

EDITORIAL

EN NOMBRE DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD: UNA INVESTIGACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19 EN LA EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA EN CANADÁ

AUTORES

Claudia chaufan

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9208-7630> . Universidad de York, North York, Canadá

Natalie Hemsing

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1385-8279> . Universidad de York, North York, Canadá

Autor correspondiente. Calle Keele 4700. North York, Ontario, M3J 1P3, Canadá, cchaufan@yorku.ca celular +1 437-343-4476

<https://doi.org/10.55634/1.6.3>

RESUMEN

Desde el lanzamiento de la campaña mundial de vacunación contra el Covid-19 en diciembre de 2020, la vacunación en instituciones postsecundarias ha sido un tema controvertido. La evidencia internacional indica que estas instituciones han logrado altas tasas de vacunación y las agencias de salud pública canadienses las excluyen por completo de la lista de sitios con riesgo de brotes. Sin embargo, los observadores influyentes y las propias instituciones postsecundarias insisten en que lograr y mantener la vacunación “al día” (a través de mandatos si es necesario) sigue siendo fundamental para contener la crisis. Sin embargo, con el creciente reconocimiento de que las vacunas no detienen la propagación viral, que las poblaciones jóvenes tienen un riesgo extremadamente bajo de COVID-19 grave, hospitalización y muerte, y que las intervenciones médicas obligatorias tienen un historial problemático, la solidez de las recomendaciones actuales sobre educación postsecundaria y no se pueden asumir políticas relativas a la vacunación.

Partiendo de la tradición de medicalización y la fenomenología interpretativa, nuestro estudio explora, a través de entrevistas en profundidad, cómo las políticas de vacunación dentro y más allá de las instituciones postsecundarias han dado forma a las percepciones de la crisis de Covid-19, las creencias sobre el papel, los riesgos y los beneficios de la vacunación, y opciones de vida y oportunidades de los estudiantes en Canadá. Encontramos que los estudiantes cumplen en gran medida con las políticas de vacunación, ya sea por convicción, conveniencia o coerción, y que el discurso y las prácticas sociales promovidas por las políticas limitan las oportunidades para el libre debate e intercambio entre los estados de vacunación. Independientemente de este estatus, los estudiantes resisten, aunque de manera muy limitada dado el alto costo del incumplimiento. Discutimos las implicaciones de nuestros hallazgos para la política, la equidad y el poder del control social médico en la era de Covid-19.

PALABRAS CLAVE: Adopción / aceptación / vacilación de la vacuna Covid-19; estudiantes postsecundarios/universitarios/universitarios; Mandatos de vacunación Covid-19; medicalización y control social; fenomenología; Canadá.

A medida que las infecciones por COVID-19 continúan aumentando entre las poblaciones no vacunadas, un número grande y creciente de universidades de EE. UU. exigen prueba de vacunación doble para los estudiantes, el personal y el cuerpo docente que regresan al campus en septiembre. Con notables excepciones [...], las instituciones postsecundarias canadienses no han exigido vacunas. La decisión [...] parece estar basada en la suposición de que la Carta Canadiense de Derechos y Libertades protege los derechos de las personas no vacunadas a participar sin restricciones en el ámbito público. Esta suposición se basa en un grave malentendido de la Carta. De hecho, existe una base constitucional sólida sobre la cual las universidades pueden exigir prueba del estado de vacunación, durante una pandemia, como condición para la inscripción.

Debra Parkes y Carissima Mathen, 2021, Centro de Estudios Constitucionales

La medicina y la asistencia sanitaria se están convirtiendo en importantes áreas de control social. Esto se logra [...] “medicalizando” gran parte de la vida diaria, haciendo [...] que las etiquetas “salud” y “enfermedad” sean relevantes para una parte cada vez mayor de la existencia humana. Así, el debate [...] se centra en el grado de enfermedad asociado al fenómeno en cuestión o el alcance de un “riesgo para la salud” que está involucrado. Y se deja de lado la cuestión más basada en principios, más desconcertante o incluso moral de qué libertad debería tener un individuo sobre su cuerpo [...]. Una empresa neutral [...] es bastante capaz de ser utilizada para lograr ciertos objetivos políticos [...] o como una máscara para ciertos supuestos de valor [...]. Es el campo de batalla no porque haya amenazas y opresores visibles sino porque son casi invisibles, no porque [ellos] sean malvados sino porque no lo son. El peligro es mayor porque no solo se enmascara el proceso como un objetivo técnico y científico, sino que se hace por nuestro propio bien.

Irving K. Zola, 1974, En nombre de la salud y la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Desde el lanzamiento de la campaña mundial de vacunación contra el Covid-19 en diciembre de 2020, la vacunación en las instituciones educativas ha sido un tema controvertido. La evidencia internacional indica que el riesgo de brotes en estas instituciones ha sido muy bajo (1) y los datos de la Agencia de Salud Pública de Canadá solo enumeran los centros de cuidados agudos, de vivienda colectiva, correccionales y de atención a largo plazo; Tasas de vacunación: representan el 100% de los brotes (2) , excluyendo por completo las instituciones educativas. La evidencia también indica que las instituciones postse-

cundarias en particular han logrado tasas de vacunación muy altas, superiores a las de la población general, del 82% según algunas fuentes (3) . Sin embargo, muchos observadores influyentes y las propias instituciones postsecundarias aún afirman que no solo lograr, sino también mantener altas tasas de vacunación “actualizadas”, a través de mandatos si es necesario, sigue siendo fundamental para contener la crisis y prevenir la propagación viral, dentro de ellos y más allá de (4–7) , una posición que parece respaldar la investigación sobre la aceptación de la vacunación en instituciones postsecundarias.

Examinar este cuerpo de investigación es revelador. Nuestra exploración de la investigación identificada a través de PubMed encontró que los autores informaron que cuando los estudiantes están preocupados por los efectos adversos de las vacunas Covid-19 , por ejemplo, creen que las vacunas no son lo suficientemente efectivas como para justificar los riesgos, tienden a ser más “vacilantes”. ” (Ver Chamon et al., 2022a; Jaffe et al., 2022; Lo Moro et al., 2022) , “vacilación” que los autores asumieron, en lugar de demostrar, es un “problema” (16) , una suposición que aparece para dar color a la literatura de expertos sobre la “renuencia a las vacunas” de manera más general (17) . Los autores también tendieron a descartar o ignorar la evidencia de los efectos adversos desproporcionados de las vacunas contra el covid-19 en los jóvenes, como la miocarditis subclínica (18) o la reducción transitoria de la motilidad del esperma (19) , o el hecho bien establecido de que la mortalidad por covid-19 las tasas en adultos jóvenes en la era anterior a la vacuna eran extremadamente bajas: menos del 0,02 %, o unas 140 veces más bajas que las de los adultos de 70 años o más (20) . Otra característica destacada fue el uso de términos como “captación” y “aceptación” indistintamente (Ver Mustapha et al., 2021; Zhang et al., 2022) , incluso cuando los indicadores de comportamiento como las tasas de captación, si se logran mediante la amenaza de indeseables consecuencias, en la mayoría de los demás contextos se denominarían correctamente “coerción” y no “aceptación” (23,24) .

ausencia notable fue la falta de discusión sobre los posibles efectos traumáticos en los estudiantes de las propias políticas de vacunación, trauma bien documentado entre personas sujetas a prácticas médicas coercitivas en psiquiatría (25) y que también puede resultar de ser coaccionado para violar los propios valores morales , experimentada, por ejemplo, por veteranos de guerra (26) o por trabajadores de la salud obligados a decidir qué paciente “merece” un recurso escaso que salva vidas (27). Tampoco identificamos ninguna consideración para los

principios bioéticos aceptados internacionalmente, como el consentimiento informado, es decir, los pacientes deben ser informados de todos los beneficios, riesgos y alternativas (incluso no hacer nada) de una determinada intervención médica, que históricamente han sido fundamentales para la ética. investigación médica, política y práctica (28–31) . Es importante destacar que, en este cuerpo de investigación, no hubo ninguna exploración de la experiencia de los estudiantes con las políticas de vacunación desde sus propias perspectivas. Partiendo de la tradición de medicalización en los estudios de salud (32–34) y guiados por la fenomenología interpretativa (35) , abordamos esta brecha en la investigación al explorar cómo las políticas de vacunación en los últimos años, dentro y más allá de las instituciones educativas, han dado forma a las percepciones, opciones de vida y posibilidades de los estudiantes de educación superior en Canadá.

En la siguiente sección, brindamos una descripción general de los momentos más destacados en el desarrollo de la narrativa oficial de Covid-19 en todo el mundo, centrándonos en las particularidades del caso canadiense. También ofrecemos un vistazo a lo que llamamos la “historia detrás de la historia”, donde exponemos aspectos de Covid-19, su epidemiología, fisiopatología, inmunología, virología y política pandémica, especialmente su enfoque en la vacunación, que consideramos necesarios para dar pleno sentido a nuestro análisis. En la siguiente sección describimos los lentes teóricos y los enfoques metodológicos que informan nuestra investigación, a medida que nos situamos en el proceso de investigación. Posteriormente, presentamos nuestro análisis de entrevistas en profundidad semiestructuradas que informan sobre la experiencia de las políticas de vacunación de Covid-19 en estudiantes en una institución postsecundaria canadiense. A continuación, discutimos nuestro estudio y sus limitaciones en el contexto de la literatura más amplia, las prácticas sociales y las dinámicas de poder que dan forma a las políticas públicas en la era de Covid-19. Con-

Llamamos la atención del lector sobre el término “vacuna” porque el término controla el debate sobre la política de vacunación en al menos dos formas: una es legal, ya que otorga a las compañías farmacéuticas que producen estos productos protecciones de responsabilidad únicas de las que no disfrutaban al producir otros productos (8) ; el segundo es sociológico, en el sentido de que el término “vacuna” suscita la confianza social que, merecidamente o no, se deposita en las “vacunas tradicionales”. Si estos productos, biológicos de ARNm/ADN, se identificaran como “terapia génica” según la definición de la FDA (9) , tanto las consecuencias legales como sociales serían mucho menos favorables para ellos. Sin embargo, usamos el término “vacuna” porque problematizarlo está más allá del alcance de este trabajo. Para una discusión técnica de estos temas, remitimos a los lectores al trabajo de Rose sobre farmacovigilancia (10) y el trabajo de Garner y Hooker sobre resultados de salud entre poblaciones vacunadas y no vacunadas (11,12) .

cluimos exponiendo las implicaciones de nuestro estudio para la formulación, el desarrollo y la implementación de políticas y prácticas éticas de salud pública en la educación postsecundaria y para el control social médico en general.

FONDO

LA HISTORIA OFICIAL

El 13 de marzo de 2020, los estudiantes de postsecundaria de todo Canadá se despertaron en un mundo como nunca antes habían experimentado: cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el nuevo brote de coronavirus como una pandemia mundial dos días antes (36), las instituciones de postsecundaria de todo Canadá : al igual que muchos en todo el mundo, anunció que se suspenderían todas las actividades presenciales (37) y que las clases se trasladarían en línea durante dos semanas, de conformidad con las políticas destinadas a “aplanar la curva” (38) . Al final resultó que, estas políticas continuarían mucho más allá de las dos semanas, junto con los casos de covid-19, las hospitalizaciones y los recuentos de muertes que aparecían en las pantallas de televisión (39) , historias de hospitales abrumados que se apoderaban de las noticias diarias (40) y líderes en educación postsecundaria. instituciones dedicadas a asegurar a los estudiantes, docentes y personal en dificultades que no se escatimarán esfuerzos para priorizar la seguridad (41–43) .

