

Después del COVID 19 seremos como siempre, pero de otra forma. Trazar continuidades para erigir un hito

*After COVID 19 we will be as always, but in a different way. Plot
continuities to erect a milestone*

Jimena Carrasco Madariaga*
Universidad Austral de Chile
jimenacarrasco@uach.cl

DOI: 10.5281/ZENODO.4060113

Recibido: 15/08/2020 **Aceptado:** 05/09/2020

Resumen: Se pone en cuestión la categoría de hito que se utiliza con frecuencia para hacer referencia a la pandemia por COVID 19 para proponer que el uso de esta categoría más bien es lo que va generando una distinción entre un tiempo pasado o un antes y un tiempo futuro o un después. Se propone que la posibilidad de que esto se haya erigido como un hito está dada por procesos que se mantienen tanto a nivel global como a nivel local, aun cuando lo que permite la aparición de hechos inéditos para el sistema de salud chileno es justamente, la necesidad de articular sus acciones y racionalidades marcadamente neoliberales con lógicas globales. Se puntualiza en la penetración de entramados tecnológicos y biopolíticos en las formas de vida de la población a nivel mundial y en las nociones respecto de cómo se debe vivir, y en la matriz colonial del saber / poder que está a la base de la concepción histórica del sistema mundo.

Palabras clave: Pandemia, Chile, Regímenes de vitalidad, colonialidad.

Abstract: The milestone category that is frequently used to refer to the COVID 19 pandemic is called into question to propose that the use of this category is rather what generates a distinction between a past time or a before and a future time or an after. It is proposed that the possibility that this has been erected as a milestone is given by processes that are maintained both globally and locally, even though what allows the appearance of unprecedented events for the Chilean health system is precisely the need to articulate its actions and markedly neoliberal rationalities with global logics. It is specified in the penetration of technological and biopolitical frameworks in the ways of life of the population worldwide and in the notions regarding how to live, and in the colonial matrix of knowledge / power that is at the base of the historical conception of the world system.

Keywords: Pandemic, Chile, Vitality regimes, coloniality.

* Chilena. Terapeuta Ocupacional por la Universidad de Chile, Magister y Doctora en Psicología Social Universidad Autónoma de Barcelona, España. Sus líneas de investigación están orientadas al análisis de los dispositivos de salud, con especial énfasis en aquellos denominados reformistas en salud mental, desde perspectivas críticas, tales como los Estudios de gubernamentalidad, Teoría del Actor-Red y conocimientos situados. Profesora Auxiliar de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7073-1592>

1. Introducción

Desde el inicio de las medidas adoptadas por el gobierno y por los ciudadanos a propósito de la epidemia por COVID-19, me parece que estamos asistiendo a la instauración de un hito histórico que, como tal, nos remite a un límite claro entre lo que han sido nuestras formas de vivir en el pasado y lo que deberán ser en futuro. Expresiones tales como “el mundo no volverá a ser el mismo” o “ya nada volverá a ser como antes” se escuchan cada vez con mayor frecuencia entre intelectuales, científicos, políticos, entre otros.

En el presente trabajo me propongo mirar el fenómeno de la epidemia por COVID 19 en un sentido distinto, es decir, más que como un hito que marcará un antes y un después, como un evento que cobra este carácter (de hito) en la medida en que se articula con procesos específicos previos, tanto a nivel global como a nivel local. Respecto del nivel global me referiré específicamente a la globalización de entramados tecnológicos y biopolíticos¹ y a la matriz colonial de las relaciones de saber / poder presente en la comprensión del sistema mundo². Respecto del nivel local, me referiré en especial a una cierta y característica lógica de gobierno neoliberal en el sistema de salud del Chile actual³.

Para ello, utilizo el concepto de regímenes de vida⁴ como una herramienta conceptual para el análisis de las configuraciones provisorias y situadas que adoptan las formas de razonamiento moral en situaciones críticas en los contextos actuales. Este marco (de regímenes de vida) surge de prácticas etnográficas en salud, campo al que me declaro próxima en función de los trabajos de investigación que he realizado en los últimos años. Más específicamente, mi trabajo de investigación se ha desarrollado entorno a las transformaciones que se han dado en Chile, a partir de los

¹ LAKOFF, A.; COLLIER, S. J. *On regimes of living. Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, Oxford and Carlton: Blackwell Publishing, 2005, p. 22-39.

² CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón (editores) *El airo decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre Editores, Bogotá, 2007

³ CARRASCO, Jimena; MEDINA, Sebastián. “El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2019, vol. 28, p. e280424.

⁴ LAKOFF, A.; COLLIER, S. J. *On regimes of living*.

años 90's en los sistemas de salud en general, y de salud mental y psiquiatría en particular.

Para el análisis de estos fenómenos me posiciono en perspectivas críticas de investigación⁵ que se nutren fuertemente del trabajo de Michel Foucault, en especial de las categorías desarrolladas por el autor, tales como biopolítica⁶ y gubernamentalidad⁷. Desde esta perspectiva he realizado investigaciones de corte etnográfico en distintos dispositivos de salud, a partir de lo cual he podido constatar y dar cuenta de procesos de transformación tanto del objeto de gobierno como de las lógicas de gobierno en salud, que sólo son posibles por la mediación de las nuevas tecnologías de la información.

