

Concepciones de salud, Sistema de salud público/privado, Trabajo Social y Pandemia COVID-19 en Chile

Patricia Castañeda-Meneses*

Académica e investigadora

Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

145

Ketty Cazorla-Becerra**

Académica e investigadora

Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Resumen

El artículo expone los resultados de una investigación documental que analiza las principales medidas adoptadas en Chile frente al COVID-19, desde las concepciones de salud —como derecho humano, bien social, políticas públicas y demandas ciudadanas—, en el contexto de un sistema sanitario público/privado altamente segmentado. Se propone que la mayor tensión estructural del sistema sanitario chileno se presenta entre las concepciones de salud como derecho humano y bien social. Los resultados confirman la propuesta, presentando las convergencias y divergencias aportadas por las concepciones de salud, junto a las oportunidades profesionales para trabajo social en el marco de la pandemia.

Palabras clave: pandemia, COVID-19, concepciones de salud, política de salud chilena, sistema de salud público/privado, Trabajo Social.



CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castañeda-Meneses, P. y Cazorla-Becerra K. "Concepciones de salud, sistema de salud público/ privado, Trabajo Social y pandemia COVID-19 en Chile". *Trabajo Social* 24 (1): 147-167. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. DOI: 10.15446/ts.v24n1.94179

Recibido: 2 de marzo del 2021. **Aceptado:** 8 de julio del 2021.

* patricia.castaneda@uv.cl / <http://orcid.org/0000-0002-4676-5872>

** ketty.cazorla@uv.cl / <http://orcid.org/0000-0001-7982-7948>

Conceptions of Health, Public/Private Health System, Social Work and COVID-19 in Chile

Abstract

The article exposes the results of a documentary research that analyzes the main measures adopted in Chile against COVID-19, from the conceptions of health—as human right, social asset, public policies, and citizen demands—in the context of a highly segmented public/private health system. It is proposed that the greater structural tension of the Chilean health system is present among the conceptions of health as human right and social asset. The results confirm the proposal, presenting the convergences and divergences brought by the conceptions of health, together with the professional opportunities for Social Work in the framework of the pandemic.

Keywords: Chilean Health Policy, conceptions of health, COVID-19, pandemic, Public/Private Health System, Social Work.

Concepções de saúde, Sistema público/privado de saúde, Serviço Social e Pandemia COVID-19 no Chile

Resumo

O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa documental que analisa a partir das concepções de Saúde como Direito Humano, Bem Social, Políticas Públicas e Demandas Cidadãs, as principais medidas adotadas no Chile contra COVID-19 no contexto de um sistema de saúde público/privado altamente segmentado. Propõe-se que a maior tensão estrutural do sistema de saúde chileno se apresenta entre as concepções de Saúde como Direito Humano e Bem Social. Os resultados confirmam a proposta, apresentando as convergências e divergências trazidas pelas concepções de saúde, junto com as oportunidades profissionais para Serviço Social no marco da pandemia.

Palavras-chave: pandemia, COVID-19, concepções de saúde, política de saúde chilena, sistema de saúde público/privado, Serviço Social.

1. Presentación

El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud declara al COVID-19 como pandemia, dada la alarmante propagación de la enfermedad, la gravedad de sus cuadros clínicos y la incapacidad de detener su avance a nivel mundial (OMS 2021). En Chile, la preocupación se inicia a fines del 2019 por medio de comisiones intersectoriales que diseñan medidas para un sistema sanitario público/privado altamente segmentado. El sistema refleja la concentración económica nacional, cuyo quintil de mayores ingresos concentra el 51 % del ingreso total, mientras el 14 % de la población está aquejada por pobreza multidimensional y el 8 % por indigencia (Mieres 2020; INE 2015). En consecuencia, el sector público concentra la demanda de salud de los ingresos medios y bajos, alcanzando el 80 % de la población, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), por medio de dos modalidades de atención, a saber: modalidad institucional, que entrega servicios desde la red pública; y modalidad de libre elección, desde la red de prestadores privados acreditados. Los grupos de ingresos altos corresponden al 20 % de la población y optan preferentemente por planes de instituciones de salud privadas denominadas ISAPRES. La tuición del Estado sobre las políticas y medidas sanitarias es transversal en todo el sistema, de modo que le corresponde asumir roles como garante del Derecho y regulador de la acción privada.

El funcionamiento del sistema público/privado se traduce en diversas concepciones de salud, de acuerdo con la perspectiva de análisis desde la cual los diversos grupos de interés conciben su implementación. Estas concepciones corresponden a derecho humano, bien social, política pública y demanda ciudadana, las cuales generan contrapuntos en la gestión sanitaria, acentuados por la crisis sanitaria generada por la pandemia. Fue así que la confirmación del primer caso de COVID-19, el 3 de marzo del 2020, expuso al país a las tensiones derivadas de la situación de emergencia sanitaria, como a las características de funcionamiento del sistema, los rangos de eficiencia de las políticas públicas y las expectativas de la población. En este marco, Trabajo Social es convocado en su calidad de integrante histórico de los equipos de salud a los que pertenece desde 1925, año fundacional de la profesión en Chile y América Latina. Sus desempeños especializados abarcan acciones profesionales de carácter asistencial, promocional, educativo, organizativo y de gestión social, que permiten implementar políticas públicas y reconocer la multicausalidad de los problemas sanitarios que aquejan a la población

(Castañeda y Salamé 2015). Dichas acciones profesionales están formalizadas en las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud (MINSAL 1993), que definen sus desempeños en el sistema sanitario chileno. Este acervo contribuye al abordaje social de los efectos generados por la pandemia, siendo enriquecido por las experiencias directas asociadas a gestión de beneficios, redes interinstitucionales, trabajo comunitario, trazabilidad, cuidados paliativos, muerte digna, contención emocional y acompañamiento en duelo (Duboy-Luengo y Muñoz, 2020; Amadasun, 2020; Muñoz *et al* 2021), junto con las consideraciones éticas en contexto de pandemia (O’Leary y Tsui 2020). A partir de estos antecedentes, el presente artículo expone los resultados de una investigación documental que revisa las medidas adoptadas en el país frente al COVID-19 desde las concepciones de salud vigentes y las implicancias que representan para Trabajo Social en el marco de la pandemia.

