

HACER VIVIR, DEJAR MORIR: RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Y PANDEMIA SARS-COV-2/COVID-19

Make Live, Let Die: Individual Responsibility and the SARS-CoV-2/COVID-19 Pandemic

Mario Ociel Moya

Universidad de Chile

mmoya@inta.uchile.cl

Resumen:

El Ministerio de Salud chileno ha indicado el cambio en el mecanismo de trazabilidad de contagiados por COVID-19 a partir del 20 de enero de 2022, siendo una de las medidas la implementación del autotrazabilidad. Son las personas confirmadas de COVID-19 las que deben comunicar a otros, realizar la trazabilidad con quienes tuvieron contacto estrecho. Por otra parte, aquellas personas que son informadas del riesgo son categorizadas como “persona en alerta de COVID”.

Palabras clave: Hacer vivir / dejar morir / Responsabilización individual / Biopolítica.

Abstract:

The Chilean Ministry of Health has indicated the change in the traceability mechanism of those infected by COVID-19 as of January 20, 2022, one of the measures being the implementation of self-traceability. It is the people confirmed with COVID-19 who must communicate to others, carry out traceability with those who had close contact. On the other hand, those people who are informed of the risk are categorized as “persons on COVID alert”.

Key words: Make live / let die / Individual responsibility / Biopolitics.

Introducción

Michel Foucault (1926-1984), pensador francés, en términos muy generales indica que la vida es considerada como una dimensión de interés del poder político. En este sentido, Foucault sostiene el interés político por la vida se expresa bajo dos modalidades: en el siglo XVII centrada en el cuerpo como “máquina” (anatómo-política), proceso que es descrito como sometimiento y corrección del cuerpo o del sujeto “desviado” (*sic*) en el marco de una sociedad disciplinaria; la segunda modalidad que emerge desde mediados del siglo XVIII, en donde el objetivo del poder es el cuerpo-especie (biopolítica de la población), que se caracteriza en la generación de medidas de intervención y gestión sobre las tasas de natalidad, el manejo del binomio salud/enfermedad en la población y la postergación de la muerte (hacer vivir). De esta forma, las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen las dos dimensiones en las cuales se sostiene el poder sobre las personas y la población, en donde, el funcionamiento de la anatomo-política y la biopolítica (lógica poblacional) no operan de manera excluyente y alrededor de las cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida (Foucault, 2002).

Dentro de esta aproximación teórica, existe otro concepto fundamental: la gubernamentalidad, que es descrita como un tipo de racionalidad que se produce y reproduce de manera atomizada en las relaciones personales y cualquier dominio de la sociedad (familia, salud, política, vida cotidiana). En otras palabras, se trata de la integración en la “mentalidad” de las personas que, siendo componentes de una población, saben el qué y cómo deben actuar en sociedad en pos del orden y seguridad de la misma población. Ahora bien, creo que es importante señalar que, si bien Foucault piensa en y desde Europa, dichas lógicas no escapan de la organización de los Estados del resto de los países de occidente y de los países de la Región de las Américas. Existen una serie de mecanismos en donde es posible observar mecanismos de gobierno de la población, manejo y gestión de la población migrante, manejo de enfermedades, el manejo y configuración de la ciudad en base a criterios de exclusión, el manejo del conflicto Mapuche y el más reciente ejemplo que utilizaré en este análisis: la pandemia por el SARS-CoV-2/COVID-19.

Hacer Vivir: vacunación de emergencia y políticas de intervención poblacional

Asumiendo estas premisas quisiera tomar la pandemia como un evento sociosanitario, que ha sacado a flote y puesto en tensión al sistema sanitario, social, económico y político en Chile. Desde el primer caso de COVID-19 detectado en nuestro

país fue en el mes de marzo del 2020, fueron tomadas las medidas necesarias para evitar la transmisión del virus al resto de la población, lo cual fue inevitable como bien sabemos. Instalada la pandemia en Chile y el número de casos en aumento, fueron tomadas otras medidas más drásticas, como cuarentenas, estado de excepción, toques de queda y el uso de las fuerzas armadas como mecanismo de apoyo para el buen cumplimiento de las directrices que el Estado estableció para el manejo de la pandemia. Estas directrices, se graficaron básicamente en la restricción de las libertades individuales, por consiguiente, de la población.

El servicio de salud colapsado, personal médico agotado por las extenuantes horas de trabajo, las camas críticas en franca disminución, el aumento del desempleo y la economía expresando incipientemente una crisis, el Estado comenzó con las ayudas mediante la entrega de cajas con alimentos, la entrega de apoyo económico a las familias mediante el bono COVID y otras medidas dirigidas al apoyo económico y la subsistencia de las familias de mayor vulnerabilidad. Bajo el criterio de la protección de la vida, segmentaron el cuerpo social en base a grupos de edad, de personas de mayor riesgo de muerte frente a un eventual contagio. En este sentido, cabe mencionar que las Personas Mayores, según creo, fue grupo que más ha padecido los efectos de la pandemia, ya que se generó una gran dificultad, la imposibilidad de seguir con sus controles médicos en los CESFAM de país, el retraso en la entrega de sus medicamentos para el control de sus enfermedades crónicas y el aislamiento social que afectó de manera directa en sus capacidades funcionales y en sus relaciones sociales.

