

MEMORIA COLECTIVA,

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIA POR COVID-19 EN CHILE, 2020

La Memoria Colectiva y La Epidemia

Lo escrito se transforma con el tiempo en una forma de repositorio de la memoria y un artefacto para compartir ideas e identidades¹. Sirve, al menos en parte, para rememorar con otros/as en los marcos sociales del futuro a partir de las coincidencias de representación del mundo, reales o imaginarias, permitiendo la reconstrucción de la memoria del grupo a través del tiempo y de las generaciones, la que siempre estará al servicio de las necesidades y continuidades de la lectura presente^{2,3}.

El límite entre la memoria individual y la colectiva es difuso, es el grupo quien da forma a nuestros recuerdos o dicho de otra forma, recordamos en la medida que conformamos un colectivo, por cercanía y por adopción de sus modos de pensar y hacer. Al mismo tiempo, el recuerdo sufre los efectos del tiempo, los acontecimientos vitales y los cambios del contexto social, y en la sumatoria, las diferentes perspectivas de lo que recordamos permiten la comprensión colectiva de lo que nos acontece. Puesto en perspectiva, pasado y futuro de las colectividades se vinculan a través de la memoria, sin memoria no hay continuidad, sin memoria no hay tiempo⁴. A su vez, las memorias de los grupos colisionan y como resultado del conflicto, algunas se imponen sobre otras. En definitiva, recordamos para constituirnos a nosotros mismos, para re-significar nuestra identidad en el presente^{5,6}. El olvido profundo por su parte, participa del

Álvaro Lefio Celedón
Fanny Berlagoscky Mora
Pamela Espinoza Villarroel
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

proceso de la memoria en al menos dos sentidos, en uno el olvido inexorable borra la experiencia, en otro el olvido inmemorial constituye el punto de origen, siendo todo aquellos que hemos olvidado, pero que nos acompaña y nos construye en el presente⁷.

La epidemia por COVID-19 ha producido una disrupción en la vida de las personas y por su magnitud y afectación global es probable que se encuentre entre aquellos acontecimientos que recordemos con particular facilidad⁸ o al menos de la cual nos queden significados y prácticas, cuya referencia a este período se encuentre en el límite del recuerdo. El tiempo de la pandemia ha interferido con los límites del espacio y la movilidad, afectándose las formas de percibir el tiempo y sus lazos con el sentido, llegando a trastocar la ahora evidente frágil estructura de las relaciones sociales y económicas⁹ y provocando, como toda peste, una gran perplejidad inicial y una progresiva caída en la crisis individual y colectiva¹⁰.

Las vivencias de la pandemia se organizan como un fractal de posibilidades, es decir fragmentarias e irregulares, pero repetitivas e indisciblemente conectadas entre sí. En el caso chileno esta disrupción sobrevino sobre un escenario de politización y disenso significativo de la sociedad, que repuso la discusión sobre la dignidad de la vida, tras decenios de pérdida, daño y desconexión colectiva¹¹. Las reglas del consenso forzoso se desarmaron de la mano de la duda, la desconfianza, la creatividad y la ingobernabilidad. En lo cotidiano, en los grandes y pequeños espacios de nuestro país, las reglas más básicas de la convivencia y el sometimiento se pusieron en juego, traspasándose las barreras culturales, transgrediéndose las costumbres, el movimiento y el espacio.

La disrupción de la “peste” actual permitió lo impensado hasta hace poco meses atrás, el avance probablemente transitorio de las fuerzas del orden, del control y de lo policial, el retroceso del disenso y la política¹². La capacidad de las pestes de interferir o hacerse parte en los procesos sociales ya ha sido descrito con bastante detalle por la historia y la ficción, las pestes se transforman en actores decisivos en guerras, revoluciones y también en la constitución de las reglas del juego institucional, incluido el sanitario^{13,14}. En términos generales, el miedo y la muerte dan poder a los gobiernos respecto de los gobernados y se tiende a desartar los aparatos y dispositivos disciplinarios del poder¹⁵, poniendo en la encrucijada de la identidad y perspectiva –Estado o Ciudadanía– a los actores del campo de la salud pública¹⁶.

