

ACERCA DE LA MUERTE Y EL COVID-19 EN CHILE

ABOUT DEATH AND COVID-19 IN CHILE

“Ni pena ni miedo”
(Raúl Zurita)

Han pasado aproximadamente veinte meses desde que se iniciara la pandemia por COVID-19. Desde entonces han fallecido más de cuatro millones de personas en el mundo padeciendo esta enfermedad y la expectativa de vida de la mayor parte de las poblaciones estudiadas decrece¹, siendo diferencialmente afectadas las personas mayores y los hombres en su supervivencia, los jóvenes en su salud mental y las mujeres en sus condiciones de vida^{2,3}. En Chile la mortalidad mensual durante el primer semestre del 2021 aumentó en un rango que va desde un 26% a un 40% y las personas fallecidas totales se acercan a las 50.000⁴.

Aunque el miedo afectó a todos/as, la evidencia muestra que la distribución de la muerte que desencadena el virus no sólo se distribuye heterogéneamente por edad, sexo y en relación a la presencia de comorbilidades específicas, sino que además realiza las distinciones sociales de género, etnia y clase social^{1,5,6} que hacen parte del patrón socio epidemiológico – o las realidades médico sociales – de nuestros países latinoamericanos. Estas distinciones a su vez, determinan parte sustantiva de las inequidades sanitarias que constatamos permanentemente y que hoy con la pandemia, resultan visibles para cualquiera que observe con una mínima atención. En este contexto de exclusión y desigualdad, la precariedad del trabajo juega un rol central en el esparcimiento de la epidemia y sus efectos^{8,9}.

Ante la evidente relevancia de los procesos sociales en la producción de muerte y enfermedad por COVID-19, la epidemiología de los factores de riesgo, articulada discursivamente con los intereses gubernamentales, insisten en poner en el centro de la discusión socio-sanitaria la hegemonía de la biología, el cuerpo y la responsabilidad individual¹⁰, intentando acallar las historias, sueños, esfuerzos e inequidades que nos narrarían los cuerpos de los fallecidos/as y también sus cercanos, que con certeza nos ayudarían a romper la brutal normalización de sus pérdidas y aclararían la percepción acerca de la humanidad de la política sanitaria implementada.

En este tiempo que nos recuerda nuestra mortalidad, pareciera que es la cotidianidad circundante la que nos obliga a una lectura biopolítica de la realidad y no al revés. Fenómenos cotidianos suscitados por la pandemia como el miedo, el encierro, la puesta en cuestión de la capacidad del poder para hacer vivir y encerrar, la muerte y el despliegue de las tecnologías de gobierno sobre el cuerpo social –disciplina y regulación– inundan y agobian la existencia. Para países como el nuestro las políticas de muerte – física y simbólica– nos resultan abrumadoramente cercanas^{11,12}. El exterminio político, étnico y de clase permanece en la memoria viva de los pueblos de Chile y convive con la actual relativización de la humanidad de migrantes, mujeres y de jóvenes marginales de nuestro fragmentado tiempo y espacio.

El hacer morir y dejar morir a los grupos humanos considerados objetos, peligros, sacrificables o remanentes, se encuentra presente en la realidad cotidiana de nuestra vida colectiva. Como ejemplo basta recordar la mutilación y el asesinato de decenas y cientos de ciudadanos/as, que desde octubre del año 2019, y en un momento histórico de saturación y transformación de las estructuras y normas de convivencia social, protestan por la vulneración de la dignidad de la vida en nuestro país. Tal vez exigiendo de la democracia liberal libertad e igualdad, o tal vez colocando en cuestión al mismo, poniendo al centro la posibilidad de influir y construir la voluntad e identidad colectiva¹³.

En este marco de mutilación, encierro político y violencia, la pandemia vino a desatar esa otra forma gubernamental de abrir caminos a la muerte de algunos/as –más soterrada y borrosa para los afectados/as– que resulta del hecho de dejar enfermar. El Estado de excepción se hizo la norma y diversos actores –sin ninguna evidencia– validaron su rol sanitario. Como si enfrentar la enfermedad requiriera de menos y no más derechos para la ciudadanía, más orden y menos disenso, más control y menos deliberación o voluntad colectiva. La desconfianza, la desinformación, el absurdo hecho intervención económica y sanitaria, así como la premisa de la convivencia inexorable con el virus han facilitado sus efectos socio-sanitarios y dejado toda posibilidad de recuperación de la vida física y cultural, a las virtudes y al acceso a las tecnologías de inmunización de la colectividad.

Preparar al cuerpo para su defensa autónoma frente a patógenos circundantes es probablemente una de las más bellas creaciones humanas en defensa de la vida y con la cual la mayoría de los pueblos de este territorio tienen una historia de construcción de confianzas sustantivas. Confianza que surge de su perceptible capacidad para hacer sobrevivir a pesar de la miseria y la negación de las otras posibilidades de cuidado de la vida. Las vacunas de la pandemia de hoy nos ofrecen la posibilidad de disminuir significativamente el contagio y la mortalidad y a diferencia de la mayoría de la humanidad, contamos con la institucionalidad sanitaria para facilitar su acceso, evaluación y distribución efectiva.