El mensaje oficial fue unánime: dada la alta transmisibilidad y virulencia del SARS CoV-2, todos debían cumplir con las órdenes de quedarse en casa, respetar los confinamientos, limitar los contactos a círculos estrechos (domésticos) y usar mascarillas más allá de esos círculos (44) . Debido a que el mundo se enfrentó a un virus “novedoso”, no había tratamientos efectivos, aparte de la “atención de apoyo”: oxígeno, control de la fiebre y ventiladores cuando fuera necesario (45,46) . Por lo tanto, solo se permitiría el funcionamiento de los servicios considerados “esenciales” (supermercados y, en particular, licorerías) (47) . Alternativas como el tratamiento ambulatorio o la profilaxis con medicamentos genéricos fueron rápidamente descartadas como afirmaciones motivadas políticamente con implicaciones potencialmente letales para aquellos lo suficientemente desesperados o desprevenidos como para atreverse a probarlas (Ver Banerjee, 2020) . En resumen, el mensaje oficial fue que detener la mayor parte de la actividad social y económica era el único enfoque responsable para manejar una crisis única en un siglo, hasta que las vacunas Covid 19 seguras y efectivas, que se estaban desarrollando a “Velocidad Warp” a través global. Se pusieron a disposición asociaciones público-privadas que combinaban recursos de la industria, el gobierno y los centros académicos (49) .

Y estuvieron disponibles cuando, cuando la FDA otorgó la Autorización de uso de emergencia (EUA) a dos vacunas de ARNm Covid-19, se lanzó una campaña mundial de vacunación sin precedentes en diciembre de 2020 (50). En un principio, estas vacunas tan esperadas fueron vistas como un recurso escaso, reservado para poblaciones altamente expuestas o vulnerables: trabajadores de la salud, personas muy enfermas, ancianos (51). Así, la imagen de Margaret Keenan, de 90 años, recibiendo la primera vacuna contra el Covid-19 en el Reino Unido permanecería en la memoria colectiva durante los próximos meses (52). En el verano de 2021, las vacunas ya no serían simplemente “alentadas”, sino obligatorias en múltiples lugares, incluidas las instituciones postsecundarias en toda América del Norte (53,54). La política estaba destinada a ayudar a lograr las tasas de vacunación más altas posibles, siguiendo los informes de las principales agencias internacionales que presentaron la vacunación como el enfoque principal, incluso el único, capaz de controlar una crisis económica, social y de salud única en un siglo (55). Ante lo que muchos expertos en derecho, salud pública y bioética percibieron como insuficiente intención de vacunar por parte de sectores de la población –como los estudiantes de educación superior– los mandatos, al menos para esos sectores, se presentaron como el medio para salir de la crisis (56).

LA HISTORIA DETRÁS DE LA HISTORIA

Con el tiempo, se haría evidente que las esperanzas puestas en las vacunas contra el covid-19 eran, en el mejor de los casos, prematuras. Por un lado, las vacunas no detuvieron la propagación o la infección del SARS-CoV2; de hecho, nunca se probaron para esos resultados (57). También sería evidente que la propagación viral descontrolada a través de la transmisión asintomática –“personas aparentemente sanas” que operan como portadores desprevenidos (58)– fue insignificante, con el estudio más grande jamás realizado en Wuhan, China, de cerca de 10 millones de participantes, no revelando pruebas positivas entre 1.174 contactos cercanos de casos asintomáticos (59).

Significativamente, la evidencia de que existían muchas alternativas a la posición de “no hay alternativas a las vacunas” también surgió en todo el mundo, ya que los estudios de medicamentos reutilizados sin patente mostraron resultados dramáticos (más del 80% de reducción de hospitalización y muerte) con tratamiento temprano y profilaxis (60–62), incluso entre trabajadores en ocupaciones de alta exposición como la atención de la salud (63), e incluso entre pacientes en estadios avanzados de la enfermedad (64). Una guerra encubierta contra los tratamientos genéricos quedó expuesta cuando se re-

tractó un importante estudio sobre la hidroxiclороquina, un fármaco antiinflamatorio y antipalúdico de bajo costo con una amplia gama de aplicaciones terapéuticas, que había llevado a detener las perspectivas de un ensayo de control aleatorio (65) porque los datos habían sido enteramente fabricados (66,67).

Otros hitos de investigación seleccionados incluyeron un artículo en *The Lancet* que indica que “las personas completamente vacunadas tienen una carga viral máxima (25%) similar a los casos no vacunados (23%) y pueden transmitir la infección de manera eficiente en entornos domésticos, incluso a contactos completamente vacunados” (Singanayagam et al., 2021, p. 1), desafiando la afirmación de las autoridades de salud pública de que la vacunación detuvo o redujo drásticamente la transmisión, presentada como la justificación científica para la vacunación obligatoria (Ver Morris & Mukherjee, 2021; Reynolds, 2021). Otro artículo revisado por pares indicó que la mayoría de los residentes canadienses, más del 90%, portaban anticuerpos contra partículas virales, lo que sugería que la inmunidad natural adquirida, que demostró ser integral, robusta y duradera (71), estaba muy extendida en el país (72). Los análisis epidemiológicos posteriores revelarían una Tasa de mortalidad por infección global promedio (IFR global) (recuento de muertes por una enfermedad infecciosa sobre la población infectada) de alrededor del 0,15% (Ioannidis, 2021b), con estimaciones más bajas para los grupos de edad de la mayoría de los estudiantes postsecundarios: 0,0100% (0,0071–0,0157) para personas de 18 años y 0,0254% (0,0178–0,0385) para personas de 24 años (20), con estimaciones recientes de IFR aún más bajas: 0,0003% entre 0 y 19 años, 0,002% entre 20 y 29 años, y de 0,011% a los 30-39 años (74). Estas tasas parecían ser más bajas que la IFR de 0,1% de la gripe estacional informada por la OMS en marzo de 2020 (75).

Es importante destacar que, en lo que respecta a los adultos jóvenes, también se cuestionaría la seguridad de al menos algunas de las vacunas Covid 19, ya que Canadá, siguiendo a varios países europeos, suspendió la administración de AstraZeneca, entregada a personas menores de 55 años, debido a problemas con la coagulación de la sangre (76,77), y los informes clínicos y de salud pública advirtieron sobre miocarditis y pericarditis más altas de lo habitual entre los hombres adultos jóvenes que reciben vacunas de ARNm, incluso mientras continuaban alentando la vacunación para este grupo demográfico, alertando al público sobre qué marca podría ser menos dañina. (78,79). De manera similar, un Informe de evaluación pública del gobierno del Reino Unido actualizado

en noviembre de 2022 revelaría, en la página 23 de sus 24 páginas, que debido a la ausencia de datos de estudios en animales sobre la toxicidad reproductiva de su principal vacuna contra el covid-19 (AstraZeneca), “ Actualmente, no se pudo brindar garantía suficiente sobre el uso seguro de la vacuna en mujeres embarazadas [o lactantes] ” (énfasis agregado), pero no llegó a desalentar la vacunación en estos grupos demográficos (80) .

Las llamadas “señales de seguridad” (en realidad, señales de daño) y, a pesar de que no se detuvo la transmisión, las instituciones postsecundarias de América del Norte seguirían insistiendo en que las vacunas contra el covid-19 eran seguras, eficaces y fundamentales para poner fin a la crisis, y que la mejor manera de promover la “captación” era establecer la vacunación como una condición para el empleo del personal y el cuerpo docente, o para la inscripción de estudiantes, con pocas o ninguna exención (81) . El verano de 2021 sería testigo de la cancelación del registro de estudiantes por negarse a cumplir con las políticas de Covid-19 (82) y el despido de profesores por razones similares (83) . Cuando, al suspender los mandatos en el verano de 2022, muchas instituciones no los volvieron a imponer en el otoño de ese año, o lo hicieron solo parcialmente, los estudiantes, el personal y la facultad serían “animados” periódicamente a permanecer “al día” con Vacunas Covid-19 según recomendaciones de las autoridades de salud pública (84,85) .

CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

Este proyecto se basó en la tradición de la medicalización dentro de la sociología de la salud y la enfermedad, una tradición unificada en torno a la preocupación de cómo el encuadre de las cuestiones sociales como problemas que caen bajo la jurisdicción de la medicina, es decir, problemas médico/sanitarios, permite, retórica y prácticamente, “soluciones” apolíticas e informadas por expertos y, al hacerlo, las elimina del ámbito del debate democrático y oscurece las desigualdades de poder. También comparte una preocupación sobre cómo se despliegan los discursos médico/sanitarios para imponer preferencias morales e interpretar el cuerpo como un lugar de acción moral -ya sea para uno mismo o para otros-, así como sobre cómo la relación médico-paciente se convierte en el lugar de legitimación del capitalismo. relaciones sociales al mistificar el afán de lucro como una preocupación por la salud (33,34,86) .

Para realizar nuestras entrevistas, nos basamos en la fenomenología interpretativa, que asume que los participantes de la investigación, comprometidos y situados dentro de sus mundos de vida, pueden informar hábil-

mente sobre sus experiencias utilizando narraciones directas y concretas de eventos reales, así como reflexiones o evaluaciones de esos. experiencias (35) . En julio y agosto de 2022, llevamos a cabo 25 entrevistas semiestructuradas en profundidad con estudiantes de pregrado y posgrado con un estado de vacunación mixto que asistían a una universidad canadiense urbana, en gran parte suburbana, con una inscripción de aproximadamente 56 000 y un cuerpo docente de aproximadamente 16 000. instructores (87) . Un estudiante se retiró del estudio, por lo que excluimos su testimonio. Invitamos a los participantes a través de servidores de listas universitarios, redes sociales y contactos personales y realizamos, a través de la plataforma de conferencias web Zoom, entrevistas de una hora que se transcribieron con la ayuda de Trint™ y se analizaron con la ayuda de MAXQDA™.

La pregunta de investigación fue “¿Cómo han influido las políticas de vacunación en las instituciones postsecundarias en las percepciones, las elecciones de vida y las oportunidades de vida de los estudiantes en Canadá?”, que utilizamos para informar una guía de entrevistas, ligeramente ajustada durante el curso del estudio, que exploró las circunstancias. en torno a la toma de decisiones en torno a la vacunación contra el Covid-19, el desarrollo y el papel de la confianza en la formación de creencias, el papel del contraste de narrativas (es decir, narrativas oficiales versus contranarrativas) sobre la percepción de la crisis de la Covid-19, los aspectos sociales, emocionales, y el impacto en la salud física/mental del estado de vacunación en las opciones y oportunidades de vida, y el proceso de evaluación de cuestiones éticas en torno a las intervenciones médicas obligatorias (Tabla 1). Organizamos nuestro análisis en torno al concepto de Max Weber de “opciones de vida y oportunidades de vida”, que alude a la estructura de oportunidades dentro de un modo de producción capitalista y propone que las personas toman decisiones únicas dentro de límites estructurados (88) . Si bien compartimos con Weber su preocupación por el sistema capitalista y su asignación de oportunidades según diferenciales de poder, en este estudio aplicamos el concepto para comprender las “opciones de vacunación” de los estudiantes dentro de la estructura de oportunidades que brinda el sistema de políticas de vacunación. También nos basamos en el concepto de Weber de “tipos ideales” para organizar nuestro examen de las respuestas de los estudiantes a estas políticas (88) . Leímos las transcripciones en su totalidad, las codificamos y organizamos los códigos en torno a un marco conceptual de tipo ideal, ilustrando nuestras interpretaciones con citas seleccionadas y resolviendo las discrepancias a través de la discusión. La Junta de Revisión Institucional de la Universidad aprobó el estudio.

