

# Capitalismo emocional e influencia empresarial: El caso de la industria farmacéutica durante la ley Ricarte Soto

*Emotional capitalism and corporate influence:  
The case of the pharmaceutical industry during the Ricarte Soto law*

Daniel Manzano Méndez<sup>1</sup>

Recibido: 26 de julio de 2023. Aceptado: 20 de noviembre de 2023.

Received: July 26, 2023. Approved: November 20, 2023.

## RESUMEN

El objetivo de este artículo fue analizar la influencia empresarial generada por la industria farmacéutica hacia las agrupaciones de pacientes durante el desarrollo de la ley Ricarte Soto. Metodología: Se realizó un análisis cualitativo de las experiencias de agentes que participaron de la elaboración de la ley a través de entrevistas semi directivas. Resultados: Se visibilizaron modos informales de influencia a partir de la relación de un poder delegado tecnócrata empresarial y las agrupaciones pacientes, principalmente a partir de habilidades emocionales.

Palabras claves: Industria farmacéutica, pacientes, tecnocracia.

## ABSTRACT

The objective of this article is to analyze the business influence generated by the pharmaceutical industry towards patient groups during the development of the Ricarte Soto law. Methodology: A qualitative analysis of the experiences of agents who participated in the development of the law was carried out through semi-directive interviews. Results: Informal modes of influence are made visible from the relationship between technocratic corporate delegated power and patient groups, mainly based on emotional skills.

Keywords: pharmaceutical industry, patient, technocracy.

---

1 Chileno. Doctor en Ciencias Sociales. Docente del Departamento de Estudios Humanísticos. Universidad Técnica Federico Santa María. Santiago de Chile. Correo: daniel.manzano@usm.cl

## Introducción

Este artículo se enmarca en el debate académico sobre las estrategias informales del poder empresarial, aportando evidencia empírica de nuevas dinámicas generadas, en este caso, por la industria farmacéutica en Chile en su relación con las agrupaciones de pacientes durante la ley denominada “Ricarte Soto”. Se evidencia el uso instrumental de las emociones y su eficacia para influenciar las decisiones políticas en un área escasamente regulada.

Las estrategias informales institucionales han sido mayormente estudiadas en torno a las prácticas informales de las instituciones del Estado en América Latina (O’Donnell, 1994). En esa misma línea (Helmke y Levitsky, 2012) han planteado que dichos procedimientos y reglas tanto formales como informales influyen en el comportamiento político de actores políticos y sociales. Por otro lado (Combes, 2011), señala que las instituciones informales derivan de una construcción social del Estado, plasmado en redes clientelares guiados por afectos y no necesariamente por una elección racional en perspectiva weberiana. En el caso chileno, existen algunos estudios incipientes que se han desarrollado en esa dirección. Es el caso del historiador Aníbal Pérez (Pérez, 2021), el cual a través de un estudio sobre el clientelismo en Chile ha plasmado como dicha práctica deriva de instituciones formales con reglas del juego aprendidas en la práctica, regulando el juego político y afectando el desarrollo democrático del país.

En relación con el rol del empresariado, este artículo se sitúa en el desarrollo de investigaciones que posicionan a este actor con capacidad de agencia propia (Culpepper, 2017). En el caso de Chile, se han realizado diversas investigaciones que abordan al empresariado desde su rol político en defensa del modelo económico neoliberal, principalmente a través de sus referentes gremiales (Álvarez, 2015) (Undurraga, 2014) (Silva, 2002).

A su vez, se han desarrollado algunos estudios sobre influencia del empresariado chileno en determinadas políticas sociales, como por ejemplo el análisis el rol del gremio empresarial de la construcción en los cambios de orientación de diversas políticas de seguridad social (Kornbluth, 2022) o en torno al rol del empresariado en la reforma tributaria del año 2014 (Fairfield, 2017). Considerando estos antecedentes, se evidencia la falta de estudios de influencia del empresariado de la salud en el desarrollo de políticas de salud en Chile, evidenciando un vacío de conocimiento coherente con el desarrollo de este artículo.

La influencia de la industria farmacéutica en el desarrollo de políticas de salud ha sido de permanente preocupación política y académica en el mundo. Los procesos de atención de salud y enfermedad, junto a los tratamientos y medicamentos priorizados por los gobiernos de distintos países, han sido atravesados por la tensión entre las decisiones sustentadas en la evidencia científica o basadas en los intereses económicos de la industria.

La literatura científica ha develado diversas estrategias de influencia de dicho empresario. Una de las más estudiadas ha sido la relación de la industria y los/as médicos/as. Según un estudio realizado en España sobre la relación entre médicos de familia e industria farmacéutica, la “independencia de los médicos es importante para la generación de confianzas, pues estos pueden ser objeto de sospecha en la imparcialidad de su prescripción (Altisent, 2003). En la actualidad, en algunos países como México, debido a las restricciones sanitarias en pandemia de COVID-19, diversas interacciones entre la industria farmacéutica y médicos cambiaron. Una modalidad reciente ha sido la promoción unilateral de un fármaco determinado por parte de la industria por medio de eventos académicos con la invitación de “expertos”

(Domínguez, 2022), los cuales buscarán resguardar los intereses económicos de la industria. Mientras tanto en Chile, ha habido diversos estudios sobre los aspectos más problemáticos de la relación entre industria y médicos/as, teniendo como principal propósito la necesidad de alertar un cambio en la situación descrita (Santa Cruz, 2011). Frente a ello durante el año 2013, se acordó un marco ético entre el gremio médico y la industria. Los elementos principales fue la regulación de publicidad y promoción de medicamentos excluyendo la entrega directa de regalos y donaciones que comprometan una retribución de parte de los médicos. La pregunta que se realiza la Doctora Vivienne Bachelet en un análisis sobre dicho marco ético es: “¿Es suficiente firmar un acuerdo en que cada una de las partes declara que se compromete a velar para que los asociados de sus organizaciones cumplan con sus códigos de ética?” (Bachelet, 2013). Interrogante que problematiza los desafíos institucionales que puedan regular y/o procesar este fenómeno.

Otra de las estrategias de influencia, dice relación con el vínculo de la industria farmacéutica y los/as pacientes. La variable principal que ha sido mayormente estudiada en occidente en torno a dicha relación es el financiamiento de la industria farmacéutica (Fabbri, 2020). A su vez, este financiamiento ha generado el intercambio de “activos” con empresas, es decir “oportunidades de marketing, construcción de relaciones con líderes de opinión claves, eventos coordinados con empresas sobre acceso a medicamentos y subsidios, ayudas a las empresas con el reclutamiento de ensayos clínicos y mejora de credibilidad de la empresa” (Parker, 2019). A su vez, algunos estudios han demostrado que existen muy pocas experiencias de regulación a través de políticas que aborden los conflictos de intereses (Rose, 2021), develando la relevancia académica y política de profundizar en el análisis de esta relación.

