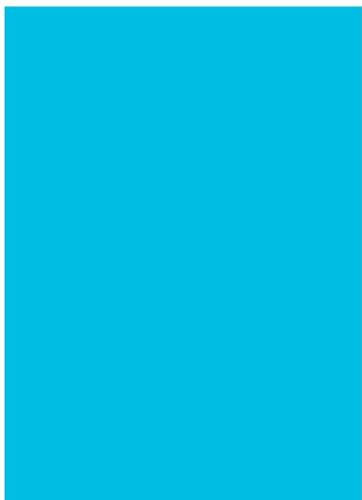
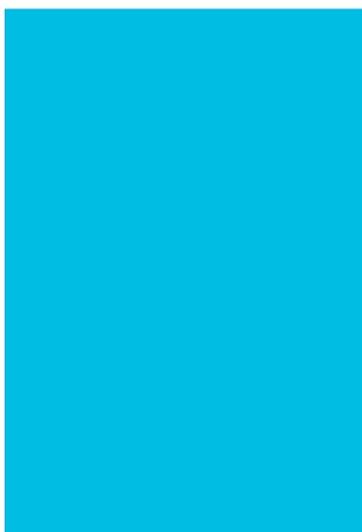


PROYECTO VIDA EN PANDEMIA:

Para un aprendizaje social de impactos y respuestas a la crisis en la vida cotidiana.
Estudio longitudinal sobre la vida cotidiana en la crisis del covid-19.



INFORME DE PRIMEROS RESULTADOS

*LA VACILACION EN LA TRANSICION AL
DISPOSITIVO MEDICO EN LA LUCHA CONTRA EL
COVID-19*

INVESTIGADORES/AS SEGUNDA OLA

Irma Palma, Facultad de Ciencias Sociales, investigadora responsable

Fabián Duarte, Núcleo Milenio en Desarrollo social, Facultad de Economía y Negocios. Investigador responsable alterno

Roberto Aceituno, Facultad de Ciencias Sociales

María Pía Martín, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas

Camilo Morales, Facultad de Ciencias Sociales

Svenska Arensburg, Facultad de Ciencias Sociales

Carolina Adaros, investigadora invitada

AYUDANTES

Antonia Riveros, ayudante, Núcleo Milenio en Desarrollo social

Carla Peñafiel, ayudante, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas

Tomás Alegría, ayudante, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas

Belén Beas, ayudante, Facultad de Ciencias Sociales

COORDINACIÓN GENERAL: Irma Palma, Facultad de Ciencias Sociales

Esta iniciativa tiene el patrocinio de la Rectoría, la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, el Instituto Milenio para la Investigación de Imperfecciones de Mercado y Políticas Públicas, Núcleo Milenio en Desarrollo social, DESOC, Facultad de Economía y Negocios. de la Facultad de Economía y Negocios y UNESCO. En esta segunda ola, el trabajo de campo fue financiado por UNESCO.

PROYECTO VIDA EN PANDEMIA

Propósito: Producir conocimiento en los planos de la subjetividad, los vínculos, la comprensión de riesgos y respuestas sanitarias, por una parte, así como los modos, comunes y diferenciados, en que se responde a la pandemia en los planos de las prácticas (especialmente las educacionales, de trabajo), los hábitos (entre otros, de cuidado) en condiciones de vida específicas en el contexto de desigualdades, vulnerabilidades y discriminaciones estructurales (de género, edades, territoriales, socioeconómicas y sanitarias).

Destacamos uno de los elementos que atraviesan este estudio, que es la hipótesis de la profundización de las desigualdades y discriminaciones estructurales, planteada por la investigación social en el mundo, los modos en que impacta la crisis de la economía, entre otros ámbitos, en cómo son experimentadas por los individuos y grupos.

Una perspectiva longitudinal. La concepción y el diseño del Estudio se diferencia de otras encuestas en Covid-19, que están más destinadas a tomar una instantánea de la situación. Construirá conocimiento de forma continua y acumulativa en el curso temporal de la crisis sanitaria, porque busca registrar casi directamente el proceso de las transformaciones en las prácticas sociales que tal vez se impondrán en el duración.

Una investigación en que convergen diferentes disciplinas, de modo de alcanzar una comprensión de las formas multidimensionales, complejas y socialmente diferenciadas en que la pandemia afecta a las sociedades: complejas, pues se trata de formas sistémicas (familiares, comunitarias, políticas, etc.) en múltiples dimensiones (economía, salud, trabajo, educación, etc.) y contextualizadas en condiciones de vida y situaciones socio-existenciales específicas (de género, etarias, territoriales, socioeconómicas y sanitarias).

Crisis del covid-19, un analizador de las sociedades

Una situación de crisis como la del covid-19 opera como un laboratorio, un analizador de las sociedades porque resultan retratadas, en su modo más exigido y auténtico, por la severidad de la alteración -multidimensional,

compleja y, al mismo común y diferenciada- de la vida personal y social. Entonces las epidemias proporcionan un dispositivo de muestreo para el análisis social. Las epidemias presionan a las sociedades que atacan, y dicha tensión hace visibles estructuras latentes que de otra manera no serían evidentes. Asimismo, las crisis, nos muestran las formas de vida que les preceden, las desestabilizan, profundizan otras crisis permanentes, pero también hacen emerger nuevas formas de hacer, pensar o relacionarse. Por hacer desaparecer los puntos de referencia de la vida cotidiana, son situaciones privilegiadas para observar y comprender las formas desestabilizadas y reconstruidas de vida cotidiana, pero también para indagar sobre la formulación de nuevas formas en que se organicen la vida cotidiana, los lazos sociales o la acción colectiva, etc.

Método:

Universo: personas jóvenes, de edades medianas y adultos/as mayores (18 años en adelante), que habitan en todo el país, hombres y mujeres, urbanos y rurales, diversos niveles socioeconómicos, de territorios y poblaciones con y sin confinamiento. Muestras: Entre 2.000 y 2.500 personas seleccionadas en función de cuotas por comunas, edades y sexo que permiten tener heterogeneidad y tamaño suficiente como para realizar análisis comparativos significativos entre los distintos grupos sociales, de edad y de sexo. Su diseño es no probabilístico de muestreo por cuotas. Las encuestas se realizan mediante el dispositivo on line. El trabajo de campo es realizado por NETQUEST. De forma general, las distintas versiones del cuestionario tratan asuntos relacionados con los efectos y respuestas de las personas y grupos en los planos de la subjetividad y convivencialidad, las condiciones de vida y vida cotidiana, lazos sociales, las relaciones de género, y se situará en los planos de lo socioeconómico, trabajo y educación, socio-sanitario, político y cultural.

Contribución que se propone hacer: El estudio ha sido pensado como un aporte investigativo interdisciplinario para el conocimiento y la acción en Chile, y los resultados buscan ser un factor de reflexividad para la sociedad chilena y proveerá conocimiento inmediato al Estado, instituciones y organizaciones concernidas en la conducción de la respuesta a la pandemia (científicas, gremiales, universitarias, feministas, entre otras).

INTRODUCCION

El dispositivo social

Hasta inicios de diciembre de 2020, a un año de que se informara el primer caso de contagio por el SARS CoV-2, en ausencia de un dispositivo médico, la única estrategia ha sido un dispositivo social, pues la principal y más importante práctica preventiva¹ ha sido el encierro; esto es, la inmovilización y separación de los individuos² –*distancia social* se ha nombrado. Es propiamente un dispositivo social, operando en condiciones extremas. Al hacerlo, se altera la sociabilidad que supone la presencialidad y la interacción de los cuerpos, modifica las rutinas y la relación entre la vida en las instituciones escolares y laborales y la vida doméstica -al cerrar las escuelas y lugares de trabajo-, transforma profunda y extensamente la vida cotidiana –la desestabiliza y reorganiza en toda su complejidad-, pone en crisis a la economía, -que desestabiliza la economía doméstica de gran de las personas y grupos, muestra su fragilidad, y profundiza las desigualdades³. En el *V informe* de Primeros Resultados del estudio longitudinal sobre la vida cotidiana en la crisis del covid-19⁴ analizamos las vicisitudes del dispositivo en la sociedad chilena.

El dispositivo médico surgido en tiempo real

Ya fue creada una vacuna contra el SARS CoV-2. El desarrollo de la investigación destinada a producirla progresó a una velocidad sin precedentes, pues normalmente, el desarrollo de vacunas generalmente se mide en décadas (Graham, 2020). En tiempo real, urgida por el

¹ Otra práctica es el uso de mascarillas, que interviene los hábitos de higiene.

² Sobre los individuos contagiados se usa la detección y separación, de ellos/as y sus contactos.

³ En nuestro estudio, sobre esto en la sociedad chilena, véanse los informes: I informe: *DESESTABILIZACIÓN, FRAGILIDAD E INCERTIDUMBRE ECONÓMICA, Y CRISIS DEL ESTADO DE ÁNIMO AL VIVIR EN LA PANDEMIA*; II informe: *MODOS DE SENTIR: EXPERIENCIA DE LA VIDA COTIDIANA EN PANDEMIA*; IV informe: *DESESTABILIZACION Y REORGANIZACION DE LA VIDA DOMESTICA DURANTE LA CRISIS DEL COVID-19*. www.vidaenpandemia.cl

⁴ *V informe: MEDIDA DEL DISPOSITIVO SOCIAL DE LA RESPUESTA SANITARIA EN LA CRISIS DEL COVID-19: INMOVILIZAR Y DISTANCIARSE*. www.vidaenpandemia.cl

tiempo, la temporalidad de la producción de la vacuna podría jugar a favor de la humanidad –abre a la posibilidad de salvar vidas-, pero podría jugar para mal –si intensifica la vacilación y afectar la decisión de usarla.

Una vez desarrollada una vacuna, una parte suficiente de la población debe vacunarse para alcanzar los umbrales necesarios para lograr la inmunidad colectiva, que se estima en 70% para COVID-19 (D’Souza et al., 2020). Históricamente, sin embargo, la disponibilidad del dispositivo –probado, eficaz, seguro- no asegura la disponibilidad de las poblaciones susceptibles para hacer uso de él. En general, ante las vacunas hay oposición declarada y hay vacilación, y no tienen el mismo efecto sobre la aceptación de las vacunas (Bégué, 2015). La vacilación ante las vacunas ha sido definida como la renuencia o negativa a vacunar a pesar de la disponibilidad de vacunas (MacDonald, 2015), limita su aceptación y hace insuficiente la porción de la población susceptible inmunizada. Esto que sucede en las pandemias ha sido definido como una paradoja para la salud pública (Reintjes et al., 2016). Dicho fenómeno ha sido estudiado en otras pandemias (Larson et al., 2014; Lane et al., 2017), tal como puede verse en estudios sobre la aceptabilidad de la vacuna en la influenza A (H1N1) de 2009, hace sólo diez años atrás, no cien [Gidengil et al., 2012; Horney et al., 2009; Sherlawet al., 2010; Sherlawet al., 2013, Reiter et al., 2011; Mereckiene et al., 2012⁵).

En general, las vacunas necesitan de la confianza pública porque la disposición a usarla ha de ser común, o ésta no será un dispositivo eficaz para enfrentar una amenaza común; universal en este caso (WHO, 2019; Fadda et al., 2020). Si disponible un dispositivo de vacuna provisto por la ciencia, si disponible para un acceso universal, entonces se trata de la disponibilidad de las personas y poblaciones para hacer uso de éste –sobre el supuesto que no sería obligatorio su uso. Y dicha disponibilidad se jugará en la confianza pública.