En este escenario de movilización social y saturación histórica en el que la sociedad chilena sigue avanzando, envuelta en la tragedia de la disrupción de la continuidad de la vida colectiva, el miedo y la pérdida, parece necesaria la pregunta por lo que no hay que olvidar, por lo que necesitamos y necesitaremos recordar de esta epidemia y pandemia, por lo que queremos recordar, para seguir construyendo sueños y esperanzas. En nuestro país de sometimientos e imposiciones de memorias oficiales que buscan dejar en el olvido inexorable los recuerdos, historias y vivencias de las clases populares, que niegan sus muertes y dificultan sus ritos, la epidemia será o podrá ser un punto de referencia para el recuerdo colectivo y al mismo tiempo lo que recordemos de esta epidemia y sus consecuencias, de la forma en que pensemos las problemáticas sociales y sanitarias que devela, es que surgirán parte de las posibilidades, identidades y búsqueda de soluciones.

La salud pública, las medidas y los planes

La pandemia ha repuesto a la salud pública en el escenario de las tareas urgentes. El derecho a la vida del colectivo –base del poder simbólico de los Estados modernos– se ha puesto en cuestión y la magnitud simbólica y material de este cuestionamiento, parece ameritar echar mano de las estrategias de gobierno del cuerpo social, que permitan inmovilizar, distanciar y acordonar¹⁷. Estas estrategias, que algunos/as llaman las intervenciones de salud pública identificar, aislar y cuarentenar provienen al menos del medioevo europeo¹⁸, pero se han actualizado con fuerza, haciendo parte de aquello que no se olvida y que emerge, para algunos, como la principal estrategia de contención del avance de la epidemia global. La actualización, por cierto, implica la incorporación de los desarrollos contemporáneos de la epidemiología de transmisibles, que monitorea, caracteriza y proyecta la epidemia, y el desarrollo tecnológico que profundiza el control de la movilidad y las disidencias. En síntesis, lo sustantivo de las estrategias de control de la epidemia por COVID- 19, se reduce a evitar y mediar físicamente las interacciones cercanas, a identificar tempranamente los casos y aislarlos de forma efectiva, al menos dicho esto desde el discurso de la salud pública que se identifica con el Estado y/o el gobierno de la población.

La salud pública es un campo de saberes y prácticas constituido por múltiples actores y grupos heterogéneos, que rememoran y olvidan a través del tiempo a partir de otros/as. En esta crisis la salud pública reemerge como epidemiología y gestión autoritaria, aparece de la mano del saber cómo control de las enfermedades, como higiene del ambiente y de las personas, como vector unidireccional de las decisiones respecto de la organización, las

distancias y la interacción de la población. Se la requiere para contener la muerte y la enfermedad del cuerpo social, pero en el marco y los límites que imponen los intereses del gobierno de turno y las formas de relación entre Estado, mercado y ciudadanía. Relación que excluye a la a la ciudadanía de las decisiones, precariza sus condiciones laborales, empobrece su vida material, fragmenta su identidad y mercantiliza los significados¹⁹.

La falta de una democracia que vaya más allá de unas pocas instancias para votar, la exclusión de las mayorías de las decisiones gubernamentales sustantivas, la negación de derechos y el predominio exuberante de los intereses de las clases dominantes en el aparato estatal, es parte de lo que caracteriza a nuestras sociedades latinoamericanas²⁰ y en particular a la chilena. Así, la identificación de parte significativa de los actores de la salud pública con el Estado, se confunde y entreteteje con el gobierno y a partir de aquello, con los intereses de esa clase²¹, evitando o desconociendo la vivencia de la epidemia de las otras clases, de los otros pueblos, de los otros mundos.

Si reconstituimos someramente la estrategia pública del gobierno para enfrentar la epidemia, recordaremos la promesa gubernamental de que todos los enfermos tendrían atención, los laboratorios para los test de PCR, los militares y toques de queda, y la insistencia coreada por casi todos los medios de comunicación en la responsabilidad individual del cuidado. Los cierres de fronteras fueron laxos, no hubo hasta muy avanzada la primera ola de la epidemia una estrategia medianamente organizada y articulada de trazabilidad y aislamiento de los contagiados y sus contactos. La APS debió autoorganizarse por un largo período, y los/as que volvieron de sus vacaciones principalmen-

te en Europa, contagiaron a sus trabajadores/as y esparcieron la infección por las ciudades desiguales, con zonas de alto nivel de hacinamiento y profundamente conectadas, lo cual ocurrió con particular velocidad en la región metropolitana de nuestro país, produciendo a la fecha casi medio millón de contagiados y diecisiete mil fallecidos/as. La red de salud acogió a los contagiados, de peor o mejor forma, muchos fallecieron en sus domicilios, en las residencias de adultos mayores, en las cárceles e incluso en las calles. Intentaron ocultar o maquillar las estadísticas y aun cuando la capacidad de la red de atención permitió cumplir parte sustantiva de la promesa, el problema mayor es lo que no se comprometió, cortar la cadena de contagios, impedir la diseminación de la enfermedad y evitar las muertes.

