

Normatividad, normalización e inmunización. Perspectivas en torno al “enfermo/a” en situación de calle

Regulations, normalization and immunization.
Perspectives around the “sick person” on the street

Carolina Llanos¹

RESUMEN

El siguiente escrito, corresponde a una nota de investigación que pretende dar cuenta de un proceso en curso, iniciado en la Fundación Gente de la Calle, acerca de la salud y enfermedad en este grupo de personas. Tal proceso, pretende alcanzar una fundamentación teórica en clave biopolítica, que permita una mayor profundidad en el conocimiento de la problemática en términos estructurales, y que pueda materializarse en una mejoría en las herramientas de trabajo para quienes se vinculan con los enfermos en situación de calle. En el presente texto, se esboza una primera aproximación a tal investigación, que través de tres nudos críticos, expone el problema de la invisibilización de la enfermedad como una condición de “normalidad” de la vida en calle, así como también, la exclusión que viven estas personas. A partir de esto, se propone hablar de “enfermo/a” en situación de calle considerando: la normatividad biológica y la normalización biopolítica, para posteriormente posicionar el tema de la enfermedad de las personas en situación de calle como un problema social que ha sido abordado desde el paradigma de la inmunización.

Palabras clave: Enfermo/a en situación de calle, normatividad, normalización - inmunización

El desafío de tal ejercicio de fundamentación, radica en que éste debe presentar cohesión entre las vivencias empíricas que las y los trabajadores de la FGC y otras instituciones enfrentan al momento de relacionarse con las PSC; así como también, una cohesión consistente respecto de las experiencias que las mismas PSC van reportando cuando recurren a tales espacios. En ese sentido, este proceso reflexivo intenta constituirse como un puente entre la perspectiva que por una parte, proviene desde la institucionalidad médica sumada a aquella otra, de quienes trabajan acompañando a la vida en situación de calle; y por otra, la de los mismos sujetos que viven en calle.

La valoración de la perspectiva biopolítica por sobre otros enfoques, responde principalmente a dos elementos. En primer lugar, la elección se sustenta en el hecho de que en la biopolítica hay un abordaje de la imbricación que se establece entre la vida y la política (Lemke, 2017), que permite referir a dinámicas de carácter estructurales que impactan en la salud, por ejemplo, el Estado subsidiario en la Constitución de 1980 y el derecho a elección entre los sistemas de salud público y privados (Goyenechea, 2019). Elementos como estos, que requieren ser considerados a través de una matriz crítica, acerca de cómo operan las relaciones de poder mediante la gubernamentalidad y la institucionalidad en la sociedad (Foucault, 1995), nos desafían a abandonar estructuras represivas y disciplinarias, para aproximarnos a otras formas de organización, que cuiden y respeten la vida de las personas (De la Aldea, 2019), justamente lo que las PSC parecieran necesitar.

Recibido el 1 de abril de 2020 . Aceptado el 3 de junio de 2020

¹ Área de Estudios Fundación Gente de la Calle. Correspondencia a: cllanos@gentedelacalle.cl

En segundo lugar, hay que considerar para la elección de este enfoque, que en la historia de la aparición del concepto biopolítica, el léxico de la inmunización de vertiente médica y los temas vinculados con el inicio y fin de la vida (Esposito, 2005; 2011), posicionan a la medicina como un factor elemental para comprender tales perspectivas, donde eugenesia, higienismo, natalidad, mortandad, control de la población, entre otros, se vuelven nociones fundamentales. En ese sentido, el cruce entre la dimensión médica y jurídica que ofrece el paradigma de la inmunización, posibilita un abordaje profundo de la problemática en torno a la salud y enfermedad de las PSC.

La mirada biopolítica, posibilitaría entonces considerar cómo el concepto de salud contiene en sí una larga historia, donde disposiciones específicas, van configurando a los sujetos, sus cuerpos y sus subjetividades, insertos en un ambiente natural, cultural y político, que será determinante para su desarrollo vital, de manera que la biopolítica² y la gubernamentalidad en sentido foucaultiano, donde la primera alude a grandes rasgos a un control de los procesos vitales de la población (Foucault, 2006b, p. 148) y esta última corresponde a una técnica de gobierno que incide en las conductas de los sujetos y que al mismo tiempo opera como una racionalidad que posibilita un nuevo orden propio de las sociedades disciplinarias (Foucault, 2006b), adquiere una notable materialidad en el caso de las personas en situación de calle, implantándose así un nuevo régimen de veredición donde según Preciado interpretando a Foucault “la tarea misma de la política es fabricar un cuerpo” (2020, p.164).

En lo que sigue, se presentarán tres nudos críticos que operan como motor reflexivo para desarrollar la investigación que en este texto se anuncia, así como también, sus respectivas hipótesis de trabajo y decisiones metodológicas. Dado que este proceso investigativo se encuentra en un estadio inicial, su presentación no utilizará una estructura rígida. Contrariamente, se desarrollará en vistas de una exposición de carácter reflexivo y problematizador que invite a la reflexión, donde la hipótesis que siempre se pretende abordar, señala que las PSC son

normalizadas en su condición de vida en calle como enfermo-as, donde tal condición provoca una respuesta “inmunizante”, por parte de la comunidad en su totalidad.