La vacilación ante las vacunas puede ser comprendida como un asunto de confianza pública en las ciencias que la producen, desde el conocimiento hasta las agencias científicas

⁵ Aunque se dispuso de una vacuna contra la influenza A H1N1 antes o al comienzo de la segunda ola epidémica, las tasas de vacunación fueron más bajas de lo esperado, con una cobertura de población que varió entre el 0,4 y el 59% en 22 países.

(incluidos los laboratorios) y técnicas (la FDA, en EEUU, o la OMS, por ejemplo), que operan en una interfaz con las instituciones y autoridades políticas. Se trata entonces de construir una confianza ante este dispositivo producido científicamente en unas condiciones inéditas. Si disponibilidad del dispositivo de vacuna, si disponibilidad de acceso (gratuita), si no obligatorio el uso, se trata de la disponibilidad de las personas y grupos sociales.

En el caso de la actual crisis sanitaria, hay ciertos elementos relacionados con la estrechez temporal que tuvo su creación que complejizan la construcción colectiva de la confianza, que haga posible la disponibilidad de las personas y de grupos para vacunarse; esto es, su aceptación, y existen tres desafíos a enfrentar en relación con la vacunación (Fadda et al., 2020). Primero, la evidencia muestra que cuanto más nueva es la vacuna, el nivel de vacilación es mayor. Segundo, la aprobación acelerada de una nueva vacuna COVID-19 puede contribuir en contra de la vacilación basada en la impresión pública de que la vacuna fue lanzada al mercado de forma apresurada y no se probó lo suficiente en cuanto a seguridad y eficacia. Tercero, la capacidad del activismo antivacunas para transmitir información falsa.

Una resistencia radical a la vacuna contra el SARS CoV-2 es una respuesta probable en parte de la población, y una de las posibilidades es que ésta se funde en aquel discurso radical que se opone al dispositivo médico como tal surgido en el mundo al dispositivo médico en todo individuo, en toda patología, en toda coyuntura epidemiológica y en toda condición sociodemográfica. Se trata de su potencial capacidad de inhibir la vacunación en la coyuntura sanitaria del Covid-19. Entonces es razonable asumir su existencia como una amenaza. Esto, porque existe un creciente movimiento a través del mundo contra la vacunación amenaza tales esfuerzos en los Estados Unidos (Shetty, 2020), Europa (Larson et al., 2016) y Asia (Dayrit, 2020). De hecho, la OMS lo identificó como una de las diez principales amenazas para la salud mundial en 2019 (WHO, 2019). ¿Será el caso con esta vacuna en nuestro país?

Desde su inicio, el proceso de investigación destinado a producir una sido seguido en tiempo real por millones de espectadores -futuros usuarios- en todo el mundo y a través de los medios. Ello ha implicado que hemos asistido a conocer las “vicisitudes” -significadas como tales desde fuera de las ciencias-, por ejemplo, de la investigación sobre los potenciales

efectos secundarios, y la prensa ha mostrado, cuando ha sucedido algún caso, efectos adversos que “delatarían” la “falla” potencial del dispositivo.

La decisión de llevar adelante la creación de una vacuna ha sido científica y política, lo mismo que el diseño del dispositivo social. En general, en el proceso se ha producido una politización sin precedentes de los tratamientos potenciales y las respuestas de salud pública a la pandemia, en el caso del confinamiento y de la vacuna. El caso más extremo es el de EE.UU., donde se instaló en un momento una disputa política y médica sobre la promoción del Presidente Trump de un tratamiento no probado (hidroxicloroquina) y la decisión de la administración de retirar la financiación estadounidense de la Organización Mundial de la Salud en respuesta a su presunto encubrimiento y mala gestión del brote (Kreps et al., 2020). Los intereses de los laboratorios, el origen intencional del virus, la eugenesia asociada a la muerte de personas de grupos discriminados o vulnerables en la atención en salud (dejar morir a ancianos/as, pobres, afroamericanos, etc.) han estado en argumentaciones críticas a los gobiernos y a las instituciones científicas que se ubican en la línea de las teorías conspirativas. En fin, el poder ha sido un elemento central en el arribo a este dispositivo médico.

METODO

Universo: personas desde 20 años en adelante, padres y madres, o tutores/as de niños/as y adolescentes. desde el nacimiento hasta los 18 años, con los/as cuales viven, que habitan en todo el país, urbanos y rurales, diversos niveles socioeconómicos.

Muestra: 2.019 personas seleccionadas en función de cuotas por comunas, edades y sexo que permiten tener heterogeneidad y tamaño suficiente como para realizar análisis comparativos significativos entre los distintos grupos sociales, de edad y de sexo. Su diseño es no probabilístico de muestreo por cuotas. Utilizamos una muestra de conveniencia de un panel en línea para este estudio.

n:		2.019
Sexo ⁶	Hombres	918 (45,47%)
	Mujeres	1.101 (54,53%)
Género ⁷	Masculino	921 (45,61%)
	Femenino	1.096 (54,28%)
	Otro	2 (0,099%)
Grupos de edad	de 20-29	476 (23,58%)
	30-39	602 (29,82%)
	40-49	653 (32,34%)
	50+	288 (14,26%)
Nivel de ingresos (cuartiles) ⁸	de q1	560 (27,74%)
	q2	513 (25,41%)
	q3	479 (23,72%)
	q4	467 (23,13%)

La encuesta se realizó mediante el dispositivo on line, autoadministrada a través de teléfonos inteligentes, tabletas o computadores, utilizando el software. El trabajo de campo es realizado por NETQUEST, una empresa dedicada al desarrollo de tecnología para investigación online. La red programa centralmente el cuestionario de encuesta en línea. El tiempo máximo para completar la encuesta fue de aproximadamente 28 minutos. Se reclutó a todos/as los participantes de un panel de encuestas en línea al que se accede a través de una empresa de encuestas, NETQUEST. Los miembros del panel que fueron confirmados como elegibles luego dieron su consentimiento informado antes de completar su encuesta de estudio en línea.

El trabajo de campo fue desarrollado entre el 26 noviembre y el 12 de diciembre de 2020.

⁶ Los análisis usan esta categoría.

⁷ En total, son 5 personas en “otro”.

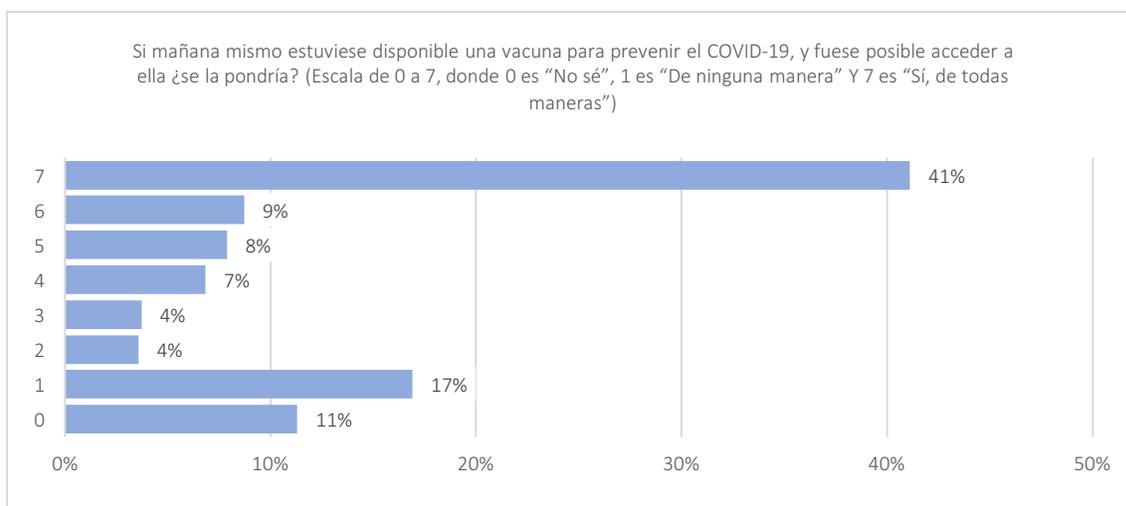
⁸ Se definen 4 grupos de hogares de acuerdo a su ingreso líquido mensual: hogares de ingresos bajos (ingreso líquido mensual menor a \$510.000), hogares de ingresos medianos-bajos (ingreso líquido mensual mayor a \$510.000 y menor o igual a \$890.000), hogares de ingresos medianos-altos (ingreso líquido mensual mayor a \$890.000 y menor o igual a \$1.490.000), y hogares de ingresos altos (ingreso líquido mensual mayor a \$1.490.000).

Cuando se iniciaba la aplicación, el 27 de noviembre de 2020, ingresaba al Instituto de Salud Pública (ISP) la solicitud de autorización de Pfizer, y días después de terminado el trabajo de campo, el 16 de diciembre de 2020, el ISP aprobaba el uso de emergencia de la vacuna de Pfizer-BioNTech (en mayores de 16 años), y el Gobierno anunciaba, en cadena de nacional de radio y televisión, el plan nacional de vacunación contra el SARS CoV-2.

RESULTADOS

Hay vacilación ante la nueva vacuna

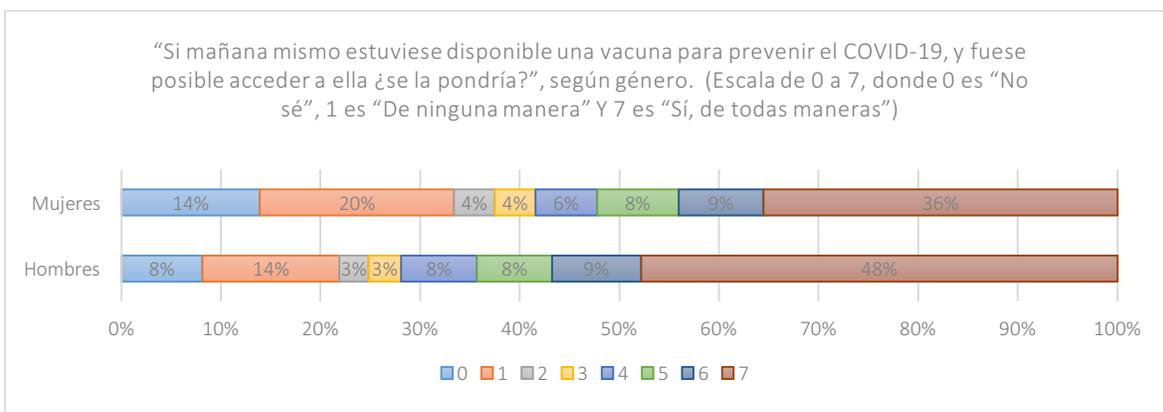
Puestas en la situación hipotética de disponer de una vacuna en el tiempo presente; esto es, en una sucesión inmediata entre creación y uso, la disposición de las personas entrevistadas opera en una progresión, que incluye la posibilidad de no tenerla definida. Aquí optamos por usar una escala, no una respuesta dicotómica⁹. 41% expresa la máxima disponibilidad personal (7) y en el otro extremo (1), 17%, el rechazo. La vacilación alcanza a 59% (entre 0 y 6, incluye a quienes rechazan y a quienes no saben si la usarían).