2. Concepciones de salud en Chile: derecho humano, bien social, política pública y demanda ciudadana

La definición de salud es compleja, considerando los criterios a partir de los cuales esta es analizada (Sánchez, 2019). Dentro de estos criterios se destacan los contextos socioculturales, económicos y políticos en que se desarrolla la relación médico-asistencial; la priorización de condiciones sanitarias universales o histórico-culturales locales; y los componentes inclusivos o restrictivos para comprender salud, tales como lo biológico, psicológico, social, espiritual o ambiental (Gavidia y Talavera, 2012). En este repertorio de posibilidades, Canguilhem (citado en Caponi, 1997) plantea cuatro perspectivas para comprender la salud desde la filosofía, que la definen como un riesgo de enfermar y recuperarse; como un relativo equilibrio del organismo frente al medio; como bienestar individual biopsicosocial; y como valor social resultante de la organización de una sociedad. Desde esta última perspectiva, la comunidad científica y los organismos internacionales han desarrollado el Enfoque de Determinantes Sociales (Borges y Bastos 2020; Morales-Borrero *et. al.* 2013), entendido como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, los sistemas que influyen en la vida cotidiana, y la organización de la sociedad para alcanzar la mayor justicia sanitaria posible (OMS 2009). Ahora bien, la emergencia sanitaria ha tensionado las concepciones de salud, por la puesta en marcha de medidas que buscan responder a la sobrecarga del sistema sanitario como resultado de la crisis y a la aspiración ciudadana

de una atención oportuna y de calidad. Así, desde la perspectiva de salud como derecho humano, la *Declaración universal de los Derechos Humanos* (ONU 1948) reconoce a la Salud como un derecho fundamental inherente a todas las personas, considerando su ejercicio indivisible e interdependiente con otros derechos esenciales tales como alimentación, vivienda, asistencia médica y servicios sociales (art. 25). Asimismo, está comprendido en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 1966), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental que se pueda lograr. El Estado debe cumplir con las obligaciones de asegurar la plena efectividad del derecho; aportar en la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, y de cualquier otra índole; y crear las condiciones para asegurar asistencia y servicios médicos a toda la población en caso de enfermedad (art.12). Por su parte, en la histórica “Acta de constitución de la Organización Mundial de la Salud” de 1946, se reconoce la salud como un derecho fundamental a partir de la siguiente declaración:

La salud es un estado de completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (OMS 2014, 1)

El Estado debe garantizar el ejercicio y goce pleno del derecho a la salud, de no cumplir con su responsabilidad se considera una vulneración (López 2016). Asimismo, debe resguardar la igualdad y no discriminación de la población según sus determinantes sociales de edad, sexo, género, etnia, nacionalidad, localización geográfica, situación socioeconómica u otras características específicas; por razones de vulnerabilidad, asociadas a enfermedad o situación de discapacidad; o por estigmatización, a partir de diagnósticos, tratamientos o etiologías (Cabieses y Oyarte 2020). En este sentido, se defiende la idea del derecho a la salud centrado en la persona, sus determinantes sociales (Salgado 2015) y en la materialización de los derechos humanos en la práctica sanitaria, priorizando las necesidades de salud individuales y colectivas (Manchola *et al.* 2017). La Constitución Política de Chile (2005) reconoce la protección de la salud como un derecho e impone al Estado las obligaciones de cautelar el libre e igualitario

acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; coordinación y control de las actividades del sistema sanitario público/privado vigente; y garantía para la ejecución de la atención de la salud de la población. Estas obligaciones se operacionalizan a través de políticas públicas sectoriales e intersectoriales que permiten implementar este derecho a nivel nacional y cautelar su cumplimiento en el marco de emergencias sanitarias (Figuerola 2013; Arrivillaga y Borrero 2016; Capella 2020; Ylarry 2020).

Ahora bien, la concepción de salud como *bien social* en contexto de mercado está asociada al modelo económico neoliberal propiciado por la dictadura cívico-militar a partir de la década de 1970 y profundizado en el transcurso de cinco décadas de gobiernos postdictatoriales, aportando continuidades político-económicas que posicionan a Chile en un nivel de neoliberalismo avanzado en la región. Este modelo implementó enérgicos cambios en el patrón de acumulación capitalista del país, abandonando un modelo desarrollista con un fuerte rol estatal protector con orientación social, por un modelo neoliberal que redefinió los roles del Estado como subsidiario y regulador (Ruiz y Caviedes 2020). En consecuencia, el acceso de la población al mercado es concebido como el principal mecanismo de satisfacción de las necesidades de la vida social (Harvey 2007). Dicho acceso está mediado por el consumo y el crédito, complementado con transferencias públicas al sistema privado en modalidad de subsidios, con el fin de estimular y canalizar la libre competencia (Atria 2013). Para profundizar la acumulación de capital, el modelo también privatizó los servicios sociales, focalizando su atención en los sectores de ingresos medios y altos (Allard, Henning y Galdamez 2016).

En condiciones de mercado, la salud aporta importantes ganancias desde la prestación sanitaria privada, la cual concibe la consulta de salud, la atención quirúrgica, los tratamientos de mediana y alta complejidad, los servicios hospitalarios, los exámenes y los medicamentos como bienes transables en el mercado, sujetos a las leyes de oferta y demanda, convirtiendo a estos servicios en un importante sector de la economía (Bass y Parada 2020). Esta noción de salud como bien de consumo se ha asociado con la definición de bien social, dado su vínculo directo con el bienestar individual. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura también lo consigna en la *Declaración universal sobre bioética y Derechos Humanos* (2005), en los siguientes términos:

[...] los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar [...] el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales,

especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano. (UNESCO 2005, 80)

Al calificar la salud como bien social, su atención queda sujeta a la capacidad de participación individual en el mercado sanitario más que a los determinantes sociales que la enmarcan, siendo los sistemas de salud públicos, el mercado de seguros y la beneficencia los principales mecanismos que intentan corregir las desigualdades de acceso (Aular de González 2014), focalizados especialmente en la población en situación de pobreza (Herrero y Loza 2020). Se evidencia con ello una lógica de gestión sanitaria de perfil subsidiario que propicia una segregación dentro del sistema (Jiménez, Barriga, y Salazar, 2018), discriminando la libertad de elegir según la posición económica y riesgos en salud presentes en los distintos grupos sociales (Goyenechea 2019, Henríquez 2020).

La tercera concepción de salud como *política pública* surge a partir de entender la salud como condición indispensable para alcanzar las metas nacionales de bienestar y crecimiento económico. De este modo, la política sanitaria debe responder a tres ámbitos definidos, a saber: 1) satisfacer necesidades sanitarias en una enfermedad; 2) mitigar los riesgos de enfermar; y 3) proteger contra daños y discapacidades; siendo ámbitos que amenazan el desarrollo social e integral de una población (OPS 2007). Es así como la política de salud constituye un asunto público, en el cual la sociedad encomienda al Estado la implementación de un proceso gubernamental basado en voluntades políticas y saberes científicos, técnicos y sociales que se materialicen en decisiones con respecto a las medidas sanitarias a adoptar, implementar y evaluar (Molina 2016).