En el caso de Chile, se han propuesto pocas iniciativas de regulación. Una de ellas, ha sido en el año 2017, en donde el gremio empresarial de la industria farmacéutica, la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF), estableció un código de buenas prácticas, el cual tenía el objetivo de regular y prohibir la promoción o publicidad de determinados medicamentos, dispositivos o alimento de las compañías en actividades de colaboración con agrupaciones de pacientes, además de garantizar la autonomía editorial en caso de solicitar financiamiento para el desarrollo de material de las agrupaciones. Es importante considerar que, en Chile, existe la particularidad que la relación no se genera simplemente con pacientes de manera individual, sino que con organizaciones colectivas denominadas “Agrupaciones de pacientes”. Estas se articulan a partir de un mismo diagnóstico médico o misma enfermedad.

En el año 2021, en el marco del Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico (APEC), se realizó un acuerdo liderado por la subsecretaría de relaciones Exteriores del Gobierno de Chile, el cual estableció los “Estándares éticos recomendados para regular la relación entre las asociaciones de pacientes e industria”. Esta iniciativa buscó regular las transferencias de recursos económicos, mecanismos de transparencia, así como también “la prohibición de donar o promocionar medicamentos, dispositivos médicos, alimentos o servicios en las actividades conjuntas, entre otras normas” (Subsecretaría de relaciones económicas internacionales de Chile, 2021). Sin embargo, tal como ocurrió en el caso anterior, las propuestas de dicho acuerdo no se constituyeron cómo legalmente obligatorias.

En relación con el rol de las agrupaciones de pacientes, los estudios que se han realizado,

en el campo de la salud pública, han sido sobre la participación social en salud<sup>2</sup>, ya sea en la toma de decisiones de políticas de salud (Manríquez, 2018), como en otras oportunidades de participación (Bernales y Manríquez, 2019), en post de democratizar y consolidar las políticas de salud (Méndez y Vanegas, 2010).

Frente a ello, este artículo propone como hipótesis una discusión frente a dicho rol “democratizador” de las agrupaciones pacientes, debido a que su participación en el desarrollo de políticas de salud no siempre responde necesariamente a la defensa de sus intereses, sino más bien a los intereses económicos de la industria mediante una influencia sustentada en estrategias informales de tipo afectivas. Para responder dicha hipótesis, se analizó la influencia empresarial de la industria farmacéutica en las agrupaciones de pacientes que participaron de la ley Ricarte Soto.

## Ley Ricarte Soto

La ley 20.9850, crea un “Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos<sup>3</sup>”, más conocida como la “ley Ricarte Soto”, siendo la primera ley que regula la compra de medicamentos por parte del Estado con el fin de ampliar la cobertura de enfermedades “raras” y de “alto costo”. Desde dicha ley se abre la discusión sobre la relación entre la industria farmacéutica, el Estado y los/as pacientes.

Esta ley a su vez tiene la particularidad de surgir a partir de una movilización social denominada la “Marcha de los enfermos” del año 2013. Su propósito era “que el Estado debería proteger efectivamente a los individuos aquejados de enfermedad, protegiendo su patrimonio individual y familiar, el que se ve amenazado toda vez que el costo de los tratamientos adecuados no puede ser encarado por la mayoría de las familias del país, cayendo éstas en endeudamiento, pobreza, o simplemente viéndose imposibilitadas de acceder a ellos” (Kottow y Medina, 2015).

Una de las principales demandas ciudadanas proviene del rechazo al alto costo de medicamentos para enfermedades poco frecuentes. Al año 2015, “se contaban aproximadamente seis a siete mil el número de enfermedades poco frecuentes. Un 80% de las enfermedades poco frecuentes tiene un origen genético identificado, que equivale a un 3% o 4% de los nacimientos. Si bien casi todas las enfermedades genéticas son enfermedades poco frecuentes, no todas las enfermedades poco frecuentes están causadas por defectos genéticos. Entre otras, existen enfermedades infecciosas muy poco frecuentes, así como enfermedades autoinmunes y otras intoxicaciones muy poco frecuentes” (Biblioteca del Congreso Nacional, 2015). En cuanto al costo, estos tratamientos “representan un gasto creciente en los presupuestos del sector salud. El año 2009 se financió tratamiento para siete enfermedades de Alto Costo, lo que representó un gasto de M\$4.765.304 para 404 pacientes. Este presupuesto se ha incrementado de tal forma que el año

---

2 Según el Ministerio de salud de Chile, participación social en salud se define como: “La capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacione con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos”(Asistenciales 2023).

3 Luis Ricarte Soto Gallegos fue un famoso periodista de Televisión que, al contraer cáncer de pulmón, comenzó a liderar manifestaciones junto a distintas agrupaciones de pacientes con el fin de presionar al gobierno para gestar una ley que garantice acceso a medicamentos de alto costo.

2014 alcanza un monto de M\$15.619.770 destinado a financiar tratamientos de alto costo para diez enfermedades que involucran a 1.783 pacientes” (Biblioteca del Congreso Nacional, 2015).

Además, esta ley “responde, entre otras, a la problemática presentada por las denominadas “enfermedades raras”, un grupo amplio de patologías diversas (más de 5 mil identificadas hasta el momento) cuya definición no se encuentra consensuada, pero que habitualmente se reconocen como enfermedades con incidencia menor a 5 por 10 mil habitantes, y que además son crónicas, degenerativas, debilitantes y asociadas a una disminución significativa en las expectativas de vida. Solo 1200 han sido examinadas en detalle, identificándose un defecto genético en el 80% de ellas. En general, si no son detectadas y tratadas de forma precoz, pueden causar discapacidad permanente y muerte”(Medina and Kottow, 2015) que crea un Sistema de Protección Financiera para Tratamientos de Alto Costo en Chile. Como marco de referencia se utilizó la ética de la protección, dado que permite un análisis moralmente sustentable de las políticas sanitarias en tanto praxis conflictiva entre diversos agentes y pacientes morales, enfocado hacia el bien público. Comprendiendo el grado de injusticia social nacional, se asume que el ejercicio de la autonomía y empoderamiento respecto a los riesgos sanitarios es reducido para la mayoría de la población, por ende, es responsabilidad del Estado proteger a los ciudadanos susceptibles y/o vulnerados, proporcionando servicios sociales y de salud esenciales. Sustentado implícitamente en la ética de protección, se ha justificado la incorporación de tratamientos de alto costo y para enfermedades raras, ya que los afectados dentro de nuestra región se consideran vulnerados tanto por enfermedad como por pobreza y precario acceso a servicios de salud. Sin embargo, la Ley Ricarte Soto deja indefinidos los tratamientos de “alto costo”, estableciendo intrincados filtros hacia una comisión ministerial que evaluaría la incorporación de patologías dentro del Sistema de Protección. Además, la ley pide una variedad de criterios de sustentabilidad del programa, presenta una tensión insoluble entre las indeterminaciones de terapias de alto costo y los requerimientos de evidencia científica y tiene un tope financiero estatal bastante reducido para lo amplio de su mandato. Finalmente, ante los abundantes límites de esta propuesta legislativa, no se estaría ofreciendo una real protección a los grupos vulnerados, sino más bien otro “parche” que poco soluciona la gran herida en materia sociosanitaria que el Estado chileno padece (Kottow y Medina, 2015). Se instala el dilema bioético sobre la priorización de recursos del Estado en la toma de decisiones, pues al ser escasos, surge la interrogante si deben ir dirigidos a políticas de salud para una mayor población beneficiaria (lo cual iría en contra de una política pública para enfermedades raras) o para una menor población con características particulares.