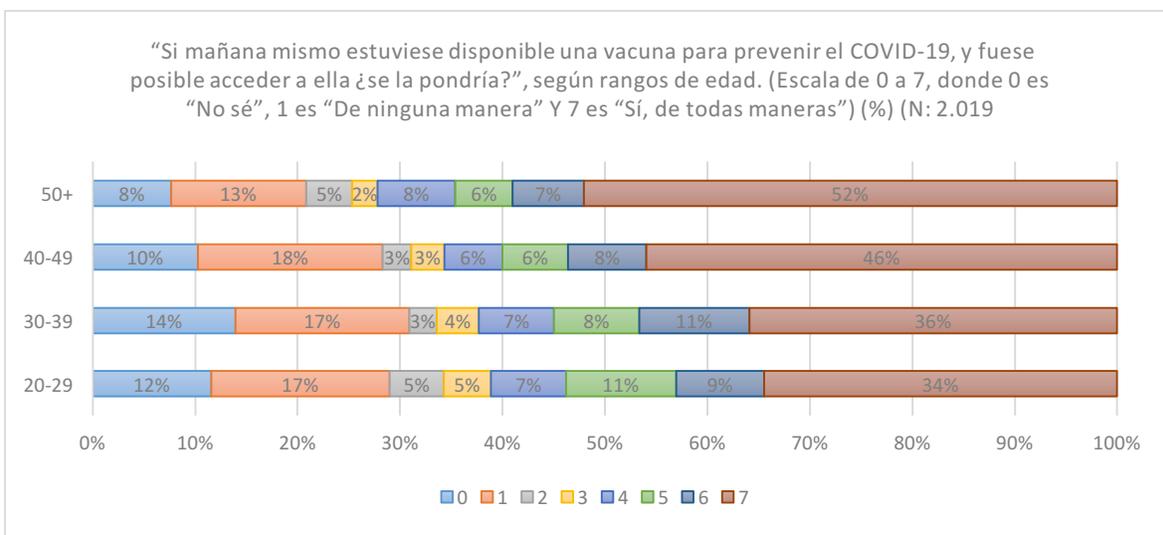
Existen diferencias de género en la disposición para usar la vacuna contra el SARS CoV-2. Las mujeres aparecen menos disponibles. Hay 12 puntos de diferencia a favor de los hombres:

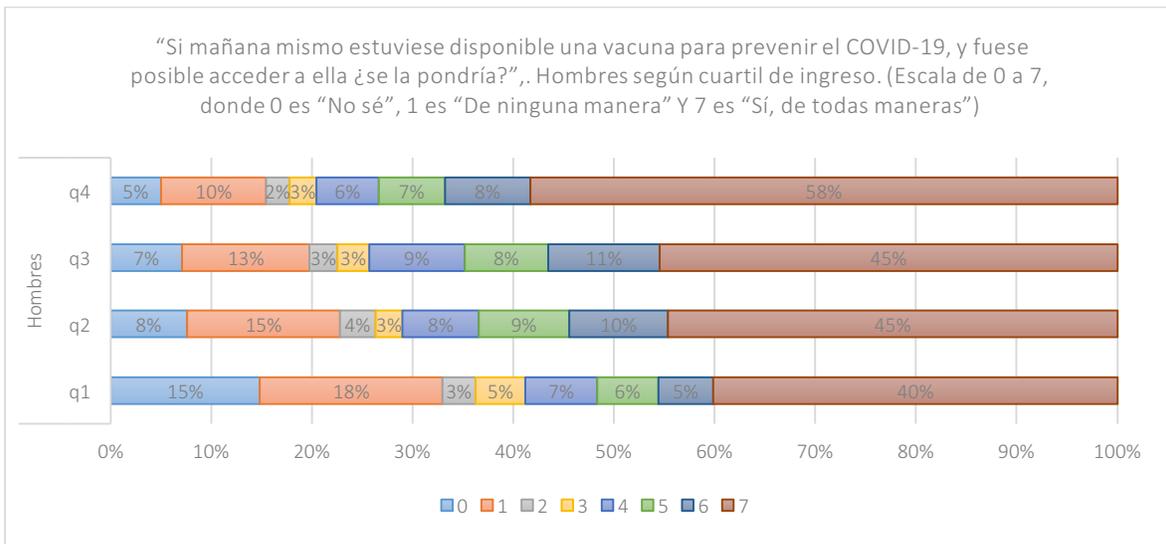
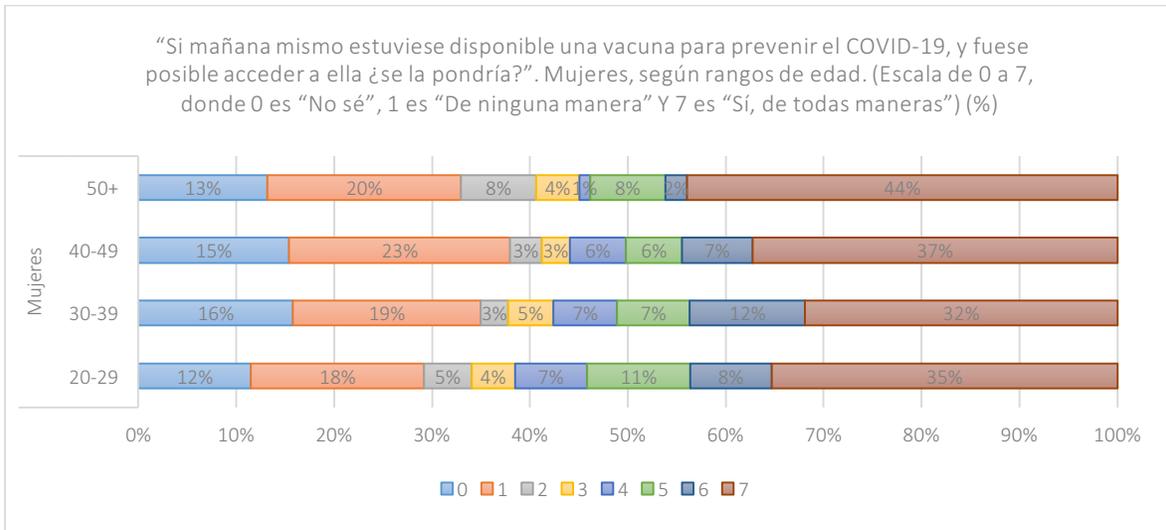
⁹ (0 a 7, donde 0 es "No sé", 1 es "De ninguna manera" y 7 es "Sí, de todas maneras")

48% hombres y 36% de las mujeres expresa la máxima disponibilidad personal (7) y en el otro extremo (1), 14% y 20%, respectivamente.



Existen diferencias generacionales, y son mayores entre los hombres: A mayor edad, mayor disposición a vacunarse, y en sentido inverso, a más juventud, menor disposición. En general, 52% de las personas de cincuenta años hacia arriba, lo haría “de todas maneras (7), y sólo 34% del grupo de 20 a 29 años. Entre los hombres de cincuenta años hacia arriba, 56% lo haría “de todas maneras (7), y sólo 29% del grupo de 20 a 29 años. Entre las mujeres de cincuenta años hacia arriba (27 puntos los separan), 44% lo haría “de todas maneras (7), y sólo 35% del grupo de 20 a 29 años (sólo 9 puntos las separan).

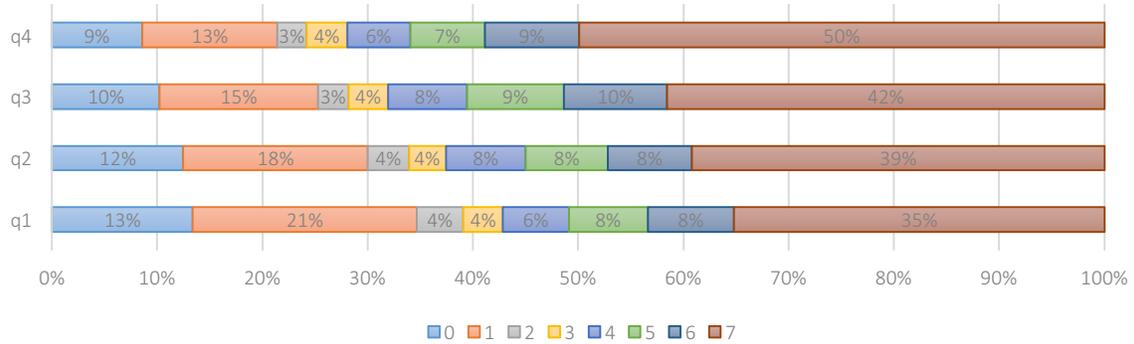




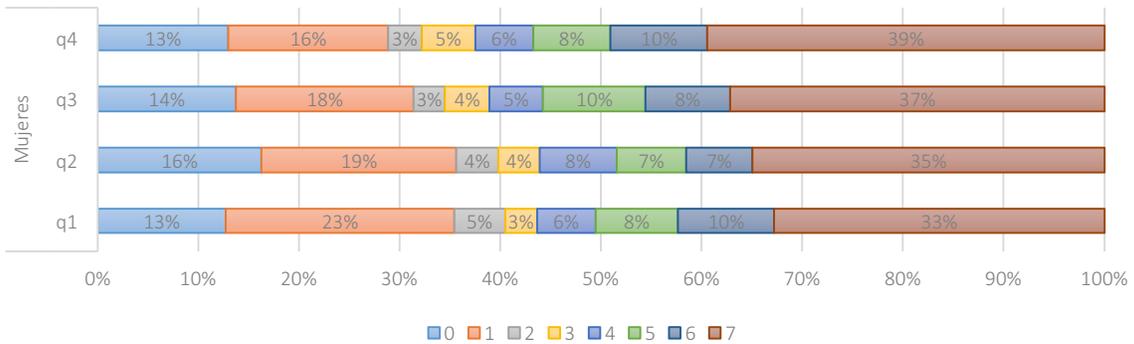
Existen diferencias en los grupos socioeconómicos, y son mayores entre los hombres también. Si se comparan el cuartil 4 y el cuartil 1, se encuentra que el primero y el segundo se comportan del siguiente modo: “sí, de todas maneras” (7): 50% y 35%, “de ninguna manera” (1): 13% y 21%, y “no sabe” (0): 9% y 13%, respectivamente.

En el caso de los hombres, el primero y el segundo se comportan del siguiente modo: “sí, de todas maneras” (7): 58% y 40%, “de ninguna manera” (1): 10% y 18%, “no sabe” (0): 5% y 15%, respectivamente. En el caso de las mujeres, el primero y el segundo se comportan del siguiente modo: “de ninguna manera” (1): 16% y 23%, “sí, de todas maneras” (7): 39% y 33%, y no hay diferencias en “no sabe” (0): 13%.