Desde esta perspectiva, la noción de salud es operativizada en objetivos, estrategias y recursos para propiciar la mayor salud posible, utilizando herramientas de gestión gubernamental en complemento con herramientas de gestión legislativa (Montenegro, Carmona, Franco-Giraldo 2020). Las leyes, normas técnicas, protocolos, reglamentaciones u órdenes ejecutivas encuadran el quehacer sanitario y de la población usuaria frente a un asunto o problemática de salud específica (Sánchez 2017). Estas herramientas enfrentan una constante tensión para propiciar salud, por estar enmarcadas en reformas de modernización del Estado basadas en el gerencialismo, que promueve rígidos procesos de rendición de cuentas y sistemas de evaluación de desempeño unilaterales (Morales 2014).

Estos mecanismos de control de acciones y eficiencia del gasto se contraponen a los desafíos propios del ámbito de salud, como abordar necesidades sanitarias multidimensionales con recursos e infraestructura limitadas o requerir soluciones que se encuentran fuera del sector sanitario (OPS 2007). Para enfrentar estas tensiones los organismos internacionales recomiendan la noción de determinantes sociales en las políticas públicas, como estrategia para alcanzar una salud multidimensional, sin limitarse exclusivamente al ámbito sanitario. Esta recomendación se materializa de manera ilustrativa en el “Plan de acción sobre la salud en todas las políticas, 2014” de la Organización Panamericana de la Salud, que explicita lo siguiente:

La “salud en todas las políticas” es un enfoque encaminado a mejorar la salud y promover el bienestar [...] Las características esenciales de la salud en todas las políticas son sus sólidos fundamentos de derechos humanos y justicia social y el énfasis en la formulación de políticas. La aplicación de este enfoque implica encontrar oportunidades en el proceso de formulación de políticas en todos los sectores que, en potencia, tengan repercusiones en la salud y la equidad en materia de salud, evaluar las posibles repercusiones y posteriormente promover y negociar cambios. (OPS 2014, 1)

Entonces, la noción de salud desde la concepción de política pública recorre así transversalmente otras dimensiones de la vida social y promueve el abordaje intersectorial y colaborativo de los determinantes sociales en salud.

Finalmente, la concepción de salud como *demanda ciudadana* acoge la perspectiva de las organizaciones sociales que presionan a las autoridades para que los principios éticos del sistema de salud tengan un correlato en la vida cotidiana y proporcionen los apoyos requeridos en situaciones de riesgo en salud, expresados en contingencias biomédicas, psicosociales, comunitarias y ambientales que afectan el bienestar personal o colectivo (Goic 2015). En Chile, esta concepción de salud se expresa a través de movimientos sociales que cuestionan los insuficientes recursos destinados a la salud pública en un contexto neoliberal y rechazan las definiciones unilaterales de la oferta privada con respecto a las condiciones económicas de sus servicios (Villasana-López y Álvarez-González 2019). Por lo general, estas han sido diseñadas con amplios rangos de ganancias para las instituciones de salud privadas y red de prestadores particulares, por sobre la justa simetría derivada de los aportes proporcionales que realiza su población usuaria (PNUD 2017). Consecuentemente, los movimientos ciudadanos cuestionan la inequidad del sistema público/privado, levantando demandas por una

mayor justicia sociosanitaria en los determinantes sociales que influyen en la salud, a través de la acción pública, entendida como “el espacio a veces colaborativo, a veces conflictivo, de intersección entre la política pública y la acción social, entre la acción gubernamental y las políticas públicas, por un lado, y los movimientos sociales y la acción comunitaria, por el otro” (Grau-Solés, Íñiguez-Rueda y Subirats 2011, 76).

153

En la última década, la acción pública vinculada a salud presenta un creciente ascenso de conflictividad (Artaza y Méndez 2020). Sus actuales demandas buscan mejoras estructurales en financiamiento, acceso, cobertura, calidad y oportunidad de la atención en salud; reformas en seguridad social con orientación solidaria; accesos preferentes a la atención médica y a los servicios sanitarios por parte de grupos de mayor riesgo social desplazados por intereses mercantilistas; fortalecimiento del rol regulador del Estado en los sistemas de salud y en los seguros médicos privados; garantías ambientales efectivas en territorios urbanos y rurales afectados por degradación, contaminación y desertificación; y rechazo a las inversiones capitalistas de alto impacto sobre los recursos naturales (Jiménez 2020). Todas estas demandas buscan superar inequidades generadas por el modelo económico aplicado en salud a partir de la década de 1970, ocasionando brechas socialmente injustas y éticamente inaceptables (Murillo, López, y Pesse-Sorensen 2019). Como contraparte, los movimientos ciudadanos aspiran a contar con un sistema de salud financiado solidariamente y orientado a la protección de la salud de la población y sus determinantes sociales asociados, con especial atención en quienes se encuentran en situación de pobreza o precariedad (Fuentes, 2019).

3. Material y métodos

El objetivo de este artículo es ilustrar las principales medidas implementadas en Chile frente a la pandemia por COVID-19, analizando las convergencias y divergencias que se presentan entre las concepciones de salud vigentes en el país, junto con las implicancias que estas representan para Trabajo Social en el contexto de la pandemia. Se realizó una investigación documental con enfoque cualitativo, valorando la influencia de los documentos en la interacción social y en los esquemas de organización social a los que refiere su contenido, su pertenencia a redes de conocimiento y su rol dinámico como agentes activos de circulación de información (Rivera-Aguilera 2017). La investigación documental fue delimitada alrededor de las medidas de política pública orientadas al manejo de la pandemia a nivel

