

VERDAD, ESPECULACIÓN Y BIOPOLÍTICA¹

Jorge Castillo Sepúlveda
Mariana Cálvez-Ramírez
Fernanda Bywaters-Collado

Estamos forzados, condenados,
a confesar la verdad o a encontrarla
Michel Foucault (2002)

La noción de biopolítica en el trabajo de Michel Foucault (1976, 1999, 2002, 2007) da cuenta de un importante quiebre en el orden de la política, estableciendo una nueva escala de gobierno sustentada en nuevas prácticas de conocimiento: “la entrada del fenómeno peculiar de la vida de la especie humana en el orden del conocimiento y el poder, en la esfera de las técnicas políticas” (Foucault, 2002, pp. 141-142). Tal relación con el conocimiento implica una disociación y abstracción de la vida de sus barreras físicas concretas, inscribiéndola en un nuevo campo de pugnas epistémicas. Es a través del conocimiento sobre la vida –su producción, legitimación y aplicación– que la biopolítica adquiere una dimensión ubicua fundamental y la distancia de otras tecnologías de gobierno descritas por el autor.

El objeto de la biopolítica no remite a los humanos singulares, sino a sus cualidades biológicas, medidas y agregadas a nivel de las poblaciones (Foucault, 2002, 2007; Rabinow & Rose, 2006). Ello hace posible definir normas, establecer estándares, elaborar y distribuir parámetros e índices, así como determinar valores medios. Como resultado, la vida deviene un factor independiente, objetivo y medible, así como una realidad colectiva. Pero asimismo adquiere dimensiones bastante concretas: tal conocimiento implica poder extraer un saber que termine por producir discursos sobre el sí mismo, las condiciones de existencia, el cuerpo, y sus modos de expresión, es decir, definir modos de gubernamentalidad (Foucault, 2006; Lemm & Vatter, 2014).

Desde esta perspectiva, la naturaleza no corresponde a un substrato sobre el cual se aplican ciertas y diversas prácticas de gobierno, sino aquello que se produce

1 Una versión modificada de este trabajo se encuentra publicada en *Saúde e Sociedade*, 31(1).

y que es correlativo a tales prácticas (Lemke, 2011). La noción de biopolítica refiere así a la emergencia de un conocimiento específico que depende de nuevas disciplinas, como la estadística, la demografía, la epidemiología y la biología y la modulación de nuevas formas de relación con el sustrato biológico de nuestras vidas. Tales disciplinas hacen posible analizar los procesos de la vida y verter tal información sobre colectivos e individuos.

Lo anterior pasa necesariamente por una cierta economía de los discursos de verdad: “El poder nos somete a la producción de la verdad y sólo podemos ejercer el poder por la producción de la verdad” (Foucault, 2002, p. 34). La biopolítica expone un escenario de planteamientos sobre cómo producir la verdad, cuáles son las grillas de verdad, los enunciados o proposiciones comprensibles, y los efectos de tales sobre la vida. Es en este punto que cualquier formación de conocimiento adquiere también la capacidad de poder remitir a ordenamientos del mundo, clasificaciones de lo legítimo y lo ilegítimo, y, en definitiva, dar cuenta de la ligazón entre la verdad y el poder.

En este trabajo se recoge la mencionada relación entre biopolítica y conocimiento, abordando un caso específico de producción de saberes para en la formulación de tecnologías de gobierno aplicados al ámbito de la salud en Latinoamérica. Para ello, se considera como caso de estudio una de las más recientes e importante reforma en salud en Chile, emergente a mediados de los años 2000 como parte de un complejo entramado económico, legal y epistémico: el Régimen de Garantías Explícitas en Salud o GES (Ministerio de Salud de Chile, 2004). Este sistema se formula específicamente en el año 2004 como “un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres [sistemas de seguros público y privado]” (Superintendencia de Salud de Chile, 2020, párr. 2), siendo parte de un proceso intencionado y sostenido de estructuración progresiva de nuevos cánones sobre la salud en el país, que ha implicado considerar: (a) las articulaciones variables entre el Estado y el mercado; (b) la descentralización de los servicios; (c) la función de los derechos de los pacientes; y (d) el papel de la salud pública (Ferrer, 2004).

El GES ofrece como un caso especial para abordar las relaciones entre saber y biopolítica, en tanto: (a) se formula a partir de procesos de producción y evaluación masiva de información, para considerar el estado y cualidades de ciertos procesos biológicos y su incidencia en la longevidad de la población; (b) en su implementación, se ha establecido un compromiso explícito con modalidades epistemológicas específicas. La Medicina Basada en la Evidencia (*Evidence-Based Medicine o EBM*) soporta un esquema tanto para el establecimiento de parámetros, prácticas, tecnologías y temporalidades de atención, como también para el diseño de las normativas en sí mismas (Letelier & Moore, 2003); (c) el GES emerge en un escenario económico y político específico, que ensambla una serie de disposiciones

legales y materiales a fin de articular nuevas modalidades de gobierno, en base a la participación pública y privada.