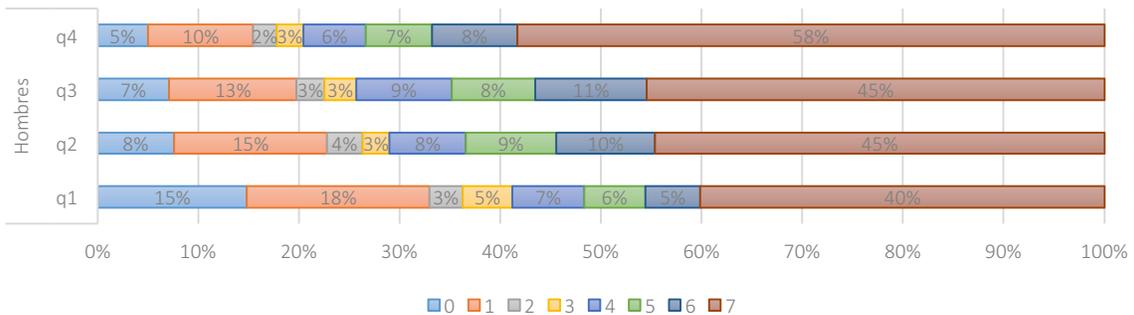
“Si mañana mismo estuviese disponible una vacuna para prevenir el COVID-19, y fuese posible acceder a ella ¿se la pondría?”, según cuartil de ingreso. (Escala de 0 a 7, donde 0 es “No sé”, 1 es “De ninguna manera” Y 7 es “Sí, de todas maneras”) (%) (n: 2



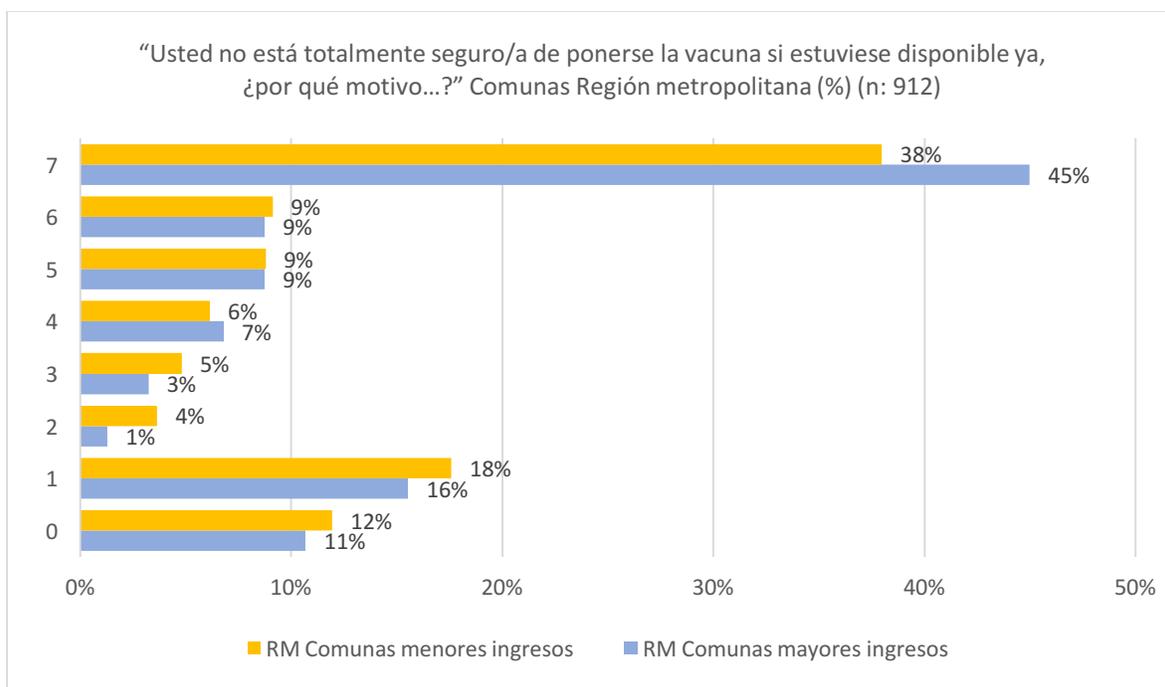
“Si mañana mismo estuviese disponible una vacuna para prevenir el COVID-19, y fuese posible acceder a ella ¿se la pondría?”. Mujeres según cuartil de ingreso. (Escala de 0 a 7, donde 0 es “No sé”, 1 es “De ninguna manera” Y 7 es “Sí, de todas maneras”) (%)



“Si mañana mismo estuviese disponible una vacuna para prevenir el COVID-19, y fuese posible acceder a ella ¿se la pondría?”. Hombres según cuartil de ingreso. (Escala de 0 a 7, donde 0 es “No sé”, 1 es “De ninguna manera” Y 7 es “Sí, de todas maneras”)



Exploramos también la disponibilidad de las personas territorialmente en el país. Acá informamos sobre la Región Metropolitana. Conformamos dos grupos de comunas: unas de más altos ingresos¹⁰ y otras de más bajos ingresos¹¹. Encontramos diferencias en el caso de la total disposición a vacunarse en este momento. En las de mayores ingresos, 45% lo haría y en las de más bajos, lo haría el 38%.



La intensidad de una vacilación que desacopla con la argumentación

Exploramos diversos tipos de argumentaciones entre quienes vacilan y quienes rechazan el uso inmediato de la nueva vacuna: 1) confianza pública en el dispositivo médico y modos de tratar la vacilación ante el nuevo dispositivo, 2) oposición genérica al dispositivo de vacunas,

¹⁰ La Reina, Providencia, Las Condes, Vitacura, Ñuñoa, Lo Barnechea.

¹¹ Cerrillos, Colina, Huechuraba, La Cisterna, La Florida, Macul, Maipú, Peñalolén, Pudahuel, Puente Alto, Quilicura, San Miguel, Santiago, Buin, Cerro Navia, Conchalí, El Bosque, Estación Central, Independencia, La Granja, La Pintana, Lampa, Lo Espejo, Lo Prado, Padre Hurtado, Pedro Aguirre Cerda, Quinta Normal, Recoleta, Renca, San Bernardo, San Joaquín, San Ramón.

3) representación de la crisis del CoVid-19 como irrelevante y 4) operación del principio de autoridad médica clásica.

Primero. Exploramos la vacilación en el plano de las ciencias, y lo hicimos de dos modos. En primer lugar, exploramos la confianza pública en el dispositivo médico. Consideramos parte de los atributos clásicos en el diseño de vacunas, a saber, eficacia y efectos secundarios¹², y no usamos y duración de la protección (Kreps et al., 2020¹³). Usamos una vacuna hipotética genérica, no trabajamos con escenarios de vacunas hipotéticas de COVID-19 en desarrollo, tal como hicieron en un momento anterior del desarrollo de las vacunas estudios como el que citamos a pie de página (Kreps et al., 2020¹⁴). No exploramos las fuentes de autoridad científica, tal como hizo ese mismo estudio ((Kreps et al., 2020¹⁵). En segundo lugar, exploramos un tipo de argumentación que supone el primer tipo (la duda en el plano de las ciencias en torno a la creación de la vacuna), en que se definen modos de actuación inmediata ante la propia vacilación en torno a la nueva vacuna. Las personas procurarían construir su propia evidencia, a partir de los parámetros que la misma ciencia informa, para construir un juicio personal en torno al dispositivo -justamente de su eficacia y su seguridad-, que opera en una temporalidad distinta a la experimentación científica, pues ocurriría en la etapa de vacunación de poblaciones, una vez aprobada por las instituciones científicas y

¹² “No cree que será efectiva o eficaz” y “Le preocupan los eventuales efectos secundarios”.

¹³ Eficacia, incidencia de efectos adversos mayores, efectos adversos menores y duración de la protección. (Kreps et al., 2020)

¹⁴ En julio de 2020, en EEUU. se realizó una encuesta con una muestra por conveniencia no probabilística de 1971 sujetos, para estimar la probabilidad de los encuestados de elegir una vacuna y la voluntad de recibir la vacuna. Se pidió a los participantes que evaluaran su disposición a recibir cada vacuna hipotética individualmente. La encuesta presentó a los encuestados 5 tareas de elección. En cada uno, los participantes evaluaron 2 vacunas COVID-19 hipotéticas y se les preguntó si elegirían la vacuna A, la vacuna B o ninguna. Los atributos de la vacuna incluyeron eficacia, duración de la protección, efectos adversos mayores, efectos adversos menores, los clásicos en los estudios de vacunas. Kreps et al. (2020)

¹⁵ Kreps et al. (2020) usaron tres atributos adicionales, a saber, si la vacuna recibió la aprobación total de la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) o una autorización de uso de emergencia (EUA), la nación de origen de la vacuna y la agencia o líder político que aprobó la vacuna.

agencias públicas¹⁶. Ante la duda sobre las ciencias, se trataría de orientarse hacia una actuación de observación y retardación (un tiempo de espera, un tiempo de prueba).

Segundo. En general, el rechazo a este dispositivo de vacuna es una respuesta posible. En esta perspectiva, interesa explorar uno en particular. Se trata de la capacidad de inhibir la vacunación que tendría en la coyuntura sanitaria del Covid-19 la introducción de aquel discurso resistente de grupos en el mundo a este dispositivo médico en todo individuo, en toda patología, en toda coyuntura epidemiológica y en toda condición sociodemográfica. Una oposición de esta naturaleza afecta la posibilidad de alcanzar los umbrales necesarios para lograr la inmunidad colectiva.

Tercero. Cabe la posibilidad que la vacunación sea pensada como innecesaria, en el ámbito personal o en el colectivo. Sea a partir de una evaluación de riesgo de exposición al virus o del estado de la evolución de la pandemia. Porque podría ser que un bajo nivel de riesgo podría hacer que sea percibida como innecesaria la propia vacunación o innecesaria a partir de una comprensión de la evolución de la pandemia. Es verdad que las generaciones jóvenes están menos expuestas a la muerte (que da cuenta de la gravedad del virus), pero muy expuestas al contagio. Si no expuestas a la muerte, podrían estar menos disponibles para usar la vacuna. Asimismo, si se percibe la pandemia como un riesgo que ha pasado, tampoco habría disposición a vacunarse. Una y otra representación indicarían la existencia de una dificultad mayor.

¹⁶ “Se la pondría más adelante, cuando se pruebe que en la población que se vacune no hay efectos secundarios”/ “Se pondría la segunda o la tercera, no la primera vacuna que saliese”.

Cuarto. Exploramos la confianza, bajo un principio de autoridad, en un actor que podría hacer la interfaz entre la científica y la persona. Se trata de un/a médico que habitualmente le atiende -“Lo haría si se lo recomendara su médico/a”¹⁷, (Jeffrey et al., 2020¹⁸).

Encontramos que la confianza en el dispositivo médico (eficacia y seguridad)¹⁹ alcanza a 41% y la orientación a retrasar su uso, a 49%. Así responden las/os entrevistados/as a las siguientes preguntas: “Se la pondría más adelante, cuando se pruebe que en la población que se vacune no hay efectos secundarios” alcanza a 45% y “Se pondría la segunda o la tercera, no la primera vacuna que saliese” alcanza a 4%, “Le preocupan los eventuales efectos secundarios” alcanza a 33% y “No cree que será efectiva o eficaz” alcanza a 8%. Sumados alcanzan a 90%. A su vez, este 90% de personas que argumentan en torno a la vacuna representa el 53% del total de personas entrevistadas (1.070/2.019).

Quienes adoptan el discurso de oposición al dispositivo de vacuna en su argumentación –la pregunta se formula así: “Está en contra de las vacunas en general.”- alcanza a 3%; esto es, respecto a esta vacuna y en esta coyuntura, no se observa casi oposición declarada en la sociedad chilena.