La primera gran ola de contagios, en sus diversas manifestaciones territoriales, deja una estela de fracaso sustantivo en la prevención de la incidencia de los contagios y desde ahí sus consecuencias en relación al número de fallecidos. Nunca la norma de la evaluación podría ser la mortalidad o la letalidad, estas serían bajas en casi cualquier escenario. Es su capacidad de diseminación y la gran disposición de personas susceptibles lo que explica su relevancia y magnitud para la salud del colectivo y por tanto la medida de su impacto poblacional. Esto no desconoce el enorme esfuerzo y movilización de los equipos de salud en sus diversos niveles, que repone en la narrativa pública el valor del aparato sanitario estatal, pero esto no ha sido suficiente para impedir parte significativa de la tragedia y la muerte de miles de personas. Una vez instalada la epidemia en sectores empobrecidos esta no respondió significativamente a las medidas de cuarentena y esta última fue un imposible para muchos/as desde el principio o se transformó en aquello dada su larga exten-

sión en el tiempo. En el fondo, para quienes les tocó conducir desde la institucionalidad sanitaria la respuesta a la epidemia, esta fue considerada como un amenaza para la vida, pero la vida de todos/as no fue considerada ni valorada de la misma forma.

Si lo que importa es la salud de la población, el respeto y cuidado de su vida, sus sufrimientos e incertidumbres, sus sueños e identidades, entonces las medidas del cuidado debieron asegurar sus condiciones de dignidad, incorporar a la ciudadanía en las decisiones democratizando y territorializando la gestión de la epidemia además de asegurar la identificación pronta de los casos, trazando con detalle su trayectoria de contagio y aislando efectivamente a los casos y sus contactos. Tampoco resulta razonable ignorar el momento de saturación histórica que vive la sociedad chilena, donde el cúmulo de frustraciones y deseos colectivos no conducidos por la administración política receptora de la desconfianza y el descrédito ciudadano, se desbordan por las calles del país. La salud pública y sus medidas, no pueden estar ajenas a los fenómenos sociales que le dan contexto, no puede plantearse medidas universales que no dialoguen con las características socioculturales de los pueblos, con sus necesidades, posibilidades y deseos de transformación.

Las medidas y los planes del gobierno central, no han tenido como objetivo central la salud de la población, sus objetivos principales están alineados con los intereses del capital y con la gobernabilidad. Han usado la epidemia para controlar el disenso, las cuarentenas han sido tardías y porosas, y por tanto se han prolongado excesivamente en el tiempo sin lograr sus objetivos. La incipiente estrategia de trazabilidad y aislamiento es insuficiente y los recursos

para la prevención de los contagios son precarios, todo en un marco donde las condiciones de seguridad social para enfrentar la epidemia y viabilizar las medidas de contención de los contagios han sido deficientes y tardías²². Los fracasos en el cuidado de la vida se ven atenuados solo por los esfuerzos territoriales por paliar el hambre y la pobreza, el esfuerzo de los equipos de salud por responder y responsabilizarse por el cuidado de la salud colectiva, y por los esfuerzos de autorganización de las comunidades, en ollas comunes y articulación de los cuidados, facilitando el acceso a la atención de salud de los con mayores dificultades y coordinando acciones con los actores locales²³.

Los fracasos de los cuales somos parte, se produce en el contexto de un sistema de salud que ha sido fragmentado y segregado en sus procesos de atención, distinguiendo por ingreso y clase social, y cuya capacidad de respuesta ante la epidemia se ha sostenido principalmente en la fortaleza histórica de su red pública que se ha movilizó en todos sus niveles, teniendo a la base sus aprendizajes y su propia memoria colectiva en materia de enfrentamiento de crisis y enfermedades infecto-contagiosas. La falta de información inicial y la absurda centralización de decisiones y procesos, que generaron ausencias, duplicidades y errores, tuvo por contrapartida la auto-organización, creatividad y capacidades de los trabajadores/as de salud, quienes se responsabilizaron por el cuidado de la vida de la ciudadanía y de los/as cuales han fallecido setenta y dos por COVID – 19 hasta la fecha²⁴.