Finalmente, la cobertura de la ley irá dirigida a las personas cuyo tratamiento haya sido sancionado como “alto costo”, siendo definido “por tratamiento de alto costo aquél constituido por productos farmacéuticos, alimentos o elementos de uso médicos asociados a enfermedades o condiciones de salud que, por su costo, impiden el acceso a éste o una vez que se accede, impacta catastróficamente en el gasto de los beneficiarios” (Biblioteca del Congreso Nacional, 2015). Esta definición difumina la noción de “enfermedades raras”, posibilitando cubrir “las ya mencionadas enfermedades raras ligadas a medicamentos huérfanos, las enfermedades de mayor prevalencia donde existen tratamientos novedosos de elevado costo y que no están incorporados normalmente en las canastas de los seguros, las enfermedades de alta gravedad que requieran tratamientos múltiples y que generen gastos muy por sobre la capacidad de endeudamiento de las familias, y por último, también podríamos pensar en cualquier condición de salud que requiera tratamiento en personas en pobreza o indigencia cuya capacidad de gasto en salud es cercana a cero” (Kottow y Medina, 2015).

Cabe mencionar que, según uno/a de los entrevistados claves desarrollados para este artículo, uno de los motivos del alto costo deriva de la suma del costo de todos los ensayos que la industria genera para elaborar un medicamento. De hecho, ha habido una permanente influencia de la industria con el fin de entregar información limitada de la producción del medicamento vendido por la industria. Según el/la jefe/a del departamento de evaluación de tecnologías sanitarias y de salud, “en el caso de Ricarte Soto, ha habido mucho lobby para que haya una flexibilización del tipo de información que se puede entregar. Nosotros tenemos algunas, independiente del proceso de evaluación, lo que después se hace, el análisis de esa evaluación tiene cierta flexibilidad. Enfermedades raras, que se les da un poquito más de libertad, de otras enfermedades que no son raras. Pero en general ellos quisieran que fuese todo, *laissez faire*, en realidad, que más” (Entrevista a jefe/a del departamento de evaluación de tecnologías sanitarias y de salud del MINSAL).

### Aspectos metodológicos.

Este artículo se desarrolló en base a una investigación doctoral en ciencias sociales desarrollada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, la cual lleva por nombre “Influencia empresarial de la salud en los cambios de orientación de la política estatal de salud desde 1981 hasta el año 2019”.

El diseño metodológico utilizado para este artículo es el diseño cualitativo con un enfoque fenomenológico, pues se analizan principalmente las experiencias y vivencias de agentes que participaron en el debate y formulación de la ley Ricarte Soto. Se utilizó la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (Palacios, 2020), pues se buscó comprender el fenómeno a partir de la interpretación del relato y significado que los entrevistados les otorgan a las acciones realizadas en el desarrollo de la ley entorno a la relación entre la industria farmacéutica y las agrupaciones pacientes.

En dicha investigación doctoral se realizaron 17 entrevistas, de las cuales en este artículo se utilizaron las siguientes:

Agentes entrevistados utilizados para el análisis de la relación de la industria farmacéutica y agrupaciones de pacientes en Ley Ricarte Soto.
Ministro/a del ex presidente Ricardo Lagos.
Ministro/a del primer gobierno de Sebastián Piñera.
Asesor/a de Ministerio de Salud del ex presidente Ricardo Lagos.
Jefe/a del departamento de evaluación de tecnologías sanitarias y de salud del Ministerio de salud.
Representante de Agrupación de Pacientes.

Fuente: Elaboración propia.

Para el análisis de las entrevistas se utilizó la técnica de investigación denominada análisis de contenido (Hernández, 2014), realizando una operacionalización de categorías y códigos de las entrevistas, siendo una de las principales categorías de análisis, la relación entre la

industria farmacéutica y las agrupaciones de pacientes. Cabe mencionar que el análisis se realizó a partir de la transcripción de todas las entrevistas, utilizando el software Atlas ti para el proceso de codificación.

Las entrevistas se realizaron durante el trabajo de campo de la investigación doctoral entre los meses de abril y noviembre del año 2021. La duración promedio fue de 57 minutos. Debido a las restricciones sanitarias de la pandemia por COVID-19, las entrevistas sólo fueron realizadas bajo modalidad online, utilizando video y audio a través de la plataforma zoom.

En relación con el comité de ética, las Facultades y Universidades de Chile, tienen políticas diferentes respecto a la ética de la investigación. En el caso de la Facultad de ciencias sociales de la Universidad de Chile, se plantea que las investigaciones que deben pasar por dicho comité son aquellas que deban informar a los participantes de algún tipo de riesgo o consecuencia del estudio. Si no es el caso, el marco ético solamente puede incluir consentimiento e información, siendo éticamente suficiente para el desarrollo de la investigación. Es por ello, que en este caso sólo se generó un consentimiento informado, el cual fue realizado vía oral durante el inicio de la grabación de la entrevista, solicitando el permiso para grabar enunciado la confidencialidad y exclusividad académica del uso de esta.

## Poder delegado, tecnocracia y capitalismo emocional

Antes de abordar la relación entre la industria farmacéutica y las agrupaciones de pacientes, se realizó una caracterización del empresariado de la salud, siendo de utilidad para el posterior análisis de los actores involucrados en dicha relación.