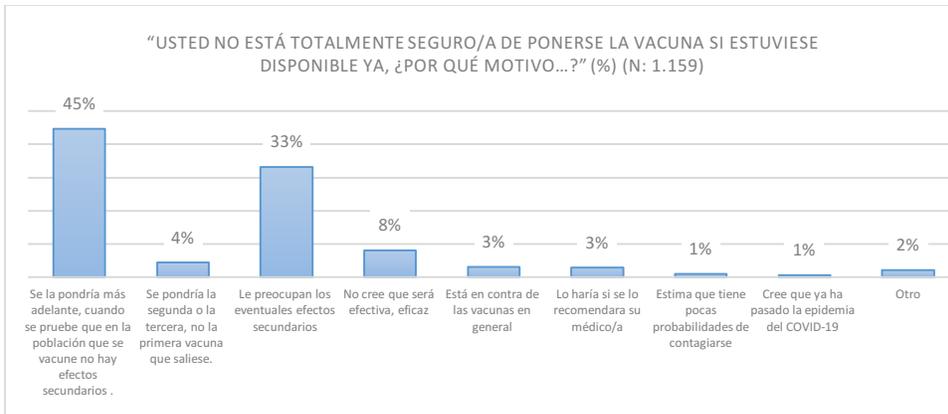
¹⁷ Sabemos que en el país, en general, no existe la figura de un/a médico/a con el que se canalice la vinculación con el sistema de salud, pero igual las personas podrían concebir a alguno/a con quien tendrían una relación preferente.

¹⁸ Un estudio multicéntrico exploró la función de autoridad de un actor próximo, de naturaleza distinta a un/a médico/a, al empleador. En junio de 2020, se hizo una encuesta en 19 países (13,426 personas), y se preguntó si “Aceptaría una vacuna si su empleador la recomendara y el gobierno la aprobara como segura y eficaz”. 31,9% estuvo completamente de acuerdo, mientras que 17,9% estuvo de alguna manera o completamente en desacuerdo, los más jóvenes tenían más probabilidades de aceptar la recomendación de vacunas de un empleador y si un individuo confiaba en su gobierno, era más probable que respondiera positivamente a la recomendación de vacunas de su empleador que alguien que no lo hizo. (Jeffrey et al., 2020).

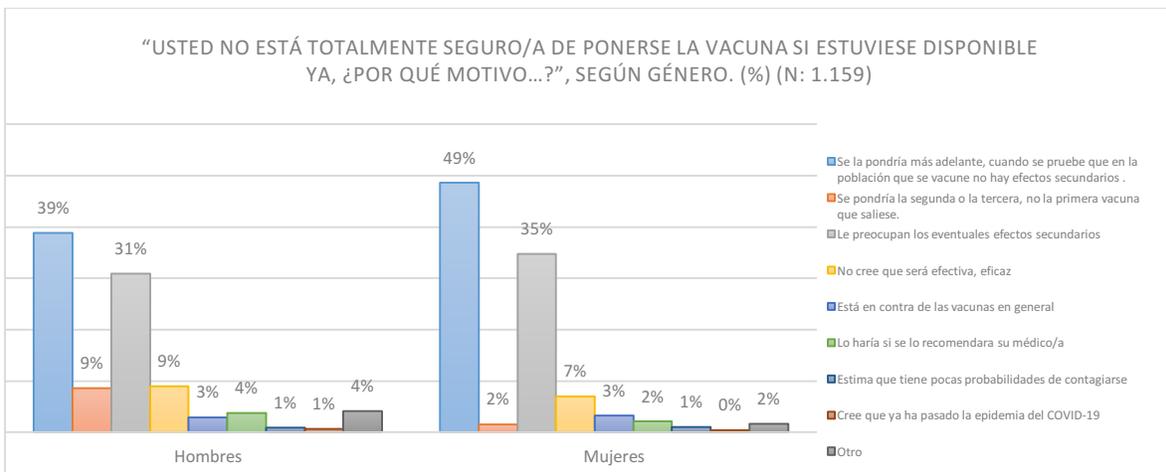
¹⁹ “Le preocupan los eventuales efectos secundarios” y “No cree que será efectiva o eficaz”.

Sólo 1% de las personas entrevistadas argumenta su indisposición como un asunto de bajo nivel de riesgo personal (pocas probabilidades de contagiarse) y sólo 1%, en el término de la pandemia (ya ha pasado la epidemia del COVID-19).

El actor médico como agente próximo (“Lo haría si se lo recomendara su médico/a”) es irrelevante, pues alcanza sólo a 3%.

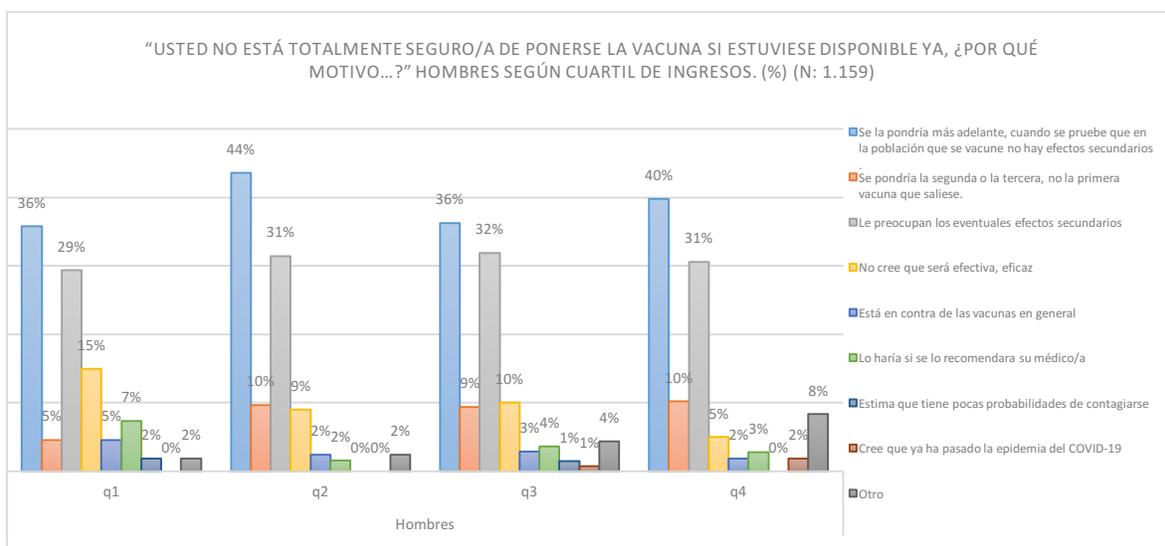
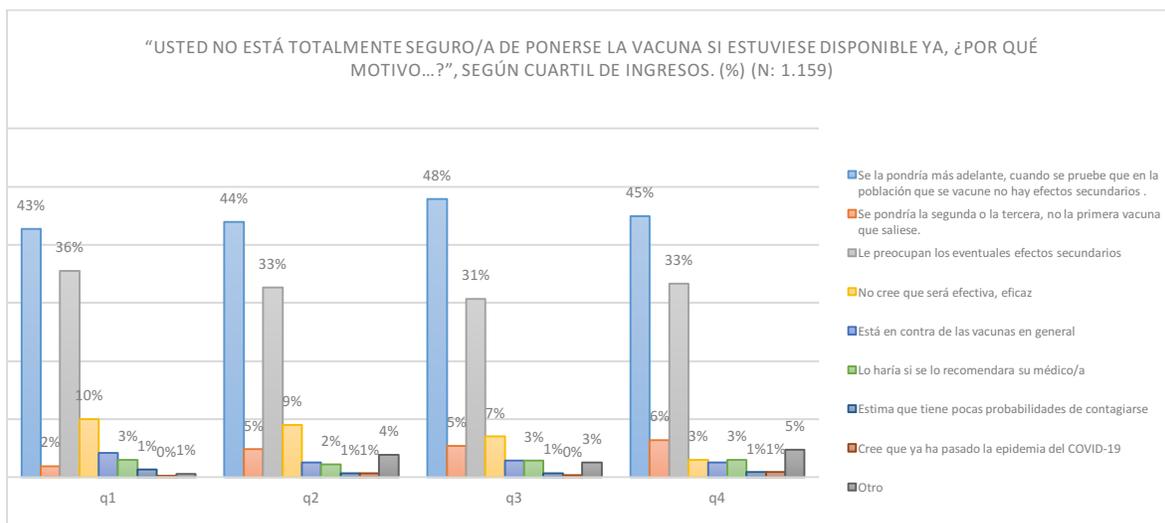


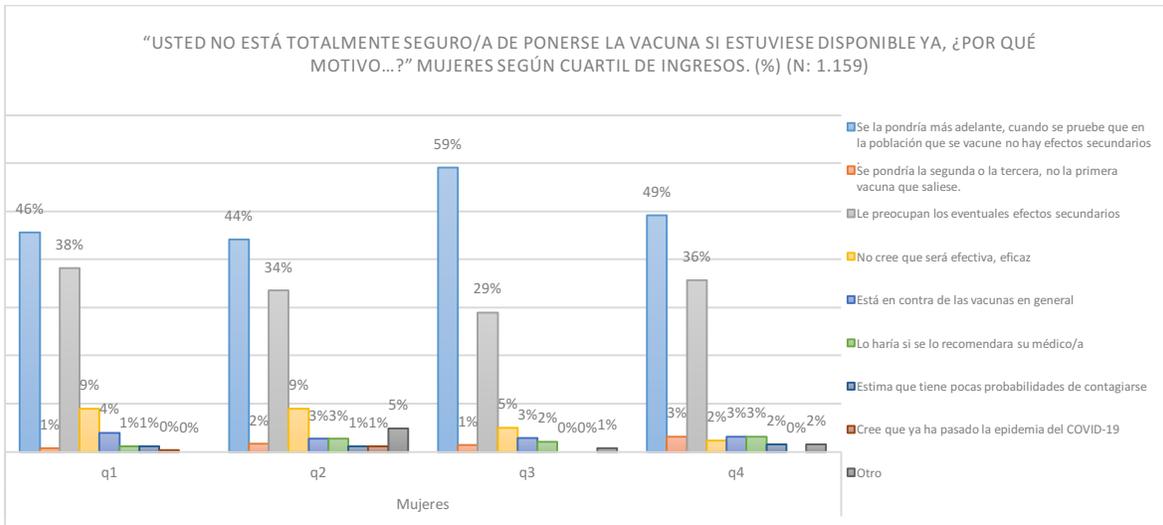
En general, la argumentación no se encuentra asociada al género. No obstante, las mujeres se encuentran un poco más orientadas a observar y retardar su uso personal (tiempo de prueba). Ante la duda sobre las ciencias, se trataría de orientarse hacia una actuación de observación y retardación (tiempo de prueba).