Un rasgo característico de este modo de producción de evidencia se relaciona con un tipo particular de procesos de numeración y una retórica identificable, cuyo núcleo consiste en la construcción de ciertos tipos de objetos con los que se interactúa. La base de esta formulación está vinculada a la elaboración de conglomerados de datos cuya presentación final proporciona una probabilidad (o improbabilidad) de formar parte de un sector o segmento de la población con un determinado rasgo biomédico. Este tipo de “objeto especulativo” apunta a varias implicancias en cuanto a la definición de las entidades biomédicas y su relación con las políticas implicadas para su gestión, al estar vinculadas con -y ser resultado de- una cúmulo de disposiciones materiales sensibles para la producción de salud. Creemos que este modo de producción de objetos de la biomedicina tiene importantes consecuencias para la experiencia de los aspectos cotidianos de la vida misma.

LA EPISTEME DEL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD.

A comienzos del siglo XXI se inició en Chile una serie de procesos intencionados, sostenidos y sistemáticos de modificaciones en la estructuración del servicio de salud, que ha implicado la movilización y reorganización de diversos recursos de índole normativa, económica y epistémica (Bastías & Valdivia, 2007; Grau-Solés et al., 2010; Lenz, 2007). Ello supuso la constitución de todo un entramado de tecnologías de medición tanto de aspectos propiamente epidemiológicos, como biomédicos y relativos a la posición de los sujetos en el sistema, recogiendo discusiones al respecto en el ámbito internacional, y los desarrollos mencionados de la EBM (Infante & Paraje, 2010; Valdivieso & Montero, 2010).

La denominada “Medicina Basada en la Evidencia” (EBM) ha supuesto la reorganización de una serie de supuestos y actividades bastante concretas en relación a la concepción del conocimiento y actos legítimos en lo que refiere a la salud (Knaapen et al., 2010; Timmermans & Kolker, 2004). Aunque el término puede significar distintas cosas, en el discurso médico común denota principalmente el uso de guías de práctica clínica para difundir los conocimientos y diagnósticos que han sido probados (Claridge & Fabian, 2005; Sackett et al., 1996; Timmermans & Berg, 2003). A la base de esta transformación, diversos autores señalan un triple proceso que implica la redefinición de las prácticas clínicas, sus compromisos epistemológicos (Sackett & Rosenberg, 1995) y la relación entre lo sano y lo enfermo. El primero remite al realineamiento progresivo de las relaciones entre la biología y la medicina, y con esto una nueva configuración de las prácticas clínicas y de laboratorio, llamada biomedicina (Cambrosio et al., 2006). El segundo, a

la emergencia de nuevos criterios para definir la adecuación de diagnósticos y tratamientos en función del empleo sistemático de procedimientos colectivos de producción de pruebas y la introducción de convenciones en el marco de prácticas reflexivas, que implican la inscripción de técnicas de medición y evaluación que definen la objetividad de un juicio clínico: una *objetividad regulatoria* (Cambrosio et al., 2009; Moreira et al., 2009). Y el tercero, que la tensión salud-patología se reconfigura en función a lo establecido por una serie de proposiciones inscritas en estas guías clínicas, que instalan sistemas de comprensión y tecnologías que recrean –enactan–, contextos de normalidad o anormalidad y lo que se entiende por corporalidad (Tirado et al., 2012).

El GES se constituye por, y cristaliza, varios de estos procesos. Surge como uno de los ejes principales que articularon un plan de reforma iniciado el año 2000, establecida sobre la retórica basada en: (a) el tratamiento de la longevidad poblacional; (b) la consideración de la salud como prestaciones brindadas de manera determinada por servicios de salud coordinados por el seguro público y los seguros privados, y tecnologías particulares; (c) el foco en la persona responsable del consumo de tales prestaciones.

Se establece, así, cuatro garantías, relativas al *acceso* (criterios asociados a la configuración de un problema de salud habilitado para recibir prestaciones), *calidad* (prestadores registrados y evaluados para tal fin), *protección financiera* (máximos establecidos para ser pagados por las prestaciones) y *oportunidad* (regulación de las temporalidades o plazos máximos para ejercicio de prestaciones) (Escobar, 2013). Tales prestaciones se encuentran asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud, que son establecidos a partir de una serie de análisis sanitarios y financieros, que integran “estudios epidemiológicos que identifiquen un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad” (Ferrer, 2004, p. 3).

El GES gestiona temporalidades, prácticas y técnicas para personas que cumplen con una serie de síntomas o indicadores que puedan ser verificados según los criterios estipulados por las guías clínicas (Ferrer, 2004). Pero por sobre todo, implica la gestión de una serie de conocimientos que permitan priorizar tanto las patologías que forman parte del sistema, como las prestaciones asociadas.

Asimismo, establece un cierto régimen de actividades y materiales que deben participar de cualquier relación de cuidado, independientemente de la fuente de servicios, sea esta prestada por hospitales públicos, clínicas o centros especializados privados: configura una trayectoria que no sólo es explícita, sino también demandada por los diversos actores (Méndez & Vanegas, 2010). Tanto la Garantía Explícita de Calidad, como la Garantía Explícita de Oportunidad, implican la

acreditación y aseguramiento de ciertos procedimientos y condiciones elementales que deben participar de cualquier instancia diagnóstica y de tratamiento. Ello no sólo conlleva la promulgación de una colectividad de acciones, actores y materiales, sino también el control de la variabilidad propia de fenómenos humanos y biológicos: una estandarización de la enfermedad (Timmermans & Berg, 2003).

LA REGULARIZACIÓN DEL PODER SOBRE LA VIDA.