En primer lugar, estas transformaciones tienen que ver con la incorporación de lógicas de gestión a los procesos de salud que terminan por modificar las prácticas en el sector y sobreponer principios tales como el control de los procesos y el análisis de costo y efectividad, a las lógicas de la epidemiología tradicional⁸. En segundo lugar, estas transformaciones se vinculan a mutaciones en las formas de control sobre ciertas personas y grupos que tradicionalmente han sido objeto de instituciones disciplinares. Estos cambios van acompañados de relatos épicos que instalan la idea del fin de las formas de control y opresión sobre dichas personas y grupos, exaltando la libertad como valor, con lo cual también propician estrategias liberales de gobierno, orientadas no sólo a estas personas y grupos, sino que a la población en general⁹.

5 MONTENEGRO, Marisela; PUJOL, Joan; VARGAS-MONROY, Liliana. "Miradas, formas de hacer y relaciones en la constitución de una investigación crítica". *Universitas Psychologica*, 2015, vol. 14, no 5, p. 1833-1851.

6 FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la biopolítica*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.

7 FOUCAULT, Michel. *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2006.

8 CARRASCO, Jimena; MEDINA, Sebastián. "El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario".

9 CARRASCO, Jimena; ARRUDA LEAL FERREIRA, Arthur. "Las reformas psiquiátricas brasileña y chilena y la gestión por la libertad. Una historia en los modos de gobierno en las prácticas vinculadas a salud mental". En FOLLEGATI, Luna y KARMY, Rodrigo (editores). *Estudios en gubernamentalidad. Ensayos sobre poder, vida y neoliberalismo*. Communes, Viña del Mar, 2018.

Además, a partir las investigaciones realizadas he podido constatar que, si bien las herramientas conceptuales desarrolladas por Foucault resultan útiles para el análisis crítico de los actuales procesos de transformación en los sistemas de salud en Chile, requieren de la consideración de aspectos contextuales propios de la realidad social e histórica. Más específicamente, requieren considerar que, los procesos por los cuales se configuraron las verdades en nuestro presente no son exactamente los mismos que analiza Foucault para el caso del surgimiento de la razón del estado moderno en Europa y, por lo tanto, requieren considerar otros elementos, dentro de los cuales creo, resulta fundamental el factor colonial, entendido como el patrón de relaciones de poder y saber a la base del surgimiento de nuestros estados nacionales y sus instituciones¹⁰; ¹¹.

Por ello, además del concepto de regímenes de vida, incorporo al análisis la matriz colonial del saber/poder¹² que ha caracterizado el desarrollo de nuestra comprensión del sistema mundo.

Entonces, desde la noción de regímenes de vida¹³ asumo que, el escenario en el cual hace su aparición la epidemia por COVID 19 en Chile, tiene como actor relevante un sistema de salud caracterizado por la penetración del entramado tecnológico, entendiendo este, no como un actor neutral, sino que como un conjunto de tecnologías de gobierno que han modificado las prácticas del sector con base en una marcada lógica liberal y neoliberal.

A partir de lo antes señalado quisiera proponer la tesis que antes he enunciado: la epidemia por COVID 19 que se ha presentado como un hito histórico, justifica la implementación de medidas por parte de las autoridades que resultan inéditas para el sistema de salud chileno. Estas medidas que, en otro contexto habrían resultado impensables, creo, han adquirido condiciones de posibilidad debido a que articulan las particularidades del sistema chileno con la dimensión global del fenómeno.

¹⁰ CARRASCO, Jimena. “Interventores en salud mental y psiquiatría como interfase en un orden colonial”. Sociedad Hov, 2013, no 25, p. 79-95.

¹¹ CARRASCO, Jimena. “El zapato de Cenicienta: Otra versión de los inicios de la psiquiatría en Chile”. Revista de historia de la psicología, 2018, vol. 39, no 1, p. 24-30.

¹² CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón. *Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Siglo del hombre editores, 2007.

¹³ LAKOFF, A.; COLLIER, S. J. *On regimes of living*.

A partir de la aparición de la epidemia por COVID 19 hemos visto cómo se ha instalado una forma de pensar sistemas de salud muy diversos como un campo homogéneo de acciones y medidas posibles de comparar, lo cual creo, se relaciona con la globalización del entramado tecnológico y biopolítico, por el cual, el asunto de la vida de la población se ha tornado un asunto, ya no sólo de los gobiernos nacionales, sino que una preocupación a nivel mundial. Esto, ha llevado a las autoridades locales a una comprensión del problema que, en tanto global, no está exenta del patrón de relaciones de poder y de dominación del colonialismo moderno¹⁴, es decir, de las formas de conocer y de ser, que permiten y mantienen el patrón de relaciones de poder que surgió en el orden colonial y que hasta el día de hoy reconfiguran elementos tanto a nivel global como local.

2. Regímenes de vida y lógicas de gobierno en el sistema de salud chileno:

Desde el campo de la etnografía en dispositivos de salud la noción de regímenes de vida busca articular dominios diversos (ciencias de vida, planificación urbana, administración y finanzas, entre otros) que van quedando anudados cada vez más frecuentemente por la cuestión de ¿cómo se debe vivir? Y por técnicas, prácticas y racionalidades que apuntan a responderla¹⁵.