Finalmente, como investigadores cualitativos, somos conscientes de nuestras perspectivas únicas y sesgos disciplinarios: el primer autor es un médico no practicante, un sociólogo con formación en bioética y un profesor de políticas de salud. La segunda autora es una antropóloga con experiencia en el contexto social del uso de sustancias y en el trauma y la violencia entre niñas y mujeres. Conscientes de nuestro papel en el proceso de investigación, trazamos los pasos de nuestra indagación lo mejor que podemos en aras de la transparencia y la evaluación de su calidad (89,90) .

HALLAZGOS Y ANÁLISIS

La mayoría de los participantes tenían menos de 30 años, la mayoría se identificaron como mujeres, la mayoría eran estudiantes de posgrado, más de la mitad pertenecían a grupos racializados y todos menos tres estaban vacunados (Tabla 2). De hecho, la alta tasa de cumplimiento de las políticas de vacunación fue quizás el hallazgo más destacado de los informes de los estudiantes. Este hallazgo no fue sorprendente, sin embargo, dado el número potencialmente significativo de estudiantes dados de baja en los meses anteriores por no cumplir con las políticas de vacunación, por lo tanto, más difíciles de reclutar. El alto cumplimiento tampoco fue sorprendente dada la extraordinaria presión moral ejercida por mensajes institucionales sobre “personas comprometidas con la salud y la seguridad de los demás” unidas en una “comunidad de cuidado” que presentaba la vacunación como lo correcto desde el punto de vista científico y moral, para uno mismo y la sociedad, especialmente para sus miembros más vulnerables (91,92) . Este mensaje autorizado estaba destinado a moldear las cogniciones, las actitudes y el comportamiento de un cuerpo estudiantil comprometido con la justicia social y la equidad (93) . El alto cumplimiento tampoco fue sorprendente dado el extraordinario costo material del incumplimiento: la pérdida del estatus de estudiante y el fin de los sueños de trabajos estables, carreras y movilidad social.

Identificamos tres tipos ideales de motivos de los estudiantes para las “opciones” de vacunación dentro de las posibilidades estructuradas por las políticas de vacunación: convicción, conveniencia y coerción. La convicción impulsó las decisiones de vacunación entre los participantes que cumplieron y los que no cumplieron. Sin embargo, la conveniencia y la coerción solo impulsaron las decisiones de los participantes obedientes, quienes revelaron la más amplia gama de razones que impulsaron sus decisiones de vacunación. En los siguientes párrafos, presentamos nuestros hallazgos, análisis e interpretaciones de la experiencia de los estudiantes, explorando la toma de decisiones, el desarrollo de la confianza, las oportuni-

dades según el estado de vacunación y la evaluación de las tensiones éticas con la vacunación obligatoria, ilustradas con citas transcritas textualmente. excepto por ediciones menores para mejorar la legibilidad.

Expresando convicción: “ *No puedo imaginar un escenario en el que me sentiría bien poniéndome a mí mismo o a otras personas en mayor riesgo*”.

Un pequeño número de participantes abrazó las vacunas por la convicción de que la vacunación era la única solución científicamente sólida y equitativa a la crisis, porque las vacunas protegerían no solo su propia salud, sino también la de sus seres queridos y la de la sociedad en general. Como lo expresó un participante:

No puedo imaginar un escenario en el que me sentiría bien poniéndome a mí mismo o a otras personas en mayor riesgo [...]. He adoptado los valores de, si puede obtener una vacuna, si es médicamente capaz de obtenerla, debe obtenerla no solo para su protección, sino también para la protección de su familia. Obviamente, como estudiante [de salud] también entiendo los beneficios de estar vacunado (Entrevista 08).

Algunos también se percibían con un mayor riesgo de infección, debido a los peligros en el lugar de trabajo, como ser trabajadores de salud de primera línea, o malos resultados, debido a comorbilidades, estado de discapacidad o embarazo. Cuando se les preguntó sobre su proceso de toma de decisiones, todos afirmaron haber elegido libremente la vacunación y no haber sentido la necesidad de considerar alternativas. Estaban ansiosos, incluso ansiosos, por vacunarse lo más rápido posible y tenían la intención de permanecer “al día” en el futuro previsible. En palabras de otro participante:

Estaba twitteando a los políticos locales como, ¿cómo es que las personas embarazadas no tienen prioridad de vacunación como en otras provincias? Yo estaba presionando para conseguirlo antes (Entrevista 11).

Cualesquiera que fueran las motivaciones, las experiencias pasadas y las relaciones sociales habían dado forma a la convicción de estos participantes de abrazar la vacunación. Uno había sido criado por un padre “antivacunas” y experimentó tensiones con ellos como adulto debido a cómo sus creencias habían divergido. Otro tenía un padre con mala salud, que el participante creía que era causado por una enfermedad prevenible con vacunas y, por lo tanto, estaba molesto porque alguien rechazaría las vacunas. Las influencias sociales o de los compañeros también afirmaron las convicciones de los participantes. Otra

participante explicó que, si bien siempre había estado “a favor de la vacunación”, tener un grupo social con puntos de vista similares la tranquilizó:

Creo que a veces queremos decir, Oh... Este soy yo tomando una decisión inteligente y las personas que no están vacunadas son estúpidas. Pero creo que todos están influenciados por las personas que los rodean y, en general, estoy rodeado de otras personas que también piensan que tiene sentido vacunarse. Creo que estaría mintiendo si dijera que eso no me influyó en absoluto. Creo que habría [tomado la misma decisión de vacunarme, ya que] las vacunas ya son algo que generalmente creía útil. Pero creo que también el hecho de que todos en mi red desde el comienzo de COVID hayan tenido actitudes muy similares definitivamente ha cimentado la mía (Entrevista 06).

Estos participantes, la mayoría de los cuales tenían antecedentes o interés en las ciencias de la salud, sintieron que la “ciencia” de la prevención a través de las vacunas informaba y validaba sus elecciones morales. Uno de ellos expresó este sentimiento así:

Tiene un componente emocional muy profundo. Además de lo racional, esto es ciencia. Vivimos en una sociedad. Protejámonos entre todos (Entrevista 11)

De ello se deduce que, para ellos, la elección de no vacunarse indicaba tanto la ignorancia de la ciencia (de hecho, una actitud “anti-científica”) como una moral defectuosa. Anhelaban una sociedad en la que todo el mundo se vacunara voluntariamente, pero a falta de eso, justificaron la obligatoriedad de la vacunación y la exclusión de los espacios públicos de los que no la cumplían, “para proteger a los demás”:

Soy pro mandatos. Supongo que ya no tengo tanta fe en la naturaleza humana como antes. Y creo que muchas de las cosas que han sucedido, la pandemia lo ha confirmado. Definitivamente no quería morir ni quería que mis padres murieran. Entonces, si otras personas decidieron que no se iban a vacunar, bueno, esa no es una decisión que solo los afecte a ellos. Ya sabes, la propagación de COVID afecta a todos. Entonces, sinceramente, estaba perfectamente tranquilo con las empresas que decían que tenía que estar vacunado para ingresar, con la universidad diciendo que tenía que estar vacunado para inscribirse. Pensé que el gobierno podría haber hecho más. Tal vez soy un autoritario. No sé. Pero ya sabes, cuando la gente dice oh, estoy siendo condenado al ostracismo porque no recibiré la vacuna, estoy como. Eso está bien (Entrevista 24).

Cuando se indagó más sobre las tensiones éticas entre el presunto imperativo de proteger a la sociedad a través de mandatos de vacunas o abrazar la inclusión y la diversidad de perspectivas, un participante explicó que “los mandatos intentan legislar el cuidado [de los demás]” (Entrevista 08). Otro participante compartió su decepción cuando se levantaron las restricciones de salud pública, especialmente los mandatos de vacunas, y reflexionó: “Estaba realmente enojado... Es que estás solo. Lo siento si te mueres” (Entrevista 11). Otras razones para rechazar las reservas o el rechazo de las vacunas Covid-19 incluyeron que a menudo estaban “llenas de mentiras” y podrían fortalecer posiciones “extremas”, es decir, creencias en “cosas que no son ciertas” y alinearse con movimientos como el “Freedom”. Convoy”. Claramente, para los participantes que abrazaron la vacunación por convicción, permitir o comprometerse con los disidentes no significó una falla en abrazar la diversidad y la inclusión, sino más bien “poner en peligro” el bien mayor porque “la salud de nuestra sociedad es un tema demasiado importante como para tenerlo superficialmente”. sentimientos acerca de” (Entrevista 11).

Por otro lado, para otro número reducido de participantes, la convicción impulsó el incumplimiento de las políticas de vacunación. Estos participantes creían que las vacunas eran inseguras o ineficaces y que, de cualquier manera, eran el símbolo, no de una “comunidad de cuidado”, sino de un sistema de poder que incluía instituciones públicas como universidades, agencias de salud pública, los medios de comunicación, e incluso la profesión médica, percibida como corrompida por los intereses corporativos y, por lo tanto, desacreditada. En palabras de un participante:

Pensé que muy rara vez el gobierno hace algo por nuestra salud, por nuestro verdadero bienestar. Y entonces, el hecho de que estemos siendo bombardeados con este mensaje constante de que deberíamos tener miedo, que [COVID] es algo que deberíamos temer. Y fue día tras día. Entonces, significó para mí que, hey, algo está realmente mal aquí. ¿Por qué nos dicen esto? ¿Y qué está pasando? (Entrevista 14)

Las instituciones integradas en este sistema de poder también fueron percibidas como perpetradoras de abusos médicos y responsables de las desigualdades sociales y de salud, históricamente y hasta el día de hoy. Como lo expresó otro participante:

Confíe en el gobierno, realmente no tengo eso. Porque cuando comencé York fue cuando descubrí cómo Canadá

ha estado tratando a los pueblos indígenas... Si estás tratando a los indígenas así, ¿qué hay de mí, un inmigrante, cómo me vas a tratar? Con el gobierno no hay confianza. Harán lo que les beneficie. Entonces, que vengan a decir "toma la vacuna" es otra forma [de abuso] porque siempre impulsarán su propia agenda antes de pensar en la seguridad de las personas. Y la noticia, yo no me fío de la noticia porque la noticia la patrocinan todas esas grandes empresas y el mismo gobierno (Entrevista 03).

Los tres participantes que no cumplieron con las políticas de vacunación compartieron experiencias de sentirse censurados cuando intentaron expresar sus razones para no vacunarse, uno de ellos expresó este sentimiento de la siguiente manera:

Lo que más me entristece es que la universidad siempre les dice a las personas que tengan sus propios pensamientos y que piensen por sí mismos, pero simplemente nos excluyeron y no nos dieron otra opción ni nada. Diciéndonos que sin la vacuna no podemos asistir a las clases presenciales. Me decepcionó mucho [...] no nos dieron voz para tener una opinión [diferente] (Entrevista 03).