En Chile, los grupos empresariales de la salud se han organizado principalmente a través de holdings, forma de organización que expresa una superación del viejo paradigma productivo, el cual “se caracterizaba por la dominación de grandes empresas organizadas jerárquicamente y la producción masiva de productos homogéneos” (Neffa, 1999). Mientras que el nuevo paradigma empresarial se caracteriza por “un tejido de acuerdos, relaciones de cooperación, de subcontratación y de integración horizontal, definida por los constantes cambios de propiedad a partir de compraventas de empresas agrupadas” (Boccardo y Ruiz, 2015). Su objetivo es poseer las acciones de otras compañías, obteniendo así el control de estas. En el caso de la salud, se caracterizan por estar insertos en el mercado de seguros y prestadores, y en el mercado de laboratorios, droguerías y farmacias. En el marco de la política estatal de la salud, esta nueva relación de propiedad empresarial denominada “integración vertical”<sup>4</sup>, fue prohibida en el año 2005, sin embargo, permaneció a través de los llamados “Holdings”.

Otra característica del mercado chileno es la llegada de diversas multinacionales, de hecho, para el economista Hugo Fazio, si en los años 80 se posibilitó la emergencia de conglomerados económicos locales, en los años 90 se comienza a profundizar la transnacionalización de la economía (Fazio, 2000). Sin embargo, en el caso del sector salud esto ocurrirá con un desfase histórico. Mientras en los años 90 surgen los conglomerados locales, ya recién en el siglo XXI, se incorporan las empresas multinacionales al mercado de la salud chileno.

4 Una “empresa verticalmente integrada es aquella que participa en más de una etapa del proceso productivo o en la distribución de los bienes o servicios. Las empresas que no están integradas verticalmente compran a otras los insumos o servicios que necesitan para sus procesos productivos o de distribución”(Salud 2013)



En paralelo ha aumentado la presencia de tecnocracias de alta dirección y gestión, las cuales operan en virtud de una suerte de poder delegado. El fenómeno de poder delegado ha sido teorizado tanto por la sociología Weberiana de Goldthorpe, como por la sociología neomarxista de Wright. Ambos analizan el surgimiento de estas nuevas tecnocracias. Según el sociólogo Goldthorpe, el poder delegado se establece a través de la confianza, siguiendo “dos exigencias fundamentales que el empleador, o la organización empleadora debe afrontar: primero, la que se plantea cuando es preciso delegar autoridad, y segundo, la que se plantea cuando es necesario recurrir al conocimiento especializado experto” (Goldthorpe, 1992). En ese contexto, se genera un cierto margen legítimo de autonomía y de discrecionalidad a través del compromiso moral que mantengan con la organización. Por su parte para Wright, estas nuevas tecnocracias evidenciaban tener características explotadoras según una dimensión particular de la explotación. Para este autor, “los asalariados altamente cualificados del capitalismo están capitalistamente explotados, pues carecen de bienes de capital, a pesar de lo cual son explotadores de cualificaciones” (Wright, 1992). Una explotación que tiene la base en la cualificación, en el control de bienes de organización, la cual, según Wright, se diferencia por su pretensión a la plusvalía, o por una importancia estratégica organizacional, la cual, en la misma idea de Goldthorpe, se sustenta en la lealtad y confianza. Este capital organizacional será la nueva clase dominante.

Estas tecnocracias se presentan en la esfera pública haciendo creer que su representación teatral tiene una connotación universal. Un ejemplo trabajado por Bourdieu es la comisión de expertos del Estado, la cual tiene por fin hacer creer que su punto de vista no tiene puntos de vista, es decir una comisión que está “por encima de contingencias, de intereses, de conflictos, fuera del espacio social en último término porque, una vez dentro del espacio social, se es un punto, o sea, un punto de vista que se puede relativizar (Bourdieu, 2014).

Logran incidir en la política a través de un conocimiento experto que restringe el debate público, pues estas tecnocracias se visualizan públicamente cómo “neutrales”, generando una invisibilización de su capacidad de agencia en el marco de relaciones de poder y disputa de intereses. Actúan en una zona de amortiguación e intermedia del poder.

En el sector salud, la incidencia en el debate público, surge también bajo el liderazgo de dichas tecnocracias, un ejemplo de ello, son los gremios empresariales de las diversas áreas productivas de la salud. En la industria farmacéutica es la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF), en la industria de seguros, la Asociación de Isapres y en la industria de prestación de salud, la Asociación de Clínicas Chile. En ellas, la profesionalización de la clase dominante mediante el liderazgo de expertos/as y/o asesores/as de cada gremio, buscarán incidir aparentando un interés “técnico” por sobre los intereses económicos.

Si bien el conocimiento experto de las/os asesores de la industria se visibiliza desde la utilización de la técnica bajo una racionalidad instrumental, la relación de estos agentes con las agrupaciones de pacientes devela un vínculo de tipo irracional, que incluso desborda la asesoría puramente técnica y neutral.

Para interpretar este fenómeno, se utilizó el abordaje sociológico de las emociones de la empresa capitalista de la socióloga francesa Eva Illouz, la cual elabora una tesis sobre el “capitalismo emocional”, abordando los orígenes e implicancias teóricas sobre la incorporación de determinadas emociones en la empresa capitalista, mencionando a la psicología laboral y el feminismo, como principales responsables de generar un traslado de emociones más propias de la esfera privada y las mujeres, hacia a la esfera pública y los hombres. Según la autora “el capitalismo emocio-



nal reorganizó las culturas emocionales e hizo que el individuo económico se volviera emocional y que las emociones se vincularan de manera más estrecha con la acción instrumental” (Illouz, 2007).

Entre las emociones relevadas por la autora, se encuentra la empatía. En sus palabras, “empatía-la capacidad de identificarse con el punto de vista y los sentimientos del otro- es al mismo tiempo una habilidad emocional y simbólica, dado que la condición para empatía es que hay que descifrar las complejas señales de la conducta de los otros. Ser un buen comunicador significa poder interpretar la conducta de los demás y sus emociones” (Illouz, 2007).

Esto se expresa en la importancia de la inteligencia emocional en el trabajo de expertos de las empresas capitalistas. Las habilidades cognitivas de sus trabajadores dejarán de ser las únicamente necesarias para el crecimiento personal y organizacional, generando las necesidades de considerar e incorporar las habilidades denominadas “blandas”. El liderazgo, el trabajo en equipo, la empatía, la comunicación, entre otras habilidades, serán vitales en la captura y/o capacitación de nuevos trabajadores para la empresa capitalista. El caso de la industria farmacéutica no será una excepción, pues los/as asesores que se relacionan directamente con las agrupaciones de pacientes, no sólo generan un vínculo a partir de sus habilidades cognitivas y/o duras, sino que sobre todo por las habilidades emocionales y/o blandas.

En ese marco, la industria farmacéutica tiene la particularidad de conversar con personas sufrientes que padecen enfermedades. La emoción de la empatía surge como una habilidad comunicacional que se torna aún más relevante para establecer dicha comunicación. Los/as pacientes buscan que el otro empatice a través de su relato.