El análisis de esta cuestión en la actualidad acarrea una crítica a discusiones contemporáneas que, a pesar de hacerse en un contexto muy distinto, suelen asentarse en un tipo de razonamiento ético que remite a teorías y prácticas propias de un contexto muy distante para responder a la pregunta ¿cómo se debe vivir? Más específicamente, los regímenes de vida visibilizan las brechas entre las concepciones clásicas y contemporáneas, así como sus implicancias para el razonamiento ético en dos sentidos; la razón técnica y la biopolítica.

A modo de una breve contextualización, me referiré a ambos sentidos: por un lado, la razón técnica en la modernidad se ha disociado de la configuración del sujeto ético; a diferencia de la lógica aristotélica que sentó, en gran parte, las bases a la ética

¹⁴ QUIJANO, Anibal. "Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America". *International Sociology*, 2000, vol. 15, no 2, p. 215-232.

¹⁵ LAKOFF, A.; COLLIER, S. J. *On regimes of living*.

tradicional, en la modernidad, tal como advierte Weber¹⁶, la razón instrumental ha permitido el desarrollo de la técnica y su incorporación en la vida de los individuos, al mismo tiempo que la ha despojado de significación ética en los términos tradicionales. Esto no significa que la razón instrumental y la técnica no contengan una cierta lógica y, por tanto, una cierta moral, ya que, tal como advierte Foucault¹⁷ estas producen dominios de conocimiento experto que luego son también dominios de gobierno. A esto se refiere el autor cuando habla de tecnologías de gobierno, es decir, distintos medios por los cuales se expresa una determinada forma de conducir la conducta de los sujetos en la actualidad, con base en el saber experto. De este modo, tecnologías que se presentan como neutrales y escindidas de significación ética, tienen una acción sobre la configuración de la naturaleza del problema y finalmente, sobre las prácticas de gobierno para su abordaje, así como para el auto gobierno de los sujetos¹⁸.

Volviendo al caso de la epidemia por COVID 19 vemos cómo instrumentos de cálculo desarrollados en distintos ámbitos del saber experto, han sido utilizados para planificar medidas de gobierno que luego se han desplazado poco a poco hacia la cuestión de la población en general y finalmente hacia la cuestión de la subjetividad: usar o no usar mascarillas actualmente es un asunto de gobierno y auto gobierno que se sustenta, al menos en principio, en los fundamentos que entregan las evidencias científicas.

Por otro lado, respecto de la biopolítica¹⁹, desde el marco de los regímenes de vida se propone que no es posible dar por sentadas nociones éticas que se desarrollaron en el contexto de la política clásica para el análisis de la política contemporánea. Por ejemplo, la noción de “la buena vida” surgida en el orden político que remite a la Polis griega es propia del lugar de los ciudadanos que, tal como muestra Arendt²⁰, en la antigua Grecia eran quienes se habían liberado de todo lo concerniente a la mantención y reproducción de la vida misma. Esto pierde sentido en la actualidad

¹⁶ WEBER, Max. *Economy and Society*. University of California Press, Berkeley, 1978.

¹⁷ FOUCAULT, Michel. Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978).

¹⁸ INTRONA, Lucas D. “Algorithms, governance, and governmentality: On governing academic writing”. *Science, Technology, & Human Values*, 2016, vol. 41, no 1, p. 17-49.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la biopolítica*.

²⁰ ARENDT, Ana. *The Human Condition*. University of Chicago, Chicago, 1958.

porque, tal como describe Foucault, son justamente las condiciones de vida de la población, su mantención y reproducción los aspectos centrales que conciernen al Estado y, por tanto, a la política o, a lo que él denomina la biopolítica, mientras que el ciudadano de la Polis sólo se constituyó como sujeto ético cuando se liberó de estos aspectos.

De este modo, los regímenes de vida se entienden como configuraciones provisorias y situadas que otorgan esquemas coherentes de razonamientos y prácticas en situaciones problemáticas para dar respuesta a la cuestión de cómo vivir. No tienen la estabilidad de un régimen político ni pretenden brindar soluciones definitivas, por lo que no suelen configurar políticas, aun cuando se articulan con normas más estables de razonamiento, las cuales les proveen algún tipo de justificación más cercana a una ética tradicional. Pese a esta articulación, los regímenes de vida suelen tener una relación tensa con la “buena vida” generando nuevos problemas éticos. Una de las razones de esta tensión es que la vida en cuestión no es necesariamente la de un ciudadano ni la de un sujeto racional en sentido estricto.

Volviendo a la epidemia de COVID 19, esta se ha representado en Chile, así como en otros países, como una curva ascendente de contagios cuyo punto de desborde coincide con el colapso del sistema sanitario. Estas representaciones, así como el insistente llamado a “aplanar la curva”, tal como sugiere Carvajal²¹ configuran la pandemia como un ente que, al mismo tiempo que posee existencia propia, puede ser manipulado en función de evitar el colapso del sistema sanitario, independiente de las características de dicho sistema. Ante esto, considero pertinente hacer algunas precisiones respecto del sistema en cuestión, es decir, el sistema de salud chileno.

Lo primero que habría que decir es que nuestro sistema de salud, a diferencia de lo que ocurre en España o Italia, países que fueron presentados como el futuro que se nos avecinaba, es un sistema mixto, es decir, no es un sistema universal: hay un sistema privado que atiende aproximadamente al 20% de la población y un sistema público que atiende al restante 80%, correspondiente a quienes tienen menores recursos²². También habría que decir que esta configuración mixta del sistema ha

²¹ CARVAJAL, Yuri. “Paradojas de una crisis mecánicamente ventilada”. En *Disenso. Revista de pensamiento político*, nº1. Colectivo Disenso. Santiago de Chile, 2020.