En contraste con los participantes cuya convicción los había llevado a adoptar la vacunación y habían encontrado validación social, incluida la oficial, de múltiples maneras, aquellos que no cumplieron por convicción sufrieron pérdidas importantes, incluida la cancelación de la inscripción en las clases o tener el rango de posible opciones de cursos extremadamente limitadas, ser despedido de un empleo universitario y verse obligado a perder futuras oportunidades educativas. Sin embargo, estos participantes compartieron que sus valores y principios superaban los altos costos emocionales y materiales del incumplimiento. Como explicó un participante: *"Prefiero apegarme a mis valores que cambiarlos por algo en lo que quiero llegar a ser, como médico" (Entrevista 15).*

En particular, e independientemente del estado de vacunación, la confianza/desconfianza en las vacunas se mantuvo sin cambios y, a menudo, se intensificó con el tiempo. Para los participantes vacunados, la experiencia de sus seres queridos, o de ellos mismos, de desarrollar Covid-19 incluso después de múltiples dosis, o de adquirirlo a pesar de permanecer en entornos totalmente vacunados, no disminuyó, y a menudo aumentó, su confianza en las vacunas. Después de estas experiencias, estaban convencidos de que habrían estado peor sin ellos. Como dijo un participante, *"mi suposición es que si no hubiera estado vacunado, podría haber sido mucho peor" (Entrevista 24).* Uno de ellos incluso llegó a la conclusión, basándose

en su formación científica, que la continua propagación viral, mutación y virulencia estaban siendo causadas por personas no vacunadas:

Si más personas hubieran recibido la vacuna, podríamos haber evitado que evolucionara, pero no lo hemos hecho. Entonces, vamos a tener que seguir recibiendo [refuerzos] y voy a tener que seguir recibiendo COVID. Y es solo una realidad. Y eso me deprime. Pero no es culpa de la vacuna. [It] todavía está haciendo un muy buen trabajo. Ojalá todos nos hubiésemos [vacunado] (Entrevista 11).

Algunos de estos participantes describieron haberse "apasionado" con la vacunación durante el transcurso de la pandemia, lo que, para ellos, había puesto "en primer plano" la importancia de la vacunación, y buscaron trabajos para respaldar la implementación de la vacuna o como "verificadores de vacunas" para hacer cumplir las normas. mandatos En palabras de uno de esos participantes:

Creo que me he convertido en un apasionado de la vacunación. Al comienzo de la pandemia, no era algo en lo que pensara tanto. En general, apoyé que las personas se vacunen contra cosas si hay vacunas disponibles. Pero no era algo en mi conciencia. Mientras que yo siento que ahora es un tema más importante [...], algo que pienso y que me apasiona un poco más (Entrevista 06).

Por el contrario, los estudiantes impulsados por la convicción de permanecer libres de vacunas se volvieron más desconfiados tras la introducción de los mandatos, la experiencia de ser coaccionados contra su voluntad aumentó sus sospechas y fortaleció su convicción de no cumplir, incluso desencadenando una mayor desconfianza en todas las formas de atención médica/ intervenciones obligatorias de salud pública. Como lo expresó un estudiante: *"Si alguien trata de forzar algo en tu garganta, puede que no sea lo mejor para ti (Entrevista 15).*

Actuar por conveniencia: *"Siento que, en general, las vacunas y todo para mí fue simplemente seguir lo que la gente ha estado haciendo".*

Para la mayoría de los participantes, fue la conveniencia lo que impulsó sus decisiones de aceptar la vacunación, generalmente informando que habían seguido los consejos de las autoridades de salud pública, los principales medios de comunicación, las publicaciones de las organizaciones de salud en las redes sociales, su médico de familia, familiares y amigos, y confiando en que el balance riesgo-beneficio favoreció la vacunación. En palabras de dos participantes:

Siento que en general las vacunas y todo para mí fue sim-

plemente seguir lo que la gente ha estado haciendo (Entrevista 21).

[Decidir tomar las vacunas] - no fue un nivel de pensamiento tan profundo. Solo era cuestión de confiar en que ayudará. Me protegerá hasta cierto punto. Y si no es así, entonces no creo que me mate. Entonces, es solo algo que puedo hacer y espero no morir en el proceso (Entrevista 20).

La conveniencia siguió siendo el factor clave incluso cuando los participantes dudaron de que permanecer sin vacunar les haría daño, aunque en general, incluso los participantes motivados por la conveniencia creían que si elegían no vacunarse, podrían poner en peligro a otras personas vulnerables, en el hogar o en el lugar de trabajo. Muchos describieron vivir con padres mayores o personas importantes inmunodeprimidas, y aceptaron la vacunación para proteger a esos otros:

Supongo que no estaba demasiado preocupado por mí mismo porque estaba pensando principalmente en mi edad. Sentí que si lo conseguía, probablemente me recuperaría. [Mi preocupación] era principalmente dárselo a los demás (Entrevista 07).

Tengo tres vacunas... Y me la puse porque vivo con una de 65 años y otra de 60. Y estaba pensando principalmente en ellos cuando recibí la vacuna... Solo quería pensar en ellos y mantenerlos a salvo. Como [son] mayores se [enferman] (Entrevista 21).

Para algunos participantes que mantuvieron el empleo u otras interacciones sociales durante la pandemia, vacunarse significó “hacer su parte” al reducir el riesgo de propagación a otras personas vulnerables y permitirles mantener algunas actividades sociales:

Sentí alivio cuando pude vacunarme, incluso el refuerzo. Estoy como, estoy haciendo mi parte para mantener a [miembros del hogar inmunocomprometidos] protegidos y mantener a COVID lejos de ellos. Porque hay algunos casos en los que no puedo evitar salir y podría recogerlo. Entonces, [ser] triple vacunado me hizo sentir alivio y gratitud, supongo, por haber podido tratar de mantener [COVID] alejado de ellos (Entrevista 13).

Las dudas sobre si las vacunas protegerían a estos participantes de la enfermedad o si valía la pena el riesgo de un nuevo medicamento o restricciones de las libertades civiles surgieron entre algunos participantes después de desarrollar, u observar a los miembros de la familia desarrollar, Covid-19, a pesar de múltiples dosis, y especialmente

al darse cuenta de que la experiencia fue mucho menos aterradora de lo que describe la narrativa oficial. Un participante describió la pérdida de apoyo para los mandatos de vacunas con el tiempo, ya que se hizo evidente que las vacunas no lograban detener la transmisión:

Creo que si [puedes] vacunarte, deberías hacerlo. Pero muchas cosas simplemente ya no tienen sentido para mí porque cuando lo piensas ahora y ves que las personas todavía contraen COVID y tienen casos graves, y tienen más de dos dosis, bueno, ¿dónde está la ciencia detrás de eso? Estamos ordenando algo y potencialmente restringiendo y limitando los derechos que tenía antes de COVID [...]. Realmente no puedes respaldarte cuando haces cosas así. (Entrevista 16).

Este grupo más grande de participantes, impulsado por la conveniencia, expresó una mayor diversidad de razones que impulsaron su elección de aceptar la vacunación, con mandatos que iban desde validar su decisión hasta restringir su libertad de elección. Por ejemplo, algunos se sintieron “afortunados” de haber elegido la vacunación antes de los mandatos, reflexionaron sobre cómo podrían haber sido sus vidas si no lo hubieran hecho y compartieron que estar rodeados de otros similares les hizo sentir que habían tomado la decisión correcta. decisión. Por ejemplo, una participante describió la validación que experimentó al viajar después de la introducción de los mandatos de vacunación:

[Poder viajar] fuera del país cuando está [vacunado] definitivamente puede hacerle sentir que sí, nos mudamos con las personas adecuadas. Seguro que estás haciendo el bien (Entrevista 10).

Para otro participante, que confiaba en la vacunación pero simpatizaba con las preocupaciones de otros compañeros de estudios debido a la exposición a un curso que alentaba una toma crítica del poder corporativo en asuntos de atención médica, los mandatos validaron su decisión, aumentaron su sentido de seguridad y señalaron “ que estaba en su mejor interés para proteger a otras personas” (Entrevista 05). Por otro lado, exige que se otorgue legitimidad “científica” a las vacunas:

Para mí, cuando algo es obligatorio, eso significa que los funcionarios del gobierno lo aprueban, se prueba. Entonces, cuando se ordenó la vacuna COVID, se suma a mi confianza porque demuestra que está científicamente probada (Entrevista 22).

Por el contrario, algunos participantes, después de expre-

sar resistencia, desde esperar hasta el “último minuto” hasta no aceptar más de dos o una dosis, o buscar exenciones, se sintieron presionados a cumplir, a menudo por el deseo de “seguir con la vida”:

[Al comienzo del lanzamiento de la vacuna] sentí que si eras lo suficientemente joven, probablemente no tenías que recibirla. Sabes, supongo que todavía lo mantengo en el sentido de que no he recibido ningún refuerzo (Entrevista 07)

La gente quería seguir con sus [vidas], sentían que su vida volvería a la normalidad... mucha gente dijo que...[se] van a poner [la vacuna] para volver a la normalidad (Entrevista 03)

Doblarse a la coerción: *“En última instancia, ¿realmente tuve una opción?”*

En un pequeño número de casos, la coerción, junto con la intimidación y el miedo, impulsaron la decisión de los participantes de aceptar la vacunación. Estos participantes expresaron enfáticamente que no creían que las vacunas contra el Covid-19 fueran para ellos, total o parcialmente (p. ej., habrían optado por esperar más evidencia o habrían decidido suspender después de una primera dosis). Sin embargo, cuando se rechazaron sus solicitudes de exenciones, sintieron que no tenían otra alternativa que cumplir porque la pérdida del empleo y la condición de estudiante era demasiado para soportar. Como era de esperar, ser forzados en contra de sus convicciones causó, y continuó causando, una angustia significativa. En los mundos de uno de esos participantes:

Antes de las políticas, había decidido no vacunarme, y sentí que se estaba apurando... No me sentía cómodo con la situación y entonces [había] decidido no [...]. Me sentí tan fuerte por no vacunarme, y fue tan desalentador que tuve que ir en contra de lo que creía para hacer algo para mantener, supongo que un lugar en la sociedad, o para seguir haciendo lo que estaba haciendo antes, así toda la pandemia... Fue casi como si me hiciera daño a mí mismo... rompiendo algo en mí por lo que sentía con tanta fuerza [...] como si me obligaran a hacer algo que no quería hacer... a veces es difícil lidiar con eso en este momento (Entrevista 01).

Dos participantes tenían importantes preocupaciones de seguridad. Dado que padecían enfermedades autoinmunes y se preguntaban si las vacunas habían sido probadas para determinar su seguridad en personas con perfiles de salud similares, les preocupaban los efectos adversos. Sin embargo, cuando buscaron información de los profesionales de la salud, se sintieron obligados a vacunarse:

En última instancia, ¿realmente tenía una opción? No. Me obligaron literalmente a ponerme estas vacunas. No tenía elección en el asunto. Es como, haz esto o si no [...]. No me sentí escuchado [o] seguro [o] validado en mi experiencia. Me está golpeando ahora. Me estoy emocionando un poco (Entrevista 12).

Estos participantes sintieron que sus preocupaciones de seguridad fueron descartadas por los profesionales de la salud, quienes, temían, podrían luego culparlos por cualquier enfermedad resultante si rechazaban la vacunación, que eligieron de todos modos porque era necesaria para recibir tratamiento médico de apoyo (fisioterapia). Una participante dijo que se sentía “en una extremidad” y la otra compartió estar “atrapada entre la espada y la pared”. Como dijo uno de ellos: “No tuve una muy buena experiencia cuando me dijeron que debo, debo, debo”. (Entrevista 17). En particular, estos dos participantes experimentaron importantes “brotos” de sus condiciones inmediatamente después de la vacunación, uno de ellos optó por prevenir una recurrencia preparándose, antes del refuerzo, con altas dosis de corticoides y antihistamínicos, como si tratara una reacción anafiláctica. no es raro dada su condición, aunque en sí mismo “no es agradable”.