De acuerdo con el análisis de caso de este artículo, el proceso de comunicación afectiva entre la industria y los/as pacientes, se gesta en el marco del desarrollo de una política de salud denominada Ley Ricarte Soto, en la cual las/os pacientes, también utilizarán su relato sufriente para buscar empatía por parte, no sólo de la industria, sino que también del Estado. De esa manera la toma de decisiones dejará de sustentarse solamente mediante resoluciones políticas, ideológicas o bien basadas en la evidencia científica, sino también a partir del relato emocional de las agrupaciones de pacientes. En virtud de este fenómeno, y para complementar el abordaje de Illouz sobre el papel de la empresa capitalista, se utilizó el concepto de razón humanitaria del antropólogo francés Didier Fassin.

El relato de determinados sujetos, son utilizados para interpelar la generación de políticas públicas, es decir “una política en la cual es el cuerpo el que da derecho, a título de la enfermedad (justificación de atención médica) o del sufrimiento (apelando a la compasión), ya sea a una tarjeta de residencia, ya sea a una ayuda financiera de emergencia”(…) Para ello, se expone el cuerpo, “por el relato de sí mismo, pero también a veces a la vista de los otros; jugarse la vida, contándola e inclusive, tantas son las manifestaciones locales del imperio creciente de una bio-legitimidad que se encuentra también presente en las escenas internacionales donde la razón humanitaria la pone en práctica en todos los terrenos de los conflictos” (Fassin, 2003).

A su vez, bajo la solicitud de empatía del Estado, las agrupaciones de pacientes establecerán un proceso de diálogo con la industria farmacéutica, quienes también, a partir de sus habilidades emocionales, establecerán un diálogo con los/as pacientes. Se establece una confusa relación que ya no se sitúa de la clásica relación de dominación marxista de clase de tipo vertical. La voz de los/as pacientes se mezclan con la voz empresarial, haciendo difuso la interpretación del relato en relación con los intereses en juego.

Por otro lado, la industria farmacéutica busca maximizar ganancias a partir de la venta de sus medicamentos, estableciendo una relación de poder con las agrupaciones de pacientes a partir de tecnocracias situadas como “neutrales” alejadas de cualquier interés lucrativo. Se constituyen como asesores de las agrupaciones de pacientes en el proceso de solicitud de políticas estatales, siendo los/as pacientes, en algunos casos, participantes activos de esta relación de dominación, generando lo que Rita Segato declara como una “violencia moral, pues se considera al sujeto dominado un sujeto activo en la relación de poder” (Segato, 2003).

A partir de este marco teórico, se presenta el análisis de la relación entre la industria farmacéutica y las agrupaciones de pacientes.

## Industria farmacéutica y agrupaciones de pacientes: Ley Ricarte Soto.

Durante la ley Ricarte Soto, la relación de las agrupaciones de pacientes y la industria farmacéutica, se generó a partir de la demanda de medicamentos por parte de las agrupaciones, siendo la industria farmacéutica, la principal entidad empresarial que buscará satisfacer dicha demanda. De acuerdo con el relato de actores claves, la industria buscará inducir la demanda de drogas experimentales con acceso gratuito a determinados pacientes, para que una vez se genere una dependencia con el medicamento experimentado, las agrupaciones interpeleen al gobierno para que incorpore su consumo a la cobertura estatal.

Así lo relata el/la ex ministro/a de Lagos: “Que es lo que hacen, organizan o se contactan con un grupo de personas que tienen algún padecimiento, le ofrecen gratuitamente alguna droga experimental, le dan esa dosis un año y luego que han completado el año dejan de dársela y le dicen, exijan al gobierno, que el gobierno se los compre y ese mecanismo ha permitido que hoy día se estén pagando enfermedades que muchas veces uno se pregunta si tiene una lógica sanitaria o lógica de costo efectividad, a mí me tocó vivirlo con la tirosinemia, en la cual eran 10 niños y 10 niños el gasto para esa medicamento era prácticamente dos meses del presupuesto total de todo el hospital, y la forma en que se generó esa obligación por parte del Estado para con esos 10 niños fue de esa manera, la industria le regalo el medicamento durante algunos meses y después los dejo botado, y les dijo ahora usted exíjanlo, y eso los hemos visto para muchos problemas de salud, es un método que utiliza la industria para meter ciertos productos” (Entrevista a ex ministro/a de Lagos).

Una de las motivaciones de la industria para que el Estado financie estos medicamentos, dice relación con el costo de estos, pues, según un/a ex ministro/a de salud del primer gobierno de Sebastián Piñera, “los laboratorios quieren introducir un producto que vale un tratamiento de 5 millones al mes, de dudosa eficacia y para eso financian agrupaciones de pacientes que aparecen en la prensa diciendo mire que se yo, y lo que se pretende es que sean los seguros, AUGE, Ricarte Soto, o que fuera, que financien esos productos que cuestan millones de millones para obtener un rédito financiero, en ese sentido hemos llegado a una situación internacional en que en la práctica del que hacer médico está demasiado influido por los intereses de la industria” (Entrevista a ex ministro/a de Piñera 1). Por otro lado, las sociedades médicas, las cuales son agrupaciones de médicos/as organizadas a partir de las especialidades médicas, también participan de la interpelación al Estado para que financie algunos medicamentos comercializados por la industria, por ejemplo, según lo planteado por un/a asesor/a del ex presidente Ricardo Lagos “los cirujanos que operan gordas por su parte

se mueven como diciendo, es importante hacerlo, los psiquiatras que trata en esquizofrénicos también, entonces las sociedades médicas de alguna manera son comparsa del lobby de la industria” (Entrevista a ex asesor/a B de MINSAL de Lagos).

Las interpelaciones se generan de dos maneras, por un lado, a través de la protesta social y, por otro lado, generando demandas institucionales amparados en el derecho a la salud, siendo las/os pacientes, quienes demandan la incorporación de determinadas drogas, y no necesariamente la industria.

En relación a la protesta social de agrupaciones de pacientes, un/a ex asesor/a del MINSAL relata las siguientes experiencias: “Habían dos desfiles en la calle, uno, unas gordas de los obesos mórbidos que se tomaron el tercer piso del ministerio de salud, era dantesco, ver unos seres de unos pesos fenomenales ocupando el tercer piso, que es donde funciona el ministerio y otro fue una marcha en la calle de pacientes esquizofrénicos que recibían una droga que se llama clozapina, que era ya un avance enorme en la garantías, garantizar la clozapina, pero la clozapina tiene dificultades clínicas de gestión, tiene riesgos y apareció una droga que se llama olanzapina, esa marcha fue pidiendo la olanzapina y tenemos una foto, apareció en ese minuto de la encargada de relaciones comerciales del laboratorio que trae la olanzapina en una de las esquinas del centro viendo cómo iba a la marcha” (Entrevista a ex asesor/a B de MINSAL de Lagos).