²² URRIOLOA, Carlos, et al. “La reforma de salud chilena a diez años de su implementación”. *salud pública de méxico*, 2016, vol. 58, p. 514-521.

permitido la generación de un mercado de la salud que desde su creación en la década de los años 80 ha generado importantes utilidades al sector privado, donde cotizan las personas con mayores recursos y con menor carga de enfermedad. Luego cabe preguntarse ¿Cuál es el sistema que debemos evitar que colapse?

Al respecto, una de las primeras medidas adoptadas por las autoridades chilenas en salud fue centralizar el control de la gestión de todos los recursos del sector (tanto del sistema público como privado) para la atención de las personas afectadas por el COVID 19. Esta medida, inédita desde la creación del actual sistema de salud chileno, contradice una de las premisas consagradas en la constitución y constantemente invocada por las autoridades; el derecho a la libre elección y al libre mercado en el sector. Pues bien, esta medida en gran parte fue el resultado de la influencia de expertos en el tema que plantearon, con base en el funcionamiento de sistemas universales de salud que, una de las principales dificultades del sistema de salud chileno para responder de forma eficiente a la emergencia era su segmentación, es decir, la coexistencia de distintos sistemas que hacían imposible un control centralizado tanto de la información como de los recursos disponibles. De este modo, se privilegió el control del sistema por parte del gobierno por sobre la libertad de elección y de mercado.

Teniendo en cuenta el desbalance entre ambos sistemas (público y privado) respecto de los recursos disponibles por número de personas, se hace evidente que esta medida buscó evitar el colapso del sistema público de salud. Por ello, en este trabajo me centraré en este.

Lo segundo que habría que decir, sin entrar en el tedioso detalle de las cifras (número de personas que han muerto en listas de espera por no recibir atención, porcentaje del presupuesto destinado al sistema público de salud, entre otros), es que el sistema público de salud chileno, nuevamente, a diferencia de lo que ocurre en España o Italia, ha estado colapsado desde hace más de 40 años, pese a las distintas políticas que se han implementado en los distintos gobiernos post dictadura cívico militar.

Dentro de estas políticas me referiré a la que considero, ha significado un cambio más radical respecto de la lógica de gobierno: el Plan de Garantías Explícitas en Salud (GES). Este, estableció un sistema de priorización en la atención, justamente como estrategia para afrontar el colapso: es decir, asumiendo que no era posible dar

respuesta a todos los problemas de salud de la población, se estableció un sistema de priorización para responder de forma eficiente a ciertos grupos. ¿Cómo se estableció cuáles serían esos grupos prioritarios? Con base en un sofisticado algoritmo cuyo principal factor es el indicador AVISA: Años de vida productivos saludables²³.

De este modo, el dilema que, como hemos visto, han debido enfrentar sistemas sanitarios como el español o el italiano respecto de a quién conectar al último ventilador mecánico disponible en un contexto de colapso del sistema sanitario, en Chile ya tenía antecedentes y propuesta de solución. Tal solución se expresa en una política de gobierno que data de 2004: se debe priorizar a quienes tienen mayores posibilidades de volver a ser productivos por un mayor periodo de tiempo.

Planteo que esta reforma significó un cambio radical respecto de las lógicas de gobierno, con base en distintas investigaciones que dan cuenta de que el GES implicó una traducción de la lógica sanitaria clásica (la epidemiología) a indicadores de gestión, inédita en los sistemas de salud pública²⁴, así como una reorganización de los sistemas sanitarios y de las prácticas en salud²⁵.

El plan GES además de leyes, implicó una serie de normas, protocolos y tecnologías que hicieron operativa una lógica de gobierno en salud que buscó gestionar un sistema en colapso permanente, sin pretender que saliera de esta situación, al mismo tiempo que buscó optimizar la vida productiva de la población.

Con base en investigaciones de corte etnográfico propongo que estas leyes, normas y tecnologías se articulan en la práctica con regímenes de vida en distintas situaciones. El caso más evidente lo podemos encontrar en los múltiples y habituales ajustes que realizan los equipos de salud para que un individuo que no cumple con todos los criterios requeridos pueda, de todos modos, entrar en el sistema de garantías. Estas prácticas constituyen configuraciones provisionarias y situadas de razonamiento moral en situaciones críticas, que lejos de oponerse al entramado tecnológico y biopolítico,

²³ URRIOLA, Carlos, et al. "La reforma de salud chilena a diez años de su implementación".

²⁴ CARRASCO, Jimena; MEDINA, Sebastián. "El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario".

²⁵ PARADA, Mario, et al. "Transformaciones del sistema de salud público post reforma AUGE-GES en Valparaíso". *Revista Chilena de Salud Pública*, 2014, vol. 18, no 2, p. 127-139.

se articulan con éste de forma contingente sin la pretensión de otorgar soluciones definitivas, ni reconfigurar la política, aun cuando pueden implicar una relación tensa con esta.

