

Desajustes de la razón inmunitaria. Elementos de conflicto en el gobierno de lo biológico

Adán Salinas Araya ¹
(adan.salinas@uacademia.cl)

Presentación del 13 de octubre, 2020

DOI: 10.5281/zenodo.4436665

Resumen:

Exposición realizada por el Doctor en Filosofía Adán Salinas Araya, en el ciclo de conversaciones “Crítica a la Epidemiología Política. Prácticas y racionalidad neoliberales en tiempos de pandemia”, organizado por el equipo editorial de la Revista de Filosofía Otro siglo, octubre – diciembre 2020. Disponible en Youtube, canal Revista Otro siglo.

Palabras clave: Crítica - Epidemiología - Política - Neoliberalismo - Biopolítica - Salud

Abstract:

Lecture by Adán Salinas Araya, Ph. D., in the cycle of conversations “Criticism to the Political Epidemiology. Neoliberal practices and rationality in times of pandemics”, event organized by the editorial team of the Philosophy Magazine Otro siglo, october – december 2020. Available on Youtube, channel Revista Otro siglo.

Keywords: Criticism - Epidemiology - Politic - Neoliberalism - Biopolitic - Health

¹ Doctor en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid. Coordinador del Programa de Doctorado en Estudios Transdisciplinarios Latinoamericanos, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.

Quisiera agradecer la invitación e iniciar comentando lo que el nombre de este ciclo me dice y me provoca, y es probable que sólo hable de eso. Es un nombre fuerte, “Crítica a la epidemiología política” tiene una reminiscencia evidente al proyecto de la crítica a la economía política. Pero también permite, me parece, deslindar la cuestión del saber médico de la del gobierno de la enfermedad. De modo que la epidemiología es una cosa, un saber médico, y el gobierno de la enfermedad (la epidemiología política, si recogemos el nombre de este ciclo) es una cosa diferente. La epidemiología es un saber médico que trata de cómo vérselas con los determinantes generales de la salud o la enfermedad, su control o propagación; de modo que la óptica epidemiológica no intenta producir una condición médica en una persona, por ejemplo, tratar una enfermedad y producir la salud de esa persona; sino en prevenir, controlar, tratar la enfermedad en una escala masiva, su óptica es la de los grupos humanos, la población o incluso la especie.

La epidemiología, como rama del saber entonces apunta a una cuestión socio-sanitaria, la consideramos un saber médico, pero requiere tomar en cuenta temas urbanísticos, alimentarios o culturales. Ahora bien si miramos el caso concreto de esta pandemia, podríamos decir que la epidemiología política, o el gobierno de la enfermedad, no siempre ha tomado mucho en cuenta al saber epidemiológico o lo ha tomado en cuenta junto a otros saberes, intereses, racionalidades, y además hay que decirlo en conjunto con elementos que en realidad son más bien irracionales. Cuestión bastante importante políticamente hablando. Entonces la expresión epidemiología política me parece un acierto, pues permite visualizar que existe algo, el gobierno de la enfermedad, y que no es un algo exclusivamente médico o biológico.

La epidemiología política me parece un ensamblaje de saberes y prácticas del gobierno de grupos humanos en el que concurren diversas matrices y diversos fines, uno de ellos es por supuesto esa rama del saber sobre todo nosológico que es la epidemiología, pero también —esto es muy importante— influyen otros saberes, otros fines y otras prácticas. Si miramos las técnicas y las prácticas de este gobierno sociosanitario esto es muy evidente. El siglo XX ha hecho de la vacuna la técnica privilegiada de la epidemiología política. Pero hoy no existen, hoy de hecho lo más característico en todos los procesos de gobierno es la espera de la vacuna. Es algo bastante peculiar, una espera que se prolonga. Ya veremos que el tema no será sólo que haya vacuna, sino las formas de su financiamiento, distribución, etc. Pero también existen otras técnicas, las técnicas