En cuanto a la denuncia, estas se han generado ante la corte suprema, generando que el Estado financie los medicamentos propiciados en los ensayos clínicos de la industria farmacéutica. Según el/la representante de ONG “Médicos sin Marca”: “Un mecanismo que ha ido aumentando los últimos años en Chile para medicamentos muy caros que no están cubiertos por las guías clínicas, para enfermedades puntuales, es ir a través de la corte suprema y pedir un recurso de protección para que el Estado haga la compra de ese medicamento extremadamente caro, a pesar de que la guía clínica lo descarto porque no es costo-efectivo o no es eficiente simplemente, y la corte suprema, basándose en el derecho a la salud, falla generalmente en contra de la política pública y obliga al Estado a comprar el tratamiento que pueden costar un millón de dólares por paciente por año, para un tratamiento de enfermedades que son muy raras digamos, y ahí la industria farmacéutica hace todo un trabajo con crear agrupaciones de pacientes a su entorno a cada uno de esas patologías, financiando sus actividades, invitándolos a lugares (...) pagan abogados de prestigiosos digamos, para que puedan llevar estas causas a la corte suprema, hacen campañas en los diarios, visibilizando enfermedades rarísimas y mostrando que la industria ha dado grandes logros en esta cuestión, hacen todo una especie de lobby muy completo, con publicidad en los diarios, con agrupaciones de pacientes que están en buenas migas con la compañía farmacéuticas, con abogados para poder auspiciar estas causas en tribunales, con personeros de la industria farmacéutica estableciendo contactos con el ministerio de la salud y con las personas que tienen que ver con el desarrollo de las políticas públicas para esa enfermedades en particular, con los parlamentarios que están en la discusión de las leyes y proyectos de salud” (Entrevista a representante de ONG “Médicos sin Marca”).

A partir estas demandas, independiente si la patología es garantizada por la ley o no, el Estado se humaniza a través de una individualización de los tratamientos. “El relato es así el suplemento de alma de la gestión de las peticiones (..) Es esta la razón de la importancia que reviste a los ojos de los solicitantes, para los cuales el tiempo narrativo es esencial para la exposición de la singularidad de su caso y la justeza de su demanda” (Fassin, 2003).

Pues si bien, de acuerdo con la ley, se priorizan determinadas enfermedades mediante una decisión racional, los tribunales escuchan el relato de las denuncias de determinados pacientes que generan presión para que los medicamentos que cubren sus enfermedades sean considerados. En efecto, “esta decisión desplaza la frontera clásica entre políticas de la justicia y políticas de la piedad. En principio, las primeras aplican normas neutras de mérito buscando repartir bienes según un orden considerado como justo y las segundas movilizan sentimientos para atribuir a cada uno exclusivamente en función de su desgracia” (...) Desde la perspectiva antropológica de Didier Fassin, se busca “justificar y certificar la extrema necesidad material que convencerá a los tribunales a conceder el acceso a determinados medicamentos” (Fassin, 2003). Se presenta lo que Fassin denomina la “razón humanitaria”-

Surge una desesperación emotiva de los/as pacientes por obtener determinados medicamentos. Así lo relata el/la representante de ONG “Médicos sin Marca: “Las personas con cáncer dicen, yo estoy dispuesto a todo con tal de jugármelas por la vida, entonces ese escenario emocional presiona muy fuerte en ese terreno del cáncer a que las personas vayan a estudios, que se yo, a EE.UU, acá se metan a estudios experimentales con tal de tratar de seguir con vida y ya una vez que el medicamento no está en un estudio, sino que hay que aprobar su comercialización, porque hay algún estudio que ha mostrado que sirve para algo, generalmente cuando recién llegan al mercado son carísimos y suelen venir acompañado de una evidencia muy pobre que por ejemplo medicamentos para el cáncer que logran extender la sobre vida en seis semanas, vale la pena gastar 400 mil dólares en un tratamiento que probablemente no a extender más que seis meses, es un ejercicio muy maldito porque ponerse a ponerle plata, cuánto vale una semana de vida, pero es el tipo de cosa que a nivel poblacional es necesario hacer, cuando se pone un caso individual que es cuando se llega a la corte suprema, claro, nadie está disponible para decir pucha yo prefiero privilegiar el bien común que este individuo, entonces suele fallar a favor del paciente. En la política pública cuando se piensa en el conjunto se incluyen los factores de costo efectividad” (Entrevista a representante de ONG “Médicos sin Marca”).

Durante el desarrollo de la ley Ricarte Soto, la industria ha prestado asesoría u orientación a las Agrupaciones de Pacientes, pues, según la/el representante de las Agrupaciones: “Tiene personas que se vinculan con los grupos de pacientes y esas personas que se vinculan es a quien uno le presenta proyectos etc... y lo mismo cuando hay organizaciones, por ejemplo, si tú no sabes hacer uso del power point, las personas de la industria dicen, yo te ayudo, y ha habido casos que conocemos que le arman el power point para que alguien vaya a presentar la ley X al congreso X. Entonces hay distintas formas, no es una” (Entrevista a representante de Agrupación de pacientes).

Esta asesoría ha generado una naturalización e invisibilización de la influencia, pues se ha evidenciado que, el o la asesor/a de la industria genera relaciones emocionales, de empatía, con la Agrupación de pacientes, generándose una abstracción del poder mediante la personificación de la industria. Así lo relata una/o de las/os representantes de las Agrupaciones de Pacientes: “No es un asesor para las fundaciones, sino que, es a quien tú le presentas los proyectos y que te comenta tus proyectos, etc... Y que claro, el día después no se po, cuando, porque yo digo que ahí hay una influencia porque yo me di cuenta en mí, yo estoy siendo extremadamente sincera, cuando por ejemplo la primera bajada de la ley Ricarte Soto, cuando definen que medicamentos iban a quedar, yo me di cuenta en mi y por eso soy tan hinchada y hago estas cosas para mejorar, para que se hagan fondos, porque como en este auto escaneo, cache que ya quedo el periplon y periplun, si, y no quede este otro medicamento y tu dices

ahhhh la macarena (voz triste), lo asocias a una persona, que es la persona con quien tu estableciste una relación, no lo asocias con el laboratorio, me cachai lo que te digo” (Entrevista a representante de Agrupación de Pacientes).