La lógica de gobierno en salud que implementó el plan GES pueda quizá explicar por qué en Chile no hemos visto en los medios de comunicación a profesionales y técnicos de la salud llorando como en España e Italia: el motivo del llanto en estos países de Europa tenía que ver con tener que decidir a quién conectar al último ventilador mecánico disponible, situación que, en Chile, aun cuando las tasas de contagio y de mortalidad han llegado a ser incluso mayores que las de estos países, no ha ocurrido.

Esto no quiere decir que no se hayan tomado decisiones respecto de quién accede y quien no a un tratamiento, puesto que esas decisiones están a la base del sistema de salud chileno desde hace años. La diferencia quizá se dé porque, en el caso chileno, tanto profesionales y técnicos de la salud como los usuarios del sistema hemos incorporado una lógica de toma de decisiones previas a la última alternativa terapéutica.

En los últimos días hemos visto cómo, a partir de la acusación constitucional contra el ex ministro de salud Jaime Mañalich, se ha vuelto a plantear la comparación entre los resultados obtenidos en Chile respecto de lo ocurrido en España e Italia. En esta comparación se plantea como un hecho clave —que avala las medidas adoptadas por las autoridades chilenas— el que nunca haya llegado a colapsar el sistema, como ocurrió en los países europeos antes mencionados. Cabe señalar que al decir esto, a lo que se refiere el ex ministro y sus defensores es a que nunca se agotó la última cama de atención a pacientes críticos, es decir, las llamadas camas UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y los medios de ventilación artificial.

Sin embargo, la cantidad de muertos por número de habitantes a la fecha en nuestro país es mayor que la de los tan mencionados países, si de comparaciones se trata: España e Italia. ¿Cómo se explica esto? Pues bien, un dato relevante en este sentido es que, del total de muertos a la fecha por COVID 19, sólo la mitad llegó a estar hospitalizados. Es decir, nunca se colapsó el sistema de atención de pacientes críticos, pero casi la mitad de los muertos nunca llegó a ser atendido en dicho

sistema²⁶. ¿Cuáles fueron las razones por las cuales casi la mitad de quienes han muerto por COVID 19 en Chile nunca llegó a utilizar las últimas alternativas terapéuticas? Es una pregunta que, sin duda, requiere de mayores investigaciones, pero que, para ser respondida, creo, debe considerar la lógica del sistema que ya se había instaurado previo a la pandemia.

3. Reversión de la lógica de priorización ante el colapso de otros sistemas sanitarios

Las medidas adoptadas en el marco de la epidemia por COVID 19 quisiera platear, de alguna manera revierten la lógica de gobierno que instauró el plan GES. De hecho, producto de la emergencia, a principios de abril entró en vigor un decreto por el cual las garantías de oportunidad para todos los problemas de salud incluidos en el plan GES quedaron suspendidas por un mes y con posibilidad de prórroga por otro mes. Dicho sea de paso, esto no eliminó el cobro del porcentaje extra de cotizaciones a los afiliados del sistema privado de salud que se impuso por la entrada en funcionamiento del plan GES. Pero volviendo a mi planteamiento, lo que me interesa es que esta suspensión, en la práctica, ha significado dejar a un gran número de personas en edad productiva y con altas probabilidades de volver a ser productivos sin la atención requerida para ello, al menos en los plazos establecidos como mínimos para evitar mayores pérdidas de años de vida productiva saludable. Y esto se ha hecho para que todos los recursos del sistema de salud puedan ser puestos a disposición de las personas afectadas por el COVID 19, que, en su mayoría, como sabemos, son adultos mayores.

¿Cómo se puede comprender este revés en una política de gobierno que ha sido exitosa tanto por proveer mayor acceso a los servicios públicos de salud, así como en la optimización en la gestión de sus recursos? Esto, sin dejar de mencionar la generación de un mercado privado de la salud que genera millonarias utilidades y que ha implicado un traspaso permanente de recursos públicos²⁷. Resulta, al menos

²⁶ TAPIA SAN CRISTOBAL, Alan. "COVID-19: la mitad de los muertos nunca estuvieron hospitalizados". En *El Mostrador*, disponible en: https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2020/09/16/covid-19-la-mitad-de-los-muertos-nunca-estuvieron-hospitalizados/?fbclid=IwAR1s2tZsbvPOdhL8T8VYFMh0b_ZyadpNSSBZivEmLZef1czA4dpz_4OnvoA

²⁷ MERINO, Claudio. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. Una aproximación histórica desde los*

extraño que un gobierno con una clara orientación de política neoliberal haya adoptado tan rápido medidas como la que antes he mencionado.

Si somos bien pensados, podríamos atribuir estas medidas a una preocupación de la autoridad por la vida de las personas y en especial de los adultos mayores, tal como se ha expresado en el discurso público. Sin embargo, desde una perspectiva crítica de investigación, como la que me anima, creo que es necesario mirar con un mayor grado de sospecha este revés.

Sería muy pretencioso intentar dar una respuesta definitiva a la pregunta antes esbozada, sin embargo, quisiera señalar dos elementos que pueden aportar ciertas luces. El primero es el hecho de que en Chile se haya presentado lo que ocurría en España e Italia como el futuro al que nos dirigíamos inevitablemente de no mediar acciones drásticas. Este discurso obvió por completo las diferencias entre los sistemas sanitarios de los países europeos y el chileno. Si bien en los países europeos en cuestión ha habido recortes importantes en salud en los últimos años, estos sistemas mantienen elementos propios del estado de Bienestar que en Chile nunca llegaron a constituir una razón de Estado²⁸.