En general, la argumentación no se encuentra asociada a la segmentación socioeconómica. Se observa una diferencia entre grupos socioeconómicos, pero sólo en el peso relativo de las

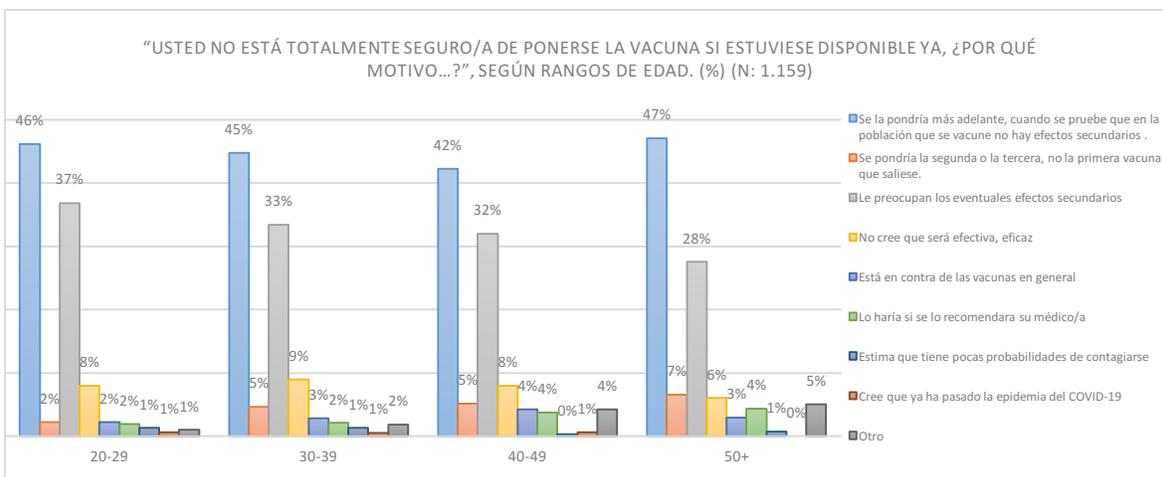
alternativas al interior del más importante argumento, relacionado con la duda en el plano científico: sobre la confianza en el dispositivo médico (eficacia y seguridad) y orientarse hacia una actuación de observación y retardación (tiempo de prueba). Se observa mayor desconfianza en los grupos. entre los grupos de más bajos ingresos (q1) y el de más altos ingresos (q4): 46% y 36%, y 6 puntos les diferencian en sentido inverso, la observación y retardación de su uso personal (tiempo de prueba). entre el primero y el segundo: 45% y 51%, respectivamente.

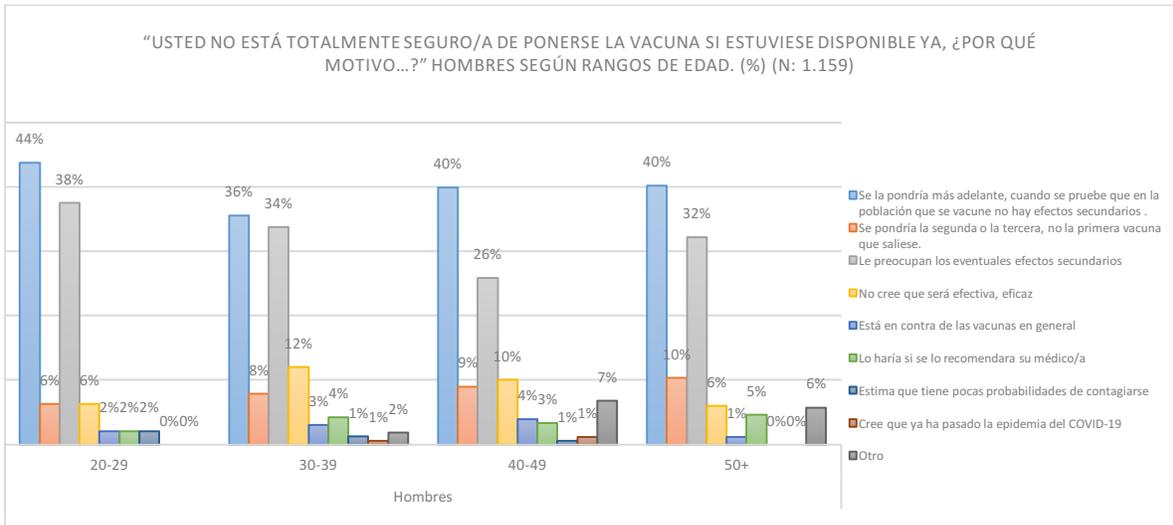
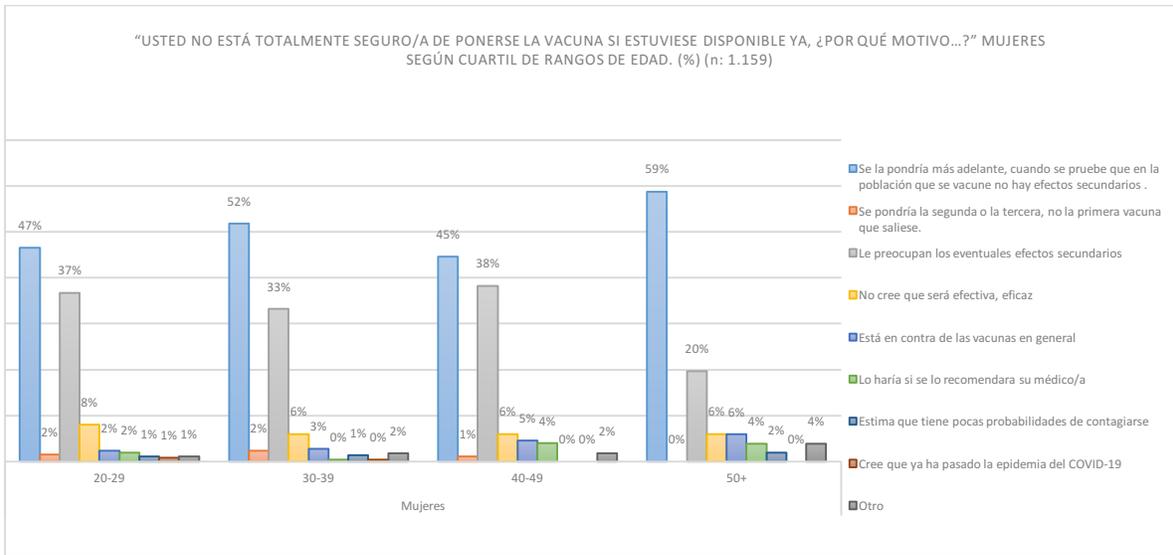




Se observa una diferencia generacional, pero sólo entre las mujeres. A mayor juventud, menor confianza en el dispositivo y a mayor edad, más orientación a retrasar su uso. En general, hay 11 puntos de diferencia en la confianza en la vacuna (eficacia y seguridad) entre los/as más jóvenes y los/as mayores: 45% y 34%, respectivamente; esto es, se observa mayor desconfianza en los grupos de más jóvenes. Hay 6 puntos que diferencian en sentido inverso, el observar y retardar el uso de la vacuna: 48% y 54%, respectivamente.

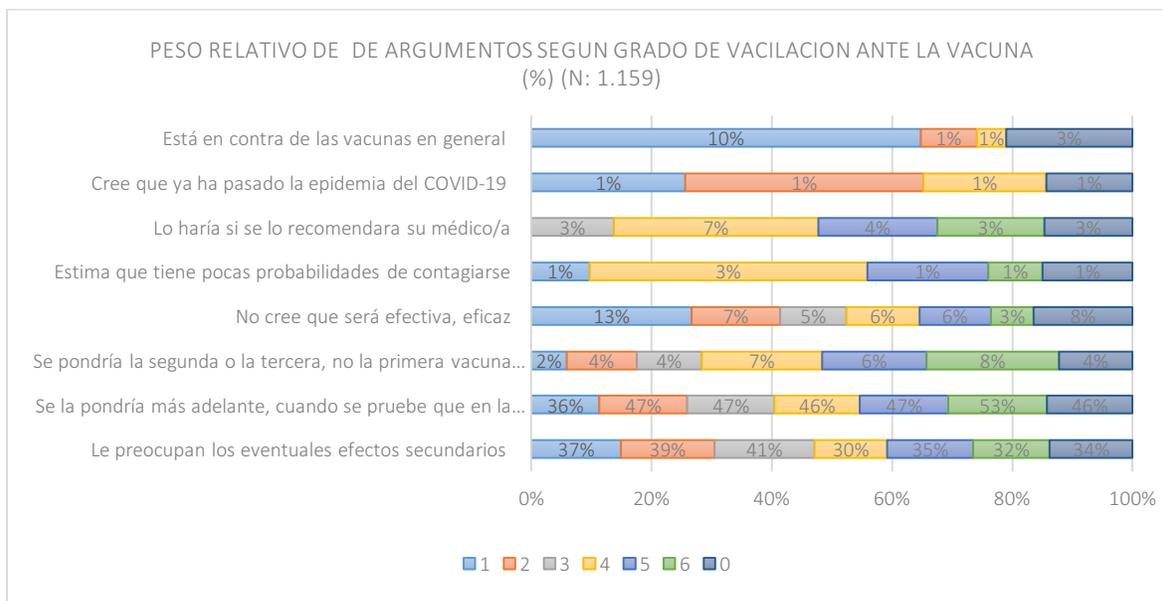
En el caso de las mujeres, hay 19 puntos de diferencia en la confianza en la vacuna (eficacia y seguridad) entre las más jóvenes y los mayores: 45% y 26%, respectivamente; esto es, se observa mayor desconfianza en los grupos de más jóvenes. Hay 6 puntos que diferencian en sentido inverso, en observar y retardar el uso de la vacuna: 49% y 59%, respectivamente.





En general, no se encuentra correspondencia entre el tipo de argumentación y el grado de vacilación y rechazo que se declara²⁰, salvo en quienes rechazan su uso. Sea que alguien tenga una muy baja o una más elevada de probabilidad de usar la vacuna, comparte la argumentación de una vacilación en el plano de las ciencias. No obstante, la resistencia debida a la adhesión al discurso internacional contrario en general a este dispositivo médico se concentra en el 17% que declara que no se vacunaría de ninguna manera si la vacuna estuviese disponible; 10% de su argumentación es ésta.

²⁰ Según la escala de 0 a 7, donde 0 es “No sé”, 1 es “De ninguna manera” y 7 es “Sí, de todas maneras”.



CONCLUSION

Un primer hallazgo dice que la proporción de personas entrevistadas que expresa un disposición a usarla, si estuviesen puestas en la situación hipotética de disponer de una vacuna en el tiempo presente, en una sucesión inmediata entre creación y disponibilidad, resulta insuficiente para cumplir con los requisitos de inmunidad comunitaria: 42% de las personas entrevistadas vacilan (2 a 6) y 17% rechaza (1) usarla.

Un segundo hallazgo dice que la disponibilidad de las personas se encuentra diferenciada socialmente. Aquí hemos encontrado que, observada territorialmente la RM, en las comunas de mayores ingresos, 45% lo haría y en las de más bajos, lo haría el 38%. Esta diferencia territorial está asociada, por cierto, a segmentación socioeconómica de la ciudad. Del mismo modo, Las mujeres aparecen menos disponibles para usar la vacuna contra el SARS CoV-2. Hay 12 puntos de diferencia a favor de los hombres en la plena disponibilidad. 48% hombres y 36% de las mujeres expresa la máxima disponibilidad personal (7).

Un tercer hallazgo indica que existen diferencias generacionales, y que las personas mayores, especialmente los hombres, presentan una mayor probabilidad de vacunarse. 59% de las personas de cincuenta años hacia arriba, lo haría (grados 6 y 7), y en este grupo, los hombres

presentan una mayor probabilidad de vacunarse que las mujeres (64% y 46% en grados 6 y 7).