En la experiencia relatada, se devela cómo los atributos personales de “macarena” serán relevados por sobre su cargo en la industria. Ella será perseverante, amistosa, responsable, buena persona, etc, lo cual invisibiliza las intenciones de la industria a través de las funciones de su cargo asesor para con la agrupación de Pacientes. Así lo menciona el/la representante de las agrupaciones de Pacientes: “Entonces tu no pensai en la industria, en la marca, en el laboratorio, sino que te fijaste si quedo este, no quedo este y asocias, ahhh pucha la, cachai que eso es, cuando yo me di cuenta que me pasa eso, esto esta muy mal porque este mismo inconsciente que me dio, como ahhh, quizás hice algo antes, no influenciada, no es como que venga alguien, eso es lo delicado, que acá no hay una cuestión que venga alguien, una chequera y diga ya, si tu hablas de nosotros, te pago tantos ceros, no existe eso, no existe tampoco que te manden regalos para tu casa, entonces no es una influencia que sea directa y fácil de percibir, sino que cierta influencia muy indirecta, que te invito al café, que almorzamos juntos, de hecho nosotros una de las cosas ponte tu que quedo en el reglamento, en este nuevo, no reglamento, como guía, es que los lugares en los que te inviten sean lugares que nosotros también podemos pagar, porque esta si es una forma de influenciarte” (Entrevista a representante de Agrupación de Pacientes).

Esta influencia de la industria farmacéutica aborda una dimensión emocional del modelo capitalista. El empresariado es situado como un agente humanizador a través de un poder delegado representado, en este caso, en el/la asesor/a de la industria, generando que “las emociones como la tristeza, desesperanza/esperanza, angustia sean tranzados en el mercado” (Illouz, 2007). El agente colaborador con las agrupaciones de pacientes es visibilizado bajo una relación “horizontal” en el marco de una relación “vertical”. A su vez, dichas tecnocracias de la industria farmacéutica no reducen su rol a las habilidades cognitivas propias de la asesoría técnica, sino que utilizan sus habilidades emocionales como estrategia informal de uso instrumental para influir en las agrupaciones.

Finalmente cabe recalcar que durante el desarrollo de la ley Ricarte Soto, por primera vez, las agrupaciones de pacientes participaron generando indicaciones durante el debate parlamentario. Si bien, no hay evidencia si se debe o no a la influencia empresarial, las experiencias de vínculo con la industria generan al menos la duda sobre los intereses que cada agrupación respalda al momento de participar en la elaboración de la ley.

Así lo relatan la experiencia de participación el/la representante de una de las agrupaciones participantes: “Antes era mucho ya po diputado, somos 40.000 firmas, entonces el diputado en la ley de presupuesto dice queremos ley guatita delantal no sé, nació por presión social, no digo que se incorrecto, pero que no sea necesaria, pero entra por una pata, entonces así se desordena demasiado, y ahí además uno se hacia la pregunta, bueno quien es quien, y que hay que hacer para tener cobertura, conseguirte un político con tu enfermedad. Yo cuando empecé se decía, búscate un político que tenga ojalá una hija enferma y tú dices porque, entonces en eso, yo siento que la ley Ricarte soto cambio en eso hartito, incluso menos de lo que hemos alcanzado a dar cuenta, pacientes teniendo que firmas declaración de conflictos de interés” (Entrevista a representante de Agrupación de Pacientes).

Para esta agrupación, es la primera vez que tienen la experiencia de elaborar indicaciones a la ley: “Bueno la ley Ricarte Soto fue como la primera experiencia en que, fuimos a toda la tramitación completa, o sea nos pasamos varios días de la semana en el congreso, fue la primera experiencia que tuvimos y en particular nosotros estábamos en ese momento trabajando ahí, empezó la alianza y conseguimos amigos abogados que nos ayudaran a leer las leyes, entenderla y poder hacer indicaciones, porque es super complejo, porque los, yo siento que, esto mismo que no está bien ordenado, regular la participación, entonces ponte tú, asesores te dicen bueno, entrégueme las indicaciones, ya pero si yo tengo artritis nomas, no soy abogada, entonces como le voy a entregar indicaciones, y había que entregarle a los parlamentarios indicaciones listas, hechas, que ellos toman y las proponen como si fueran de ellos, entonces es una manera de participar rara y compleja” (Entrevista a representante de Agrupación de Pacientes).

## Reflexión final

De acuerdo con la revisión de la literatura acerca de las investigaciones desarrolladas sobre la relación entre la industria farmacéutica y los/as pacientes, es importante volver a recalcar que el análisis ha sido centrado en torno al financiamiento e intercambio de activos, pues la industria al momento de generar un financiamiento hacia las labores de dichas agrupaciones ha esperado una retribución a partir de estrategias que buscan maximizar sus ganancias. A su vez, las políticas de regulación de este conflicto de interés también han sido enfocadas a partir de dicho diagnóstico, enfocándose meramente en el financiamiento de la industria. Sin embargo, esta investigación, devela que las relaciones entre la industria y los pacientes, no se generan solamente a través de un vínculo económico, como lo es el financiamiento de sus agrupaciones, sino que también a partir de un vínculo afectivo.

Se plasma una influencia empresarial que no se reduce a su permanente presencia en diversas instancias institucionales formales que existen para generar incidencia en la política estatal. Se evidenció un fenómeno particular.

Se genera una relación de tipo emocional de la industria farmacéutica con las/los pacientes de alguna enfermedad, los cuales se organizan, para el caso de la ley Ricarte Soto, para solicitar al Estado empatía en la cobertura de determinados medicamentos. A su vez, la industria farmacéutica percibe esa solicitud de empatía y buscará, a partir del rol de sus asesores, establecer un vínculo afectivo con las/os pacientes, generando una relación difusa entre las agrupaciones de pacientes y el Estado. Surge la interrogante ¿Quién representa a quién? ¿Quién habla por quién?

Según el relato expresado en las entrevistas analizadas, los/as pacientes, desde una condición de desesperación, realizan determinadas acciones para encontrar una cura para sus enfermedades y/o para prolongar sus vidas. Para lo cual, exponen sus cuerpos y relatos para exigir, mediante la individualización y humanización del tratamiento, el acceso a determinados medicamentos ante los tribunales de justicia. Esta “razón humanitaria” se produce mediante una inducción a la demanda generada por los asesores de la industria.

A su vez, ocurre un fenómeno contradictorio en relación con la racionalidad empresarial y/o espíritu de la empresa capitalista. Por un lado, el discurso técnico y experto se sitúa como único posible. Las tecnocracias se presentan en la esfera pública haciendo creer que su representación teatral tiene una connotación neutral, objetiva y técnica. Pero, por otro lado,



las emociones irracionales serán relevantes a la hora de establecer una relación con las/os pacientes, es decir, no sólo se sitúan como asesores técnicos y/o expertos, sino también con una relación afectiva y capacidad de sentir empatía con el padecimiento de los/as pacientes.