Si bien es más sutil que la coerción y se describe mejor como presiones sociales, varios participantes describieron circunstancias familiares emocionalmente intensas que influyeron en su decisión de vacunarse. Por ejemplo, navegar los complejos problemas de salud y comportamiento de los niños bajo órdenes de encierro o de distanciamiento social, y tratar con seres queridos con un miedo debilitante al Covid-19, obligó a algunos participantes a vacunarse, incluso si hubieran preferido esperar hasta que lo estuvieran. capaz de recopilar más información. Sin embargo, dadas sus circunstancias, sintieron que no tenían otra opción. Como explicó una participante, su marido la “empujó” a ella y a sus hijos a vacunarse. “Honestamente, no tomé una decisión informada; fue una decisión emocional” (Entrevista 02).

La necesidad de pertenencia social fue otra fuente importante de presión para aceptar la vacunación. Por ejemplo, una participante que inicialmente se había resistido a la vacunación describió su necesidad de aceptación social, la presión de los compañeros y la posterior validación de los compañeros, aunque incómoda, cuando cumplió:

De hecho, es bastante divertido: tan pronto como les dije a ciertas personas que me vacuné por primera vez, todos vitorearon, y fue lo más extraño. Nunca había experimentado esto antes, porque me habían vacunado para otras

cosas, pero nadie me animó... Entiendo por qué otras personas pueden haberlo hecho solo [por la] sensación de que todos estaban juntos al vacunarse (Entrevista 01).

Estructurar oportunidades de vida: *“No sé cómo sería mi experiencia si tuviera un solo amigo que no estuviera vacunado... No puedo ni pensar en cómo sería”*

Es importante destacar que las posibilidades de encontrar pruebas que contradijeran la experiencia de los participantes estaban limitadas por una estructura de oportunidades limitadas para la deliberación, el debate y el intercambio abiertos. Los límites se establecieron mediante prácticas de ostracismo y castigo a quienes cuestionaban las opiniones dominantes o se negaban a obedecer. Los estudiantes vacunados tendían a tener un contacto limitado con las personas no vacunadas, a quienes se les prohibió durante meses la entrada a los lugares sociales habituales, incluidos los campus universitarios, y a menudo se les estigmatizó, directa o indirectamente, en el discurso oficial. Por lo tanto, para los participantes que cumplieron, fue difícil empatizar, o incluso imaginarse estar “en el lugar” de aquellos que no cumplieron. Como lo expresó un participante:

“No sé cómo sería mi experiencia si tuviera un solo amigo que no estuviera vacunado... No puedo ni pensar en cómo sería” (Entrevista 05).

La mayoría de los estudiantes informaron no tener amigos o familiares “anti-vacunas” y describieron esto como un beneficio social, ya que les ayudaba a evitar debates o conflictos y les permitía compartir libremente actividades sociales con otros miembros del “grupo interno” cuando lo exigían. fueron introducidos. Algunos participantes también vieron a las personas no vacunadas como más propensas a propagar el virus y, por lo tanto, como una mayor amenaza para la salud y la seguridad de la sociedad, uno de ellos describió sentirse menos seguro una vez que se levantaron los mandatos de vacunación:

Creo que cuando hay menos personas vacunadas en un espacio, [hay] una mayor probabilidad de que las personas se contagien de COVID. Recuerdo ir a dos conciertos separados, uno cuando el mandato de la vacuna estaba en vigor y otro cuando no lo estaba. Cuando el mandato de la vacuna estaba vigente, todavía uso mi máscara y todo. [Cuando] los sacaron, yo me asusté un poco y me hice doble máscara (Entrevista 05).

Los participantes que optaron por las vacunas por convicción también evitaron a las personas no vacunadas porque las percibían no solo como inseguras sino también

moralmente defectuosas. Algunos habían cortado los lazos con familiares no vacunados e incluso con amigos de mucho tiempo, pero en lugar de tristeza se sintieron exasperados, con un participante reflexionando sobre un antiguo amigo con una mezcla de frustración y resentimiento:

¿Por qué [no vacunarse]? ¿Por qué te arriesgarías a ti mismo? Ella es una sobreviviente de cáncer.... También es una conversación que no quiero tener [con ella]. Lo encuentro realmente frustrante. Simplemente no tengo mucho respeto por la gente que no quiere vacunarse (Entrevista 11). Para estos participantes, la percepción de que las personas no vacunadas eran inseguras y moralmente defectuosas continuó incluso cuando, con el tiempo, las afirmaciones de fuentes confiables (funcionarios de salud pública o personalidades médicas) comenzaron a chocar con sus experiencias (por ejemplo, desarrollar Covid-19 después de múltiples dosis de vacunas). De hecho, para ellos el estado de vacunación era un indicador de características sociales y morales deseables, por lo que, independientemente de estas experiencias, continuaron prefiriendo socializar solo con otras personas vacunadas. En las palabras reveladoras de un participante:

Admito que, personalmente, todavía me siento más cómodo con las personas vacunadas porque también indica algo sobre esa persona... Confío más en las personas vacunadas para que tengan cuidado y estén más seguras. Porque confío en que, en general, sean más cautelosos con la pandemia y hagan cosas como enmascararse y distanciarse y no ir a grandes eventos de súper propagación (Entrevista 08).

La experiencia de los estudiantes no vacunados también estuvo limitada por una estructura de oportunidades limitadas, ya que se les prohibió la interacción social en lugares públicos por una compleja red de regulaciones locales, provinciales y federales: códigos QR requeridos en restaurantes, cines o gimnasios, prohibiciones de viaje. - y opciones de cursos limitadas (y en última instancia ninguna):

Perdí mi [trabajo] por mi decisión de no vacunarme, aunque era remota. Y luego, la vida para mí cambió drásticamente, no poder ir a restaurantes con amigos o simplemente cosas que hacía todos los días. Así que eso fue un desafío... Una gran parte también, [era] también estar excluido de mi [comunidad religiosa] (Entrevista 14)

Dos participantes no vacunados eran cuidadores, por lo que la exclusión también la experimentaron sus hijos, y una participante describió cómo su hijo pequeño le preguntaba repetidamente “Mami, ¿cuándo vamos a ir al cine?” (Entrevista 03).

Un hallazgo preocupante fue que, dada la naturaleza controvertida de la COVID-19, tanto en torno a la enfermedad en sí misma como a las políticas para abordarla, independientemente de los sentimientos y las decisiones de los participantes sobre la vacunación, la mayoría de ellos transmitieron que a menudo habían evitado compartir sus puntos de vista, intercambiar experiencias o participar en debates por temor a ser avergonzados, rechazados o intimidados, o por amenazar relaciones valiosas que, sin embargo, muchos perdieron. Como lo expresó un participante:

Trato de evitar este tema [de la vacunación] para no tener conflictos, especialmente cuando conozco gente nueva. Entonces, trato de explorar cuál es su opinión sobre eso... En mi opinión, si estás en la misma página en este tema como yo, es muy posible que desarrollemos una relación o amistad más profunda o lo que sea (Entrevista 23).

Los participantes que no cumplieron con la vacunación obligatoria a menudo evitaron hablar con personas que creían que los juzgarían negativamente. Algunos describieron casos en los que habían reunido el coraje suficiente para expresar sus preocupaciones, por ejemplo, con sus seres queridos, y compartieron con ellos pruebas que contradecían las fuentes oficiales y, como resultado, fueron ignorados, rechazados o atacados:

Cuando decidí hacer público con mi familia y amigos que no estaba tomando la vacuna. [La reacción fue] que lo estamos haciendo para salvar a la abuela, lo estamos haciendo por el bien común. A pesar de que tenía una montaña de evidencia para presentarles sobre las vacunas y [que no] detienen la transmisión, lo que experimenté fue que era casi como una creencia religiosa en la que las personas no estaban dispuestas a escuchar ninguna de las pruebas. Era solo, bueno, no, esto es lo que se supone que debemos hacer. Es una especie de mentalidad de rebaño (Entrevista 14).

En particular, cuando se les preguntó acerca de la ética de exigir intervenciones médicas en grupos racializados y marginados, la mayoría de los participantes simpatizaron con los miembros de estos grupos y expresaron renuencia a exacerbar sus experiencias de discriminación, estigmatización y abuso. Sin embargo, sus afirmaciones contradecían la experiencia real de los pocos participantes del estudio que habían rechazado la vacunación, todos los cuales pertenecían a grupos racializados y habían experimentado no solo discriminación sino también abuso verbal; por ejemplo, uno de ellos había sido llamado "ignorante" y acusado de ser un "traidor" a sus parientes

por miembros de su propia comunidad - "cooptado por los blancos" (Entrevista 14) por ser una persona negra que protesta por los mandatos de vacunas.

Los temas de la vacunación y los mandatos de vacunación, especialmente las discusiones críticas con cualquiera de ellos, estuvieron en gran medida ausentes del entorno universitario. La mayoría de los participantes, incluso aquellos que cumplieron por convicción, razonaron que dada la posición de la institución y la mayoría de los profesores sobre la vacunación, los estudiantes que tenían reservas o no se vacunaron por cualquier motivo no se sentirían libres de expresarlas o desafiar las normas dominantes. Un participante explicó que ya había sentido una sutil censura con respecto a sus preferencias políticas, que se había intensificado bajo el Covid-19. Tal como lo expresaron, "a veces, si en una institución de tendencia izquierdista, se pueden obstruir algunos puntos de vista" (Entrevista 22) y concluyeron que la Universidad debería alentar a los profesores a discutir y debatir ambos lados de los problemas sociales relevantes.

En general, el entorno polarizado, a menudo hostil, parecía haber restringido drásticamente las oportunidades sociales para un debate emocionalmente enriquecedor e intelectualmente estimulante sobre la diversidad de razones para elegir o no una determinada intervención médica. Dicho esto, dos participantes encontraron beneficios sociales inesperados, aunque dolorosos, en la segregación de personas vacunadas y no vacunadas. Un participante [no vacunado] había ganado conexiones sociales nuevas y significativas que de otro modo no habrían hecho. Como ellos dicen:

A pesar de que me han alejado de lo que sabía y consideraba sagrado en términos de mis conexiones sociales y mis rutinas [incluida mi comunidad de fe que me rechazó], en cierto modo me ha abierto los ojos. He podido conectarme con personas con las que de otro modo no me habría conectado. A decir verdad, yo estaba en su mayoría en círculos de clase media o media alta. Pero esta experiencia me ha llevado a interactuar con personas con las que no habría [interactuado de otra manera] (Entrevista 14).

Otro participante [vacunado] describió cómo había superado las barreras sociales basadas en el estado de vacunación contactando a las personas que habían rechazado la vacunación. Esta participante había sido coaccionada para que entendiera la decisión de un familiar cercano que no había sido vacunado. Esta experiencia la había ayudado a conectarse y empatizar con otras personas que habían rechazado la vacunación, quienes experimen-

tó que estaban más abiertos y cómodos con ella que con otras personas vacunadas.

DISCUSIÓN

Nuestro análisis identificó tres tipos ideales de motivaciones para la vacunación: convicción, conveniencia y coerción. Los participantes motivados por la convicción, ya sea que hayan cumplido o no, estaban profundamente comprometidos con su decisión y encontraron inconcebible la decisión alternativa, en gran parte por motivos morales, aunque informados por sus puntos de vista de lo que contaba como evidencia científica legítima. Los participantes motivados por la conveniencia y, a menudo, también por el deseo de “volver a la normalidad”, siguieron a sus compañeros y a la sociedad en general siguiendo las pautas de salud pública y universitarias para vacunarse. Finalmente, un pequeño grupo expresó resistencia a la vacunación pero fue obligado a cumplir. En particular, solo un estudiante que no cumplió investigó más allá de las “afirmaciones científicas” de fuentes autorizadas o generalmente confiables (profesores, médicos de familia o agencias de salud pública) y tomó su decisión en función de su propia evaluación de los datos originales publicados por un organismo de salud pública. (Agencia de Salud Pública de Canadá).