Un cuarto hallazgo indica que, aunque diferenciados en grados de vacilación y rechazo para usar la vacuna, en general, se encuentra gran similitud en el tipo de argumentación²¹. Incluso el rechazo expresa sólo en parte a quienes se negarían a usarla; su argumentación en general sigue la tendencia dominante. Entonces es tan dura o tan leve como lo es entre los/as otros/as.

Un quinto hallazgo dice que, respecto a esta vacuna y en esta coyuntura, no se observa en la sociedad chilena una argumentación que adopte el discurso de oposición al dispositivo de vacuna. Alcanza a 3% quienes vacilan o rechazan usando dicho argumento. La dificultad con una resistencia radical que fuese extendida afectaría no sólo en el plano de la masa crítica para alcanzar la inmunidad colectiva, sino también en la posibilidad que dicho discurso de resistencia radical pudiese encontrarse justamente en poblaciones más expuestas al virus. Pero no sería el caso en la sociedad chilena en esta coyuntura.

Un sexto hallazgo es que se encuentra gran similitud en el tipo de argumentación, independientemente del rechazo o del grado de vacilación. Se trata de la duda sobre las ciencias en torno al dispositivo: entre confianza en el dispositivo de vacuna (consideramos parte de los atributos clásicos en el diseño de vacunas, a saber, eficacia y efectos secundarios) y potencial modo de actuación inmediata ante la propia vacilación en torno a la nueva vacuna.

La cuestión de la confianza en las ciencias

La vacilación tiene como fundamento una dificultad en representarse socialmente la vacuna -que es una serie ya- como una suficientemente probada, segura y eficaz²² (Kreps et al.,

²¹ Según la escala de 0 a 7, donde 0 es “No sé”, 1 es “De ninguna manera” y 7 es “Sí, de todas maneras”.

²² Por ahora, esta vacuna contra el SARS CoVid-2 no puede definir la duración de la protección.

2020)²³), pues ésta está vinculada a la forma que asumió, en el plano de las ciencias, su creación; inevitablemente breve (Bégué, 2015²⁴).

No resulta obvio que la duda científica se disuelva a partir de más conocimiento científico sobre inmunología. Podría suceder algo paradójal en la relación con el conocimiento científico que la disolución de la duda requeriría. Ocurre que, en general, un mejor conocimiento de la inmunología aumenta el miedo a las reacciones autoinmunes, un argumento frecuente a favor de los movimientos antivacunas (Bégué, 2015). Tampoco resulta obvio que la duda científica se disuelva a partir de diseccionar el proceso científico de creación de la vacuna. En cambio, podría ser necesario formar la convicción de que “no hubo atajos”, pero planteado como un asunto de integridad, y mostrar que la integridad científica no se vio comprometida podría ser más importante que la inmunología.

La vacuna no es una sola, es una serie. Existe una diferenciación en el grado de eficacia, de agencias que las aprueban o rechazan para un uso de emergencia, grupos a los cuales se aplica, laboratorios y universidades, y países de origen. Esto podría volver todo más complejo. Podría suceder que, una vez autorizado el uso de emergencia de dos vacunas en el país, con condiciones específicas de eficacia y grupos a los cuales puede inmunizarse con

²³ Es necesario atender a la siguiente complejidad del tratamiento de la duda, en el plano de las ciencias, sobre la creación de la vacuna. Sucede que atributos institucionales –agencias y gobiernos- se encuentran también asociados a la vacilación. Kreps et al. (2020), en un estudio hecho en un momento en que estaba realizándose la investigación para crear vacunas, ante una vacuna hipotética encontraron lo siguiente: Una autorización de uso de emergencia de la FDA se asoció con una menor probabilidad de elegir una vacuna en comparación con la aprobación total de la FDA. Una vacuna que se originó en un país no estadounidense se asoció con una menor probabilidad de elegir una vacuna. El respaldo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. y la Organización Mundial de la Salud, en comparación con un respaldo del presidente Trump fueron asociados con mayores probabilidades de elegir una vacuna.

²⁴ Es necesario atender a la siguiente complejidad del tratamiento de la duda, en el plano de las ciencias, sobre la creación de la vacuna. Podría suceder algo paradójal en la relación con el conocimiento científico que la disolución de la duda requeriría. Ocurre que, en general, un mejor conocimiento de la inmunología aumenta el miedo a las reacciones autoinmunes, un argumento frecuente a favor de los movimientos antivacunas. Bégué, P. Origines et raisons du refus de la vaccination : quelles solutions? La Lettre du Pharmacologue • Vol. 29 - n° 3 - juillet-août-septembre 2015.

cada una^{25, 26} y con países de origen extraordinariamente distintos, se plantee una tensión debida a la conjunción de condiciones de eficacia y confianza política en el origen²⁷. Entonces la vacuna podrían pensarla las personas como una elección, exitosa o frustrada, porque es el Estado quien toma esa decisión.

El tiempo

En tiempo real, urgida por el tiempo, la disponibilidad de la vacuna permitirá salvar vidas. Sin embargo, el tiempo acelerado de producción ha introducido una vacilación, y ésta podría afectar la disposición de las personas, grupos y poblaciones a usarla. No se trata de lidiar con una resistencia, sino con una duda en el plano de las ciencias que habría que disolver.

Aparentemente, las personas necesitarían tiempo para disolver una duda del modo que usarían, tal como muestra su argumentación: observar la evolución de la aplicación.

El tiempo, no obstante, no tendría que ser concebido por la autoridad como un momento destinado al procesamiento de una vasta información sobre inmunología y de discernimiento en vistas a construir una convicción y tomar una decisión.

Independientemente de que la evolución temporal de la aplicación sirva para algo en ese sentido, tomar un tiempo acopla bien con la estrategia de vacunación definida por la autoridad sanitaria. Ésta reúne un conjunto de atributos que podría permitir hacerse cargo de esto, pues acoplaría con el tiempo oportuno para disolver la vacilación. Se trata, por una

²⁵ Pfizer BioNTech. <https://www.ispch.cl/noticia/el-instituto-de-salud-publica-reitera-calidad-seguridad-y-eficacia-de-la-vacuna-contra-covid-19-y-llama-a-la-poblacion-a-mantener-los-cuidados-para-evitar-contagios/>

²⁶ CoronaVac del Laboratorio Sinovac Life Sciences CO.LTD. <https://www.ispch.cl/noticia/isp-autorizo-la-vacuna-coronavac-del-laboratorio-sinovac-life-sciences-co-ltd-para-uso-de-emergencia-en-el-pais/>

²⁷ Kreps et al. (2020) encontraron en un estudio realizado en julio, en EE.UU., que la nación de origen de la vacuna influía en ese momento en la elección de una vacuna en el contexto de escenarios potenciales de vacunas. La vacuna que se originó en un país no estadounidense se asoció con una menor probabilidad de elegir una vacuna (China: -0,13 [IC del 95%, -0,15 a -0,11]; Reino Unido: -0,04 [IC del 95%, -0,06 a -0,02]).

parte, de instalar un principio rector en relación con la responsabilidad política y científica: poner la decisión justamente en el ámbito de las agencias científicas²⁸ -y, por otra, un modelo de aplicación que asume el derecho de las personas a no usar la vacuna –es voluntaria²⁹,³⁰-, con un acceso asegurado (gratuita) que elimina una barrera adicional³¹, que -en función de la disponibilidad de dosis en el país- es *gradual* y *progresiva*³², que contiene una priorización temporal de grupos susceptibles³³, tiene como punto de inicio grupos específicos -que nunca vacilaron o que ésta se disuelve cuando la inmunización se experimenta como un asunto del colectivo-, que acumula en el tiempo, pues estarán otras personas antes en la fila³⁴.

El colectivo detrás del individuo. La vacunación como una acción colectiva

La superación de la pandemia tiene el imperativo de que una parte suficiente de la población debe vacunarse para alcanzar los umbrales necesarios para lograr la inmunidad colectiva, que se estima en 70% para COVID-19 (D'Souza et al., 2020). La disposición a usar la vacuna ha de ser común, o no tendrá este dispositivo médico –por razones distintas, pero igual que

²⁸ El 16 de diciembre de 2020, el Presidente anunció el plan de vacunación, y allí comunicó una certeza: “Todas las vacunas en Chile tendrán el sello de eficacia y seguridad otorgados por las instituciones sanitarias más reconocidas del mundo, la aprobación de nuestro Instituto de Salud Pública, y siempre, el respaldo de la ciencia, que muestra categóricamente y con sólida evidencia que las vacunas protegen la salud y salvan vidas.
<https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=169673>

²⁹ <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=169673>

³⁰ Hasta ahora no se ha establecido ninguna restricción, tal como que podría no permitirse trabajar en una UCI con pacientes con Covid-19 sin haberse vacunado (la institución que protege al colectivo, a costa de restringir la libertad voluntad de un miembro) o con embarazadas (no exponer a alguien, etc.

³¹ <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=169673>

³² <https://www.gob.cl/yomevacuno/>

³³ Personal de salud (comienza con la Unidad de Paciente Crítico - UPC); Personas residentes en Centros de Larga Estadía (incluye Establecimientos Larga Estadía del Adulto Mayor, centros del Sename, personas con discapacidad física y/o mental); Personal crítico de la Administración del Estado; Personas mayores de 65 años; Personas con comorbilidades.

³⁴ Se espera vacunar durante el primer trimestre a alrededor de 5 millones de personas, y alcanzar a 15 millones de personas aproximadamente a fines del primer semestre de 2021.
<https://www.gob.cl/yomevacuno/>

el dispositivo social-, suficiente capacidad de ser útil a la lucha contra una amenaza común, si no se vuelve un asunto colectivo, no uno individual. Aunque no exploramos desde esta perspectiva la disposición a vacunarse; esto es, de qué modo y en qué medida se orientaría por un sentido de acción colectiva. Se trata de que lo hace una a una cada persona, pero lo hace en tanto miembro de un colectivo; cada una lo hace a favor de sí misma, pero también a favor a otros/as, y en el caso de la universalidad de la pandemia del Covid-19, en nombre de la humanidad.

Lo anterior no resulta fácil. La experiencia hasta ahora no ha sido ésta. Se trata de una experiencia por venir. Tal como mostramos en el Tercer Informe de Vida en Pandemia, *Conducción política y moral colectiva durante la pandemia*³⁵, en la primera encuesta –la primera ola- realizada en julio de 2020, la experiencia de sentirse parte de un esfuerzo o lucha colectiva no ha sido dominante, en la sociedad chilena, tal como puede observarse en los gráficos. Es mayoritaria, pero no generalizada.

Vacuna viene a reparar efectos de la desigualdad en la exposición al SARS CoVid-2

La disponibilidad de las personas se encuentra diferenciada socialmente. Los grupos subordinados (pobres y mujeres) podría ser menor. Esto representa un problema, pues en la situación de desigualdad, discriminación y vulnerabilidades, en las sociedades concernidas, una vacuna viene a reparar, en parte, una desigual exposición al SARS CoVid-2 (Reiter et al., 2020). Desde esta perspectiva, a condición de un acceso universal asegurado, la vacilación ante la vacuna en grupos que se encuentran en condiciones de exposición mayores a causa de desigualdades y discriminaciones, y la posibilidad de disolverla, se vuelve un asunto de justicia.