Finalmente, cabe mencionar destacar que esta investigación generó un aporte novedoso respecto a los anteriores estudios sobre la industria de la salud, pues coloca en alerta la necesidad de generar políticas que regulen la relación entre la industria farmacéutica y las agrupaciones de pacientes, pero con la salvedad que no sólo deban centrarse en las posibles vinculaciones económicas, sino también en torno al vínculo afectivo. En esa dirección, se instala el desafío de generar futuras investigaciones en torno al análisis de estas políticas regulatorias comparando su implementación en diversas sociedades y/o países.

## Bibliografía:

- Altisent, R. (2003). La Relación con la industria farmacéutica: una cuestión ética de alta prevalencia en medicina de Familia. *Revista de Atención Primaria* (n° 32). 106-9
- Álvarez, R. (2015). *Gremios Empresariales, Política y Neoliberalismo. Los casos de Chile y Perú (1986-2010)*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Bachelet, V. (2013). La regulación de las relaciones entre industria farmacéutica y médicos ¿hace menos probable el sesgo y más creíble el acto médico? *Medwave*. Disponible en: <http://doi.org/10.5867/medwave.2013.07.5747>
- Bernales, M y Manríquez, F. (2019). Agrupaciones de pacientes en Chile: Oportunidades de Participación. *Revista Médica de Chile*. (n°147). 1084-1086.
- Biblioteca del congreso nacional. (2015). Historia de la ley N°20.850. Crea un sistema de protección financiera para diagnóstico y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos. Objetivo de BCN: <https://www.bcn.cl/historiadela ley/historia-de-la-ley/vista-expandida/4018/>
- Boccardo, G y Ruiz, C. (2015). *Los chilenos bajo el neoliberalismo. Clases y conflicto social*. Santiago de Chile: El Desconcierto Ediciones.
- Bourdieu, P. (2014). *Sobre el Estado. Cursos en el Collège de France (1989-1992)*. Barcelona: Anagrama
- Combes, H. (2011). ¿Dónde estamos con el estudio del clientelismo?. *Revista Desacatos* (n°32). 13-32
- Culpepper, P. (2017). Structural power and the study of business. *Revista Business and Politics*. (n°17). 391-409.
- Domínguez, J. (2022). New interaction modalities between the pharmaceutical industry and physicians. *Revista Gaceta médica de México*. (n°158).167-69
- Fabbri, A. (2020). Industry funding of patient and health consumer organisations: systematic review with meta-analysis. *Revista BMJ*. (n°368). 1-13.
- Fairfield, T (2017). Structural Power in comparative political economy: Perspective from policy formulation in Latin America. *Revista Business and Politics*. (n°17). 411-441.
- Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Revista Cuadernos de antropología social*. (n°17). 49-78.
- Fazio, H. (2000). *Mapa actual de la extrema riqueza en Chile*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Goldthorpe, J. (1992). Sobre la clase de servicios, su formación y su futuro. *Revista Zona Abierta*. (n° 59-60). 229-263.
- Habermas, J. (1975). *Problemas de Legitimación en el capitalismo tardío*. Buenos aires: Amorrortu.
- Helmke, G y Levitsky, S. (2012). Informal institutions and comparative politics: A research agenda. *Revista Internacional handbook on informal Governance*. (n°2). 85-113.



- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México: McGraw-Hil.
- Illouz, E. (2007). *Intimidaciones congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos aires: Discusione.
- Kornbluth, D. (2022). La posición del empresariado chileno sobre los fondos de pensiones: ¿crisis del modelo de acumulación y agudización de las contradicciones? Un análisis de contenido. *Revista Oteaiken*. (n°33). 52-69.
- Kottow, M y Medina, S. (2015), *Ética de la protección y Ley Ricarte Soto: De heridas y parches*. *Revista chilena de salud pública*. (n°19). 305.
- MINSAL. (2023). *Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y la satisfacción usuaria*. Subsecretaria de redes asistenciales. División de atención primaria. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Manríquez, F. (2018). *Participación de agrupaciones de pacientes en la toma de decisiones en el contexto de la ley Ricarte Soto*. Tesis para obtener grado de Magíster en Psicología de la Salud. PUC. Disponible en: <https://doi.org/10.7764/tesisUC/PSI/22222>
- Méndez, C. y Vanegas, J. (2010). La participación social en salud: El desafío de Chile. *Revista panamericana de salud pública*. (n°27). 144-48.
- Neffa, J. (1999). *Crisis y emergencia de nuevos modelos productivos. Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI*. Buenos aires: CLACSO.
- O'donnell, G. (1994). *Democracia delegativa*. *Journal of Democracy*. (n°5). 55-69.
- Palacios, O. (2020). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas. *Revista Intersticios sociales*. (n°22). 47.70.
- Parker, L. (2019). *Asset Exchange-Interactions between patient group and pharmaceutical industry: Australian qualitative study*. *Revista The BMJ*. (n°367). 1-12.
- Pérez, A. (2021). *Clientelismo en Chile. Historia presente de una costumbre política (1992-2012)*. Santiago de Chile: UAH Ediciones.
- Rose, S. (2021). *Patient advocacy organizations: Institutional conflicts of interest trust, and trustworthiness*. *Revista Medicine & Ethics*. (n°41). 690-687.
- Santa Cruz, P. (2011). La industria farmacéutica y su influencia en la práctica clínica. *Rev GPU*. (n°7). 92-102.
- Segato, R. (2003). *Estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Quilmes: Prometeo.
- Silva, E. (2002). *Capital and the Lagos Presidency: Business as Usual?* *Bulletin of Latin American Research*. (n°21). 339-357.
- Subsecretaría de relaciones económicas internacionales de Chile. (2021). *Estándares éticos recomendados para regular la relación entre las asociaciones y la industria de la salud*. Disponible en: <https://www.subrei.gob.cl/docs/default-source/estudios-y-documentos/otros-documentos/estandares-eticos-recomendados.pdf?sfvrsn>
- Superintendencia de salud. (2013). *Prestadores de salud, isapres y Holding: ¿relación estrecha?* Disponible en: [https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2013/12/articles-8826\\_recurso\\_1.pdf](https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2013/12/articles-8826_recurso_1.pdf)
- Undurraga, T. (2014). *Rearticulación de grupos económicos y renovación ideológica del empresariado en Chile, 1975-2012: La paradoja de la concertación. Grupos económicos y mediana empresa familiar en América Latina*. Lima: Universidad del Pacífico Ediciones.
- Wright, O. (1992). *Reflexionando, una vez más, sobre el concepto de estructura de clases*. *Revista Zona abierta*. (n°59-60). 17-126.