Todos los participantes proporcionaron ricas descripciones y reflexionaron sobre los contextos individuales, sociales e institucionales que dieron forma a su toma de decisiones y las implicaciones sociales de sus decisiones, que fueron únicas, pero tomadas dentro de los límites estructurados de las políticas de vacunación. Como era de esperar, la mayoría de ellos cumplieron dado que estos límites generaron costos materiales, sociales y emocionales extremadamente altos, inconcebibles para la mayoría de los participantes. De manera preocupante, los tipos de compromiso social, emocional e intelectual que podrían haber ampliado la estructura de oportunidades para encontrar, participar y aprender a aceptar, o al menos tolerar, diversas experiencias y decisiones de vida, o permitir la exposición a alternativas que podrían haber influido decisiones en torno a la vacunación, y arrojar luz sobre las dimensiones éticas de las prácticas médicas, fueron severamente limitadas, cuando no del todo ausentes, de la experiencia de la mayoría de los participantes.

Si bien nuestro estudio está limitado por el pequeño tamaño de la muestra, nuestra subjetividad en el proceso de investigación y los sesgos al interpretar los hallazgos, hemos hecho que nuestro proceso de investigación sea lo más transparente posible para que otros académicos puedan evaluar su calidad y confiabilidad (94). De hecho, nuestras deficiencias indican la necesidad de más inves-

tigación sobre el importante tema de cómo las políticas postsecundarias de Covid-19, y las políticas probables implementadas por otras instituciones sociales, afectan las opciones de vida y las oportunidades de las generaciones futuras, y lo que revelan sobre el papel de la academia en sociedad. Dada la escasez de literatura cualitativa sobre las experiencias de vacunación de estudiantes postsecundarios (95), pequeños estudios exploratorios como el nuestro llenan un vacío importante.

Argumentamos que la crisis de Covid-19 ha intensificado y expuesto el alcance de la medicalización y el control social, con centros de autoridad que patologizan la vida social, presentando las interacciones sociales habituales, incluso íntimas, como peligrosas e instando al público a mitigar el riesgo de importantes la enfermedad y la muerte al reducir estas interacciones. Junto con la incertidumbre producida por la representación del SARS-CoV2 como un riesgo invisible, aunque mortal y generalizado, las principales instituciones sociales han redoblado sus llamamientos para confiar en el conocimiento “experto”, en gran parte afirmaciones hechas por figuras de autoridad oficialmente examinadas, enmarcando los mandatos como un instrumento clave para protegerse a uno mismo, a la sociedad e incluso a la humanidad. Las principales instituciones sociales también se han alineado en mensajes y esfuerzos no solo para apoyar los mandatos sino también para implementar conjuntamente una infraestructura digital de vigilancia y control de la población basada en el estado de la vacuna, que requiere pasaportes y códigos QR para acceder a espacios sociales y simbólicos, importante para nuestro propósito, los espacios de las instituciones postsecundarias. Es difícil imaginar cómo habría sido posible que los jóvenes adultos dentro de estas instituciones, aparentemente destinadas a promover el pensamiento crítico, no hayan sido fuertemente influenciados por estos procesos.

Los desafíos que las políticas de Covid-19 plantean para los derechos humanos, la gobernabilidad democrática y nuestra propia humanidad son significativos, y varios académicos los han discutido en el contexto de la medicalización, el control social, el biopoder y la vigilancia en general. Hace unos 50 años, Foucault desarrolló su teoría del biopoder, es decir, un estado que tiene “poder sobre la vida” y despliega “prácticas divisorias” que operan a través del control social y la vigilancia (96). Los académicos que trabajan en esta tradición han llamado la atención sobre cómo un nexo estatal-corporativo, específicamente la relación entre las grandes farmacéuticas y el estado, influye cada vez más en la política de salud (97). Otros académicos han argumentado que cuando “El rostro se convierte en portador”, es decir, se exige el uso de máscaras, el poder estatal puede anular otros valores con la

justificación de que los rostros deben cubrirse para proteger a la población de la amenaza que representamos unos para otros, lo que lleva a la ruptura de la relación ética con el Otro, ya que “cuanto más natural parece someterse al control y la vigilancia de un estado centralizado que existe para proteger a la población contra las amenazas, más fácil se vuelve ver a cada otra persona como una encarnación del amenaza que es la población, y más difícil se vuelve el diálogo” (98) (99). Sin embargo, otros han señalado que el control social que se basa en marcos médicos posee los elementos clave de un poder imperial - influencia económica, la fe de sus ciudadanos y el gobierno gubernamental - (98), áreas poco exploradas que requieren más investigación.

Con un espíritu similar, argumentamos que las instituciones académicas han reforzado el biopoder al imponer la vacuna y otros mandatos de manera acrítica y coercitiva, y al hacerlo han reproducido el discurso político dominante de que los no vacunados, e incluso aquellos que son “vacilantes” o cuestionan el Covid-19 políticas- son una amenaza, y que por lo tanto deben ser excluidas y, si es necesario, disciplinadas, para crear una “comunidad de cuidado” (92), lo que argumentamos es un oxímoron moral. El impacto que las prácticas de división parecen haber tenido en la vida de los estudiantes quedó claro durante las entrevistas, ya que los participantes describieron de manera convincente experiencias sociales y emocionales aisladas en las que era poco probable, y con demasiada frecuencia no estaban dispuestos, a interactuar y relacionarse con compañeros de estudios que habían logrado diferentes decisiones de vacunación. Además, los participantes a menudo recurrieron a etiquetas binarias para describirse a sí mismos o a otros, como “pro/anti vacunación” o “pro/anti ciencia”, aparentemente incapaces de reflexionar sobre la naturaleza problemática de las etiquetas binarias, precisamente el tipo de reflexión que es ostensiblemente un sello distintivo de la educación postsecundaria.

Una implicación importante de nuestros hallazgos se refiere a cuestiones de equidad, un valor oficialmente considerado en alta estima por las instituciones académicas (100). Nuestros hallazgos indican que las oportunidades culturales, sociales, económicas e incluso interpersonales estructuradas por el estado de vacunación fueron experimentadas de manera diferente por diversos subgrupos. El acceso a los recursos y las diferencias de poder afectan la capacidad de un individuo para cumplir o no con los mandatos de vacunación, independientemente de sus propias creencias, cultura, prácticas sociales y convicciones morales, ya veces en contra de ellas. Por ejemplo, una madre soltera describió sentirse angustiada por la posible pérdida financiera, la pérdida de empleo y la capacidad de mantener a sus hijos a menos que cumplieran.

La capacidad de los estudiantes internacionales para permanecer en el país, ligada a su inscripción, también enfrenta costos más altos. En particular, la mayoría de los participantes pertenecían a grupos minoritarios raciales o étnicos, quienes son más propensos a cuestionar la vacunación pero, al mismo tiempo, pueden experimentar mayores costos si se involucran en la reflexión y optan por no cumplir. Las diferencias identificadas en la capacidad de los participantes para navegar o resistir probablemente se dan entre otros grupos sociales cuyo sustento y bienestar también dependen del cumplimiento de políticas que distribuyen derechos y privilegios según el estado médico.

Sin embargo, queda la pregunta: ¿qué explica el encuadre, por parte de las instituciones postsecundarias, del “buen ciudadano” como uno que abraza la vacunación, cuando la evidencia científica que informa este encuadre ya no es sostenible y las cuestiones éticas son múltiples (101, 102)? Hace más de tres décadas, los académicos notaron que no toda la medicalización era dañina: de hecho, gran parte de ella implicaba menos condena moral, estigmatización y criminalización de comportamientos no normativos, por ejemplo, en torno a la bebida, ya que estos comportamientos pasaron de “maldad” a “enfermedad”. (103). Sin embargo, más recientemente, han advertido sobre el poder cada vez mayor de la medicalización para controlar el comportamiento social, ya que surgieron nuevas categorías médicas para etiquetar la variación humana por lo demás “normal” (por ejemplo, en estatura o deseo sexual, por mencionar algunos) sin la intervención activa de la profesión médica, o incluso contra ella (104). Los llamados “nuevos motores de medicalización” incluyen el papel de los actores sociales corporativos: corporaciones farmacéuticas y biotecnológicas, grupos de “defensa de pacientes” financiados por Pharma y la industria comercial de seguros, así como movimientos sociales y pacientes/consumidores de servicios de salud más en general, especialmente porque los cambios legislativos en algunos países han facilitado la publicidad directa al consumidor, las normas sociales han relajado la financiación de revistas médicas, universidades y profesionales individuales, y la “puerta giratoria” entre el gobierno y la industria ha borrado las distinciones entre ambos (105).

Nuestro trabajo sugiere que en la era del Covid-19 la academia debe agregarse a la creciente lista de “motores de medicalización”, uno que ha fortalecido notablemente, en lugar de debilitar, la condena moral y el castigo del comportamiento “desviado” a través del control social médico. También sugerimos que la academia no opera sola, sino dentro de una red de tales “motores”, sobre cuyas implica-

ciones para el bienestar solo podemos especular. También parece que el proceso no es determinista y que no existe un consenso total dentro de esta red. Por ejemplo, cuando Public Health Ontario impuso mandatos de vacunas en varios espacios públicos, la mayoría de las instituciones postsecundarias de Ontario hicieron lo mismo, alegando que estaban siguiendo a las autoridades de salud pública (106). Por el contrario, cuando estas mismas autoridades de salud pública levantaron los mandatos en marzo de 2022, la mayoría de las universidades de Ontario optaron por mantenerlos hasta el verano de ese año, y a veces más allá (107), por motivos de protección de “estudiantes, personal y profesores” (108), “protección” que, sin embargo, condujo a un número desconocido de bajas de estudiantes, despidos del personal y licencias no remuneradas para profesores (107). Explicar las tensiones entre los “motores de la medicalización” está más allá del alcance de este estudio, pero un examen superficial de la financiación universitaria puede arrojar luz sobre ellas. Considere, por ejemplo, el premio de la Fundación Bill y Melinda Gates de \$11,600 millones en fondos para 471 universidades e instituciones de educación superior en 66 países durante los últimos 10 años, la mayoría de ellos en América del Norte (109), y el reconocimiento público de Bill Gates que su “mejor inversión [en vacunas] convirtió \$10 mil millones en \$200 mil millones en beneficios económicos” (110). Además, la creciente dependencia de la financiación académica, en las últimas décadas, en las llamadas asociaciones público-privadas (111) plantea preocupaciones sobre lo que impulsa las políticas y prácticas académicas (112). Estos hechos, argumentamos, contribuyen en gran medida a explicar la academia como un nuevo motor de medicalización y merecen más investigación. Finalmente, está el tema complejo de la percepción de un creciente “antiliberalismo” en el mundo académico planteado por académicos de todo el espectro ideológico y atribuido a ideologías políticas diferentes, incluso opuestas (113–115). Este tema también está más allá del alcance de nuestro estudio, pero dado el impacto de las políticas y prácticas académicas actuales en la capacidad de los estudiantes para expresarse libremente, participar en debates abiertos sobre asuntos de importancia social y navegar las diferencias, como se identifica en nuestro estudio, merece ser explorado.

