010). *La société du malaise*. París: Odile Jacob.

- _____. (2016). El individualismo y sus malestares. En E. Radiszcz (Ed.), *Malestar y destinos del malestar: Políticas de la desdicha*. Santiago, Chile: Social-Ediciones.
- _____. (2018). *La mécanique des passions: Cerveau, comportement, société*. Paris: Odile Jacob.
- Energici, M. A. (2015). Reseña a Ulrich Bröckling (2015) El self emprendedor. Sociología de una forma de subjetivación. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado. *Persona y sociedad*, 29(3), 131-136.
- Estupiñán, M. L. (Ed.). (2016). *El abc del neoliberalismo*. Viña del Mar: Communes.
- Faraone, S. y Bianchi, E. (Eds.). (2018). *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.
- Fassin, D. (2016). *La razón humanitaria: Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires: Prometeo.
- Follegati, L. y Karmy, R. (Eds.). (2018). *Estudios en gubernamentalidad: Ensayos sobre poder, vida y neoliberalismo*. Viña del Mar: Communes.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits: Tome IV: 1980-1988. Dits et écrits 1954-1988 / Michel Foucault: Vol. 4.* [Erscheinungsort nicht ermittelbar]: [Verlag nicht ermittelbar].
- _____. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Museos de Buenos Aires.
- _____. (2004). *El pensamiento del afuera* (5ª ed.). Ensayo. Valencia: Pre-Textos.
- _____. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso del Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (2012). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (Ed. rev. y corr). Biblioteca clásica de Siglo Veintiuno. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fumagalli, A. (2010). *Bioeconomía y capitalismo cognitivo: Hacia un nuevo paradigma de acumulación* (1ª ed.). Mapas: Vol. 29. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Fuster, N. (2013). *El cuerpo como máquina: La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile* (1ª edición). Colección Sociedad: Vol. 1. Santiago, Chile: CEIBO Ediciones.
- Fuster, N. y Moscoso-Flores, P. (Eds.). (2015). *La Hoja Sanitaria: Archivo del Policlínico Obrero de la I.W.W. Chile, 1924-1927* (1a edición). Santiago, Chile: CEIBO Ediciones.
- Fuster, N., Rivera, D., Sir, H., Gómez, C. y Rodríguez, M. (2021). Management of unexplained: Poly-consultation and hyperfrequency on Primary Health Chilean Attention. A qualitative and exploratory study. *International journal of mental health systems*, 15(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00436-4>
- Fuster, N. y Sir, H. (2017). Determinantes sociales y salud neoliberal: Hacia una gestión individual del malestar social. *Benessere. Revista de Enfermería*, 2(1), 4-7.
- Gárate, M. (2012). *La revolución capitalista de Chile: 1973-2003*. Colección de Historia. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Garretón, M. A. (2014). *Las ciencias sociales en la trama de Chile y América Latina: Estudios sobre transformaciones sociopolíticas y movimiento social* (Primera edición). Ciencias sociales y humanas Sociología. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Gaulejac, V. d. y Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant: Un système qui rend fou*. Économie humaine. Paris: Éditions du Seuil.

- Goffman, E. (2012a). *Estigma: La identidad deteriorada* (2ª. ed., 2ª reimp). Biblioteca de sociología. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. (2012b). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (2a. ed., 2ª reimp). Biblioteca de sociología. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente [The Chilean Health Care System: the task ahead]. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo* (1ª ed.). Mapas: Vol. 14. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Hacking, I. (1998). *Rewriting the Soul*. Princeton University Press.
- _____. (2002). *Mad travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge: Harvard University Press.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- _____. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Tres Cantos: Akal.
- Haye, A., Matus, C., Cottet, P. y Niño, S. (2018). Autonomy and the ambiguity of biological rationalities: systems theory, ADHD and Kant. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*, 39(2), 184-195. <https://doi.org/10.1080/01596306.2018.1404196>
- Illich, I. (2015). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Delhi: Facsimile Publisher.
- Illouz, E. (2007). *Intimidades congeladas: Las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz.