2. PRIMER NUDO CRÍTICO: ATISBOS DE LA EXCLUSIÓN, LA NORMATIVIDAD Y LA NORMALIZACIÓN

Cuando Canguilhem profundizaba el vínculo entre cultura y medicina en su obra *Lo Normal y lo patológico* (2011), no sospechaba la fuerza y claridad de expresión que tal afirmación alcanzaría desde la óptica de Foucault. El maestro y el discípulo, ocupados en una profunda reflexión sobre la vida, que inicia con una clara intención epistemológica, pero que se desarrolla en clave ética, ponen el foco en cómo la cultura en Canguilhem y la política en el caso de Foucault, abordan la vida desde el enfoque médico.

En la medida que Canguilhem va analizando diversas teorías entre lo que en medicina se considera “normal” y “patológico”, va esbozando cómo estos términos se definen en función de la variabilidad de un viviente en relación con el medio en que se desenvuelve, afirma:

“La medicina, dijo Sigerist, es una de las cosas más estrechamente vinculadas con el conjunto de la cultura, puesto que toda transformación en las concepciones médicas está condicionada por transformaciones en las ideas de la época’ [107,42]. La teoría que acabamos de exponer – al mismo tiempo médica, científica y filosófica- verifica perfectamente esta proposición” (2011, p 74).

Idea que aparece constantemente a lo largo del texto, cuando señala que, además de poner énfasis en la relación que se da entre medicina y la cultura de su época, Canguilhem refiere a la enfermedad de un modo diferente al paradigma previamente dominante, de carácter monista, que proponía a la enfermedad desde una primacía de lo cuantitativo por sobre lo cualitativo, como una variación del estado fisiológico de salud, con lo que Canguilhem (2011) abre una nueva perspectiva sobre la consideración del estado

2 Biopolítica en un concepto de amplio desarrollo en la obra de Foucault, que podría leerse en al menos cuatro sentidos desde la interpretación que realiza Edgardo Castro. Se puede considerar a la biopolítica como una consecuencia del surgimiento de una medicina social, como una especie de transformación de la guerra de razas, desde la voluntad de saber como la soberanía respecto de hacer vivir-dejar morir o como la gubernamentalidad liberal. Ver Castro, E (2008) Biopolítica de la soberanía al gobierno. En Revista Latinoamericana de filosofía, vol xxxiv, N°2. Estas diferentes perspectivas en torno a la biopolítica, aparecerían de un modo asistemático y fragmentario a lo largo de la obra de Foucault, debido a la positividad de su análisis. Esa misma lógica de análisis es la que se pretende rescatar para los efectos de la investigación que aquí se propone, a partir de la consideración de prácticas específicas en la temática de salud y enfermedad, acerca de las personas en situación de calle.

patológico. Ya no se trata de una variación del estado normal, idea que surge como consecuencia de considerar la medicina desde el racionalismo de Broussais -quien señala que no existe una realidad del mal- sino que se trata de entender que estar enfermo “significa verdaderamente para el hombre vivir una vida diferente incluso en el sentido biológico de la palabra” (p.60), con lo que la enfermedad debe entenderse como otro estado del viviente, que existe por sí mismo y no como variación.

Si bien, en perspectiva de Canguilhem es difícil afirmar que existen ciencias encargadas de estudiar lo normal y lo patológico, el autor reconoce que en el plano empírico, todas operan bajo alguna preconcepción de lo que se entiende como normal o sano, donde justamente estarían actuando de manera imbricada, contenidos médicos y culturales. Por lo tanto, precisa que lo *normal*, es un concepto equívoco que puede definirse como aquello conforme a la regla o norma, lo que debe ser promovido, o lo que mantiene su justo medio. En medicina, refiere a una condición ideal a la que se aspira, un valor, lo que se diferencia de normatividad en la medida que “En el pleno sentido de la palabra, normativo es aquello que instituye normas. Y en ese sentido, nos proponemos precisamente hablar de una normatividad biológica” (2011:92).

En razón de esto, Canguilhem observa que la vida es un estado de lucha que siempre tiende a la normalidad específicamente en términos biológicos (aquí se apoya en Bichat) -- pues hay patología biológica y no química o física-- por lo que concluye que biológicamente la vida es la prolongación de esa lucha por alcanzar un estado positivo, y por consiguiente, se mueve no desde una indiferencia biológica, sino que desde una normatividad vital, donde lo normal es aquello capaz de ser normativo de darse la norma. Resulta así posible afirmar, que no existe un hecho normal o patológico propiamente tal, puesto que la normalidad o lo normal, proviene de su normatividad. Entonces cabe la pregunta ¿Cómo opera el concepto de normatividad biológica en el ámbito cultural y como esto afecta al viviente en situación de calle? Foucault lo explica refiriendo a los procesos de normalización desde la relación saber-poder, por ejemplo, en El

nacimiento de la clínica publicado en 1963 (2001), puede ya encontrarse la idea de que el lenguaje opera como un dispositivo de poder en la institucionalidad médica, que posteriormente se extrapola a lo social. En *La historia de la locura* (1993), también puede encontrarse mecanismo que van configurando desde el saber, como se delimita lo “anormal” y en *Seguridad, territorio y población* (2006b) afirma:

“La disciplina fija los procedimientos de adiestramiento progresivo y control permanente y por último, y a partir de ahí, distingue entre quienes serán calificados como ineptos e incapaces y los demás. Es decir que sobre esa base hace una partición entre lo normal y lo anormal. La normalización disciplinaria consiste en plantear ante todo un modelo, un modelo óptimo que se construye en función de determinado resultado y la operación de normalización disciplinaria pasa por intentar que la gente, los gestos y los actos se ajusten a ese modelo, lo normal es precisamente, lo que es capaz de adecuarse a la norma y lo anormal, lo que es incapaz de hacerlo” (p. 75)

Esta normatividad que se establece por una tendencia específica de la vida biológica en Canguilhem, opera de un modo diferente en la vida cultural, y podríamos decir política, en perspectiva de Foucault. La normatividad es en este contexto una normalización siempre disciplinaria, que opera como aquello a lo que la norma tiende, pero ya no en clave biológica, sino que conforme a una voluntad de poder que instaura sentido (Foucault, 1995), delimitando aquello que debe entenderse por normal-anormal, y que es puesto en marcha a través del ejercicio del poder mediante las instituciones, estableciendo todo un régimen de veredicción.

En la *Historia de la sexualidad* (2006a), escrito trece años más tarde que el *Nacimiento de la clínica*³, Foucault explica con gran lucidez la progresión que hay desde un tiempo histórico donde la sexualidad se vivía libremente, a la instauración de una censura que procede por “blanqueamiento del discurso”, eliminando del lenguaje todo aquello relacionado con la sexualidad. Posteriormente, a partir del siglo XVIII se implementa un movimiento contrario que tiene la forma de una “proliferación de los discursos”, que corresponde a la incitación institucional,

3 El Nacimiento de la clínica es uno de los primeros trabajos de Foucault y es rescatado aquí en tanto pone en evidencia la influencia que recibe de Canguilhem, aunque puede apreciarse con matices en otras de sus obras. Esto es muy relevante para la recepción biopolítica de su obra. Según Adán Salinas, es posible afirmar que la recepción foucaultiana se desarrolla principalmente en las líneas de los estudios de gubernamentalidad del ámbito anglosajón y la recepción biopolítica realizada por autores italianos pero con difusión mucho más amplia y traducciones a diversos idiomas, donde precisamente ésta se vincula con la inmunización. Ver Salinas, A (2014) La semántica Biopolítica. Foucault y sus recepciones. Viña del Mar, Cenalties ediciones.

de carácter racional, al hablar de sexualidad, no para producir un efecto liberador, sino que con la finalidad de conocer, “saber”, cómo se vive la sexualidad en la población y desde ahí, establecer normas, conceptos y categorías que delimitan y disciplinan las conductas que deben tomarse como “normales” y aquellas que deben considerarse como “patológicas” o “desviadas” como ocurrió con la homosexualidad, donde opera la misma censura, pero esta vez transfigurada (2006a:34). Este ejercicio genealógico sobre lo que el autor denomina La historia de la sexualidad, revela como la estructura de poder-saber, opera en distintos ámbitos de la sociedad, donde el discurso se posiciona como mecanismo de disciplinamiento, constituyendo así, campos de inclusión de lo normal y exclusión de lo anormal, delimitando sentidos y transmitiéndolos hasta la aceptación de su condición de norma por toda la población.

La normatividad biológica explicada por Canguilhem, alcanza una dimensión política con la normalización en sentido foucaultiana, que mediante el ejemplo de la sexualidad, deja ver un control de los cuerpos y las subjetividades, mediante la gestión del género y la especie. Tres ideas fuerza podemos extraer del binomio normatividad-normalización aplicado al enfermo-a en situación de calle, además de una importante tarea.

En primer lugar hay que pensar y re-pensar, el estatuto ontológico del enfermo-a en situación de calle. Así como curre con la enfermedad, concebida en principio como variación y por ello desde una no entidad o no existencia; ocurre también con el enfermo-a en situación de calle invisibilizado ¿existe el enfermo-a en situación de calle? ¿Qué elementos respaldan su condición? Al parecer no es suficiente plantear el problema en términos de dignidad humana por lo que al menos se debe pensar en ¿cómo se visibiliza el enfermo-a en calle desde el campo de la medicina? ¿Con protocolos de intervención, estudios de mortandad y/o conocimientos respecto de sus enfermedades predominantes?