El aumento de camas y de capacidad de hospitalización de pacientes críticos se multiplicó por cuatro en el peor momento de la epidemia, los esfuerzos y los recursos gubernamentales se concentraron en la contención hospitala-

ria, en las capacidades y equipamientos para el soporte vital crítico. Ante la ausencia de conducción, los equipos de APS tuvieron que construir su propia información, diseñar sus nuevas posibles formas de atención y autoprotección, incluso hasta sus propios espacios de hospitalización, recordando que la APS no es sólo un nivel de atención, sino una estrategia sanitaria que se define más por la necesidad de salud que por la resolución burocrática. En poco tiempo la urgencia sanitaria disolvió el artificio de las metas y repuso el valor de la reflexión, la creatividad y la puesta en común. Cuando el nivel central no pudo ya negar la necesidad de incorporar a los dispositivos sanitarios con la más amplia distribución en el territorio y diversidad de capacidades, se apostó por el discurso de la APS, pero aún las falencias de la estrategia de identificación, trazabilidad y aislamiento presentan graves problemas de efectividad, logrando durante el mes de septiembre notificar sólo a un 39% de los casos dentro de los 3 días desde el inicio de los síntomas²⁵ y aislar a un 42% de las personas que lo requieren en 24 horas²⁶.

Cuando la peste se encontró con la pobreza, la precariedad laboral, el hacinamiento y la marginalidad crónica de miles de chilenos/as, el escenario epidemiológico se transformó de una endemia baja de casos a ser de las colectividades con las mayores tasas de incidencia acumulada a nivel global y de Latinoamérica, con su estela de sufrimiento y muerte que hoy supera al cuádruple de fallecidos por neumonía en un año habitual. Es el miedo a la enfermedad, a la muerte, la notoriedad pública y la visibilidad que alcanza, lo que diferencia a una epidemia –una peste– de un brote de cualquier otra enfermedad y los problemas que genera provienen no sólo de las consecuencias biomédicas de esta, sino que de la interpretación

colectiva que realizamos. La enfermedad se manifiesta como una neumonía grave, pero el estigma, la violencia y los toques de queda se producen como respuesta. La negación sistemática del problema, los fallecidos, el fracaso y la pobreza, responden a intereses; la ausencia de una estrategia efectiva para cuidar la vida se produce por negligencias, incompetencias e ignorancia; y la preeminencia de los intereses y la maquinaria económica proviene de la indolencia respecto de la vida de los otros/as y del poder del capital, que deshumaniza las relaciones, mercantiliza la existencia y avanza sobre el territorio.

Sobre la rememoración

La memoria colectiva es recuerdo selectivo compartido, recordamos y olvidamos según nuestra necesidad grupal y a menudo las víctimas y los héroes son parte de las formas arquetípicas del recuerdo nacional y olvidamos lo que no es útil o lo que no queremos o podemos enfrentar. Los actores de la salud pública deberán rememorar en cada momento de crisis epidémica, que esta siempre es un artificio, es decir el producto de la interrelación entre biología y sociedad²⁷. Lo que pone en riesgo y afecta la salud colectiva es el virus en su interacción con la pobreza, condiciones de vida material y características socioculturales de un pueblo y esto es lo que da cuenta de su proceso, dinámica social de los contagios y resultados sanitarios. En nuestro caso, el virus SARS CoV 2 se entremezcla con una sociedad que margina, segrega, excluye y precariza la experiencia de la vida, generando memorias, identidades y prácticas que afectan la cohesión general y la valorización de la alteridad, determinando incidencias elevadas y mortalidades desiguales.

Los actores de la salud colectiva que se vean envueltos en la compleja maraña de las decisio-

nes sanitarias, aquejados por la incertidumbre y la perplejidad que cada peste trae sobre sí, querrán recordar que los planes se construyen con otros/as, que se parecen menos a órdenes y criterios de actuación, y más a una puesta en común y a conversaciones que problematizan la realidad circundante, que intentan converger con los contextos, territorios y procesos sociales, para configurar un futuro en la diversidad de los proyectos e incertidumbres de los escenarios. El plan es frágil y pequeño frente al contexto y las metas e indicadores son excusas y facilitadores de la conversación y la acción colectiva. Cada peste nos enfrenta inexorablemente a la incredulidad, la incertidumbre y el fracaso, pero en el diálogo, la reflexión y la organización colectiva podemos encontrar algunas estrategias y el sentido de las respuestas.