- _____. (2010). *La salvación del alma moderna: Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda* (1ª ed.). Conocimiento. Madrid, Buenos Aires: Katz.
- Kerr, A. (2004). *Genetics and society: A sociology of disease*. London: Routledge.
- Lahire, B. (2013). *Dans les plis singuliers du social: Individus, institutions, socialisations*. Collection Laboratoire des sciences sociales. Paris: La Découverte.
- Laval, C. y Dardot, P. (2015). *La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal* (1ª edición, reedición). 360 Claves Contemporáneas. Barcelona: Gedisa.
- Liebert, R. J. (2017). Beside-the-mind: An unsettling, reparative reading of paranoia. *Subjectivity*, 10(1), 123-145. <https://doi.org/10.1057/s41286-016-0015-5>
- _____. (2018). *Psycurity: Colonialism, Paranoia, and the War on Imagination. Concepts for critical psychology: Disciplinary boundaries re-thought*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad: Gobernar la precariedad* (1ª ed.). Mapas: Vol. 43. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Malabou, C. (2017). *Les nouveaux blessés: De Freud à la neurologie: penser les traumatismes contemporains* (1re édition). Quadrige. Paris: PUF.
- Marques, T. P. (2018). Illness and the Politics of Social Suffering: Towards a Critical Research Agenda in Health and Science Studies *Revista Crítica de Ciências Sociais, (Número especial)*, 141-164. <https://doi.org/10.4000/rccs.7763>
- Massumi, B. (2017). Vers une politique du dividualisme. *Multitudes*, 3(68), 77-87.
- Miller, P. y Rose, N. S. (2008). *Governing the present: Administering economic, social and personal life* (1. publ). Cambridge: Polity Press.
- Ortega, F. (2010). El cuerpo incierto: Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea. *Estudios sobre la ciencia: Vol. 57*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Pincheira, I., Flem, I., Follegati, L., Sanhueza, D. y Sir, H. (Eds.) (2016). *Actas de la Primera Jornada Transdisciplinar de Estudios en Gubernamentalidad: Máquinas del saber, mecanismos de poder, prácticas de subjetivación*. Santiago de Chile: Escaparate.
- Radiszcz, E. (Ed.). (2016). *Malestar y destinos del malestar: Políticas de la desdicha*. Santiago de Chile: Social-Ediciones.
- Radiszcz, E. y Sir, H. (2018). The politics of error: Rethinking the power of the symptom in the case of ADHD diagnosis in Chilean society. *Journal of Social and Political Psychology*, 6(2), 711-727. <https://doi.org/10.5964/jspp.v6i2.896>
- Rafalovich, A. (2004). *Framing ADHD children: A critical examination of the history, discourse, and everyday experience of attention deficit/hyperactivity disorder*. Lanham, Md., Oxford: Lexington Books.
- Rauthmann, J. F., Sherman, R. A. y Funder, D. C. (2015). Principles of Situation Research: Towards a Better Understanding of Psychological Situations. *European Journal of Personality*, 29(3), 363-381. <https://doi.org/10.1002/per.1994>
- Rebolledo, J. (2016). *El despertar de los cuervos: Tejas verdes, el origen del exterminio en Chile* (1a edición). Santiago, Chile: Planeta.
- Reyes, P., Cottet, P., Jimenez, A. y Jauregui, G. (2019). Rethinking medicalization: discursive positions of children and their caregivers on the diagnosis and treatment of ADHD in Chile. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 40-54. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019181141>
- Rodríguez, P. (2019). *Las palabras en las cosas: Saber, poder y subjetivación entre algoritmos y biomoléculas*. Buenos Aires: Cactus.
- Rodríguez, R. y Tello, A. (2012). *Descampado: Ensayos sobre las contiendas universitarias*. Intervenciones. Santiago, Chile: Sangría editora.
- Rojas, S. (2018). Nuevas subjetividades: Una aproximación posthumanista y material a los procesos de encuentro entre niñas, niños y psicoestimulantes. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 170-183.