Tanto la enfermedad como la categoría enfermo-a en situación de calle, poco a poco van apareciendo como una condición que debe abordarse por sí misma y no únicamente como desviación de la norma relegada al campo de la anomalía; donde la normatividad biológica en tanto lucha por la vida, es a su vez la forma de vida como constante lucha que sostienen las PSC, lo que se expresa en:

“La enfermedad es aún norma de vida, pero es una norma inferior en el sentido de que no tolera ninguna desviación de las condiciones en las que vale, puesto que es incapaz de transformarse en otra norma. El ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas y ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes” (Canguilhem, 2011, p.139).

Son entonces pertinentes las preguntas acerca de si la enfermedad es un estado normal, pero inferior del viviente, donde éste ha perdido la capacidad de normatividad ¿quién normaliza al enfermo-a en situación de calle? Estar enfermo-a es la normalidad de los sujetos en calle, su lucha constante y su estatuto ontológico inferior, por tanto, la enfermedad es potencial de crítica y una fisura respecto de como el saber-poder disciplina a estos sujetos ¿Existe conocimiento médico-social que se dirija al entendimiento de tal situación? ¿Ese conocimiento se instituye desde la exclusión o profundización de la problemática? ¿Cuáles son los elementos u omisiones que desde la medicina van excluyendo al enfermo-a en situación de calle? ¿Son efectivamente elementos médicos u otros que exceden el campo de lo médico? En este punto es importante reconocer que las acciones y exigencias de los médicos al vincularse con los enfermo-as en situación de calle y los reclamos provenientes desde la sociedad civil a favor de ellos, constituyen acciones de visibilización que desde sus posibilidades, demandan un trato digno para los sujetos. Tales acciones se posicionan como una especie de resistencia a la estructura de la implementación de política de salud en Chile, que es de carácter altamente excluyente y selectiva, y que además mercantiliza los derechos básicos de las personas, de una mera tan radical, que lo político mismo pareciera diluirse.

A la consideración del estatuto ontológico y la lucha por la vida del enfermo-a en situación de calle, hay que agregar el desplazamiento que sufren estas personas, en cuanto quedan excluidas producto de un proceso de normalización en sentido foucaultiano, donde las PSC forman parte de la sociedad, pero relegadas a un ámbito muy específico, el de lo enfermo, lo anormal, lo “insalubre” e “indeseado”. En este punto surge el peligro o situación límite respecto del abordaje de la categoría del enfermo-a en situación de calle, puesto que siempre puede resultar contraproducente el nombrar y abrir líneas de acción que, más que focalizar la enfermedad como una constante de la situación de calle con la finalidad de trabajar por

la restitución de derechos de tales sujetos, opere como un elemento estigmatizador. Más que una nueva normalización, en este caso, el saber debe estar orientado al potencial uso que reporta desde una mirada socio-educativa, puesto que abre perspectivas en torno a qué hace una fundación, un albergue, un cesfam, un-a trabajador-a social ante un “enfermo-a en situación de calle” con especial atención en su condición.

Tal perspectiva se explica con mayor claridad, al mirar el contexto macroestructural en que se dan las relaciones entre el enfermo-a en situación de calle y el médico o funcionario con que el sujeto se vincula y aquí es donde el *bios* de la biopolítica se expresa con fuerza: el enfermo-a en situación de calle, es una persona en una especial condición de vulneración, en tanto sus derechos no han sido garantizados por el Estado, al mismo tiempo que presenta una fragilidad vital dada por su estado patológico, donde todo lo que ocurra desde que el sujeto se percibe enfermo y acude a algún centro hospitalario, hasta que recibe el cuidado pos hospitalario y mejora su estado de salud, son fragilidades que fácilmente pueden caer en el maltrato y las violencias. En otras palabras, visibilizar la condición de enfermo-a en situación de calle, obliga a la personas que se relaciona con él a comprender que ambos están inmersos en una relación de poder en la cual se puede actuar como represor desde perspectivas excluyentes, o como agente capaz de generar una ruptura humanizante, en medio de tal entramado de exclusión normalizada.

El enfermo-a en situación de calle, es profundamente vulnerado cuando su condición no se reconoce ni visibiliza, porque hay que considerar que en su trayectoria vital ha sido disciplinado-a por una burocracia que muchas veces le niega la atención médica o el trato digno, introyectando en su subjetividad, la creencia de que es mejor resolver tal situación por sí solo, sin recurrir a la institucionalidad médica, donde se va construyendo la imagen de que él es el único responsable de su situación y que la gran cantidad de personas enfermas en situación de calle, no corresponde a un problema del ámbito social.

En la relación de poder, el enfermo-a en situación de calle es el débil. La tarea se dirige entonces, a la identificación de aquellas acciones provenientes de la institucionalidad médica y jurídica, que construyen al enfermo-a en situación de calle como excluido y responsable de su situación, tan funcional para el contexto neoliberal. El desafío metodológico en este punto, es lograr la integración de teoría y praxis, a través del reconocimiento

de aquellas acciones que afirman esos procesos excluyentes de normalización en la construcción del “enfermo-a en situación de calle”. Tal acción deja ver además un escorzo ético, en tanto autores como Agamben y su concepto de nuda vida entendida como “vida desprotegida a la que cualquiera puede dar muerte” (2006:18) o Améry, torturado en Auschwitz, señalan que la sistematicidad de prácticas violentas a las que son sometidos los sujetos bajo ciertas condiciones, pueden llevar a la destrucción o vaciamiento total de su voluntad, de su subjetividad, reduciéndoles a materialidad pura, en palabras de Améry: fui obligado a ser lo que no era (2013).