Cuando Foucault (2002) caracterizó la biopolítica en el curso del 17 de marzo de 1976, lo hizo a partir de la descripción de una tecnología de poder que se hace cargo de “la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad de las enfermedades reinantes en una población ... factores permanentes” (p. 221), es decir, las *endemias*. De tal modo, la medicina que adquirió desde el siglo XIX no solo una dimensión epistémica, sino también social y política (Foucault, 1976). La generación y acumulación de datos en el orden de lo biológico, criterios para la toma de decisiones a nivel de la población, situaron a la propia medicina y la epidemiología en un lugar central para las prácticas de gobierno desde ese momento y hasta la actualidad (Casper & Moore, 2009; Lemke, 2011). Para Foucault (1976) y autores como Rose (2007) Rabinow y Rose (2006), la medicina ha logrado incidir en diversos espacios de la vida política y social, al punto que se dificulta pensar en un ámbito en que no tenga influencia (Foucault, 1976). Para ellos, la medicina tiene importantes implicancias a nivel de gubernamentalidad, es decir, en términos del vínculo entre los diversos dispositivos estatales y privados en la constitución y comprensión del sí mismo, y de éste en términos de la gestión de la propia libertad (Foucault, 2006; Rose, 2007).

Todo ello instala la noción de que la práctica médica ha avanzado progresivamente hasta constituirse en un ámbito considerado como fuente de veridicción, un campo epistémico en sí que ostenta una verdad sobre la vida y sobre cómo vivirla. El poder “hacer vivir y dejar morir” (Foucault, 2002, p. 223), de incidir sobre la manera de vivir y el *cómo* de la vida, depende en tal sentido de la capacidad de establecer regularidades sobre lo viviente: se trata de un poder de *regularización*².

Regularizar es generar constancia de los procesos de la vida; implica acceder a elementos que permiten elaborar tales constancias al mismo tiempo que las producen. Al situarse la biopolítica como un poder que observa, describe y gobierna las regularidades de la vida, trata a su vez de un poder que crea e intenta producir e instalar tales regularidades (Macherey, 2011): se trata de un poder de las regularidades, ya no directamente en la sociedad y el individuo, sino a partir de la ciencia y sobre la población. Y dado que la vida no puede ser apreciada en

2 Foucault, *Defender La Sociedad*.

sí misma, sino a través de los recursos epistémicos generados y empleados para su descripción, aquello que se regula no es sino el poder sobre la vida: regularización de conocimiento, especialmente de aquel que tiene el poder de definir la vida.

Es por ello que la biopolítica no solo plantea posibilidades de aprehensión entre vida y política, sino también de ambas con el conocimiento y la voluntad de verdad sobre la vida. Los procesos de producción de conocimiento al respecto, sus cánones de apreciación y valoración, así como su implementación política obedece a la puesta en relación de una serie de recursos que permiten que esta verdad emerja.

LA COMPOSICIÓN MÚLTIPLE DE LA VERDICCIÓN EN SALUD.

Foucault (2014) ha definido un régimen de verdad como “lo que obliga a los individuos a una serie de actos de verdad ... lo que define, determina la forma de esos actos y establece para las condiciones de efectuación y efectos específicos ... es lo que determina las obligaciones de los individuos en lo referido a los procedimientos de manifestación de lo verdadero” (p. 115). Al mismo tiempo, señala que tales regímenes, con sus procedimientos, operadores, testigos y objetos, no se reducen a la dicotomía científico y mundano, sino bien “implica tomar en consideración la multiplicidad de los regímenes de verdad [y] el hecho de que todo régimen de verdad, sea científico o no, comporta maneras específica de ligar ... la manifestación de lo verdadero y el sujeto que la lleva a cabo” (p. 123).

A fin de indagar sobre la ligazón entre actividades y producción de verdad en escenarios de diseño político en salud, hemos realizado un total de 9 entrevistas a expertos que participan en el diseño y actualización del régimen, parte del Ministerio de Salud de Chile, y un total de 31 profesionales que se desempeñan en hospitales, centros de atención en salud pública y clínicas privadas. Para la consideración del material producido hemos empleado el análisis abductivo (Tavory & Timmermans, 2014). Para esta aproximación, la abducción se basa en la identificación de elementos que resultan novedosos en el fenómeno de estudio, su posterior descripción, y la búsqueda de referentes teóricos que permitan pensar los elementos observados. De este modo, se retorna a dichos elementos, planteando hipótesis nuevas que aporten a su comprensión.

MÁS ALLÁ DE LA VERDAD: LA OBLIGACIÓN BIOLÓGICA.

El acceso a los discursos de expertos que participan en el diseño, evaluación e implementación de las políticas asociadas al GES han dado cuenta de una composición múltiple y compleja de la objetivación de las condiciones de salud. En tal sentido, aquello que cuenta como una verdad operativa remite a figuraciones

y procesos de argumentación que se formulan por la participación actores heterogéneos, que cobran sentido según criterios bastante disímiles.