Pero, además, se obviaron otros aspectos centrales si de predecir el curso de una epidemia mundial se trata, como el marco conceptual sobre los determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud²⁹. Según este marco, los problemas de salud de la población no dependen exclusivamente de factores biológicos sino que, en gran medida de las circunstancias materiales en que viven las personas, tales como vivienda, disponibilidad de alimentos, condiciones de trabajo, etc.³⁰. Este marco ha sido bastante certero en sus predicciones respecto de lo que ha

Cuadernos Médicos Sociales, 1960-1998. Editorial Universidad de Los Lagos, Osorno, 2016.

²⁸ ILLANES, María Angélica. *En Nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia... Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880-1973*. Colectivo de Atención Primaria, Santiago de Chile, 1993.

²⁹ GALLARDO, Pilar. "COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán". *Enfermería Clínica*, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.020>.

³⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, 2010.

ocurrido con la epidemia de COVID 19: las mayores tasas de prevalencia y de mortalidad se dan en los grupos que viven en situaciones materiales más precarias³¹.

La pregunta que, considero cabe hacerse ante las inéditas medidas adoptadas por las autoridades chilenas es ¿cómo fue posible que tomara tanta fuerza el sistema ficcional que puso el devenir de la pandemia en España e Italia como el futuro que se nos avecinaba?

Considero que un elemento clave para responder a esta cuestión es la matriz colonial del saber/poder³² que ha caracterizado el desarrollo de nuestro estado nación. Esto, permitiría explicar, en parte, la potencia que adquirieron en los medios de comunicación las imágenes de lo que ocurría en España e Italia como predicciones del futuro al que nos enfrentaríamos en Chile. Estas mismas imágenes presentadas como un símil de lo que nos ocurriría, llevaron a que desde la ciudadanía se exigiera a las autoridades tomar medidas cada vez más drásticas de restricción de derechos.

Lo anterior se conjugó con el segundo elemento al que me referiré: la baja histórica de aprobación del gobierno y la consecuente crisis de legitimidad, que gatilló el estallido social que precedió a la pandemia.

Respecto de la matriz colonial de saber/poder, tal como señala Castro-Gómez³³ esta se relaciona con las lógicas de mundialización que contienen en sus bases la expansión de Europa por la colonización de América. Dicho proceso de expansión colonial le significó a Europa quedar en el centro de las rutas comerciales, lo que habría posibilitado que el sujeto europeo se pensara a sí mismo como habitante del centro del mundo. Esto, sumado al ejercicio colonizador por el cual fue necesario construir discursivamente al otro colonizado como una entidad susceptible de ser conocida, clasificada y controlada y por tanto, despojada del lugar de enunciación³⁴, habría configurado las reglas de verdad propias de la ilustración, es decir, las reglas

³¹ SMITH, James A.; JUDD, Jenni. "COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a Pandemic". En *Health Promot J Austral*, vol. 31, nº 2, Australian Health Promotion Association, Sydney, 2020.

³² CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón. *Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*.

³³ CASTRO-GÓMEZ santiago. *La (pos) colonialidad explicada a los niños*. Editorial Universidad del Cauca, Instituto Pensar, Universidad Javeriana, Bogotá, 2005.

³⁴ SPIVAK, Gayatri. "Can the subaltern speak?: speculations on widow- sacrifice". En *Wedge*, vol. 7, nº 8, 1985.

por las cuales se invisibilizó el origen de la forma de ser y conocer de la Europa colonial, y que luego de hacer invisible su origen, se presentaron como formas de ser y de conocer que no se explican por el lugar desde donde se producen. Este truco habría hecho posible pensar que es posible conocer desde un punto de observación que no está en ningún lugar, es decir, habría creado la posibilidad de un conocer objetivo.

Me interesa la matriz colonial de saber/poder en tanto ésta permite proponer un cambio en las interpretaciones que habitualmente se dan a la colonización de América y la ilustración: ambos procesos no serían fenómenos aislados ya que, la idea de un punto neutral de observación, central en el surgimiento del proyecto ilustrado y la modernidad, habría surgido por las condiciones que posibilitó el proceso de colonización de América³⁵. La ilustración, por tanto, no habría más que transformado en discurso una idea que se origina en la experiencia colonizadora y en consecuencia, la expansión colonial de Europa sería constitutiva de los supuestos epistémicos de la Modernidad. A esta constitución de la Modernidad, que tiene como eje la colonialidad, es a lo que Quijano y Wallerstein han denominado modernidad/colonialidad.

Pero lo que me interesa especialmente para los propósitos de este trabajo es que, como resultado de la modernidad/colonialidad, la ilustración europea se ha presentado como el punto más alto en un proceso lineal de desarrollo. Este momento sólo se habría podido alcanzar por medio de la adquisición de las formas de conocer de la modernidad. A partir de este supuesto, durante el siglo XVIII el resto del mundo se pensó como momentos anteriores en una línea temporal de adquisición de la razón moderna y de este modo, la construcción histórica del sistema mundo, se ha planteado como un despliegue, primero de la civilización, y luego, de la modernidad desde el centro (Europa) a las periferias.