3. SEGUNDO NUDO CRÍTICO ¿CUÁNDO LA ENFERMEDAD EN SITUACIÓN DE CALLE CONSTITUYE UN PROBLEMA SOCIAL? EL PARADIGMA DE LA INMUNIZACIÓN

A fines de 2019 se realizó la primera sesión de trabajo del grupo de estudios de la FGC, focalizada en esa ocasión en la temática de salud y enfermedad en situación de calle. De entre todos los testimonios entregados por los trabajadores, dos ideas se reiteran y conducen el diálogo: “de todas las áreas en que he trabajado colaborando con PSC, la salud siempre es problemática, siempre presenta algún conflicto...” y por otra parte, “es diferente cuando las PSC van solos a hacer algún trámite o a pedir medicamentos, no lo consiguen. Cuando los acompaña un trabajador social es distinto”.

Entre algunos de los casos que se problematizaron, destaca el de una persona enferma en situación de calle en la localidad de Curacaví, donde por acción de terceros, es ingresada a un centro médico. Según registros de la institución, la persona es atendida, “evidencia lucidez absoluta”, pero posteriormente se fuga del lugar. En el momento en que las trabajadoras de la Fundación acuden al lugar, encuentran a la PSC, sin identificación, desorientado, con “alteraciones en su estado de salud mental”, movilidad reducida y en condiciones de insalubridad que son evidenciadas por la Trabajadora social del centro médico: “la persona está hedionda”. El problema que surge, es que al momento de reunir la información, van apareciendo relatos contradictorios por parte de carabineros, la trabajadora social y otros funcionarios de la institución, que finalmente conducen a levantar una sospecha acerca de lo ocurrido con esa persona, donde la credibilidad del sujeto en situación de calle

parece no tener ninguna relevancia en el asunto. Finalmente, no se esclarece si recibió atención o si efectivamente se fugó del lugar.

La complejidad de esta situación, radica en que ella no es un hecho aislado, mas bien, se constituye como el reflejo de toda una institucionalidad que muchas veces abandona a las personas en situación de calle. Sea por falta de recursos, de conocimientos, de respaldos legales, de incumplimiento del trabajo, de empatía, etc. Los enfermos-as en situación de calle, ven mermadas sus oportunidades de acceso a salud primaria de calidad.

Una hipótesis fuerte en relación con la atención médica y las decisiones institucionales de carácter político respecto de las PSC, es que tras este tipo de acciones u omisiones, estaría operando el paradigma de la inmunización, considerado como una profundización o radicalización del binomio normatividad-normalización.

La inmunización corresponde a una categoría que se alimenta tanto de un léxico biológico-médico, como de uno jurídico-político y se expresa mediante relación entre ley y violencia, donde al peligro que amenaza lo común en el sentido de comunitario (Esposito, 2012), le corresponde la defensa cada vez más concreta de lo inmune, puesto que la inmunización tiene la figura dialéctica de la exclusión incluyente, en tanto afirma negando. Es una estrategia, una metodología que aparece como una reacción, más que una propia fuerza y opera como un contragolpe que impide a su contrario manifestarse. Por lo tanto, presupone la existencia de aquello que debe confrontar, como un mal, en este caso la situación de calle que nadie quiere padecer; se reproduce en forma controlada ese mal del que se debe proteger, avanzando en una confrontación que no es frontal sino que procede desde el rodeo y la neutralización. Esto significa que existe un carácter estructuralmente aporético del procedimiento inmunitario, pues no alcanza su objetivo de manera directa, donde el enfermo-as en situación de calle, es depositario de esa exclusión y normalización estigmatizadora antes mencionada, donde se le construye como un “mal” una inmunización exagerada y de connotación negativa.

En el caso de las PSC, tanto en salud como en otras dimensiones de su vida, como por ejemplo la seguridad social o el acceso a la vivienda, es posible apreciar que existe una institucionalidad que opera a través de medidas que van gestionando la vida de estas personas, pero que finalmente no trabaja por la erradicación de tal situación, más bien “soporta” la existencia de tales sujetos como aquella negatividad antes

aludida. Es en este sentido en que es posible afirmar que los problemas de los enfermos-as en situación de calle, si bien se relacionan con la medicina fisiológica, trascienden a este campo para insertarse en el ámbito político-social de la praxis médica. De esta manera y más allá del caso de “abandono” en la atención del hombre antes mencionado, la enfermedad en las PSC se posiciona como un tema de interés público, únicamente cuando genera otros problemas o amenaza la vida en “común”, es decir, que se actúa no por ellos, si no por los otros.