nacional, siendo guiada por los criterios de búsqueda correspondientes a: Pandemia COVID-19 en Chile, Política Sanitaria, Sector Público de Salud, Sector Privado de Salud y Participación Social en Salud. En ese marco, se revisó documentación de organismos estatales rectores de políticas públicas destinadas a enfrentar la pandemia, que corresponden a los Ministerios de Salud, Economía, Interior y Seguridad Pública, Educación, Trabajo y Previsión Social, Desarrollo Social y Familia, y Deporte. A partir de ese marco, se desarrolló una búsqueda en los sitios web oficiales de cada organismo estatal y se seleccionaron aquellos documentos que informan medidas que cumplen los siguientes requisitos: medida relacionada en forma directa con las causas o efectos de la pandemia en el país; vigencia de la medida a la fecha del análisis de los datos; medida comunicada en formato documental y divulgada en sitio oficial para público conocimiento, así como vinculación de la medida con los procesos de intervención de Trabajo Social. Se identificaron, a partir de los criterios de cobertura nacional, permanencia en el tiempo y validación social, cuatro medidas de interés, que corresponden a Plan de Acción Coronavirus COVID-19, estrategia gradual “Paso a paso nos cuidamos”, Plan de inmunización contra COVID-19 y Plan de reactivación económica. El análisis de las medidas seleccionadas se desarrolla a partir de la propuesta de Rose (1996), que considera la caracterización de las problematizaciones temáticas, postulados y contenidos de cada documento; análisis de los conocimientos, saberes expertos y experiencias a las que se refieren los documentos; y reconocimiento de los medios puestos en acción desde los planteamientos revisados. Las medidas seleccionadas son descritas a partir de sus principales características y revisadas desde los criterios de convergencia y divergencia de las concepciones de salud; para finalizar con una descripción de los principales aportes profesionales realizados por Trabajo Social en cada medida, tomando como base las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud (MINSAL 1993) y publicaciones profesionales referentes al enfrentamiento de la pandemia por COVID-19 de parte del colectivo.

4. Resultados

4.1. Medida: Plan de acción COVID-19 (MINSAL 2020)

Responsable: Ministerio de Salud.

Características: el Ministerio de Salud definió acciones informativas a través de distintos medios y plataformas sobre los mecanismos de

prevención y detección del COVID-19, orientadas a reconocer síntomas, apoyar la pesquisa temprana y promover consulta oportuna. La acción ministerial contempló una estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. Se organizaron protocolos de pesquisa, diagnóstico, ingreso, hospitalización, tratamiento, alta médica o fallecimiento para todo el sistema público/privado; y se constituyó una red integrada nacional administrada de forma centralizada, que incluyó todas las camas críticas y ventiladores mecánicos disponibles en los establecimientos públicos y privados para optimizar su gestión y enfrentar la eventual sobredemanda. La red se reforzó con la compra de nuevas unidades con fondos públicos destinadas a hospitales; y con la adquisición privada para instituciones particulares. La administración centralizada permitió el funcionamiento de puentes terrestres y aéreos, trasladando pacientes críticos a zonas del país para apoyar a los centros asistenciales saturados. Se implementó una red nacional de residencias sanitarias gratuitas para acoger a los contactos estrechos que no puedan cumplir con la recomendación de aislamiento en sus hogares por razones económicas. Se informa diariamente la situación epidemiológica con datos desagregados a nivel nacional, regional y comunal. La autoridad sanitaria supervisa las medidas de resguardo y cumplimiento de aforos en las actividades productivas, comerciales y de servicios. Se han suspendido clases presenciales en todos los niveles de enseñanza, poniendo en marcha actividades educativas remotas. Se ha instalado la modalidad de teletrabajo en todas aquellas actividades laborales que puedan prescindir de la presencialidad y sistemas de turnos con horarios parcializados en las actividades esenciales. La protección económica de la población usuaria para lo referente a exámenes, hospitalizaciones y rehabilitación depende de las coberturas de los planes de salud contratados en los sistemas público o privado. Se ha estimulado la toma de muestras gratuitas de exámenes PCR a través de campañas focalizadas, con fines de pesquisa y sensibilización. Las actividades de convocatoria masiva se encuentran suspendidas indefinidamente.

Convergencia de concepciones de salud: entre estas medidas sanitarias están presentes los elementos constitutivos de las cuatro concepciones de salud, a saber: derecho humano, bien social, política pública y demanda ciudadana, consolidadas en una estrategia nacional basada en los equipos de salud, recursos materiales, insumos, infraestructura sanitaria, conocimiento avanzado disponible en el país y compromiso social para enfrentar los efectos de la pandemia.

Divergencia en concepciones de salud: desde la perspectiva de la salud como un derecho humano, se constata que las acciones ministeriales aportan garantías de atención de casos críticos; buscan evitar la ocurrencia de nuevos casos; y cautelan el derecho a información en prevención y atención sanitaria. Si bien estas acciones están orientadas a asumir el rol garante del Estado con respecto al ejercicio y el goce pleno del derecho a la salud de la población, se constata que esta concepción entra en conflicto con la concepción de la salud como bien social, dado que la atención médica, exámenes y hospitalización por pandemia quedan sujetos a las coberturas de los seguros de salud y a las capacidades de pago y endeudamiento de las personas.

Aportes de Trabajo Social: considerando el acervo histórico de la profesión, las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud (MINSAL 1993) y los aprendizajes profesionales por el enfrentamiento de la pandemia, pueden identificarse como principales aportes: la gestión de trazabilidad a nivel de atención primaria y la gestión hospitalaria en niveles de complejidad intermedia y avanzada. Asimismo, colabora en la información sanitaria y en la gestión de coberturas previsionales asistenciales para la población en situación de pobreza y exclusión social; junto con la derivación a residencias sanitarias y la motivación a la participación comunitaria en las actividades de pesquisa gratuita.

4.2. Medida: Estrategia “paso a paso nos cuidamos” (Gobierno de Chile 2021)

Responsables: Ministerios de Salud, Interior, Educación, Trabajo y Previsión Social, y Deporte.

Características: enfrenta territorialmente el avance del COVID-19 en las distintas comunas del país, implementando a partir de julio del 2020 una estrategia dinámica de evaluación semanal de los indicadores epidemiológicos, capacidad de respuesta de la red asistencial y trazabilidad. Sobre esa base se definieron cinco niveles de funcionamiento comunal, desde la cuarentena total hasta la apertura avanzada, asociadas a restricciones para la población y condiciones reguladas de funcionamiento de las actividades educacionales, laborales, deportivas, comerciales y de servicios. La medida es obligatoria en todo Chile, informando semanalmente los avances y retrocesos de fases por comunas. El tránsito intercomunal entre fases se encuentra restringido y se han implementado cordones y aduanas sanitarias para controlar los desplazamientos. El incumplimiento de las medidas da origen a sumarios sanitarios.

Convergencia de concepciones de salud: en esta estrategia convergen las concepciones de salud como derecho humano y como política pública, dado que por una parte el Estado cumple su rol de garante de aportar las condiciones para prevenir nuevos contagios y, por otra parte, se aplica la orientación de la OPS (2014) referida a la “salud en todas las políticas”, dado que la estrategia define el funcionamiento intersectorial dentro de un territorio, contribuyendo al control coordinado de la pandemia.