El COVID-19 es universal, se dice de él que es democrático, en el sentido que afecta a toda la humanidad, porque potencialmente todos los cuerpos serían vulnerables, se expande a escala global a todos territorios del planeta y alcanza a todas las poblaciones. No obstante,

³⁵ www.vidaenpandemia.cl

en los hechos, no está siendo una experiencia común a toda la humanidad. Los grupos humanos se encuentran diferenciadamente expuestos al contagio. Todos los cuerpos se han mostrado biológicamente vulnerables a la infección por el SARS-CoV-2 virus, sin embargo no lo están en la misma medida ni por las mismas razones, y solo algunos mueren en tal circunstancia.

La exposición al virus es un asunto de vulnerabilidad, pero es también fruto de discriminación y desigualdad. Se trata de los cuerpos de mayor edad, (la vejez), aquellos con salud precaria, son los cuerpos de las personas en cárceles, en situación de calle y en hogares o refugios de emergencia, de migrantes, de las mujeres en los servicios de salud, de trabajadores/as en servicios y trabajos esenciales. Salvo la edad –una vulnerabilidad, que es un factor de riesgo a morir por sí misma-, las otras se encuentran, aunque de modos distintos, asociadas a desigualdades y discriminaciones (Fassin, 2020); esto es, a las formas en que estos grupos están situados en las estructuras de poder y en las relaciones sociales, de género, de raza, que les exponen, aunque de modos distintos, directamente al contagio. sostiene que en el caso de la vulnerabilidad asociada a la edad y la salud, esto es, la vejez y la concomitancia de ciertas enfermedades crónicas, mediante esta última se encuentran vulnerabilidades epidemiológicas y desigualdades sociales.

El riesgo de contagio se encuentra asociado al desplazamiento y a la sociabilidad, y uno y otro son necesarios para la supervivencia y la protección en los grupos sociales más pobres. En general, la mayor movilidad está asociada a economías informales –que reposan sobre la movilidad-, y el empleo informal domina en los grupos mas pobres, y al mismo tiempo, dichos grupos dependen en parte para la protección de la sociabilidad, que supone una intensa proximidad. Entonces los grupos más pobres, que dependen de la movilidad y sociabilidad para acceder a sus recursos y protegerse, son puestos en una situación de exposición particular ante la estrategia de distanciamiento y de confinamiento (Ferry et al., 2020).

Formas diversas de discriminación sobre grupos específicos de la población les ponen en una situación de exposición al contagio (que no ha sido interpretada como tal), y que son fruto de políticas que preceden al COVID-19. Son grupos en los que las personas se encuentran

privadas de un hogar personal, lo que les imposibilitan la gestión por sí mismos de la prevención. Son las personas en cárceles, en situación de calle y en hogares o refugios de emergencia, que son discriminados bajo la pandemia, en el sentido estricto de un trato desfavorable basado en un criterio ilegítimo, porque ni la comisión de un delito, ni la ausencia de un permiso de residencia, ni la pobreza extrema pueden justificar el someter a las personas al riesgo de enfermedades potencialmente mortales (Fassin, 2020).

La transición del dispositivo social al dispositivo médico. La vacuna es la salida a la crisis

Hemos arribado a la vacuna. Entonces nos encontramos en el inicio de una transición desde un dispositivo a otro en la lucha contra la pandemia del Covid-19. La vacuna es el dispositivo por excelencia ante las epidemias. Es una estrategia técnica, lo mismo que el dispositivo social del distanciamiento social. Este último es una estrategia de inicio de la respuesta, nada más. Es una estrategia de contención, destinada a mantener controlada la expansión a quienes son más vulnerables, en vistas a la capacidad de los sistemas de salud de salvar vidas. Es un dispositivo instrumental; no tienen valor en sí mismos la autodisciplina o el sometimiento a las restricciones de las libertades personales, etc. No es una “prueba” en ese sentido el dispositivo social. No es de su naturaleza poner fin a una pandemia ni es posible sostener una desestabilización tan radical de la vida, en vistas a mantener la transmisión en umbrales manejables, menos aún por mucho tiempo.

Disolver una potencial vacilación de la autoridad

Nos encontramos en un umbral distinto al de marzo de 2020. Si debíamos “resistir” – “aguantar” también se dice-, ahora tenemos la oportunidad de “vencer” –“ganarle”, suele decirse- al virus SARS CoVid-2. Es verdad que todavía el dispositivo del distanciamiento social es imprescindible, pero prefigurar un horizonte en que hayamos puesto fin a la pandemia, por cierto de manera no inmediata, pues la erradicación de las pandemias nunca es inmediata y no siempre es completa.

La autoridad política y científica podría vacilar en el momento de la transición. Sin embargo, no puede dudar sobre cuánto enlazar el nuevo dispositivo –el futuro- con el dispositivo social –el pasado/presente. No puede temer al potencial abandono del segundo, en caso de convocar al primero. Se trata de enlazar el “resistir” del distanciamiento social con el “arribar” a la vacuna. Se trata de convocar a no “aflojar” ahora, en este momento. Se trata de imprimir un nuevo sentido al distanciamiento social en esta etapa de transición: se trata de seguir “resistiendo”, ganar tiempo, hasta que las personas más vulnerables puedan arribar a la vacuna y salvar sus vidas, justamente cuando están cerca de lograrlo. “resistir” y “esperar”. Esto podría modificar una subjetividad en la que parece ser que el “aguante” “afloja” irremediablemente. Desgastado el dispositivo social del distanciamiento social, la disponibilidad del dispositivo médico podría generar nuevas posibilidades para una subjetividad que, haciéndose cargo de la duda, genere optimismo y esperanza. Uno de los asuntos de la subjetividad es la esperanza que el dispositivo social desgastó. Otro asunto es el optimismo, que recién ahora, en esta coyuntura, podemos razonablemente experimentar.

REFERENCIAS

Bégué, P. Origines et raisons du refus de la vaccination : quelles solutions? *La Lettre du Pharmacologue* • Vol. 29 - n° 3 - juillet-août-septembre 2015.

Dayrit MM, Mendoza RU, Valenzuela S A. The importance of effective risk communication and transparency: lessons from the dengue vaccine controversy in the Philippines. *J Public Health Policy*. 2020;41(3):252-267. doi:10.1057/s41271-020-00232-3

D’Souza G, Dowdy D. What is herd immunity and how can we achieve it with COVID-19? Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Expert Insights. Published April 10, 2020. Accessed July 11, 2020. <https://www.jhsph.edu/covid-19/articles/achieving-herd-immunity-with-covid19.html>

Fadda, M., Albanese, E. & Suggs, L. S. When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *Int. J. Public Health* **65**, 711–712 (2020).

Fassin. Didier. L'illusion dangereuse de l'égalité devant l'épidémie. Collège de France. 16 avril 2020 <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/L-illusion-dangereuse-de-legalite-devant-lepidemie.htm>

Ferry, M., Venkatasubramanian, G., Guérin, I. & Al Dahdah, M. (2020) L'Inde face à la crise du Covid-19. Une tragédie humanitaire à venir. <https://laviedesidees.fr/L-Inde-face-a-la-crise-du-Covid-19.html>

Gidengil CA, Parker AM, Zikmund-Fisher BJ. Trends in risk perceptions and vaccination intentions: A longitudinal study of the first year of the H1N1 pandemic. *Am J Public Health*. 2012;102(4):672–9.

Graham BS. Rapid COVID-19 vaccine development. *Science*.2020;368(6494):945-946.doi:10.1126/science.abb8923

Horney JA, Moore Z, Davis M, MacDonald PD. Intent to receive pandemic influenza A (H1N1) vaccine, compliance with social distancing and sources of information in NC, 2009. *PLoS ONE* 2010;5(6):e11226.

Sarah Kreps; Sandip Prasad; John S. Brownstein; Yulin Hswen; Brian T. Garibaldi; Baobao Zhang; Douglas L. Kriner,. Factors Associated With US Adults' Likelihood of Accepting COVID-19 Vaccination. *JAMA Network Open*. 2020;3(10):e2025594. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25594.(October 20, 202)

Jeffrey V. Lazarus, Scott C. Ratzan, Adam Palayew, Lawrence O. Gostin, Heidi J. Larson, Kenneth Rabin, Spencer Kimball and Ayman El-Mohandes. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Brief Communication* <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9> NATURE MEDICINE | www.nature.com/naturemedicine

Lane, S., MacDonald, N. E., Marti, M. & Dumolard, L. Vaccine hesitancy around the globe: analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data—2015–2017. *Vaccine* **36**, 3861–3867 (2018).

Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D. & Paterson, P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine* **32**, 2150–2159 (2014).

Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, et al. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine*. 2016;12:295-301. doi:10.1016/j.ebiom.2016.08.042

MacDonald, N. E. & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine* **33**, 4161–4164 (2015).

Mereckiene J, Cotter S, Weber JT et al (2012) Influenza A(H1N1)pdm09 vaccination policies and coverage in Europe. *Eurosurveillance* 17(4):20064. <https://doi.org/10.2807/ese.17.04.20064-en>

Reintjes R, Das E, Klemm C et al (2016) “Pandemic public health paradox”: time series analysis of the

2009/10 influenza A/H1N1 epidemiology, media attention, risk perception and public reactions in 5 European countries. PLoS ONE 11(3):e0151258. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151258>

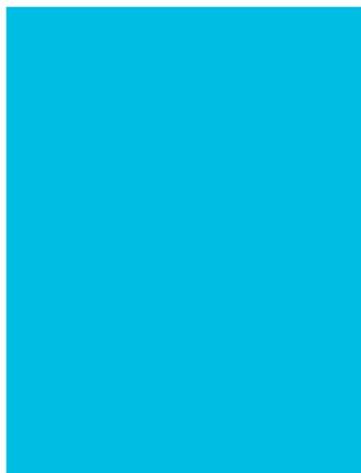
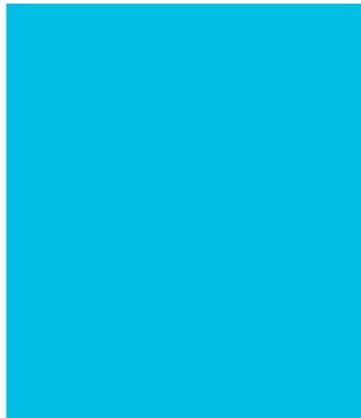
Reiter PL, McRee AL, Gottlieb SL, Markowitz LE, Brewer NT. Uptake of 2009 H1N1 vaccine among adolescent females. Hum Vaccin. 2011;7(2):191–6.

Sherlaw W, Raude J. Why the French did not choose to panic: a dynamic analysis of the public response to the influenza pandemic. Sociol Health Illn. 2013;35:332–44. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01525.x>

Shetty P. Experts concerned about vaccination backlash. *Lancet*. 2010;375(9719):970-971. doi:10.1016/S0140-6736(10)60421-7

Schwarzinger M, Flicoteaux R, Cortarenoda S, Obadia Y, Moatti JP. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance? PLoS One. 2010;5:e10199. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010199>

WHO. Thirteenth General Programme of Work 2019–2023 (GPW 13). 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-danger-to-global-health-in-2019>.



V I D A
Pandemia



UNIVERSIDAD