Un caso ejemplificador es el hecho de que a inicios del año 2019, hubo una proliferación de carpas como mecanismo de refugio que utilizaban y utilizan al día de hoy las PSC, particularmente en el sector de la “Alameda”. A partir de esto, se generaron una serie de acciones que tenían por objetivo que las PSC salieran de ese lugar. Claramente no para promover su bienestar, sino que la razón se encontraba fundamentalmente, en los problemas que generaban a la comunidad, entre ellos insalubridad y suciedad. Esta situación, interpretada desde el paradigma de la inmunización, señala que cuando la vida en comunidad es insostenible o se encuentra en peligro, “debe ser esterilizada previamente contra su inherente contenido relacional. Inmunizada contra el munus que la expone al contagio con aquello que la sobrepasa desde su propio interior” (Esposito, 2012:24), de esta manera se intenta “eliminar” a las PSC, pero no “erradicar la situación de calle”, clara expresión de la perversión de una inmunización radicalizada.

La pregunta investigativa se dirige nuevamente hacia el reconocimiento de aquellos elementos, que tanto en la praxis médica, como la experiencia vital del enfermo-a en situación de calle, coincidan en su interpretación desde la inmunización, lo que exige un profundo conocimiento tanto de los testimonios de los sujetos en calle, como del funcionamiento más concreto de los centros hospitalarios que se relacionan con enfermo-as en situación de calle.

Finalmente, es relevante enunciar en este segundo nudo crítico, que el ejemplo más claro de inmunización hacia los enfermos-as en situación de calle, particularmente en Chile, es observable en tiempos de pandemia, puesto que, en caso de que exista una preocupación médica por la condición de salud y enfermedad de las PSC ¿se trata de un intento por mejorar sus condiciones de vida o más bien de una medida de protección del resto de la sociedad en tanto operan como foco o vectores de contagio?

Considerados estos puntos, es posible poner de relieve cómo la salud pública tiene una tremenda potencialidad para que desde su conocimiento y praxis, pueda contribuir a las mejoras en las condiciones de salud de los sujeto-as enfermo-as en situación de calle, a partir de la incidencia y posicionamiento de la temática, como un asunto de interés público, reconociendo que la raigambre del problema es de corte político y de carácter urgente.

Metodológicamente, y para efectos de la investigación en curso, el cruce entre los testimonios de los enfermo-as en situación de calle, de los trabajadores que realizan acompañamientos y de la institucionalidad médica, se constituye como un diálogo que ayuda a transparentar las condiciones reales de inmunización en que se encuentran inmersos los sujetos que viven, enferman y mueren en calle, entendiendo que en el actual contexto de neoliberalismo, se presenta una radicalización de factores des-humanizantes en desmedro de aquellos gestos de humanidad.

4. TERCER NUDO CRÍTICO ¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LAS PSC?

Sin duda que al plantear el tema de la salud y enfermedad en las PSC estamos refiriendo a los sujetos y a una dimensión vital en ellos de carácter fisiológica, más específicamente. No obstante, es importante destacar que tales sujetos se encuentran en una condición particular de precarización de su vida, por lo que no enferman como enfermamos todos, ni mueren como morimos el común de las personas que no vive en la calle. Estas particularidades, como un mínimo gesto ético e inclusive como un recurso médico a la hora de realizar la atención, deben ser visibilizadas⁴ y restituida la salud como derecho.

Una constante que aparece tanto en los testimonios de las PSC, como en el de los trabajadores de la FGC, es que aunque se reconozca que la situación de calle es un fenómeno complejo y multicausal, la salud puede constituirse como una causa de llegar a encontrarse en situación de calle, específicamente cuando se trata de enfermedades catastróficas de otros, a quienes se debe cuidar y que reportan grandes gastos económicos; o en casos como cuando se habla de adicciones y problemas vinculados a la salud mental, pero la salud

no es solo eso, a la enfermedad física y mental, así como también a los cuidados.

Al mismo tiempo, es reiterativo el hecho de que vivir en situación de calle en estado de enfermedad, es un elemento que dificulta salir de ella, ya sea porque le resta autonomía los sujetos, les dificulta el ejercer trabajo y el acceso al empleo e inclusive, porque limita las posibilidades de ingreso a residencias o albergues; a partir de lo que resulta posible constatar, cómo la enfermedad va fijando y cronificando a las personas en tal condición. De esta manera, se reafirma la idea de que la enfermedad en situación de calle o la enfermedad como causa de ella, se constituye como un hito decisivo en la vida de estas personas y se expresa como una constante, evidenciando una asociación “casi constitutiva” entre vida en calle y estado patológico, en palabras de Canguilhem, la enfermedad es la norma sin normatividad biológica y normalizada socialmente. A lo que agregamos luego de abordar los nudos críticos anteriores: desde una perspectiva de la cual es necesario inmunizarse, lo que es asumido por la PSC con una profundidad tal, que muchas veces se expresa en el hecho de que la preocupación del día, gira en torno a la posibilidad de conseguir medicamentos o acceso a la atención, configurándole el sentido vital del día al enfermo-a.