OBSERVACIONES FINALES

Como académicos en la tradición de los estudios críticos de la salud y como académicos, nos preocupa el uso de categorías médicas para transmitir significados morales y controlar el comportamiento (32). Desde nuestro punto de vista, los estudiantes se vuelven vulnerables, no por su estado de salud o su incapacidad para pensar de manera autónoma sino, como sugiere nuestro estudio, por el

poder disciplinario que las instituciones postsecundarias, en especial los educadores, pueden ejercer sobre ellos. Al ejercer este poder, las instituciones postsecundarias pueden, y lo hacen, dar forma a las percepciones de la realidad, promover u obstaculizar el desarrollo del escepticismo saludable necesario para la libre investigación intelectual y restringir las opciones y oportunidades de la vida. También nos preocupa la “corporativización” de la universidad, por lo que esta poderosa institución social puede estar contribuyendo no al desarrollo del pensamiento crítico y a la promoción de la gobernabilidad democrática, sino a los intereses de un “estado corporativo [...] “servidor de las necesidades del capital” (116), y sobre el “aumento del liberalismo”, hostil, al menos normativamente, al proyecto académico. Puede ser hora de prestar atención a la advertencia de Zola, hace cerca de 50 años, de que “el peligro [de recurrir a la autoridad de la ciencia médica para imponer preferencias ideológicas] es mayor [cuando] no solo se enmascara el proceso como un objetivo científico técnico pero hecho para nuestro propio bien” (34).

Material adicional

Tabla 1 – Guía de entrevista

Tabla 2 – Información demográfica de los participantes

Agradecimientos

El primer autor desea agradecer a las numerosas organizaciones profesionales y laicas, estudiantes, pasantes, amigos y seres queridos que han brindado espacios de debate, reflexión y tranquilidad en los últimos años. La segunda autora desea agradecer a su familia y amigos por su aliento y apoyo continuos, y al Dr. Chaufan por la oportunidad de participar en una investigación significativa y apoyo continuo durante todo el proceso. Ambos autores agradecen a los participantes que compartieron con nosotros sus historias. Sin ellos, este trabajo no hubiera sido posible. Asumimos toda la responsabilidad por nuestras declaraciones y errores.

Paternalidad literaria

CCh conceptualizó el estudio, recopiló y analizó los datos y redactó las versiones inicial y posterior del manuscrito. NH ayudó con la recopilación y el análisis de datos, escribió y revisó partes significativas del manuscrito y contribuyó con contenido intelectual importante. Ambos autores aprobaron la versión final y la presentación.

Conflictos de interés

Ninguno de los autores tiene conflictos de intereses que declarar. Ambos son miembros de organizaciones académicas/profesionales, y la investigación del primer autor ha sido financiada por el gobierno (Institutos Nacionales de Salud, Instituto Canadiense de Investigación en

Salud y Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades) y no gubernamentales (Asociación Estadounidense de Diabetes, Asociación Estadounidense de Sociología). Asociación) agencias. Ninguno ha influido en la decisión de realizar o publicar este estudio.

Fondos

Este proyecto fue financiado en parte por una pequeña subvención de la Facultad de Salud de la Universidad de York.

Aprobación de ética y disponibilidad de datos

La Junta de Revisión Institucional de York aprobó el estudio. Los datos están protegidos por un acuerdo de confidencialidad con los participantes.

Tabla 1 - Guía de entrevista

1. Decisión

Nos gustaría entender el proceso de su decisión de vacunarse/permanecer sin vacunarse.

• *Indague* : ¿Puede pensar en momentos específicos que nos ayudarían a comprender cómo tomó la decisión?

2. Confianza

Nos gustaría saber a qué fuentes recurrió y en las que confió para elegir tomar/no tomar la vacuna.

• *Indague*: ¿Podría identificar personas, circunstancias o pruebas específicas que influyeron en su decisión?

• *Indague*: ¿Qué influencia, si hubo alguna, tuvieron los mandatos en su confianza en las vacunas? (ninguno, aumento, disminución?)

• *Indague*: ¿Qué influencia, si alguna, ha tenido el desarrollo de Covid (o alguien cercano que desarrolla Covid) en su confianza / actitudes hacia las vacunas / mandatos?

3. Experiencia del estado de vacunación antes y después de los mandatos.

Nos gustaría saber cómo su estado de vacunación afectó sus relaciones u oportunidades, y si este impacto cambió cuando se implementaron los mandatos.

• *Indague*: ¿Puede pensar en una situación que ilustre su experiencia social de estar vacunado o no vacunado, antes y después de que se implementaran los mandatos, en términos de acceso a lugares, empleo, oportunidades educativas, amigos o familia? ¿Cómo cree que su experiencia podría haber sido diferente si estuviera vacunado / no vacunado?

• *Indague*: ¿Puede pensar en una situación que ilustre su experiencia emocional de estar vacunado o no vacunado, antes y después de que se implementaran los mandatos? ¿Cómo cree que su experiencia podría haber sido diferente si estuviera vacunado / no vacunado? (por ejemplo, más/menos seguridad, miedo, orgullo, vergüenza).

• *Indague*: (si está vacunado) ¿Puede pensar en una situa-

ción que ilustre su experiencia física con la vacunación, positiva o negativa? (todos) ¿Alguien que usted conozca personalmente ha tenido reacciones físicas a la vacuna, una vez más positivas o negativas? Si es así, ¿podría describirlo con algún detalle?

4. Libertad de expresión

Nos gustaría saber qué tan libre/no libre se ha sentido para compartir sus puntos de vista sobre las vacunas contra el covid-19 en sus entornos sociales habituales (cara a cara; redes sociales), incluso en el contexto de sus estudios universitarios.

• *Indague*: ¿Recuerda instancias en situaciones específicas, incluidas clases en las que surgió el tema de vacunas/mandatos/ otros? ¿Podría describir con algún detalle lo que sucedió?

5. Tensiones éticas

Ha habido múltiples tensiones éticas en las discusiones sobre el Covid-19, especialmente en torno a las políticas públicas. En particular, ha habido mucha moralización e insultos en torno a las decisiones de vacunación, ya sea a favor o en contra.

¿Puedes pensar en una situación en la que hayas experimentado estas tensiones? ¿Podría describirlo con algún detalle y decirnos qué sucedió, cómo se sintió, qué hizo, etc.?

• *Indague*: ¿Cómo cambiarían sus puntos de vista sobre la ética de los mandatos los antecedentes raciales, étnicos o religiosos de alguien preocupado por la vacunación ("indeciso sobre las vacunas")? (Si es necesario, refiérase brevemente al historial de abusos médicos: negros, discapacitados, judíos, etc.).

6. Turnos

Nos gustaría saber si sus puntos de vista sobre la vacunación contra el covid-19 han cambiado y cómo han cambiado desde marzo de 2020. ¿Puede recordar aspectos específicos de la crisis sobre los cuales sus puntos de vista han cambiado, se han reforzado o han cambiado hacia lo contrario desde entonces?

• *Indague*: ¿Qué cree que explica el cambio/permanencia? ¿Puede recordar una situación específica, una fuente de información o una circunstancia de la vida que pueda haberla causado?

7. Conclusión

Para concluir, ¿hay algo más que no le hayamos preguntado y le gustaría compartir, que nos ayudaría a comprender mejor su experiencia con los temas de vacunación de Covid?

• *Nota*: Mencione el muestreo de bolas de nieve

¡Muchas gracias de nuevo por su participación!

Tabla 2 – Información demográfica de los participantes

Variable demográfica	Elementos	Frecuencia (N total = 24)	Por ciento
Género	Mujer n	n=17	71%
	Hombres	n=7	29%
Edad	<20 años	n=1	4%
	20-29 años	n=13	54%
	30-39 años	n=3	13%
	>40 años	n=7	29%
Pertenecer a un grupo racializado	Sí	n=14	58%
	No	n=10	42%
estado del estudiante	Licenciatura (completa)	n=4	17%
	Licenciatura (actual)	n=6	25%
	Graduado	n=14	58%
estado de vacunación	Vacunados (dos dosis +)	n=20	83%
	Vacunados (incompletos)	n=1	4%
	no vacunado	n=3	13%

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ludvigsson JF, Engerström L, Nordenhäll C, Larsson E. Open Schools, Covid-19, and Child and Teacher Morbidity in Sweden. *N Engl J Med*. 2021 Jan 6;NEJMc2026670.
2. Public Health Agency of Canada. COVID-19 daily epidemiology update: Outbreaks [Internet]. Government of Canada. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/outbreaks.html>
3. ACHA. National Survey of College Student COVID-19 Vaccination Uptake, Attitudes, Experiences, and Intentions. American Colleges Health Association; 2022 Sep.
4. Lenton R. York University is calling on all community members to immediately resume masking indoors as part of provincial efforts to protect children and most vulnerable | Better Together [Internet]. Better Together, York University. 2022 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.yorku.ca/bettertogether/2022/11/18/york-university-is-calling-on-all-community-members-to-immediately-resume-masking-indoors-as-part-of-provincial-efforts-to-protect-children-and-most-vulnerable/>
5. Registered Nurses' Association of Ontario. Bring back mask mandate to protect children and reduce pressures on already-strained health system. Cicion [Internet]. 2022 Nov 14 [cited 2022 Nov 26]; Available from: <https://www.newswire.ca/news-releases/bring-back-mask-mandate-to-protect-children-and-reduce-pressures-on-already-strained-health-system-899762149.html>
6. Story J, Chernos-Lin R. Opinion | Mandatory COVID-19 vaccines a must so our kids lives can be enriched. *The Toronto Star* [Internet]. 2021 Oct 26 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2021/10/26/mandatory-covid-19-vaccines-a-must-so-our-kids-lives-can-be-enriched.html>
7. Wotring AJ, Hutchins M, Johnson MK, Ferng SF, Strawser C, Pfrank H, et al. COVID-19 Vaccine Uptake Among College Students at a Midwest University. *J Community Health*. 2022;47(2):292–7.
8. Health Resources & Services Administration. About the National Vaccine Injury Compensation Program | HRSA [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 15]. Available from: <https://www.hrsa.gov/vaccine-compensation/about>
9. FDA. What is Gene Therapy? FDA [Internet]. 2018 Jul 25 [cited 2023 Jan 13]; Available from: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/cellular-gene-therapy-products/what-gene-therapy>
10. Rose J. Critical Appraisal of VAERS Pharmacovigilance: Is the U.S. Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) a Functioning Pharmacovigilance System? 2021;30.
11. Garner J. Health versus Disorder, Disease, and Death: Unvaccinated Persons Are Incommensurably Healthier than Vaccinated. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*. 2022 Nov 15;2(2):670–86.
12. Hooker BS. Measles-mumps-rubella vaccination timing and autism among young african american boys: a reanalysis of CDC data. *Translational Neurodegeneration*. 2014 Aug 27;3(1):16.
13. Chamon Q, Govindin Ramassamy K, Rahis AC, Guignot L, Tzourio C, Montagni I. Persistence of Vaccine Hesitancy and Acceptance of the EU Covid Certificate Among French Students. *J Community Health*. 2022 Aug;47(4):666–73.
14. Jaffe AE, Graupensperger S, Blayney JA, Duckworth JC, Stappenbeck CA. The role of perceived social norms in college student vaccine hesitancy: Implications for COVID-19 prevention strategies. *Vaccine*. 2022 Mar 15;40(12):1888–95.
15. Lo Moro G, Cugudda E, Bert F, Raco I, Siliquini R. Vaccine Hesitancy and Fear of COVID-19 Among Italian Medical Students: A Cross-Sectional Study. *J Community Health*. 2022 Jun;47(3):475–83.
16. Bacchi C. Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies. *SAGE Open*. 2016;6(2):2158244016653986.
17. Chaufan C, Hemsing N, McDonald J, Heredia C. The Risk-Benefit Balance in the COVID-19 “Vaccine Hesitancy” Literature: An Umbrella Review Protocol. *International Journal of Vaccine Theory, Practice, and Research*. 2022 Nov 9;2(2):652–69.
18. Mansanguan S, Charunwatthana P, Piyaphanee W, Dechkhajorn W, Poolcharoen A, Mansanguan C. Cardiovascular Manifestation of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine in Adolescents. *Tropical Medicine and Infectious Disease*. 2022 Aug;7(8):196.
19. Wesselink AK, Hatch EE, Rothman KJ, Wang TR, Willis MD, Yland J, et al. A Prospective Cohort Study of COVID-19 Vaccination, SARS-CoV-2 Infection, and Fertility. *Am J Epidemiol*. 2022 Jul 23;191(8):1383–95.
20. COVID-19 Forecasting Team. Variation in the COVID-19 infection–fatality ratio by age, time, and geography during the pre-vaccine era: a systematic analysis. *The Lancet*. 2022 Apr;399(10334):1469–88.
21. Mustapha M, Lawal BK, Sha’aban A, Jatau AI, Wada AS, Bala AA, et al. Factors associated with acceptance of COVID-19 vaccine among University health sciences students in Northwest Nigeria. *PLoS One*. 2021;16(11):e0260672.
22. Zhang J, Dean J, Yin Y, Wang D, Sun Y, Zhao Z, et al. Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptance and Hesitancy: A Health Care Student-Based Online Survey in Northwest China. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 17];9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.777565>
23. Raypole C. How Do You Know If You Were Sexually Coerced? [Internet]. Healthline. 2020 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.healthline.com/health/sexual-coercion>
24. Wikipedia. Coercion. In: Wikipedia [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Coercion&oldid=1110421743>
25. Procknow G. COVID-19 vaccine hesitancy, chemical retraumatization, and madness. *Disability & Society*. 2022 Oct