Divergencia en concepciones de salud: se presentan divergencias entre las concepciones de salud como derecho humano y bien social, debido a que las medidas asumidas implican restricciones directas para la población, inspiradas en el bien superior de protección de la salud. Estas medidas restrictivas entran en tensión con los fundamentos del libre mercado, que promueve libertades personales en la elección de bienes y servicios; así como libertades económicas en la producción y el consumo. De igual modo, se observan tensiones entre salud como derecho humano y como demanda ciudadana; dado que las mayores disconformidades con la estrategia han sido presentadas por las organizaciones gremiales y ciudadanas, debido a las restricciones definidas centralizadamente desde lógicas tecnocráticas que ocasionan pérdida relativa de autonomía personal en las actividades cotidianas. Sin embargo, debe mencionarse que se han presentado contrapropuestas ciudadanas frente a las autoridades y equipos de salud locales, las cuales han aportado adecuaciones que dotan de mayor eficiencia a las medidas aplicadas en los territorios locales o en los grupos de interés definidos.

Aportes de Trabajo Social: las Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud (MINSAL 1993) junto con el desempeño informado durante la pandemia, respaldan a la profesión para asumir la responsabilidad de acoger las contrapropuestas de las organizaciones ciudadanas y buscar puntos de acuerdo que permitan cautelar el cumplimiento de las restricciones sanitarias ineludibles, flexibilizar puntos de quiebre y optimizar la estrategia a nivel local. Asimismo, avala la realización de una tarea educativa permanente en torno al autocuidado y a la adscripción a las normas sanitarias aplicadas en la comuna. El mayor desafío ha sido el permanente ajuste de sus procesos de intervención, para compatibilizarlos con los avances y retrocesos derivados de los cambios de niveles de funcionamiento comunales decretados semanalmente.

4.3. Medida: Plan de inmunización COVID-19 (MINSAL 2021).

Responsables: Ministerio de Salud. Municipalidades.

Características: el plan de inmunización COVID-19 es financiado por el Estado de Chile y tiene por objetivos preservar la integridad de los servicios asistenciales críticos para el funcionamiento del país; y prevenir mortalidad y morbilidad en subgrupos de la población en condiciones biomédicas de riesgo. La estrategia es universal y gratuita, independiente de la afiliación al sector público o privado de salud. Se implementa en vacunatorios dependientes del sistema público a partir de enero del 2021, a través de un proceso gradual que atiende a los grupos objetivos según priorización y categorización en tres perfiles: población crítica asociada a la mantención de servicios esenciales; población de riesgo por morbilidad grave, secuelas o muerte debido a la infección; y población sana entre 18 y 59 años. Este proceso busca alcanzar coberturas de vacunación igual o superior al 80 % a nivel nacional y por grupo objetivo, con un enfoque de “abajo hacia arriba” iniciado en establecimientos de salud comunal e integrado comunally, con la supervisión y apoyo del nivel regional y nacional (MINSAL 2021).

Convergencia de concepciones de salud: en la medida de inmunización por COVID-19 están presentes simultáneamente los elementos constitutivos de las concepciones de Salud asociadas a derecho humano, bien social, política pública y demanda ciudadana, fundamentadas en los criterios de urgencia, prioridad y cobertura de la medida sanitaria. Estos criterios conciben la vacunación gratuita y universal como una acción de justicia sociosanitaria apoyada en los lineamientos de las políticas públicas sectoriales, que contribuye al bienestar de la población nacional y aporta mayores resguardos a la reactivación del mercado, respondiendo a las expectativas de la ciudadanía.

Divergencia en concepciones de salud: los fundamentos presentes en la decisión de una inmunización gratuita presentan contrapuntos entre las concepciones de salud como derecho humano y bien social. La primera concepción respalda la aplicación universal a toda la población —incluyendo migrantes en situación irregular— cumpliendo con la obligación del Estado de proteger el libre e igualitario acceso a las acciones preventivas en salud. Sin embargo, en la segunda concepción la vacunación gratuita se resignifica como estrategia efectiva para generar condiciones de reactivación económica y de progresivo retorno a las actividades regulares; siendo la protección de la salud un propósito complementario.

Aportes de Trabajo Social: esta medida se enlaza con la trayectoria histórica de la profesión en las acciones sanitarias del país y que han sido

formalizadas en sus respectivas Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud 1993), lo que permite identificar como sus principales aportes la colaboración en el cumplimiento de las metas comprometidas, la implementación de las acciones de educación social sobre las ventajas del proceso y en los aspectos logísticos de convocatoria y aplicación. Incluye además la realización de intervenciones domiciliarias y territoriales e identificación de brechas de población rezagada o a la espera del proceso de inmunización. Por último, la colaboración con los equipos locales en la gestión social del Plan Nacional de Inmunización COVID-19, para hacerlo compatible con las condiciones socioculturales presentes en cada localidad.

159

4.4. Medida: Plan de reactivación económica (Gobierno de Chile 2020)

Responsables: Ministerio de Economía. Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Características: el Estado ha organizado medidas en el corto plazo para paliar los efectos económicos de la pandemia, expresados en reducción o pérdida de ingresos familiares, especialmente en grupos de ingresos medios y bajos. Estas medidas constituyen un repertorio que incluye un primer ámbito de transferencias monetarias por parte del Estado, a través de la entrega de ingresos familiares de emergencia (IFE) y del Bono COVID-19 a familias de ingresos bajos, con subsidios estatales vigentes y afectados en sus actividades económicas por medidas sanitarias restrictivas. Un segundo ámbito está referido a transferencias en especies como medida paliativa, materializadas en la entrega directa y por única vez de alimentos y productos de aseo, a un total estimado de dos millones y medio de familias al inicio de la pandemia. El tercer ámbito está asociado a la suspensión, aplazamiento o exoneración del pago de cuentas o créditos en diversos servicios, tales como créditos hipotecarios, servicios básicos y planes del sistema de salud privada, entre otros gastos regulares. Un cuarto ámbito corresponde a la protección de ingresos y puestos de trabajo, a través de la creación de líneas de crédito para emprendedores en situación de precariedad laboral; y la dictación de la Ley de Protección del Empleo para proteger la estabilidad de los ingresos y los puestos de trabajo a través de suspensión temporal de contrato sin desvinculación definitiva, incentivo al regreso de trabajadores suspendidos y fomento a la contratación por medio del subsidio al empleo. Finalmente, el quinto

ámbito aporta alivios tributarios por postergación de pagos de impuestos y devolución anticipada del impuesto a la renta, entre otras medidas.