La última vez que el mundo y el sistema sanitario tuvieron que hacer frente a un evento de salud de la magnitud de la actual pandemia SARS-CoV-2/COVID-19, fue la pandemia de la gripe española (H1N1) de 1918, en donde, al igual que con el COVID-19, no existía acceso a vacuna (Ferguson, 2020). Sin embargo, tras el rápido inicio de los estudios clínicos de las primeras vacunas contra el COVID-19, reaparecieron los grupos antivacunas, cuyas teorías en torno a la falsedad de la pandemia, paulatinamente, comenzó a imponerse y fortalecer su organización entre los diversos grupos existentes en varios países. Por ejemplo, en algunos países europeos, Francia, España, Italia, por nombrar únicamente algunos, las organizaciones antivacunas iniciaron importantes manifestaciones, donde centenares de personas acusaban a los Estados de una dictadura sanitaria. En Chile, los antivacunas también comenzaron con una mayor organización mediante el uso de redes sociales, sin embargo, en nuestro país, el proceso de vacunación de emergencia ha sido considerado un éxito por la adherencia de gran parte de la población siguiendo los esquemas de vacunación que el Estado estableció por grupos de edades y personas con patologías de base o enfermedades crónicas. El pase de movilidad o de la *green card* (como es conocida en los países anglosajones) fue uno de los

principales motivadores para que la población más joven se vacunara, ya que sin el pase de movilidad se restringía el acceso de espacios públicos y privados.

En este sentido, considero importante señalar que a lo largo de la historia de diversos procesos de salud/enfermedad, la vacunación ha demostrado ser una de las intervenciones de mayor costo-efectividad de todas las épocas (Saldaña, 2019), logrando mediante esta estrategia, por ejemplo, erradicar de la viruela y disminuir la incidencia de patologías como la poliomielitis, la difteria, tos ferina y la hepatitis tipo B (OMS, 2005). Entonces, no es nuevo que, en torno a la vacunación, se generen diversas creencias y temores que se asocian a los efectos adversos que podrían provocar sobre la salud de las personas. Un buen ejemplo de esto fue la implementación de la vacunación contra la viruela a principios del Siglo XX, la cual no logró ser erradicada hasta la segunda mitad del mismo siglo, producto de la resistencia por parte de un segmento de la población ante la vacunación (Cabrera, 2008).

Dejar morir: responsabilidad individual y autotrazabilidad

Tanto en la pandemia de la gripe española (H1N1) de 1918 y en la pandemia del SARS-CoV-2/COVID-19, dentro de las primeras medidas adoptadas para frenar el contagio, fueron aquellas que podemos denominar no clínicas, dirigidas en generar un cambio en el comportamiento de la población mediante la implementación de lógicas que buscaban lograr el aislamiento social, el confinamiento y el cierre de lugares de reunión social. Asimismo, en ambos eventos, dichas prácticas tuvieron resultados en la disminución de casos, no obstante, la transmisión aumentó cuando las restricciones se relajaron y simplemente fueron eliminadas.

El cambio en el mecanismo de trazabilidad de contagiados por COVID-19 y el relajo de las normas de control que iniciaron desde el 20 de enero de 2022, siendo su principal y el más cuestionado ejemplo por los expertos es la autotrazabilidad, iniciativas que parece obviar algunos antecedentes previos: en el peor momento de la pandemia en el año 2020, fueron realizadas fiestas clandestinas, reuniones en donde no fueron respetados el número de personas permitidas en recintos privados o públicos, funerales en donde, por ejemplo, el mismo Presidente de la República viola de manera arbitraria el protocolo de la cuarentena durante el sepelio del sacerdote Bernardino Piñera, personas diagnosticadas con COVID-19 que, relajadas las medidas de seguridad, intentaron (y algunos lo lograron) realizar viajes dentro del país. Esta medida, además, obvia que los eventos de salud/enfermedad se encuentran íntimamente ligadas a prácticas sociales las cuales, además, se encuentran siempre circunscritas a formas culturas y a sistemas de creencias que pueden

operar como facilitadores u obstaculizadores de las iniciativas de los Estados para el control de enfermedades.