espaciales, por ejemplo. Estas son las técnicas epidemiológicas más antiguas, técnicas como el confinamiento, el aislamiento, el destierro o la cuarentena. Como es fácil apreciar, no son técnicas médicas. El destierro en la antigüedad se aplicaba a ciertos enfermos peligrosos, se expulsaba al enemigo político, pero también al loco. El caso más emblemático es el de la lepra, la persona enferma de lepra es expulsada de la ciudad. Mucho antes que se construyeran los leprosarios, surgen incluso poblados autogestionados de leprosos, ciudades de enfermos marginados por peligrosos. Es decir, el destierro o expulsión antes que el aislamiento. En fin, estoy diciendo cosas muy conocidas, me disculpo diré algunas cosas más generales para que nadie se pierda e intentaré profundizar en algunos aspectos para que quienes se dedican más a estos temas no queden insatisfechos. La epidemiología política, el gobierno de la enfermedad, así concebida, es mucho más antigua que la rama del saber médico que hoy conocemos como epidemiología.

Doy ahora un paso. Tomemos ahora este tema de las técnicas espaciales particularmente el confinamiento y veámoslo con una perspectiva más actual, dos factores, por ejemplo. El primer factor es la propagación durante los últimos quince años de la llamada *New Public Management* o Nueva Gestión Pública, también por supuesto en los sistemas sanitarios. ¿Qué es esto? Una racionalidad de gobierno que tiene como principio que los asuntos públicos se pueden gobernar a través de técnicas del Management, es decir, que se pueden importar técnicas desarrolladas en la cultura corporativa y aplicarlas por ejemplo a los procesos de atención primaria en salud. Los tres elementos más vistosos de esto son la desagregación, la competencia y los incentivos. No me voy a quedar en este tema, hay diferentes posicionamientos, desde quienes proponen usos instrumentales de algunas de estas técnicas a quienes imaginan que en efecto la salud de la población es una mercancía, un objeto de marketing, etc. Pero quiero mostrar algunos elementos del coctel, si sumamos estas técnicas corporativas al tema del confinamiento del agente peligroso, que como digo tiene milenios literalmente de historia, aparece un objeto o una técnica nueva, la trazabilidad. La trazabilidad es uno de estos objetos que, si bien podían existir desde que hay registros, es decir, desde hace muchos siglos, las formas de accountability actual hacen de esta trazabilidad un objeto completamente nuevo y muy singular dentro de las biopolíticas neoliberales.

El accountability como técnica general en la gestión de organizaciones del Estado es uno de los pilares de los procesos llamados a veces de “modernización del Estado”, etiqueta sin duda

presuntuosa con la que se ha caracterizado la importación masiva de técnicas corporativas a la gestión pública—¿cuáles son los elementos más visibles del accountability?, la proliferación de informes e indicadores. De modo que se construye la imagen que algo -una organización- funciona y cumple sus objetivos, si y sólo si, uno logra operacionalizar el adecuado desempeño de las personas que trabajan en dicha organización, registrándolo en indicadores exhaustivos y midiendo tales indicadores a través del cumplimiento de estándares. Hoy es muy probable que un médico conozca mejor el índice de satisfacción de su unidad que la tasa de mortalidad de una enfermedad. Este es un proceso largo, a los chilenos nos gusta pensar que el neoliberalismo lo inventamos aquí. Para ser campeones en algo, pero estas cosas vienen de fuera. Quiero dar un ejemplo. Hay un documento muy interesante de 1997 que se llama “Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud” elaborado por Knowless, Leighton y Stinson los dos primeros investigadores de abt asociados una consultora y think thank internacional, realmente muy interesante, que define su personal como “investigadores y audaces pensadores” que “cambian las reglas del juego”. Llamo la atención sobre un aspecto, ninguno de los autores de este documento es un profesional sanitario o siquiera funcionario sanitario. Este es el trabajo de una consultora financiado por la OPS y la agencia norteamericana. No quiero decir que esto sea un campo de investigación exclusivo de médicos, nunca lo ha sido y no es lógico que lo sea. Lo que quiero mostrar es que desde hace más de veinte años hay un proceso de importación de la racionalidad y formas de acción de la cultura corporativa a los sistemas sanitarios. Es un proceso aparentemente descentralizado, pues intervienen múltiples organismos internacionales. Es una colonización de la salud pública por la organización empresarial. Sólo a modo de ejemplo, muestro el cuadro de objetivos 1 del documento citado de 1997:

Objetivo global de la reforma del sector salud: Mejorar la condición de la salud

Estrategia (Técnica)	Meta(s) primaria(s) esperadas(s)	Meta(s) o impacto(s) secundario(s)
Cambio de leyes y reglamentos entregar exenciones tributarias para bienes básicos de salud pública importados; permitir el ejercicio privado de la medicina; fortalecer la concesión de licencias y certificación de competencia; permitir el pluriempleo para el personal de la salud pública; clarificar las reglamentaciones del seguro para facilitar los seguros de salud	Acceso	Sustentabilidad financiera Calidad
Recaudación de ingresos tarifas a los usuarios; planes de seguro y esquemas de prepago para mancomunar los riesgos y facilitar la movilización de recursos para la salud	Calidad Sustentabilidad financiera	Equidad Acceso Eficiencia
Reasignación de recursos aumentar la participación presupuestaria del Ministerio de Salud (MINSa) en la atención de salud primaria y paquetes de servicios eficientes en función de los costos; reducir los subsidios gubernamentales para hospitales; desplazar el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) de los hospitales	Eficiencia Costo-eficiencia	Equidad Calidad Sustentabilidad financiera
Desarrollo de una organización alternativa de recursos para la prestación de los servicios aumentar la función de los proveedores privados; establecer Health Maintenance Organization (HMO); incorporar proveedores de salud basados en los empleadores; descentralizar las responsabilidades del MINSa en los servicios de salud a nivel regional y de distrito	Eficiencia Costo-eficiencia	Acceso Sustentabilidad financiera

Son cosas que nos pueden sonar muy familiares en Chile, cotidianas. Cada cual puede leer la tabla, pero quiero dar un ejemplo. Veamos como la segunda y tercera estrategias llamadas “Recaudación de ingresos” y “Reasignación de recursos” buscan lograr la equidad y el acceso, además de la eficiencia y sustentabilidad a partir de propuestas tan particulares como poner tarifas a los usuarios, asignar presupuesto según paquetes de costos, reducir los subsidios gubernamentales a hospitales o aumentar la función de proveedores privados. Evidentemente ninguna de estas estrategias buscan ni acceso ni equidad.

En fin, uno puede hoy en Chile analizar la incorporación de esta lógica del accountability del desempeño en términos sanitarios desde la formación de profesionales en las universidades, hasta la atención primaria y los diversos programas de salud. Esto es bien interesante, hagamos de cuentas que jugamos este juego de los indicadores, sólo por ejercicio. Uno podría levantar el indicador, de cuánto tiempo debe dedicar el personal sanitario a funciones de registro o generación de estándares, cuánto personal adicional y asesorías se debe contratar y en general cuánto invertir sólo para hacer funcionar el accountability que se vuelve una especie de objetivo en sí mismo. E instala una lógica de “burocracia gerencial” muy curiosa. A veces se piensa que la burocracia es una cuestión de los organismos estatales, pero la burocracia corporativa que se pretende instalar en la gestión pública, no es menos absurda ni abultada. Esta burocracia corporativa que la retórica del

management presenta como “aseguramiento de la calidad”. Veamos un ejemplo de esta pandemia en Chile. El 18 de marzo se fecha un protocolo para el uso de elementos de protección personal, para que todo el mundo sepa cómo deben usarse estos elementos en recintos sanitarios, pero también porque ese documento alguna vez se pedirá. El indicador preguntará ¿la autoridad competente realizó acciones para asegurar la seguridad de los funcionarios sanitarios a cargo? La autoridad responderá, “sí se desarrolló protocolo que se adjunta”: pero el 20 de marzo conocíamos 2 cosas que desajustan lo anterior. Primero que en un hospital de higuierillas un grupo de enfermeras estaba confeccionando mascarillas, segundo que en la posta central denunciaban que no había EPP suficientes, ante lo que el ministro Mañalich respondía que la Posta Central no requería estas medidas extraordinarias y después explicó la situación por un supuesto robo de estos elementos para ser vendidos en el mercado negro, finalmente una encuesta aplicada por el colegio médico el 30 de marzo indicaba que el 78,31% de los y las encuestadas señalan que no hay mascarillas n95, además de otros EPP.