Al respecto, queremos invitar a leer la siguiente cita de entrevista a una experta, en que se articulan en un mismo plano criterios, operadores y objetos participarían en las actividades de composición de verdad biopolítica:

[En referencia a los pasos para priorizar enfermedades] *Por lo tanto, podías como hacerlos como no hacerlos, ¿No cierto?, en ese entendido, pero sin embargo los requisitos qué dice, y en la lógica de la priorización: que las patologías tengan harta carga de enfermedad que se haya demostrado que tiene intervenciones que son efectivas, ¿No cierto?, y eso lo demuestras a través de la medicina basada en la evidencia, que las intervenciones sean costo efectivas, que sean prioridad para los pacientes, y que sean implementables en la red. Entonces, si tú te imaginabas eso te decías: “Bueno, **necesito una serie de** estudios, para llevar esto a cabo, y es un estudio de carga de enfermedad actualizado”, ¿No cierto?, tener un guías de práctica clínica bien hechas, para poder ver cuáles son las intervenciones que han demostrado efectividad, tener estudios de costo efectividad, y tener como un estudio que vea cómo la capacidad de oferta de la red, ¿No cierto?, y de y final- también un estudio que hablara de la preferencia de los pacientes. (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 100)*

Sin embargo, la evidencia no es el único referente sobre el cual se prioriza o bien se fundamentan recomendaciones de intervención en cada contexto local en que un problema de salud o enfermedad deviene real. Se trata de uno entre otros componentes, políticos, económicos, y, sobre todo, contingentes, en los cuales se definen las relaciones entre salud y enfermedad y lo que se compone como ambas.

Claro, pero como era muy caro, igual sabíamos que [el Ministerio de] Hacienda no lo iba a pasar. Mi jefe dijo: “No, hay que priorizar”, y ahí, eso más bien fue una reunión, en una primera instancia, como para sacarlo, en la cual estaba él, el jefe de división de ese minuto con la doctora ... y yo. No estaba bien hecho eso, pero un poco decía “No, esto no por”, cualquier fundamento, no me acuerdo hoy día, pero “No, mira esto no porque está todo mal esto, entonces si lo metemos va...”, y así, criterios que no... a juicio del minuto, de la jefatura del minuto. Y ahí se limpió eso, lo mismo con las intervenciones de las once nuevas, ya estaba elegida la patología, pero no hay que olvidar que dentro de la patología hay una serie de intervenciones que tú puedes... y la cosa es que. Entonces eso pasó a una segunda etapa en que se les mostró a las autoridades, y las autoridades también como que dieron su visión, pero como una visión mucho más macro ↑. (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 184)

Como se aprecia en la cita anterior, la verdad o proceso de veridicción de la priorización emerge como una cuestión eminentemente contingente, de cruces, oportunidades de argumentación, ejercicios de memoria, en interacción con otros

elementos epistémicos. Actúan en un mismo proceso, diversos regímenes de verdad sobre la salud: una racionalidad técnica, la misma evidencia, cálculos económicos, “visiones macro” asociadas a discursos institucionales de futuro. La objetivación de la salud no remite a una dinámica específica, sino se compone como un ámbito de pugnas epistemológicas, prácticas y políticas, en que se obtiene un producto específico, una intervención.

En los siguientes dos extractos se expresa cómo una prestación integrada como garantía a partir de priorización basada en la evidencia, se transforma en otras a partir del encuentro con regímenes de verdad diversos:

Es como el mensaje, no podían ser setentainueve, ¿Ya? Porque hay un tema político detrás. Entonces pasó eso, nosotros nos molestamos, pero ya... Después, a mí me llama el ministro, y me dice: “Te quiero informar que”, estaba el subsecretario creo también, “que el glaucoma” –como te decía el glaucoma era la bandera de lucha de mi jefa-. Y me dice, “El glaucoma no, no puede entrar, no hay presupuesto”. Y yo le dije, traté de un poco... “Pero es que ministro, usted sabe...”. Y me dijo: “Yo no te estoy preguntando”, me dijo, “Yo te estoy diciendo porque o si no el presidente no nos va a dar presupuesto, para, no nos van a dar la plata para el GES”. Y mira lo que me dijo, que terrible... (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 194)

¡Ah no, pero antes creo que lo del glaucoma, sí, había una patología. Nos dijo la jefa, que tenía una nueva visión, pero sin embargo el proceso ya casi estaba finalizando entonces, por lo tanto, no hizo mucho ... Entonces ella nos informó a nosotros que no, no por temas de presupuestos, no me acuerdo qué patología era, pero era no iba a poder entrar, y una patología se iba a tener que dividir en dos, que es la insuficiencia mitral y aórtica, bueno. Y eso en el fondo se tuvo que dividir como en subcategorías. Y pasó eso... (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 190)

Por tanto, aquello que se integra o no, forma parte de procesos de pugna epistemológica, en que lo legítimo se expresa como la traducción de todos estos elementos. En todo este proceso, lo epistémico adquiere un valor fundamental: no se trata de gestionar cuerpos, sino de producir efectos de verdad, certezas sobre ciertas regularidades biológicas o como intervenirlas, en función de una serie de recursos técnicos y políticos que operan de manera contingente y según diversos cánones epistemológicos, pero también éticos:

Ahora, el tema de priorización no sólo necesariamente responde a un criterio de eficiencia de asignación de los recursos, sino que podría responder a otros valores sociales también entonces tú podrías decir: “Mira yo, por ejemplo, estoy dispuesto a financiar una tecnología que sea cara, que dé pocos beneficios en salud, pero

estoy dispuesto porque es en dos pacientes en Chile y son niños y tienen una enfermedad ultra rara". Entonces eso tú lo valoras de una manera especial y entonces no le aplicas la misma regla. (Íñigo, entrevista individual, 17 de agosto de 2015, párr. 83)