El plan “Si me enfermo, yo te cuido”, para el MINSAL, se sustenta en la siguiente lógica: “si se considera un promedio de 3 contactos estrechos para cada uno de los 12.500 casos confirmados hoy, se deberían investigar, notificar y poner cuarentena a más de 36.000 contactos estrechos. Se tendrían que llamar a casi 50 mil personas diariamente y generando un alto impacto en el funcionamiento de la sociedad dada la gran cantidad de personas como contactos estrechos. Claramente una trazabilidad que se hace insostenible e impracticable, más aún considerando que los casos de variante Ómicron van en aumento y se presentan en un período de incubación menor de tres días” (MINSAL, 2022) Es decir, la incapacidad operativa para la realización de la trazabilidad que es un mecanismo, y esto no debemos olvidar, del complejo proceso de vigilancia epidemiológica.

Por otra parte, es evidente el relajo en las medidas para el control de la movilidad de las personas, lo cual comprensible, ya que el estrés que ha generado la pandemia en las personas es considerable y los reales efectos de éste en la calidad de vida y en la salud mental de las personas no serán observadas en su real magnitud hasta un año más, en donde las tasas de depresión tenderán al alza.

Creo firmemente en la libertad de las personas, creo firmemente en la lógica personal del auto cuidado en salud, pero en un escenario de “normalidad” sanitaria. En el escenario de pandemia y de catástrofe, el problema es distinto y es fundamental que el Estado cumpla su rol en el control de los efectos potenciales que ha traído consigo el relajo de las medidas, pues éste responsable. Cuando es implementado un plan como el “Si me enfermo, yo te cuido”, es responsabilizar a la población de sus estados de buena o mala salud, del contagio o no contagio.

La responsabilidad individual supone horizontalidad de participación en la formulación de pequeños modelos de autocuidado y de toma de decisiones locales del qué y cómo hacer para la prevención, sin embargo, en un sentido práctico, lo único que he podido observar es el abandono de aspectos elementales como el uso de mascarilla, la ausencia de la distancia física o el aumento de personas permitidas en espacios públicos (playas, parques, centros de atención de personas en servicios públicos, etc.) y en espacios privados (Centros comerciales, supermercados, farmacias).

La buena gobernanza en salud, y fundamentalmente en el contexto de la pandemia y su variante ómicron, requiere en una primera instancia que la sociedad asuma esta condición sanitaria, observe y se apropie de los riesgos de sus acciones cuyas

consecuencias son para sí y para otros, en otras palabras, necesitamos una sociedad que opere desde una lógica comunitaria y Chile, más bien, tiende a la diferenciación y a procesos de individualización.

La consideración de ninguna de estas variables es observable en esta nueva estrategia estatal para el manejo de la pandemia y la variante ómicron, ya que un plan o una política de responsabilización ciudadana, como señala De Ortuzar (2016), requiere un ciudadano activo, consciente del riesgo e informado. Así, el gran problema que encierra la premisa del Estado ha sido la de ignorar las desigualdades estructurales que existen en Chile y que impide la toma de decisiones libre de los ciudadanos, decisiones libres e informadas. Un cambio sociocultural, en este sentido, no es posible lograr de un momento a otro, requiere una preparación, organización con las comunidades y la entrega de los insumos y formación, al menos, de líderes comunitarios que permitan diseminar en sus espacios locales las lógicas preventivas y de autocuidado.

Hemos sido arrojados a la muerte, según creo, bajo un criterio que no es precisamente sanitario, sino económico. Que el mercado del turismo funcione, que el mercado de los bienes y servicios a los cuales parte de la población pueda acceder opere, pues lo que importa hoy es el bienestar de las cifras económicas y el mercado. Esto no es una trivialidad y es grave, ya que como ha sido señalado y lo reitero, este tipo de iniciativas de responsabilización individual promueven la desigual socioeconómica y estructural que caracterizan a Chile. Hacer vivir y dejar morir es la lógica que preside nuestro presente.

Bibliografía:

- FERGUSON, N., LAYDON, D., NEDJATI-GILANI, G., IMAI, N., AINSLIE, K., BAGUELIN, M., ... & GHANI, A. C. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. *Imperial College London*, 10 (77482), 491-497.
- FOUCAULT, M. (2002). *Historia de la sexualidad. 1-La voluntad de saber*. México. Siglo XXI Editores. España
- MINSAL. (2022) COVID-19: Autoridades instan a la población a participar activamente en la estrategia «Si me enfermo, yo te cuido» www.minsal.cl
- OMS. (2005). GIVS - Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015. OMS. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69146>

ORTÚZAR, M. (2016). Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud. *Revista de Bioética y Derecho*, (36), 23-36.

<https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.36.15374>

SALDAÑA, A., SANTILLANA, S. VALENZUELA, M.T., DABANCH, J., GONZÁLEZ, C., CERDA, J., ACEVEDO, J., CALVO, M., DÍAZ, E., ENDEIZA, M., INOSTROZA, J. & RODRÍGUEZ, J. (2019). CAVEI considerations for the promotion of vaccination adherence. *Revista chilena de infectología*, 36(5), 629-635.

<https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000500629>