Aquí se puede hacer escarnio de Mañalich que ha sido de hecho el foco de todas estas negligencias. Pero además de las responsabilidades de la autoridad sanitaria, aquí tenemos una racionalidad gerencial de carácter corporativo que ha copado las formas de lo aceptable para la gestión sanitaria. Racionalidad general diferente -completamente diferente- a una racionalidad médica. Esto es bien importante cuando hablamos de biopolíticas neoliberales no se trata sólo de atención privada o pública, sino de las formas que damos al gobierno de lo público. La presunción de que se puede gobernar los asuntos públicos como se gobierna una marca. Hay aquí una disputa de racionalidad. Volvamos a la trazabilidad. Uno esperaría que la racionalidad gerencial-corporativa tuviese la ventaja de la eficiencia, y esto puede ser así en ciertos casos. Pero la cuestión corporativa no es sólo obtener resultados de productos a bajo costo -la eficiencia- debe sobre todo obtener rentabilidad, y está atravesada por el marketing, la instalación de marca. En realidad, una gerencia no debe necesariamente tener buenos productos, sino que esto sea percibido por los consumidores. Esto lo sabemos todos, sabemos que cuando compramos una zapatilla hecha en China con una marca europea podemos comprar a un 25% del precio otra zapatilla hecha en la misma fábrica sin marca o con una marca china. O que cuando pagamos una cierta universidad incluso más cara no estamos pagando realmente una “mejor universidad”, en Chile en particular sabemos que las universidades más caras no son las mejores. En fin, ¿qué pasó con la trazabilidad?,

en Chile fue posible unos rangos mínimos de trazabilidad, a pesar de este enorme influjo del accountability, que uno supondría al menos tendría la virtud de que la información fluyese. El sistema informático epivigila implementado en 2009 fue la herramienta básica para realizar esta trazabilidad, quiero dar un detalle, es un software de registro, que por lo tanto puede arrojar estadísticas. Pasó que los casos, por la razón que fuere, no eran ingresados, de modo que hubo que empezar a cruzar esta información con los resultados del laboratorio, la polémica del Excel a mitad de año, que entre tantas cosas pasó bastante desapercibida. Los laboratorios enviaban sus planillas de Excel había que exportar los datos del epivigila para cruzarlo con este Excel, la contraloría de la República en junio detectó inconsistencias y hubo que incorporar más de 30 mil casos y finalmente sumar a los centros de atención primaria al trabajo de seguimiento de casos, es decir, la gente que trabaja en salud comunitaria desde siempre, que conoce los territorios, dirigentes, si hay internet o no, etc. Con estas incorporaciones la trazabilidad comenzó a funcionar.

Incorporemos el segundo factor del que quería hablar, aquí no me detendré mucho porque en nuestro país no han tenido incidencia, son las herramientas algorítmicas. En nuestro país las biopolíticas son todavía estadísticas como durante todo el siglo XX. La experiencia por ejemplo de Corea del Sur, un país también muy neoliberal y con una enorme tasa de privatización de la atención sanitaria, pero al mismo tiempo muy diferente a Chile pues está basado en un modelo económico de servicios y tecnología, fue la matrix algorítmica en asuntos de trazabilidad. La aplicación para smartphones "self-quarantine safety protection". Permitted generar algorítmicamente la red de posibles contactos de una persona contagiada, rastrear por GPS el cumplimiento obligatorio de cuarentenas, alertar a usuarios sobre posibles contactos con algún contagiado, alertar sobre nuevos contagios en las zonas de tránsito reciente, al mismo tiempo permitía a las personas reportar síntomas y recibir consejos sanitarios. Esto es diferente a lo que hemos visto en Chile, con un modelo de management como arquetipo de gobierno y unas herramientas informacionales que apuntan a la estadística, más allá de los problemas de implementación que tienen.