Según los datos que arroja el Registro Social Calle (en adelante RSC), encontramos que en su actualización vía transparencia a mayo del 2019, de las 14.239 PSC entrevistadas, el 53,27% de los encuestados señala que posee alguna dificultad física permanente, de los cuales el 42% no recibió tratamiento en los últimos 12 meses. Cuando se trata de enfermedades crónicas, el 39,7% indica no haber recibido tratamiento en los últimos 12 meses y al abordar el tema de salud mental, sólo el 17,4% señala que recibe tratamiento (MIDESO, 2019). A estas cifras que ayudan a construir una visión sobre los estados de salud y enfermedad en calle, pero que deben ser revisadas, hay que sumar otros factores que dificultan la vida de las PSC, como por ejemplo el consumo problemático de alcohol y otras drogas duras, las adversidades que presenta la temporada de invierno, la situación de los adultos mayores, el caso de las mujeres y el embarazo y anticoncepción en situación de calle, la prostitución, la cronificación en calle, las escasas condiciones de higiene y deficiente alimentación, etc. De esta manera, es posible observar que aunque el concepto de salud se ha ampliado y enriquecido

⁴ En esta línea, la Fundación Gente de la Calle propone caracterizar complejidades y diferenciar vulnerabilidades. Ver <https://www.gentedelacalle.cl/wp-content/uploads/2017/11/Propuesta-Nacional-Eradicaci%C3%B3n-Situaci%C3%B3n-Calle-Fundaci%C3%B3n-Gente-de-la-Calle-October2017.pdf>

para la mayoría de los ciudadanos, en el caso de las PSC sigue limitándose a la enfermedad, pero de un modo complejo, en tanto el problema de la salud y enfermedad en las PSC, no se reduce a lo fisiológico ni puede abordarse de un modo individualizado, ya que se encuentra entramado con muchos otros elementos propios de las dinámicas de la situación calle y de la organización social.

Tales cifras, apoyan la idea de que estas personas viven la mayor parte de su vida desde estados de enfermedad. Por esta razón, surge la necesidad de trabajar con la categoría de “enfermo-a en situación de calle” tal como aquí se ha presentado, poniendo énfasis en el estado patológico, en cuanto en ella hay un reconocimiento y afirmación de que éste corresponde a la constante de la vida en calle. Esta categoría, no es tomada de las ciencias sociales ni del paradigma de la inmunización, tampoco de estudios que aluden a la problemática calle, más bien, se propone como uno de los desafíos que intenta abordar la temática, desde la visibilización de la precariedad en que sobreviven tales sujetos, valorando el nombrar la enfermedad, por sobre la ambigüedad o positividad que pudiese representar el apelativo “situación de calle”, que finalmente se traduce en la atenuación de los problemas que se están evidenciando, en torno a la salud. De manera que la categoría “enfermo-a en situación de calle” invita a que al menos contemos con una caracterización objetiva y consistente del sujeto en cuestión.

El hecho de reconocer la particularidad de la vida en calle desde la categoría “enfermo-a” en situación de calle, opera por otra parte, como un reposicionamiento compensatorio, que busca visibilizar y valorar la dignidad de las PSC como sujeto-as de derechos, específicamente en materias de salud pública y valorando a la medicina en su praxis ética, en tanto “es un arte destinado a responder al llamado de un viviente humano en estado de desamparo” (Lecourt, 2008, p.49).

Ahora bien ¿cómo se construye esa categoría? Es el desafío que viene. Se propone que su abordaje corresponde a una tarea que debe realizarse siempre analizando como mínimo dos ejes: por una parte reconociendo tanto los elementos que son externos al sujeto y que van configurado su construcción “social”, como por ejemplo el

conjunto de factores dados por el saber médico, las leyes, las políticas públicas y las atribuciones del entorno social; por otra parte, valorizando la autopercepción de las PSC, desde la configuración de sus subjetividades, vinculando esto con un tercer insumo, dado por el análisis crítico de quienes constantemente se relacionan con ellos como trabajadores. Esto implica reconstruir un tejido de significaciones múltiples mediante un ejercicio de valoración del testimonio como una especie de memoria o vivencia que expresa y construye realidades, donde la subjetividad del enfermo-a en situación de calle, no es introyectada desde el exterior. Tal decisión metodológica, opera como una estrategia de visibilización de la situación concreta de la salud en situación de calle, que valoriza la materialidad de los sujetos, en contraposición a una perspectiva de carácter más institucional, que no menos importante, se posiciona como predominante.

El enfoque anterior, que podría señalarse como de carácter metodológico, se apoya en el lineamiento que desde hace algunos años viene trabajándose en la FGC y que en algunos casos es tendencia a nivel regional (Arellano, 2019), que consiste en acompañar y promover experiencias que potencien procesos de empoderamiento de los sujetos, con la finalidad de promover la autonomía de las personas en situación de calle, en vistas de autoperibirse como sujetos de derechos, donde el trabajo se desarrolla bajo una perspectiva no tutelar ni asistencialista (Diorio en Arellano, 2019). Las principales líneas de acción, estarían constituidas en este punto por el rescate y sistematización de relatos de PSC, así como también, por la experiencia que los trabajadores de la FGC, particularmente el área socio jurídica y el voluntariado Fraternidad, comenzaron a realizar en conjunto con centros hospitalarios desde el año 2010⁵ (FGC, 2011).