A partir de ello, es posible llegar a considerar que, en el escenario descrito, la verdad no obedece a una cuestión puramente lingüística, simbólica o de referente sobre un supuesto campo que trasciende a cualquier actividad y que pugna o *debe* ser descrito. En este campo, la verdad es una cuestión práctica y un efecto de un conjunto heterogéneo de actividades concretas. La certidumbre es el remanente de todo un cúmulo de acciones que la elaboran, entretienen y sostienen mediante estrategias diversas. En los procesos de priorización y definición de prestaciones, de la salud como prestación, se encuentra aquello que Foucault (2014) ha señalado como *enforcement*:

el complemento de vigor y obligación, de coacción que hace que uno esté efectivamente obligado a ... [plantear algo] como verdadero, aunque sepa que es falso, o bien que no esté seguro de que algo sea verdadero, o bien que no sea posible demostrar qué es verdadero o falso. (p. 117)

La medicina basada-en-la-evidencia no es una verdad, sino un modo de producirla. No obstante, continuamente ingresan nuevos agentes que pueden redefinir la misma priorización o los procesos de obligación, por ejemplo, los mismos intereses bioeconómicos (Rose, 2007) asociados a las industrias farmacéuticas:

Justamente, sino que son cualquier intervención que tenga el potencial de generar salud. Ahora en la práctica hacemos más medicamentos y tecnologías, digamos, de las que uno tiene en la mente intuitivamente porque hay más demanda... O sea, el medicamento está la industria farmacéutica detrás que quiere vender sus medicamentos, entonces para la industria farmacéutica en muchos países esto es una necesidad el tener estos estudios, entonces la industria paga por esos estudios, así como paga por los ensayos clínicos randomizados para poder registrar sus productos; paga por las evaluaciones económicas en esos países, para poder mostrarle y demostrarle a los gobiernos de que es eficiente el uso de recursos comprando estas nuevas tecnologías, estos nuevos medicamentos. (Íñigo, entrevista individual, 17 de agosto de 2015, párr. 79)

La producción de verdad se encuentra compuesta por la obligación o el *enforcement* relativo a la necesidad de establecer un enunciado, una decisión o la articulación de un objeto como verdadero. Como se ha apreciado, existen complejos procesos de mediación de actores y objetos que articulan una proposición

en cierto momento como verdadera o necesaria en relación a las cualidades de organización biopolítica o de las formas de intervenir sobre los procesos de salud poblacionales. Por tanto, los regímenes de obligación en los procesos de priorización se ven sujetos a múltiples objetos que constituyen, de modo contingente, verdades heterogéneas sobre la vida, sus afecciones y procesos. Sin embargo, su valor de verdad es relativo a los procesos que los constituyen, dependen de actividades reflexivas que instan a una verdad que se encuentra siempre abierta a su problematización. Se trata de conjeturas sobre la vida que, difícilmente, logran capturarla en su completud.

OBJETOS ESPECULATIVOS: LA PRODUCCIÓN BIOPOLÍTICA.

Muchos de los procesos relativos a la verdad por parte de expertos y profesionales, remite a la comprensión de la legitimidad que adquiere la priorización de enfermedades en el régimen. La estabilización de tal certeza hace referencia a la existencia de objetos que inscriben conceptos y supuestos sobre los modos de organización de los procesos de enfermedad poblacional, y que participan de la toma de decisiones sobre qué priorizar, de qué modo intervenir, con qué frecuencia y según qué temporalidades. Es decir, tal discusión requiere de la mediación de elementos técnicos. Como da cuenta un experto respecto a la noción misma de salud:

Ahora, nos tenemos que poner de acuerdo cómo la medimos. En análisis de costo-efectividad habitualmente la medimos como años de vida ajustados por calidad: QALY, Quality-Adjusted Life Year. Otros, como en la OMS, han sugerido ocupar el DALY, el Disability-Adjusted Life Year: el año de vida ajustado por discapacidad o AVISA. Otra posibilidad es ocupar años de vida. Nos parece... los economistas de la salud en general en el mundo han venido alimentándose por el tema de psicología, o sea, el año de vida ajustado por calidad se ha construido en una comunicación entre varios científicos sociales fundamentalmente por el trabajo de psicólogos de la salud, y eso en algún momento se unió con toda la teoría del bienestar de los economistas... (Íñigo, ED, comunicación personal, 17 de agosto, 2015)

Respecto a la carga de enfermedad Fernanda, la experta citada previamente, señala:

La carga de enfermedad, es como una variable que mide los años de vida perdidos por discapacidad y por muerte prematura ... murió a los cua-

renta años, pero tenía una esperanza de vida de ochenta, setenta, no sé, la esperanza de vida que sea ... Por lo tanto perdió cuarenta Años porque murió prematuramente. (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 120)

La carga de enfermedad consiste en un factor o vector epidemiológico clave para el proceso de definición de certidumbre relativo a la priorización de problemas de salud poblacionales en Chile. Para estabilizar una versión del término, se ha acudido a la inscripción de claves internacionales en un estimador o *priorizador* que permite entablar conversaciones sobre la importancia relativa de diversas dimensiones biopolíticas, reduciendo la complejidad que entabla dicho proceso. Este permite organizar decisiones, sin que sea necesario conocer a cabalidad su significado:

Claro, pero ahí tengo dudas de que si lo miden según... habría que revisar el método, pero tengo dudas si lo miden desde el sentido de que años por trabajo o lo miden también según esperanza de vida, eso no lo tengo claro. (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 128)

No obstante, los priorizadores sirven como un referente que difícilmente envuelve la complejidad asociada a la necesidad de priorizar atenciones cuyo significado se ancla en la salud poblacional. La composición de las acciones que permiten figurar una organización biopolítica es más bien ambigua, y depende del interjuego de criterios, verdades u obligaciones heterogéneas:

Ahora, el tema de priorización no sólo necesariamente responde a un criterio de eficiencia de asignación de los recursos, sino que podría responder a otros valores sociales también. Entonces tú podrías decir: "Mira, yo por ejemplo estoy dispuesto a financiar una tecnología que sea cara, que dé pocos beneficios en salud, pero estoy dispuesto porque es en dos pacientes en Chile y son niños y tienen una enfermedad ultra rara", entonces eso tú lo valoras de una manera especial y entonces no le aplicas la misma regla. Ahora, uno también podría decir que uno lo podría expresar en términos un poco más negativos, si tú quieres, diciendo: "Mira, si tú pagas por esos dos pacientes lo que tú estás haciendo es sacrificar a otros diez que dejaste de salvar porque estás pagando esto, pero bueno, tú lo puedes seguir haciendo incluso consciente de que estás dejando de salvar vidas en otro lado, pero porque esto tiene un valor social mayor". (Íñigo, entrevista individual, 17 de agosto de 2015, párr. 83)

Para lo anterior, existe un recurso denominado “Estudio de Preferencias Sociales”, que sintetiza la indagación muestral cualitativa sobre opciones poblacionales de qué financiar por el régimen (por ejemplo, Departamento de Epidemiología, 2008). Estos, se articulan a los anteriores índices, contando con la posibilidad de influir en la redefinición de la jerarquización. De acuerdo a un experto, tal estudio adolece de condiciones que permitan estabilizar su significado para diversos actores:

pero la operacionalización es su gran (deuda) ¿Cómo tú te aseguras de que el paciente que estaba reclamando ahí en el senado con enfermedad de Crohn, cuyo tratamiento mensual vale del orden de ciento veinte mil pesos mensuales, que para él puede ser catastrófico? (Íñigo, entrevista individual, 17 de agosto de 2015, párr. 118)

La biopolítica implica la necesidad de un ordenamiento que radica en la producción de objetos de conocimiento que comunican una cierta estabilidad sobre los procesos biológicos. Sin embargo, la continuidad de este saber es relativo, en tanto depende de prácticas o actividades que le otorgan legitimidad. Ningún índice comporta una verdad en sí misma, sino es a través de otras acciones que le otorgan veridicción. Sin embargo, estos *objetos* son un recurso necesario para organizar la toma de decisiones, otorgándole *objetividad*. Este tipo de objetos portan una verdad relativa a las acciones de expertos que los emplean para justificar su curso de acción, pese a que, de distintos modos, se asocian a prácticas reflexivas que consideran el vacío de conocimiento integran:

Yo hablaba con expertos y me decían que tomara algo que se había hecho ya cuando se había pensado en las sesenta y nueve [enfermedades integradas previamente al régimen], ya que habían quedado unas como en la fila ¿no? Y que se supone estaban basadas en un estudio de carga de enfermedad, el estudio creo que es del dos mil cuatro [es decir, 11 años antes de la necesidad de tomar una decisión al respecto]. (Fernanda, entrevista individual, 9 de abril de 2015, párr. 102)

Las mismas prácticas de veridicción se encuentran sujetas a contingencias que inscriben un carácter eminentemente temporal a la definición ya sea de las cualidades biológicas poblacionales, o bien de las proposiciones que componen recomendaciones para la formulación de trayectorias de atención. La producción de certeza, en tales contextos, responde a la articulación de evidencia disponible y otros índices, pero también de la habilidad de personas de darle sentido a tal

información, o bien desarrollar estrategias para la creación de un ambiente regulable, cuyo carácter ontológico obedece más al plano de lo virtual que de lo actual:

Entonces tú tienes el grupo, el grupo te propone un listado de... Te voy a inventar, ochenta acciones, u ochenta tecnologías sanitarias, que van desde un fármaco hasta un examen. Entonces, tú vas y te llevas eso a la oficina y empiezas a buscar: "Bueno, y... ¿Hay evidencia para todas estas cosas?" Porque en realidad te pueden decir que hay, pero en realidad no hay ninguna evidencia para ese fármaco. Y tú vas revisando el peso que puede tener esa intervención ... pero hasta el minuto que yo lo hacía nosotros revisábamos muy artesanalmente cómo estaba el panorama alrededor del mundo, y si había o no había evidencia. (Nicole, entrevista individual, 25 de julio de 2016, párr. 56)

En los escenarios de diseño biopolítico, relativos al caso analizado, el orden biológico obedece a una producción contingente, situada y relativa a prácticas de veridicción que le otorgan sentido. La biopolítica consiste en una producción local, en una articulación entre elementos epistémicos y retóricas expertas que generan un cierto efecto de verdad temporal, sujeta a un régimen de obligación que tensa la producción de certidumbre.