- Rojas, S., Rojas, P., Castillo-Sepúlveda, J. y Chongut-Grollmus, N. (2018). Reensamblando la medicalización: Hacia una pluralización de las explicaciones del TDAH en Chile. En: S. Faraone y E. Bianchi (Eds.), *Medicalización, salud mental e infancias: Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 335-367). Buenos Aires: Teseo.
- Rojas Navarro, S. y Vrecko, S. (2017). Pharmaceutical entanglements: an analysis of the multiple determinants of ADHD medication effects in a Chilean school. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(sup1), 1298268. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298268>
- Rolnik, S. (2019). *Esferas de la insurrección: Apuntes para descolonizar el inconsciente*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
- Rose, N. y Abi-Rached, J. M. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton, N.J. etc.: Princeton University Press.
- Rosenberg, C. E. y Golden, J. (Eds.). (1992). *Health and medicine in American society. Framing disease: Studies in cultural history*. New Brunswick (N.J.): Rutgers University Press.
- Schwarz, A. (2016). *ADHD Nation: Children, Doctors, Big Pharma, and the Making of an American Epidemic*. Simon & Schuster.

- SENAMA (2013). *Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile: Opiniones, Percepciones, Expectativas y Evaluaciones*. Santiago, Chile: SENAMA.
- Sibilia, P. (2009). *El hombre postorgánico: Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sir, H. (2014). A propósito de “El cuerpo como máquina. La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile”: Sobre el dispositivo médico y su alcance. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 6(14), 97-100.
- _____. (2018a). ¿Hay algún afuera del trabajo?: Biomedicina, trabajo y vejez en Chile. *Sociológica*, 33(94), 203-234.
- _____. (2018b). Dispositivos de alivio: Fortalecer, aguantar, dominar. En L. Follegati y R. Karmy (Eds.), *Estudios en gubernamentalidad: Ensayos sobre poder, vida y neoliberalismo* (pp. 139-160). Viña del Mar: Communes.
- _____. (2019). Los signos exteriores de la atención en la escuela: Disciplina, acompañamiento e inquietud posicional. En L. de Sousa Viégas, E. de Oliveira y H. Da Silva (Eds.), *Medicalização, a quem será que se destina: Desqualificação do sujeito em tempos de neoliberalismo*. Salvador de Bahía, Brasil: EDUFBA.
- Sir, H., Castañeda, I. y Radiszcz, E. (2019). Excess of attention: The construction of a disorder in Chilean schools. *Práxis Educacional*, 15(36), 131. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v15i36.5882>
- Sousa Viégas, L. de, Oliveira, E. de y Da Silva, H. (Eds.) (2019). *Medicalização, a quem será que se destina: Desqualificação do sujeito em tempos de neoliberalismo*. Salvador de Bahía, Brasil: EDUFBA.
- Stengers, I. (1997). *Power and invention: Situating science / Isabelle Stengers; foreword by Bruno Latour; translated by Paul Bains. Theory out of bounds: v.10*. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Stiglitz, G. (Ed.) (2006). *DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: El mal real y la construcción social*. Buenos Aires: Grama.
- Tello, A. (Ed.). (2016). *Gobierno y Desacuerdo: Diálogos interrumpidos entre Foucault y Ranciere*. Viña del Mar: Communes.
- Uribe, P., Abarca-Brown, G., Radiszcz, E. y López-Contreras, E. (2019). ADHD and Gender: subjective experiences of children in Chile. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 75-91. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181144>
- Vidal, F. y Ortega, F. (2017). *Being brains: Making the cerebral subject* (First edition). Forms of living. New York: Fordham University Press.
- Wehling, P., Viehöver, W. y Koenen, S. (Eds.). (2015). *Routledge studies in the sociology of health and illness. The public shaping of medical research: Patient associations, health movements and biomedicine*. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Yuing, T. y Karmy, R. (2014). *Biopolíticas, gobierno y salud pública: Miradas para un diagnóstico diferencial*. Santiago, Chile: Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; OchoLibros.
- Zarate, M. S. (2008). *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago, Chile: Universidad Alberto Hurtado.