La salud pública que se transfigura con el Estado, necesitará recordar que esta identificación acrítica pone en riesgo la salud de la ciudadanía y el cuidado de la vida del colectivo. Cuando la estrategia de cuidado del cuerpo social se posiciona en la unidad, en el consenso y el orden, lo que invoca para sí es su rol en lo policial, que impone el consenso sanitario en un marco de daño y negación del otro/a, que dice qué y se olvida con quiénes, alejándose - la salud pública- de su otro aparecer, la que valora y se posiciona en el disenso y la política como movimiento disruptivo y desacuerdo, es decir la que afirma la igualdad originaria y la transformación del orden desigual y del daño, que pone al centro la vida y su cuidado, los territorios, sus inteligencias y su cultura.

Referencias bibliográficas

1. Assmann J, Czaplicka J. (1995). Collective memory and cultural identity. *New german critique*. 1995.(65):125-133.
2. Halbwachs M. *La memoria colectiva* (Vol. 6). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2004.

3. Alba González MD. Teorías en diálogo: representaciones sociales y memoria colectiva. Iztapalapa. Rev Cienc Soc Humanid. 2016;37(80):131-151.
4. Ricoeur P. La memoria, la historia, el olvido. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000.
5. Seydel U. La constitución de la memoria cultural. Acta Poét. 2014;35(2):187-214.
6. Roediger HL 3rd, Abel M. Collective memory: a new arena of cognitive study. Trends Cogn Sci. 2015 Jul;19(7):359-61.
7. Ricoeur P. La lectura del tiempo pasado: memoria y olvido. Madrid: Arrecife; 1998.
8. Peschanski D. «Tu crois qu'on s' en souviendra?» Mémoire collective du Covid-19. Revue de Neuropsychologie. 2020;12(2):128-131.
9. Kordon D, Edelman L, Lagos D. Transitando la pandemia: anclajes subjetivos para la formulación de políticas públicas. ASPO; 2020.
10. Rosenberg CE. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. Daedalus. 1989. p.1-17.
11. Madariaga C. El "Estallido social" y la salud mental de la ciudadanía: una apreciación desde la experiencia PRAIS. Rev Chil Salud Pública. 2019;23(2):146-156.
12. Rancière J. Política, policía, democracia. LOM ediciones; 2006.
13. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo XXI; 1985.
14. Illanes MA. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia,(...): historia social de la salud pública: Chile 1880/1973: hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993. p. 514
15. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
16. Basile G. SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. Ciên Saúde Coletiva. 2020, 25, 3557-3562.
17. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
18. Ledermann W. El hombre y sus epidemias a través de la historia. Rev Chi Infectol. 2003;20:13-17.
19. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1998.
20. Fleury S. Ciudadanía, exclusión y democracia. Nueva sociedad. 2004;193(5):62-75.
21. Osorio J. Estado, reproducción del capital y lucha de clases. La unidad económico/política del capital. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
22. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Actualización COVID-19 en Chile: análisis y recomendaciones ante la fase actual de la epidemia [Internet]. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública; 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163736/analisis-y-recomendaciones-ante-la-fase-actual-de-la-epidemia>.
23. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública; Universidad de Santiago de Chile; Universidad de Valparaíso. Primer Informe de Resultados Consulta ciudadana Respuesta Comunitaria a la pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [citado en agosto de 2020]. Disponible en <http://www.saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/165664/consulta-ciudadana-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia>.
24. Ministerio de Salud de Chile. Informa Epidemiológico N°1. Características del personal de Salud confirmados con COVID - 19. Chile: MINSAL; 2020.
25. ICOVID. Informe ICOVID Chile N° 8 [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.icovidchile.cl/informes>.
26. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud pública; Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de APS; Colegio Médico de Chile. Informe Departamento de APS. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS. Informe N°5 [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/09/Informe-Monitoreo-TTA-04_09.pdf.
27. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina social. 2006; 1(1):6-11.