Los índices u objetos que participan de este proceso (AVISA, Preferencias Sociales, Costo-Efectividad y otros) son compuestos importantísimos para justificar ciertas tomas de decisiones. Su cualidad es la de objetivar, en el sentido de que su presencia garantiza una estabilidad de los juicios provocados (Latour, 1996). Sin embargo, asimismo, abren o proyectan mundos posibles para los cuales no existen referentes concretos. Su presencia permite generar conjeturas sobre cómo se organiza la vida poblacional, cómo esta se distribuye, cambia y afecta por determinadas acciones planificadas.

Muller (2014) ha planteado la noción de "objeto especulativo" para referirse a la existencia de determinados elementos que permiten la apertura de conjeturas, prescindiendo de la existencia de información exacta o la totalidad de "hechos" que componen una situación. Asimismo, que hacen referencia necesariamente a una intervención futura o a un futuro, considerando que el mismo futuro es incierto. Para la autora, especular implica una relación con lo desconocido, pero al mismo tiempo implica una propuesta que organiza una existencia al respecto; conlleva generar proposiciones que proponen modos de existencia, considerando que tal existencia es siempre local.

Consideramos que los elementos que forman parte del diseño biopolítico en el caso descrito se articulan a las cualidades de los speculative objects. Estos

sirven como entidades que organizan reflexiones locales, permiten la articulación de narrativas sobre la composición biopolítica, pero, al mismo tiempo, integran la incertidumbre y la necesidad de negociar el significado de las acciones propuestas. El diseño biopolítico implica el establecimiento de una relación con la ambigüedad. Esta es mediada por la existencia de tales objetos, refiriendo a una composición o un objeto que existe solo por la presencia de su referente de especulación.

CONCLUSIONES

Los procesos de especulación configuran espacios de indagación relativamente excluidos de la investigación social. Solo en el último lustro hemos apreciado un renovado interés sobre el significado de la especulación y cómo ésta forma parte de nuestras rutinas cotidianas y, particularmente, en ámbitos en que se exige exactitud (Avanessian & Malik, 2016; Malaspina, 2018; Samimian-Darash & Rabinow, 2015; Wilkie et al., 2017). De acuerdo a ello, el abordaje de las prácticas epistémicas y las actividades especializadas no solo implica dar cuenta de cómo estas elaboran y constituyen hechos y realidades, sino, asimismo, cómo estas realidades se constituyen al mismo tiempo como inciertas; al tiempo que son capturadas, se transforman y fugan. Las prácticas epistémicas se articulan por un vínculo constante entre conocimiento e incertidumbre.

En este trabajo, hemos pretendido atender al vínculo que permite la configuración verdades generales sobre la salud, atendiendo en particular a los escenarios en que estas se definen y formulan. A partir de ello, consideramos el diseño biopolítico exponen tres cualidades, que sintetizamos a continuación. La primera señala que estos escenarios diluyen la dicotomía local/global, al formular localmente la idea de una totalidad que puede ser transformada. Este planteamiento ha sido ampliamente abordado desde aproximaciones como los *Science and Technology Studies* (por ejemplo, Timmermans & Berg, 1997). La peculiaridad de las descripciones que hemos realizado remite a que, en los escenarios de diseño biopolítico, la reducción de aspectos generales y dinámicos a entidades como índices, estadísticos o indicadores de evidencia, permite elaborar argumentaciones para justificar intervenciones, contemplando la falta de completud intrínseca de referentes. La segunda cualidad remite a que, en la práctica, se hace difícil sostener como dominios diferenciados el del conocimiento y el de la incertidumbre. Ambas se constituyen en un nuevo plano en el cual ambos procesos participan de los juegos retóricos que definen acciones sobre la población. Finalmente, y particularmente en el escenario descrito, se hace indistinguible la relación establecida entre la salud y campos de saber como la economía. Los objetos especulativos integran ambos dominios de conocimiento y los constituyen como un único tejido. En el escenario abordado, economía y salud forman parte de un mismo continuo: las prácticas que permi-

ten llevar a cabo un proceso de priorización en un régimen biopolítico integran ambos no solo en términos de su afección recíproca (por ejemplo, considerando cómo el financiamiento de una tecnología afecta los recursos disponibles), sino mediante juegos retóricos e indicadores concretos en los cuales las estimaciones en salud y la economía conforman una nueva entidad híbrida e indiferenciada. El alcance global de sus estimaciones se da en la labor concreta de negociaciones locales; en su relación con la verdad, las compromete con procesos situados y, en su pretensión global, supone la implicación con la incertidumbre.