5. CONSIDERACIONES FINALES

Si bien, la vida de las PSC es una materialidad que en muchos aspectos se resiste en su abordaje, con lo señalado anteriormente se adelanta la relevancia de al menos pensar la enfermedad en calle desde una perspectiva biopolítica orientada

5 Ver Memoria 2011 “La Fundación Gente de la Calle inició en el transcurso del año 2010 un esfuerzo de acercamiento con algunos servicios públicos de salud con el objeto de facilitar el acceso de sus usuarios a diversas prestaciones en medicina general, geriátrica, enfermedades respiratorias, VIH, salud mental, desintoxicación y otras urgencias. Entre otros, con el Instituto José Horwitz Barak, el Instituto Nacional del Tórax, la Posta Central de Santiago, el Consultorio de Recoleta, el Consultorio Padre Orellana de Santiago y el Complejo Hospitalario San José. En este contexto, se constató la presencia de Personas en Situación de Calle, no sólo en las inmediaciones y dependencias de algunos servicios, sino también, como pacientes hospitalizados, lo que, en ambos casos, tenía múltiples implicancias tanto para las Personas en Situación de Calle como para los propios centros de salud”.

al reconocimiento de la lógica inmunitaria, como afirma Preciado en su reflexión a propósito de la pandemia por covid-19:

“Roberto Esposito nos enseña que toda biopolítica es inmunológica: supone una definición de la comunidad y el establecimiento de una jerarquía entre aquellos cuerpos que están exentos de tributos (los que son considerados inmunes) y aquellos que la comunidad percibe como potencialmente peligrosos (los demuni) y que serán excluidos en un acto de protección inmunológica” (2020, p. 165).

La perspectiva biopolítica inmunitaria, es una de las lecturas posibles tras la recepción biopolítica foucaultiana, que nos posibilita develar la violenta estructura que subyace a la sociedad en que vivimos y el sentido desde el cual configuramos la comunidad y todos sus elementos constitutivos, donde es necesario reconocer que la exclusión inclusiva a la que están sometidas las PSC, ocurre en la lógica de una violencia estructural que urge ser cuestionada y revertida, en tanto “Comunidad e inmunidad comparten una misma raíz, munus, en latín el munus era el tributo que alguien debía pagar por vivir o formar parte de la comunidad” (2020:165). Trabajar sobre la categoría del enfermo-a en calle, su normalización en sentido político y su exclusión inmunizadora, constituye una posibilidad de abordaje crítico en el entramado de la institucionalidad médica y de la biopolítica que hoy está aconteciendo desde su cariz más negativa.

REFERENCIAS

- Agamben, G. (2006) *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Editorial Pre-textos.
- Améry, J. (2013) *Más allá de la culpa y la expiación. Tentativas de superación de una víctima de la violencia*. Valencia, editorial Pre-textos.
- Arellano, N. (2018) *Situaciones de calle. Abandonos y sobrevivencias miradas desde la praxis. Chile, Argentina, Costa Rica, México*. Santiago de Chile: Ril editores.
- Cangilhem, G. (2011) *Lo normal y lo patológico*. Madrid, Siglo XXI editores.
- (2005) *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. Madrid, Amorrorturu Editores.
- Castro, E. (2008) Biopolítica de la soberanía al gobierno. En *Revista Latinoamericana de filosofía*, vol xxxiv, N°2.
- De la Aldea, E. (2019) *Los cuidados en tiempos de descuido*. Santiago de Chile, LOM.
- Espósito, R. (2005) *Inmunitas Protección y negación de la vida*. Buenos Aires, Amorrorturu Editores.
- (2011) *Bíos Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires, Amorrorturu Editores.
- (2012) *Comunitas Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires, Amorrorturu Editores.
- Foucault, M. (2001) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- (1985) *La microfísica del poder*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- (1993) *Historia de la locura I*. México, Fondo de cultura económica.
- (2006a) *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid, Siglo XXI.
- (2006b) *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.
- Fundación Gente de la Calle (FGC) (2011) Memoria Institucional. Chile. Recuperado de internet el 20 de marzo de 2020: http://www.gentedelacalle.cl/wp-content/uploads/2014/12/Memoria_2011.pdf
- Goyenechea, M. (2019) Estado subsidiario segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos médico sociales*, 59, 2, 7-12.
- Lecourt, D. (2008) *Georges Canguilhem*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.
- Lemke, T. (2017). *Introducción a la biopolítica*. México D. F., Fondo de cultura económica.
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) (actualizado Mayo 2019) Registro social Calle. Chile.
- Preciado, P. (2020) Aprendiendo del virus. En *Sopa de Wuban Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia*. ASPO.
- Salinas, A. (2014) *La semántica Biopolítica. Foucault y sus recepciones*. Viña del Mar, Cenaltes ediciones.