Convergencia de concepciones de salud: las medidas económicas previstas por la política pública apuntan directamente a la condición de la salud como un bien social en contexto de mercado, aportando garantías a las necesidades básicas de la población y a las bases del funcionamiento de la economía. Se observa una importante transversalidad en las medidas, que se aplican en amplios grupos sociales y a diversas actividades económicas, productivas, comerciales y de servicios.

Divergencia en concepciones de salud: los efectos de la crisis sanitaria perturban las condiciones de bienestar de la población y alteran las proyecciones de crecimiento económico esperadas. Como respuesta, la concepción de salud como política pública activa los mecanismos subsidiarios del Estado con especial focalización en grupos de bajos ingresos. Esta concepción de política pública focalizada es divergente de la concepción de salud como demanda ciudadana, que exige la ampliación de las medidas a grupos de ingresos medios y situaciones de excepción, no priorizadas en las actuales medidas de emergencia.

Aportes de Trabajo Social: contribuye con su histórico rol asistencial ligado a la satisfacción de necesidades básicas de grupos vulnerables de la población y respaldado por sus Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud *Normas y orientaciones técnicas del asistente social en salud* (MINSAL 1993), a través de la gestión social de las medidas económicas de emergencia y acogiendo las brechas de desprotección derivadas de su implementación, especialmente las referidas a barreras de alfabetización digital para acceso a beneficios. Esta tensión entre la implementación de medidas gubernamentales y la escucha activa de las demandas ciudadanas no acogidas, ubican a Trabajo Social en un sitio estratégico para favorecer una acción política pública que promueva el diálogo entre el Estado y los grupos de mayor riesgo, con miras a una mayor justicia sociosanitaria en las políticas implementadas durante la pandemia.

5. Conclusiones

En el contexto de un sistema de salud mixto público/privado inspirado en lógicas neoliberales y subsidiarias, la experiencia chilena frente a la pandemia por COVID-19 ha confirmado la presencia plural de las concepciones de Salud en torno a los criterios de valor social y determinantes de salud y que corresponden a: derecho humano, bien social, política pública y demanda

ciudadana. Todas estas concepciones manifiestan convergencias y divergencias en torno a las medidas implementadas y a los efectos que acarrearán para los distintos grupos sociales, actividades económicas y territorios involucrados; constituyéndose en referentes para comprender las dinámicas de los procesos sociosanitarios implementados en el país. En ese marco, la información revisada arroja como resultado que la mayor tensión estructural del sistema sanitario se encuentra entre las concepciones de salud como derecho humano y salud como bien social, dado que el Estado ha debido actualizar forzosamente su rol garante, asumiendo el liderazgo sanitario en la atención de la pandemia. Sin embargo, esta actualización arrastra las contradicciones del sistema de salud mixto chileno, dado que el rol público garante se relativiza frente a las condiciones pactadas por la población usuaria a través de sus planes y seguros de salud privados, las cuales prevalecen por encima de las orientaciones entregadas por el Estado. Como consecuencia, existen grupos sociales de ingresos bajos y medios que quedan desprotegidos en las acciones sanitarias de mediana y alta complejidad, dado que las garantías estatales no son compatibles con las condiciones contractuales acordadas. En otras palabras, la pandemia es un problema de salud pública que la población usuaria debe enfrentar en forma privada, conforme sean las coberturas contratadas con su sistema previsional, lo que ocasiona desprotección en amplios grupos sociales del país.

161

Así, el sector privado también reconoce convenientemente el rol regulador del sector público, ajustando estrictamente su actuar en torno a la concepción de salud como bien social y conforme a las definiciones recibidas desde los organismos sanitarios centrales. Si bien las reglas del juego subsidiario se expresan correctamente, en el contexto de la pandemia los mayores rangos de crítica y cuestionamiento social a las medidas implementadas han sido dirigidos principalmente hacia el Estado. El sector privado se ha ubicado en una protegida posición secundaria, desde donde implementa discretamente su propia dinámica de ganancias, asumida como parte del funcionamiento regular de un sistema mixto. Entonces, los aportes a la atención por COVID-19 son realizados en condiciones de mercado y las inversiones hechas en camas de atención crítica y ventiladores mecánicos son sumadas como dividendos del sistema. No se registran acciones fundadas en la solidaridad o el bien común que superen estas fronteras de funcionamiento privado. Por lo tanto, desde esta perspectiva la pandemia puede ser conceptualizada como un nuevo nicho de mercado para el sector.

Complementariamente, se observa que las principales medidas universales recomendadas por organismos internacionales para enfrentar la pandemia desde la concepción de salud como derecho humano, corresponden a cuarentenas y cierres temporales de actividades. Estas medidas han generado profundos efectos adversos en el funcionamiento del modelo neoliberal, alterando las cadenas de abastecimiento y produciendo quiebras de actividades productivas, menor inversión, mayores índices de desempleo y contracción económica. Como consecuencia, la concepción de la salud como bien social en contexto de mercado fragiliza su accesibilidad y cobertura para la población beneficiaria, presionando por la aplicación de medidas subsidiarias que permitan enfrentar la emergencia sanitaria en contingencia, pero que no aportan soluciones estables para las necesidades de la población en el mediano y largo plazo.

Finalmente, puede afirmarse que las convergencias y divergencias entre las concepciones de salud presentes en el sistema público/privado chileno resignifican el enfoque de determinantes sociales y su valor social para Trabajo Social, constituyendo múltiples oportunidades de intervención asistenciales, promocionales y de gestión social. Así entonces, en la concepción de la salud como derecho humano, la profesión asume una posición de *garante de derechos*, cautelando las responsabilidades estatales definidas para la protección universal de la salud de la población. En la concepción de salud como bien social, alivia las tensiones económicas de la población por medio de acciones asistenciales, evaluación social focalizada y gestión de beneficios y subsidios. Desde la perspectiva de la salud como política pública, implementa medidas gubernamentales que adecúa a las necesidades sociales y realidades locales, promoviendo el trabajo intersectorial para ampliar la base de recursos y apoyos a la población. A partir de la concepción de salud como demanda ciudadana, promueve la expresión organizada de las necesidades y requerimientos de los distintos grupos sociales que exigen al Estado y al sector privado acciones reivindicativas que atiendan los aspectos sanitarios desprotegidos por el sistema. En consecuencia, la acción profesional se fortalece en contexto de pandemia, evocando el propio origen de la profesión, desde un contexto de enfermedades infectocontagiosas y pobreza extrema. Esta impronta nutre la capacidad de ajuste de las intervenciones profesionales frente a las tensiones derivadas de las concepciones de salud divergentes en tiempos de crisis sanitaria. Asimismo, aporta renovados repertorios presenciales y virtuales frente a las nuevas pandemias económicas y sociales que afectan a la po-

blación, expresadas en pobreza, precariedad y endeudamiento de amplios sectores sociales, generadas a partir del COVID-19 y desde un modelo económico de libre mercado que expresa en el sistema sanitario público/privado chileno sus más profundas tensiones y contradicciones.