Bajo premisas optimistas y desde una perspectiva teórica, la campaña de inmunización implementada en Chile podría lograr aquel “efecto de rebaño” –que replique el escenario de prolongación de la vida sin las transformaciones sociales que mejoren las condiciones de vida de la población– en la medida de lograr una casi total cobertura de la población susceptible. Empíricamente, empieza a quedar en evidencia la previsible alza de contagios cuando con alrededor de un 70% de la población susceptible vacunada se generan las señales suficientes para el contagio y se diluyen las ya precarias otras estrategias colectivas de cuidado y prevención de la enfermedad. Dependemos entonces de la endeble estrategia de mitigación, del avance de la campaña de vacunación y de la verificación empírica de los supuestos optimistas, para no observar el indeseable aumento de las hospitalizaciones y de la mortalidad en la población no vacunada y en menor medida en la vacunada.

Con todo, las decisiones gubernamentales han vuelto a realizar la apuesta por la mitigación, que implica la convivencia con el virus y con la muerte, y con el absurdo que introduce la mercantilización de la vida y la preocupación por la acumulación de capital y por sus dueños. La incertidumbre respecto del resultado de una estrategia de eliminación del virus, en el marco de las precariedades de la vida colectiva acumuladas, no parece estar en cuestión, pero el hecho de nunca haberse intentado, en un contexto de evidencia científica favorable y un sistema sanitario con fortalezas significativas, es sólo una muestra más de la profunda crisis política, institucional y ética que afecta la confianza y la legitimidad de esta precaria democracia.

Virchow concebía a las enfermedades epidémicas como “la manifestación de un desajuste social y cultural” y como señal de las deficiencias de la sociedad, distinguiendo las epidemias naturales, atribuidas a la falta de cuidados frente a eventos estacionales y climáticos, de las artificiales, según el grado de importancia de las condiciones sociales y políticas producidas colectivamente. Según él, estas epidemias aparecen intempestivamente y se van de la misma manera con las transformaciones sociales y culturales de los tiempos¹⁴.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aburto JM, Schöley J, Zhang L, Kashnitsky I, Rahal C, Missov TI, et al. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life expectancy losses. medRxiv 2021.
2. Green H, Fernandez R, MacPhail C. The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nurs.* 2021 Aug 17;10.1111/phn.12959. doi: 10.1111/phn.12959. Epub ahead of print. PMID: 34403525; PMCID: PMC8446962.
3. Dewa LH, Crandell C, Choong, E, Jaques J, Bottle A, Killkenny C, et al. Un estudio coproducido de métodos mixtos sobre el estado de salud mental y las estrategias de afrontamiento de los jóvenes durante el encierro de COVID-19 en el Reino Unido. *Revista de salud adolescente.* 2021;68(4): 666-675.
4. Estadísticas de defunción por COVID [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. Departamento de Información Estadística en Salud. [consultado en Agosto 2021]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F357a72ec-43b7-4ca9-89cb-33f4818d2ab3§ionIndex=0&sso_guest=true&sas-welcome=false
5. Vahidy FS, Nicolas JC, Meeks JR, Khan O, Pan A, Jones SL, et al. Racial and ethnic disparities in SARS-CoV-2 pandemic: analysis of a COVID-19 observational registry for a diverse US metropolitan population. *BMJ open.* 2020;10(8):e039849.
6. Upshaw TL, Brown C, Smith R, Perri M, Ziegler C, Pinto AD. Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: a rapid review. *PloS one.* 2021;16(3):e0248336.
7. Fleury S. Ciudadanía, exclusión y democracia. *Nueva sociedad.* 2004;193(5):62-75.
8. Vejar DJ. Precariedad como gobierno de la pandemia: La experiencia de la precariedad laboral en Chile. *HYBRIS.* 2020;11(2):125-149.
9. Côté D, Durant S, MacEachen E, Majowicz S, Meyer S, Huynh AT, Laberge M, Dubé J. A rapid scoping review of COVID-19 and vulnerable workers: Intersecting occupational and public health issues. *Am J Ind Med.* 2021 Jul;64(7):551-566. doi: 10.1002/ajim.23256.
10. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, Li Q, Jiang C, Zhou Y, Liu S, Ye C, Zhang P, Xing Y, Guo H, Tang W. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020 Aug;81(2):e16-e25. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.021.
11. Foucault M. *Defender la sociedad.* Vol. 229. Ediciones Akal; 2003.
12. Mbembe A. *Necropolitics.* In: Foucault in an Age of Terror. London: Palgrave Macmillan, 2008; p. 152-182.
13. Mouffe C. *Democracy as agonistic pluralism.* In: *Rewriting Democracy.* Routledge; 2017. p. 35-45.
14. Rosen G. *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud.* Siglo XX; 1985.