Bueno hago una síntesis intermedia. La epidemiología, el saber médico así llamado es una cosa. El gobierno de la enfermedad es una cosa diferente y mucho más antigua que este saber moderno y relativamente joven. El gobierno de la enfermedad en el contexto de las biopolíticas neoliberales está constituido por elementos de racionalidad muy diversos, los saberes médicos

forman parte de este conjunto, pero la racionalidad dominante es de carácter corporativo-gerencial, el modelo es la empresa.

Bueno quiero avanzar hacia el componente de irracionalidad. Tenemos que el gobierno de la enfermedad, la epidemiología política, puede ser considerada parte de un conjunto más amplio de gobierno de lo biológico. Que aquí no hemos tratado, pero que es importante tener a la vista, respecto a la especie humana, las otras especies, los entornos víricos, en fin, la biosfera. Hay una biopolítica del siglo XXI por construir (uso esta palabra, pero podríamos usar otras). Hay una biopolítica del siglo XXI por construir, que necesariamente debe ser una biopolítica afirmativa, esto quiere decir que no sea una política de dominación, sobre los vivientes humanos y no humanos. Por supuesto, esto es un desafío urgente especialmente por razones de sustentabilidad ecológica y de la supervivencia de la especie humana. Pero, por otro lado, es muy difícil pensar una biopolítica afirmativa que salga de los esquemas de dominación, cuando la política que conocemos en su conjunto sigue siendo un asunto de dominación.

Segundo punto, el gobierno de la enfermedad, la epidemiología política que observamos no es homogénea tiene modificaciones evidentes, no es sólo la extrapolación política del saber médico, juegan en ella otras racionalidades de gobierno. En nuestro caso juega muy fuertemente el modelo del gobierno corporativo impuesto a los sistemas públicos, esta importación “a la brutanteque” (sin adaptaciones, sin participación de los involucrados) es una de las bases a mi juicio de las biopolíticas neoliberales estilo chilensis, pero presentes en otras partes del mundo también. Esto es muy importante, a veces se tiene la idea demasiado abstracta de que el neoliberalismo quiere menos Estado, o que no gobierna, etc. Pienso que el neoliberalismo es política y sociológicamente más complejo que eso. En este caso vemos un neoliberalismo que no renuncia al Estado, sino que ve al Estado como una corporación, o mejor como un conjunto de corporaciones, un holding que puede interactuar con otras corporaciones privadas o mixtas, comprar servicios, ofrecer bienes y servicios a un conjunto de consumidores. Las autoridades públicas son gerentes como en cualquier corporación. En realidad, este Estado-corporación amplía las áreas de mercado a cuestiones insospechadas previamente. Crea mercado allí donde previamente había un fenómeno sanitario y un asunto de Estado, pero no veo que lo haga a través del retiro del Estado, sino modelando su acción, haciendo que actúe en una lógica corporativa, que

licite, que amortice, otorgue créditos blandos o directamente subvenciones a proveedores, fije estándares, defina servicios, en fin es el Estado el que termina por crear un mercado de la salud, que no puede crearse sólo, ni existe naturalmente, ni llega a suceder espontáneamente. A veces pensamos que el neoliberalismo quiere evitar que el Estado regule el mercado y en realidad le otorga la tarea de crear y sostener el mercado.