Referencias bibliográficas

163

- Atria, Fernando. 2013. *Neoliberalismo con rostro humano*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Harvey, David. 2007. *Breve historia del liberalismo*. Madrid: Akal.
- Ministerio de Salud. 1993. *Normas y orientaciones técnicas del asistente social en salud*. Departamento Programa de las Personas. Santiago de Chile: MINSAL.
- Rose, Nikolas. 1996. *Inventarnos a nosotros mismos. Psicología, poder y personalidad*. Cambridge: Cambridge University Press.

Referencias en línea

- Allard, Raúl, Mónica Hennig, y Liliana Galdamez. 2016. “El derecho a la salud y su (des) protección en el estado subsidiario”. *Estudios Constitucionales*, 1, 95-138. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002016000100004> (11 de julio del 2021)
- Amadasun, Salomon. 2020. “Social work and COVID-19 pandemic: An action call”. *International Social Work Journal COVID-19 Research* 63 (6): 753-756 <https://doi.org/10.1177/0020872820959357> (12 de julio del 2021).
- Arrivillaga, Marcela, y Yadira Borrero. 2016. “Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013”. *Cadernos de Saúde Pública*, 32 (5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415> (11 de julio del 2021).
- Artaza Osvaldo y Claudio Méndez. 2020. “Crisis social y política en Chile: la demanda por acceso y cobertura universal de salud”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 44 (16). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.16> (12 de julio del 2021).
- Aular de González, Yalitza. 2014. “Escasez de medicamentos y su repercusión en la salud”. *Revista Salud* 18(2): 5-6. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375939026002> (22 de febrero del 2021).
- Bass, Camilo y Mario Parada. 2020. Chile: “¿Por qué no es lo mismo un Servicio Nacional de Salud que el Seguro Único?”. *Salud 2000 Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública* (157): 22-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7296788>. (17 de febrero del 2021).
- Borges, Fulvio y Joao Bastos. 2020. “Whither social determinants of health?”. *Revista de Saude Publica*, 54 (15). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001618>. (12 de julio del 2021).
- Cabieses, Baltica, y Marcela Oyarte. 2020. “Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud”. *Revista de Saude Publica*, 54 (20). <https://www.scielosp.org/article/rsp/2020.v54/20/es/>. (13 de julio del 2021)

- Capella, Vicente. 2020. "Bioética, Derechos Humanos y COVID-19". *Cuadernos de Bioética* 31 (102): 167-182. <http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/167.pdf>; (13 de julio de 2021).
- Caponi, Sandra. 1997. "Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud". *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, IV (2): 287-307. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006> (7 de julio del 2021).
- Castañeda, Patricia y Ana Salamé. 2015. "A 90 años de la creación de la primera Escuela de Trabajo Social en Chile y Latinoamérica, por el Dr. Alejandro del Río". *Revista Médica de Chile* 143 (3): 403-404. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300019> (22 de febrero del 2021).
- Duboy-Luengo, Mitzi y Gianina Muñoz. (2020). "Habitar el hospital en tiempos de pandemia". *Revista Rumbos TS*, (23), 41-61. <https://doi.org/10.51188/rmts.num23.421> (12 de julio del 2021).
- Figueroa, Rodolfo. 2013. "El derecho a la salud". *Revista Estudios constitucionales* 11, N°2: 283-332. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000200008> (18 de febrero del 2021).
- Fuentes, Alejandra. 2019. "El clamor de las inequidades. Estallido social y salud en Chile". *Revista Chilena de Salud Pública* 23 (2): 93-94. <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/56343> (15 de febrero del 2021).
- Gavidia, Valentín y Talavera, Marta. 2012. "La construcción del concepto de salud". *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*; 26: 161-175. <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935> (8 de julio del 2021).
- Gobierno de Chile. 2020. *Plan de reactivación económica*. <https://www.gob.cl/juntospor-chile/reactivacioneconomica/> (24 de febrero del 2021).
- . 2021. *Estrategia Paso a Paso nos cuidamos*. <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/> (24 de febrero del 2021).
- Goic, Alejandro. 2015. "El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente". *Revista Médica de Chile* 143 (6): 774-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011> (22 de febrero del 2021).
- Goyenechea, Matías. 2019. "Estado subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno". *Revista Cuadernos Médico Sociales* 59, (2): 7-12. https://scholar.google.cl/scholar?cluster=271715636379404261&hl=es&as_sdt=0,5 (20 de febrero del 2021).
- Grau-Solés, Marc, Lupiciño Íñiguez-Rueda y Joan Subirats. 2011. "¿Cómo gobernar la complejidad? Invitación a una gobernanza urbana híbrida y relacional". *Revista Athenea Digital* 11 (1): 63-84. <https://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/244665> (24 de febrero del 2021).
- Henríquez, Alfonso. 2020. "El problema de los derechos sociales: la igualdad como condición de la libertad. Un estudio del caso chileno". *Revista Jurídica Derecho*, 9 (13): 39-50. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-28102020000200003&lng=es&nrm=iso (12 de julio del 2021).