REFERENCIAS

- Avanessian, A. & Malik, S.** (2016). *Genealogies of Speculation*. Materialism and Subjectivity Since Structuralism. Bloomsbury Academic.
- Bastías, G. & Valdivia, G.** (2007). Reforma de Salud en Chile; el Plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín Escuela de Medicina U.C.*, 32(2), 51-58.
- Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G.** (2006). Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*, 63(1), 189-199. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953605006957>
- ___ (2009). Biomedical Conventions and Regulatory Objectivity: A Few Introductory Remarks. *Social Studies of Science*, 39(5), 651-664. <http://sss.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0306312709334640>
- Casper, M. & Moore, L.** (2009). *Missing Bodies: The Politics of Visibility*. New York Press.
- Claridge, J. A. & Fabian, T. C.** (2005). History and Development of Evidence-based Medicine. *World Journal of Surgery*, 29(5), 547-553. <http://link.springer.com/10.1007/s00268-005-7910-1>
- Escobar, L.** (2013). *Garantías Explícitas en Salud GES/AUGE*. Superintendencia de Salud. http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-8207_ppt_1.pdf
- Ferrer, M.** (2004). Plan AUGE y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud? *Agenda Pública*, 3(4), 1-13. http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html
- Foucault, M.** (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación Médica y Salud*, 10(2), 152-170.
- ___ (1999). Nacimiento de la medicina social. In *Estrategias de poder*. Obras esenciales (pp. 363-384). Paidós.
- ___ (2002). Clase del 17 de marzo de 1976. In *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)* (pp. 217-237). Fondo de Cultura Económica.
- ___ (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France: (1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica.
- ___ (2007). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad de Saber*. Siglo XXI.
- ___ (2014). *Del gobierno de los vivos: curso en el Collège de France (1979-1980)*. Fondo de Cultura Económica.
- Grau-Solés, M., Íñiguez-Rueda, L., & Subirats, J.** (2010). La perspectiva socio-técnica en el análisis de las políticas públicas. *Psicología Política*, 41, 61-80.
- Infante, A. & Paraje, G.** (2010). *La Reforma de Salud en Chile*. PNUD.
- Knaapen, L., Cazeneuve, H., Cambrosio, A., Castel, P., & Fervers, B.** (2010). Pragmatic evidence and textual arrangements: A case study of French clinical cancer guidelines. *Social Science & Medicine*, 7(4), 685-692.
- Latour, B.** (1996). Do Scientific Objects Have a History? Pasteur and Whitehead in a Bath of Lactic Acid. *Common Knowledge*, 5(1), 76-91.
- Lemke, T.** (2011). *Biopolitics: An advanced introduction*. New York University Press.

- Lemm, V. & Vatter, M.** (2014). *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism*. Fordham University Press. http://books.google.cl/books?id=PW4FBAA-AQBAJ&pg=PT129&dq=intitle:The+government+of+life&hl=&cd=1&source=gbs_api
- Lenz, R.** (2007). *Proceso político de la reforma auge de salud en Chile*: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la Economía Política. CIEPLAN. http://www.cieplan.cl/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf
- Letelier, L. M. & Moore, P.** (2003). La medicina basada en evidencia. Visión después de una década. *Revista Médica de Chile*, 131, 939-946.
- Macherey, P.** (2011). *De Canguilhem a Foucault*: la fuerza de las normas. Amorrortu.
- Malaspina, C.** (2018). *An Epistemology of Noise*. Bloomsbury Academic.
- Méndez, C. & Vanegas, J.** (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Pan American Journal of Public Health*, 27(2), 144-148.
- Ministerio de Salud de Chile** (2004). *Establece un Régimen de Garantías en Salud*. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>
- Moreira, T., May, C., & Bond, J.** (2009). Regulatory Objectivity in Action: Mild Cognitive Impairment and the Collective Production of Uncertainty. *Social Studies of Science*, 39(5), 665-690. <http://sss.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0306312709103481>
- Muller, L.** (2014). *Speculative Objects*: Visual Arts and Science Fiction Futures. *Spectra*.
- Rabinow, P. & Rose, N.** (2006). Biopower Today. *Biosocieties*, 1(2), 195-217. <http://www.palgrave-journals.com/doi/10.1017/S1745855206040014>
- Rose, N.** (2007). *The Politics of Life Itself*. Princeton University Press.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W.** (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sackett, D. L. & Rosenberg, W. M. C.** (1995). The need for evidence-based medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88, 620-624.
- Superintendencia de Salud de Chile** (2020). ¿Qué es el AUGE o GES? - ¿Qué es el AUGE o GES? <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4605.html>
- Samimian-Darash, L. & Rabinow, P.** (2015). *Modes of Uncertainty*. Anthropological Cases. The University of Chicago Press.
- Tavory, I. & Timmermans, S.** (2014). *Abductive Analysis*. Theorizing Qualitative Research. The University of Chicago Press.
- Timmermans, S. & Berg, M.** (1997). Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols. *Social Studies of Science*, 27(2), 273-305. <http://sss.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/030631297027002003>
- ___ (2003). *The Gold Standard*: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Temple University Press. <http://libgen.io/ads.php?md5=53B666046A49AA01C84E90E-58E21B9FA>
- ___ (2004). Clinical Practice Guidelines and the Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(supl.), 177-193.

Tirado, F. J., Gálvez, A., & Castillo-Se-púlveda, J. (2012). Movimiento y regímenes de vitalidad. La nueva organización de la vida en la biomedicina. *Política y Sociedad*, 49(3), 571-590. <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/38545>

Valdivieso, V. & Montero, J. (2010). Health care reform in Chile: 2005 to 2009. *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1040-1046. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800015&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Wilkie, A., Savransky, M., & Rosengarten, M. (2017). *Speculative Research*. The Lure of Possible Futures. Routledge.