Retomando la pregunta antes planteada respecto de cómo ha sido posible un revés en la lógica de gobierno que materializó el plan GES, propongo que, el hecho de que la epidemia por COVID 19 se haya desplegado a nivel mundial desde oriente a occidente y en especial, que se haya propagado desde Europa a América, puede

³⁵ QUIJANO, Aníbal; WALLERSTEIN, Immanuel. "Elementos del desarrollo, la Americanidad como concepto o América en el moderno sistema mundial". *Rics*, 1992, vol. 134, p. 583-591.

haber activado la forma histórica de concebir el sistema mundo, que pone a Europa como el futuro al que nos dirigimos. En otras palabras, imaginemos que la epidemia se hubiese propagado al revés, es decir, desde América a Europa y luego preguntémosnos si acaso las imágenes de lo que ocurriría acá hubiesen tenido el mismo impacto en los países europeos que tuvieron las imágenes de esos países en Chile.

Además, este despliegue mundial de la epidemia se articula con el entramado tecnológico y biopolítico ya no de un lugar particular, sino de un sistema global que no se restringe a un sistema político ni a un territorio. En este sistema global, sin embargo, es necesaria una comprensión situada que, para el caso del contexto chileno, creo, no se puede disociar de la modernidad/colonialidad que se ha desplegado en la constitución del sistema mundo³⁶.

Lo que me interesa plantear es que lo que impera en las medidas que se han adoptado y aceptado en el contexto de la pandemia por COVID 19 en Chile son formas de razonamiento provisionales ante una situación crítica que permiten alinear a la población y al gobierno en una forma de razonamiento moral. En otras palabras, lo que quisiera proponer es que este cambio en la lógica de priorización ante el colapso del sistema público de salud es posible sólo en la medida en que es provisorio y que permite articular el entramado tecnológico y biopolítico global (incluyendo la dimensión de colonialidad) con una cierta coherencia para un accionar ético del gobierno que se alinea con el complejo ficcional que estructura la experiencia de la mayoría de la población, es decir, la convicción de que lo que ocurrió en España e Italia ocurrirá también en Chile.

Dicho de otro modo, haber seguido el guion neoliberal en el contexto chileno actual, esto es post estallido social y crisis de legitimidad del gobierno, sumado a la inmersión en el contexto global de una pandemia, que se despliega desde Europa a América y que permite ver lo que ocurre en Europa y su sistema de salud como algo asimilable a lo que ocurre en Chile, habría sido un suicidio político. De este modo, la sobre posición de todas las vidas al crecimiento económico es posible sólo en la medida en que es algo que no compromete una posición aristotélica, esto es, no otorga una conciencia unificada del orden correcto de los fines en la vida.

³⁶ QUIJANO, Anibal. "Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America".

4. Lo que se mantiene como continuidad:

En este régimen de vida, que emerge ante la pandemia por COVID 19, lo que se nos demanda como acción moral a cada uno de nosotros, así como se hizo en Europa, es que nos quedemos en casa, lavemos nuestras manos, mantengamos la distancia social, utilicemos mascarillas, entre otras medidas, para, de este modo, cuidar la salud de todos. Es decir, en este régimen de vida la acción que se sigue es una acción individual, pero en pos del bien común. Citando nuevamente a Carvajal³⁷ este razonamiento nos lleva a pensar que la Salud Pública en la actualidad aplica una lógica atomista, según la cual la salud de toda la población es el resultado de las acciones individuales de cada uno.

Este es, creo, el tipo de racionalidad que permite una continuidad entre la lógica de gobierno en salud que instauró en plan GES con los regímenes de vida que se expresan en las interpelaciones éticas y morales que se hacen desde las autoridades. Esto, porque el plan GES ante todo es un sistema de garantías individuales que, como tal, ha erosionado las nociones de comunidad y de acción colectiva que fueron las bases de las medidas de promoción y prevención en salud, territorio por excelencia de la salud pública. En su lugar, el plan GES ha instaurado una lógica de derechos individuales garantizados y de este modo, ha hecho proliferar protocolos de acción que remiten siempre al individuo, aun cuando a la base, tienen un cálculo de la población en su conjunto, que se basa en la capacidad productiva de los cuerpos.

Retomando lo expuesto anteriormente, considero que los regímenes de vida que emergieron en el micro campo de las acciones en salud, por los cuales, fue posible incorporar a ciertos individuos al plan de garantías, aun cuando no cumplían con todos los requisitos, tuvieron un efecto que se plasma en un cierto ideal, por el cual, todas las vidas que sea posible deben tener acceso a una atención que permita mantener la vida misma. Este ideal, sin embargo, se inscribió en un sistema siempre en colapso, que se sustenta en criterios de priorización que asumen que nunca se puede llegar a cubrir todas las necesidades de atención de todos los chilenos y que, quisiera proponer, ha permeado en las decisiones que se toman respecto de las acciones que se ejecutan en un individuo.

³⁷ CARVAJAL, Yuri. "Paradojas de una crisis mecánicamente ventilada".

CARRASCO MADARIAGA, Jimena. «Después del COVID 19 seremos como siempre, pero de otra forma. Trazar continuidades para erigir un hito». HYBRIS. Revista de Filosofía, Vol. 11 N° Especial Biopolíticas. Laboratorios Contemporáneos. ISSN 0718-8382, Septiembre 2020, pp. 55-73

De este modo, el sistema de salud pre y post pandemia no vislumbra siquiera la posibilidad de una salud que llegue a todos y que sea el resultado de una acción articulada colectivamente. Con base en acciones bien calculadas respecto de la optimización de los recursos, medidas individuales que consideran el cálculo de lo que ocurre con la vida de toda la población, incluso es posible asegurar, como lo ha hecho el ex ministro de salud chileno que somos más eficientes que España e Italia.