- Herrero, María y Jorgelina Loza. 2020 “Políticas regionales en medicamentos y la construcción de soberanía en salud”. *Revista Estado y Políticas Públicas* 14: 181-200. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/handle/10469/16279> (17 de febrero del 2021).
- Instituto Nacional de Estadísticas. 2015. *Distribución de los ingresos en Chile. Síntesis de resultados*. Santiago de Chile. https://www.ine.cl/docs/default-source/encuesta-suplementaria-de-ingresos/publicaciones-y-anuarios/enfoques-y-otros-estudios/distribuci%C3%B3n-de-los-ingresos-en-chile-s%C3%ADntesis-de-resultados---esi-2010-2015.pdf?sfvrsn=c17b309d_3 (24 de febrero del 2021).
- Jiménez, Simi, Omary Barriga y Alide Salazar. 2018. “Inequidad en el acceso a salud en Chile: estudio multifactorial basado en la Encuesta CASEN del año 2013”. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22 (1), p. 31-40. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51018>. (23 de febrero del 2021)
- Jiménez, César. 2020. “#Chile despertó: causas del estallido social en Chile”. *Revista Mexicana de Sociología* 82 (4): 949-957. <http://132.248.234.93/index.php/rms/article/view/59213/52348>. (23 de febrero del 2021).
- López, Carlos. 2016. “Naturaleza de los Derechos Humanos”. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos* 27 (1): 15-32. <http://dx.doi.org/10.15359/rldh.27-1.1> (22 de febrero del 2021).
- Manchola Camilo, Cunha Garrafa, Thiago Volnei y Fernando Hellmann. 2017. “El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos”, *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 22 (7): 2151-2160. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>. (24 de febrero del 2021).
- Mieres, Michelle. 2020. “La dinámica de la desigualdad en Chile: una mirada regional”. *Revista de análisis económico* 35 (2): 91-133. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-88702020000200091>. (18 de febrero del 2021).
- Ministerio de Salud. 1993. *Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud*. <http://bibliotecaminsal-chile.bvsalud.org/lildbi/docsonline/get.php?id=119> (26 de febrero de 2021).
- . 2020. *Plan de Acción Coronavirus COVID-19*. <https://www.paho.org/es/chile/plan-accion-coronavirus-covid-19-chile> (24 de febrero del 2021).
- . 2021. *Lineamientos técnicos operativos vacunación contra sars-cov2. Departamento de Inmunizaciones*. <https://www.minsal.cl/informacion-tecnica-vacunas-covid-19/> (24 de febrero del 2021).
- Molina, Sandra. 2016. “¿Qué busca el Estado con una política pública? Dinámica de las políticas públicas y los valores entre las instituciones estatales”. *Revista IUSTA* 1 (46): 63-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6685075> (18 de febrero del 2021).
- Montenegro, Gino, Adiley Carmona, Franco Franco-Giraldo. 2020. “Modelos para el análisis de políticas públicas en salud reportados en publicaciones científicas”. *Revista Gaceta Sanitaria*: 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.007> (20 de febrero del 2021).

- Morales, Marjorie. 2014. "Nueva Gestión Pública en Chile. Orígenes y efectos". *Revista de Ciencia Política* 34 (2): 417-438. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2014000200004> (22 de febrero del 2021).
- Morales-Borrero, Carolina, Elis Borde, Juan Eslava-Castañeda y Sonia Concha-Sánchez. 2013. "¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". *Revista Salud Pública*, 15 (6), 797-808. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>. (13 de julio del 2021).
- Muñoz, Carolina, Karla González, María Grau, Jorge Farah, Paula Miranda, Nicolle Alamo, Ximena De Toro, Sofía Cillero y Miguel Cillero. 2021. *Lineamientos para una intervención social clínica hospitalaria en crisis sanitaria*. Centro de Políticas Públicas uc. Pontificia Universidad Católica de Chile 16 (35). <https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2021/04/Arti%CC%81culo-135.pdf> (11 de julio del 2021).
- Murillo, Juan, Marcelo López y Karen Pesse-Sorensen. 2019. "Protestas sociales en Chile y tiempos líquidos: una oportunidad para reformas urgentes en el campo de la salud pública". *Anales de la Facultad de Medicina*, 80 (4): 415-418. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i4.17250>. (12 de julio del 2021).
- O'Leary Patrick y Tsui, Ming-sum, 2020. "Staying resilient, compassionate and ethical: Social work at the front line of the pandemic". *International Social Work Journal COVID-19 Research* 63 (5): 567-568. <https://doi.org/10.1177/0020872820950644> (11 de julio del 2021).
- Organización de Naciones Unidas. 1948. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf. (24 de febrero del 2021).
- . 1966. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Nueva York: ONU. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf. (24 de febrero del 2021).
- Organización Mundial de la Salud. 2009. *Subsanar las desigualdades de una generación*. Informe final sobre comisión de determinantes sociales de salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>. (9 de julio del 2021).
- . 2014. *Acta de constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos* Organización Mundial de la Salud. Italia: OMS. 48° Ed. 1-21. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>. (24 de febrero del 2021).
- . 2021. *COVID-19. Cronología de la actuación de la OMS*. Comunicados de Prensa. <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. (28 de febrero del 2021).
- Organización Panamericana de la Salud. 2007. "Salud en las Américas 2007". Publicación Científica y Técnica 622. <https://www.paho.org/hia2007/vol1regional.html>. (23 de febrero del 2021).
- . 2014. *Plan de Acción sobre la Salud en todas las Políticas*. CD53/10, Rev. 1. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31314> (24 de febrero del 2021).

- PNUD. 2017. *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Santiago de Chile: Uqbar Editores. <https://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/library/poverty/desiguales—origenes—cambios-y-desafios-de-la-brecha-social-en-.html>. (23 de febrero del 2021).
- República de Chile. 2005. *Constitución Política de la República de Chile*. <https://www.bcn.cl/formacioncivica/constitucion.html> (22 de febrero del 2021).
- Rivera-Aguilera, Guillermo. 2017. “Los procesos de influencia global/local en políticas públicas: Una propuesta metodológica”. *Revista Psicoperspectivas* 16 (3): 111-121. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue3-fulltext-1092>. (25 de febrero del 2021).
- Ruiz, Carlos y Sebastián Caviedes. 2020. “Estructura y conflicto social en la crisis del neoliberalismo avanzado en Chile”. *Revista Espacio Abierto* 29 (1): 86-101. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175352> (24 de febrero del 2021).
- Salgado, Constanza. 2015. “Derechos sociales, protección de la salud e interpretación constitucional”. *Revista de Derecho (Coquimbo)* 22 (1): 401-432. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-97532015000100010> (20 de febrero del 2021).
- Sánchez, Álvaro. 2019. “Definición de Salud desde la postura de salubrista”. *Revista Avances en Salud*, 3 (1): 6-7. <https://dx.doi.org/10.21897/25394622.1762> (9 de julio del 2021).
- Sánchez, Diana. 2017. “Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55 (1): 82-89. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71852> (13 de julio del 2021).
- UNESCO. 2005. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html (25 de febrero del 2021).
- Villasana-López, Pedro y Eva Álvarez-González. 2019. “Representaciones sociales acerca de la lucha, en Chile, por el derecho a la salud”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 37 (3): 44-53. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12062839006> (12 de julio del 2021).
- Ylarri, Juan Santiago. 2020. “La restricción de los Derechos Humanos en épocas de emergencia sanitaria, económica y social”. *Revista Derecho y Salud Universidad Blas Pascal* 4 (5), 113-131. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)20](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)20) (11 de julio del 2021).