Bueno voy a dar el último paso, para comprender la epidemiología política, esto que hemos llamado aquí de ese modo gracias a la provocación de la revista Otro Siglo, me parece que no sólo hay que poner en juego las racionalidades que ya son diversas, observar que no sólo está la racionalidad médica, ¿cuánto ha exigido el colegio médico ser escuchado por un ministerio que no los escucha? Hay otras racionalidades, pero también intereses inmediatos, pequeños lucros inmediatos, rendimientos políticos a corto plazo. También tenemos cuestiones culturales algunas lógicas y otras completamente irracionales. En este punto, nuestro país no ha llevado la delantera, creo que el reino de la irracionalidad al punto del oscurantismo ha sido Brasil, todos sabemos que el presidente en Brasil ha negado sino la existencia del virus, al menos sí la propagación y gravedad de la enfermedad. Esto es derechamente oscurantismo en mi opinión, a la altura del terraplanismo. Pero lo más fuerte es que no tienen ministro de Salud, esto puede ser sorprendente por el contexto, pero el 17 de abril renunció el ministro Mandetta, el nuevo ministro Teich renuncia el 15 de mayo y asume como interino el General Pazuello, que ostenta como gran mérito de su curriculum haber coordinado al ejército durante los juegos olímpicos. Luego de cuatro meses sin ministro, el 16 de septiembre finalmente Pazuello deja el interinato y asume oficialmente como Ministro de Salud. No hemos llegado a esto en Chile, pero hay un elemento que es importante observar, el componente autoritario-patronal que es un elemento clave del neoliberalismo chileno. El gerente es heredero el patrón, no sólo un ejecutivo innovador y un líder, como en las películas de Wall Street; sino que es un punto de autoridad, que ejerce poder, centraliza. La casta gerencial que se disputa el Estado es heredera de esa carga colonial del fundo. Quisiera recordar algunas escenas. El ministro señalando que teníamos uno de los mejores sistemas de salud del planeta, asegurando que estábamos más preparados que Francia y España, y con la actitud que todos vimos de querer dar cátedra al planeta. Recuerdo la imagen del presidente Piñera llamando por teléfono al presidente Xi a China y hablando en castellano un monólogo, ofreciendo médicos, en fin, esta imagen de líder mundial. Todas estas torpezas no se acaban ni son secundarias, Mañalich el 14 de

septiembre publicó una carta en el mercurio, nada menos que con recomendaciones para la actual fase. El mismo día que se presentaba acusación constitucional en su contra, el 16 de septiembre en un taller de la Fundación Jaime Guzmán planteaba:

“Teníamos que lograr que el brote de esta enfermedad no hiciera colapsar la capacidad hospitalaria. Aplanar la curva de los casos y demorarla en el tiempo y hacer crecer la capacidad de hospitalizar y tratar a los enfermos, cosa que en realidad todo el mundo reconoce que en Chile se hizo extraordinariamente bien”

Para seguir campeonando añadió sobre Chile: “el primer país del mundo que dijo que era prudente que todo el mundo usara mascarillas, en toda ocasión”.

Y el remate en el que aseguró que en Chile el registro de información era: “bastante más confiable que el de otros países”. Si bien parece circo, hay que tomárselo en serio. En este momento hay una batalla legal en Chile para que el Poder Ejecutivo aporte información al judicial sobre la actuación del Ministerio de Salud, a la que se ha negado el Presidente de la República y el Ministro de salud aludiendo materias de seguridad nacional. Recuerdo el incalificable suceso de hace dos días en el que robaron computadores y documentos precisamente de la SEREMI de salud, que está en el paseo Bulnes, lugar con custodia policial y Militar (pero además la oficina está en el quinto piso). Incalificable.

Bueno estas cosas forman parte de la epidemiología política y hay que tomarlas en cuenta, no sólo hay racionalidades en juego, sino elementos que afectan importantemente y que forman parte de hábitos y caracteres culturales. Elementos de racionalidades en algunos casos fragmentarias y elementos irracionales habitus patronal-autoritario.

El objetivo con el que me invitaron era provocar un diálogo creo que hay elementos hasta aquí para comenzar dicho diálogo, así que agradezco nuevamente a la revista y particularmente a Felipe Berríos Ayala, quien me ha invitado y cedo la palabra para que conversemos.

Referencias

- Knowless, Leighton & Stinson (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud*. LACRSS, iniciativa de reforma del sector Salud.
- Inerarity y Colomina (2020). “La verdad en las democracias algorítmicas”. *Revista CIDOB d’Afers Internacionals*, n° 124, pp. 11-23.
- Tello (2019). *Tecnología, Política y Algoritmos en América Latina*. Cenaltes, Viña del Mar.
- Morales Casetti (2014). “Nueva Gestión Pública en Chile: Orígenes y efectos”. *Revista de ciencia Política*. Vol 34, N° 2, pp. 417-438.
- Subsecretaria de redes asistenciales. “Protocolo de referencia para correcto uso de equipo de protección personal en pacientes sospechosos o confirmado de COVID19” Circular C37 N° 1, 18 marzo 2020.
- Colegio Médico de Chile. *Catastro de Elementos para Protección Personal*. 30 de marzo 2020-.