Referencias

- ARENDRT, Ana. *The Human Condition*. University of Chicago, Chicago, 1958.
- CARVAJAL, Yuri. “Paradojas de una crisis mecánicamente ventilada”. En *Disenso. Revista de pensamiento político*, nº1, Colectivo Disenso, Santiago de Chile, 2020.
- CARRASCO, Jimena. “Interventores en salud mental y psiquiatría como *interfase* en un orden colonial”. En *Sociedad Hoy*, vol. 25, Universidad de Concepción, Concepción, 2013.
- CARRASCO, Jimena. “El zapato de Cenicienta: Otra versión de los inicios de la psiquiatría en Chile” En *Revista de historia de la Psicología*, vol. 39, nº1, Sociedad Española de Historia de la Psicología, Madrid, 2018.
- CARRASCO, Jimena; MEDINA, Sebastián. “El Sistema Informático de la Reforma GES en Chile: una etnografía de dispositivos de gobierno sanitario”. En *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 28, nº 4, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Río de Janeiro, 2019.
- CARRASCO, Jimena; ARRUDA LEAL FERREIRA, Arthur. “Las reformas psiquiátricas brasileña y chilena y la gestión por la libertad. Una historia en los modos de gobierno en las prácticas vinculadas a salud mental”. En FOLLEGATI, Luna y KARMY, Rodrigo (editores). *Estudios en gubernamentalidad. Ensayos sobre poder, vida y neoliberalismo*. Communes, Viña del Mar, 2018.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago. *La (pos) colonialidad explicada a los niños*. Editorial Universidad del Cauca, Insituto Pensar, Universidad Javeriana, Bogotá, 2005.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramón (editores) *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Siglo del Hombre Editores, Bogotá, 2007.
- COLLIER Stephen J.; LAKOFF, Andrew. “On regimen of living”. En ONG, Aihwa; COLLIER, Stephen J. (editoress) *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Blackwell Publishing, Singapore, 2005.
- QUIJANO, Anibal. “Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America”. *International Sociology*, 2000, vol. 15, no 2, p. 215-232.
- QUIJANO, Aníbal; WALLERSTEIN, Immanuel. “Elementos del desarrollo, la Americanidad como concepto o América en el moderno sistema mundial”. *Rics*, 1992, vol. 134, p. 583-591.
- FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la biopolítica*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978)*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2006.

CARRASCO MADARIAGA, Jimena. «Después del COVID 19 seremos como siempre, pero de otra forma. Trazar continuidades para erigir un hito». HYBRIS. Revista de Filosofía, Vol. 11 N° Especial Biopolíticas. Laboratorios Contemporáneos. ISSN 0718-8382, Septiembre 2020, pp. 55-73

ILLANES, María Angélica. *En Nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia... Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880-1973*. Colectivo de Atención Primaria, Santiago de Chile, 1993.

INTRONA, Lucas D. "Algorithms, Governance, and Governmentality: On Governing Academic Writing". En *Science, Technology, & Human Values*, vol. 41, n°1, SAGE, internacional, 2016.

MERINO, Claudio. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. Una aproximación histórica desde los Cuadernos Médicos Sociales, 1960-1998*. Editorial Universidad de Los Lagos, Osorno, 2016.

MONTENEGRO, Marisela; PUJOL, Joan; VARGAS-MONROY, Liliana. "Miradas, formas de hacer y relaciones en la constitución de una investigación crítica". En *Universitas Psychologica*, vol. 14, n° 5, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 2015.

PARADA, Mario; REYES, Carolina; CUEVAS, Katherine; ÁVILA, Antonio; LÓPEZ Paulina; CARRASCO, Valeria; MORAGA, Fabián; GONZÁLEZ, Juan Francisco; RIQUELME, Pedro; LLANCAPICHUN, Libny. "Transformaciones del sistema de salud público post reforma AUGE-GES en Valparaíso". En *Revista chilena de Salud Pública*, vol 18, n° 2, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2014.

SMITH, James A.; JUDD, Jenni. "COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a Pandemic". En *Health Promot J Austral*, vol. 31, n° 2, Australian Health Promotion Association, Sydney, 2020.

SPIVAK, Gayatri. "Can the subaltern speak?: speculations on widow- sacrifice". En *Wedge*, vol. 7, n° 8, 1985.

TAPIA SAN CRISTOBAL, Alan. «COVID-19: la mitad de los muertos nunca estuvieron hospitalizados». En *El Mostrador*, disponible en: https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/columnas/2020/09/16/covid-19-la-mitad-de-los-muertos-nunca-estuvieron-hospitalizados/?fbclid=IwAR1s2tZsbvPOdhL8T8VYFMh0b_ZyadpNSSBZivEmLZef1czA4dpz_4OnvoA.

URRIOLA, Carlos; INFANTE, Antonio; AGUILERA, Ismael; ORMEÑO, Héctor. "La reforma de salud chilena a diez años de su implementación". En *Salud pública de México*, vol. 58, n° 5, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Cuernavaca, 2016.

WEBER, Max. *Economy and Society*. University of California Press, Berkeley, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva, 2010.