- 21;37(9):1535–40.
26. Frankfurt S, Frazier P. A Review of Research on Moral Injury in Combat Veterans. *Military Psychology*. 2016 Jun 9;28(5):318–30.
27. artolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nurs Ethics*. 2021 Aug 1;28(5):590–602.
28. History of Medicine Division, NIH. Greek Medicine - The Hippocratic Oath [Internet]. History. U.S. National Library of Medicine; 2022 [cited 2022 Nov 20]. Available from: https://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek_oath.html
29. Shuster E. Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. *N Engl J Med*. 1997 Nov 13;337(20):1436–40.
30. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *MPP*. 2021;30(1):17–28.
31. World Medical Association. Declaration of Helsinki. *New England Journal of Medicine*. 1964;271(9):473–4.
32. Conrad P. Types of medical social control. *Sociology of Health & Illness*. 1979;1(1):1–11.
33. Waitzkin H. A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health and Social Behavior*. 1989 Jun;30(2):220.
34. Zola IK. In the name of health and illness: On some socio-political consequences of medical influence. *Social Science & Medicine*. 1975;9:83–7.
35. Chesla CA. Hermeneutic Phenomenology: An Approach to Understanding Families. *Journal of Family Nursing*. 1995 Feb 1;1(1):63–78.
36. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. World Health Organization. 2020 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
37. Freeman J. GTA universities, colleges suspending classes amid pandemic | CTV News. CTV News [Internet]. 2020 Mar 13 [cited 2022 Nov 15]; Available from: <https://toronto.ctvnews.ca/gta-universities-colleges-suspending-classes-amid-pandemic-1.4851753>
38. Rocha R. Early action on COVID-19 can “flatten the curve” even more, Toronto researchers urge | CBC News. 2020 Mar 13 [cited 2022 Nov 15]; Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/coronavirus-simulation-toronto-1.5497184>
39. Global National: Dec. 27, 2020 | More cases of COVID-19 variant reported in BC, Ontario [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=rN-V1lpeCwTw>
40. Dangerfield K. ‘Patients will die’: Doctors warn hospitals bursting as coronavirus cases soar | Globalnews.ca. Global News [Internet]. 2020 Nov 16 [cited 2022 Nov 17]; Available from: <https://globalnews.ca/news/7464926/coronavirus-canada-hospital-capacity/>
41. OCAD University. March 13 COVID-19 Update: All face-to-face academic and research activities suspended | OCAD University [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.ocadu.ca/news/march-13-covid-19-update-all-face-to-face-academic-and-research-activities-suspended>
42. University of Toronto. U of T cancels in-person classes, switches to online and other means, due to COVID-19 outbreak [Internet]. University of Toronto News. 2020 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.utoronto.ca/news/u-t-cancels-person-classes-all-three-campuses-due-covid-19-outbreak>
43. York University. March 13, 2020 – Announcement of all classes moving online [Internet]. School of Continuing Studies. 2020 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://continue.yorku.ca/about/covid-19-updates/march-13-2020-announcement-of-all-classes-moving-online/>
44. Public Health Agency of Canada. Statement from the Chief Public Health Officer of Canada on October 28, 2020 [Internet]. Government of Canada. 2020 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2020/10/statement-from-the-chief-public-health-officer-of-canada-on-october-28-2020.html>
45. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):470–3.
46. Zimmer C. Hundreds of Scientists Scramble to Find a Coronavirus Treatment. *The New York Times* [Internet]. 2020 Mar 17 [cited 2022 Nov 29]; Available from: <https://www.nytimes.com/2020/03/17/science/coronavirus-treatment.html>
47. O’Neil L. Toronto is being moved into lockdown and here’s what that means. *blogTO* [Internet]. 2020 20 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://www.blogto.com/city/2020/11/toronto-lockdown-what-that-means/>
48. Banerjee A. Drug touted by Trump tied to increased risk of death in COVID-19 patients, study finds. *The Globe and Mail* [Internet]. 2020 May 22 [cited 2022 Nov 29]; Available from: <https://www.theglobeandmail.com/world/article-drug-touted-by-trump-tied-to-increased-risk-of-death-in-covid-19/>
49. Neergaard L, Miller Z. U.S. begins “warp speed” vaccine push as studies ramp up | CTV News. CTV News [Internet]. 2020 May 15 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://www.ctvnews.ca/world/u-s-begins-warp-speed-vaccine-push-as-studies-ramp-up-1.4941599>
50. Aiello R, Forani J. “V-Day”: First COVID-19 vaccines administered in Canada | CTV News. 2020 Dec 14 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/v-day-first-covid-19-vaccines-administered-in-canada-1.5230184>
51. Government of Canada. Archived 11: Summary of National Advisory Committee on Immunization statement of May 28, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 15]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immuniza->

- tion/national-advisory-committee-on-immunization-naci/recommendations-use-covid-19-vaccines/summary-updated-statement-may-28-2021.html
52. Holton K. British grandma is 1st in world to get Pfizer vaccine outside trial. Reuters [Internet]. 2020 Dec 10 [cited 2022 Nov 15]; Available from: <https://www.reuters.com/world/india/british-grandma-is-1st-world-get-pfizer-vaccine-outside-trial-2020-12-10/>
53. Sullivan K. Colleges, universities with Covid vaccination mandates facing pushback. 2021 Jul 14 [cited 2022 Nov 15]; Available from: <https://www.nbcnews.com/health/health-news/colleges-universities-covid-vaccination-mandates-facing-push-back-n1273916>
54. The Canadian Press. More Ontario universities make COVID-19 vaccinations mandatory for those on campuses this fall. The Globe and Mail [Internet]. 2021 Aug 12 [cited 2022 Nov 15]; Available from: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-more-ontario-universities-make-covid-19-vaccinations-mandatory-for/>
55. WHO. Fighting misinformation in the time of COVID-19, one click at a time [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/fighting-misinformation-in-the-time-of-covid-19-one-click-at-a-time>
56. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. JAMA. 2021 Feb 9;325(6):532–3.
57. Pfizer - BioNTech SE. A Phase 1/2/3, placebo-controlled, randomized, observer-blind, dose-finding, study to evaluate the safety, tolerability, immunogenicity, and efficacy of SARS-CoV2 RNA vaccine candidates against COVID-19 in healthy individuals [Internet]. clinicaltrials.gov; 2020 Apr [cited 2021 Oct 17]. Report No.: NCT04368728. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>
58. Mandavilli A. Even Asymptomatic People Carry the Coronavirus in High Amounts. The New York Times [Internet]. 2020 Aug 6 [cited 2022 Nov 24]; Available from: <https://www.nytimes.com/2020/08/06/health/coronavirus-asymptomatic-transmission.html>
59. Cao S, Gan Y, Wang C, Bachmann M, Wei S, Gong J, et al. Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China. Nat Commun. 2020 Nov 20;11(1):5917.
60. McCullough PA, Kelly RJ, Ruocco G, Lerma E, Tumlin J, Wheelan KR, et al. Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. The American Journal of Medicine. 2021 Jan;134(1):16–22.
61. Risch HA. Early Outpatient Treatment of Symptomatic, High-Risk COVID-19 Patients That Should Be Ramped Up Immediately as Key to the Pandemic Crisis. American Journal of Epidemiology. 2020 Nov 2;189(11):1218–26.
62. Kory P, Meduri GU, Varon J, Iglesias J, Marik PE. Review of the Emerging Evidence Demonstrating the Efficacy of Ivermectin in the Prophylaxis and Treatment of COVID-19. American Journal of Therapeutics. 2021;20.
63. Carvallo H, Hirsch R, Alkis P, Contreras V. Study of the Efficacy and Safety of Topical Ivermectin + Iota-Carrageenan in the Prophylaxis against COVID-19 in Health Personnel. J biomed res clin investig [Internet]. 2020 Nov 17 [cited 2022 Oct 24];2(1). Available from: https://www.medicalpressopenaccess.com/single_article.php?refid=82
64. Gautret P, Lagier JC, Parola P, Hoang VT, Meddeb L, Mailhe M, et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents. 2020 Jul 1;56(1):105949.
65. Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F, Patel AN. RETRACTED: Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. The Lancet [Internet]. 2020 May 22 [cited 2022 Nov 29];0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31180-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31180-6/fulltext)
66. Offord C. The Surgisphere Scandal: What Went Wrong? The Scientist Magazine® [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Nov 29]; Available from: <https://www.the-scientist.com/features/the-surgisphere-scandal-what-went-wrong--67955>
67. Piller C. Who's to blame? These three scientists are at the heart of the Surgisphere COVID-19 scandal. Science [Internet]. 2020 Jun 8 [cited 2022 Dec 28]; Available from: <https://www.science.org/content/article/whos-blame-these-three-scientists-are-heart-surgisphere-covid-19-scandal>
68. Singanayagam A, Hakki S, Dunning J, Madon KJ, Cro-ne MA, Koycheva A, et al. Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study. The Lancet Infectious Diseases [Internet]. 2021 Oct 29 [cited 2021 Nov 6];0(0). Available from: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext)
69. Morris DZ, Mukherjee S. It's official: Vaccinated people don't spread COVID-19 | Fortune. Fortune [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2022 Dec 31]; Available from: <https://fortune.com/2021/04/01/its-official-vaccinated-people-dont-transmit-covid-19/>
70. Reynolds C. Tam warns Canadians that full vaccination does not equal full protection from transmitting COVID-19. The Globe and Mail [Internet]. 2021 May 9 [cited 2022 Dec 31]; Available from: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-tam-warns-canadians-that-full-vaccination-does-not-equal-full/>
71. Ridgway JP, Tideman S, Wright B, Robicsek A. Rates of COVID-19 Among Unvaccinated Adults With Prior COVID-19. JAMA Netw Open. 2022 Apr 20;5(4):e227650.
72. Majdoubi A, Michalski C, O'Connell SE, Dada S, Narpa-la S, Gelinis J, et al. A majority of uninfected adults show preexisting antibody reactivity against SARS-CoV-2. JCI Insight [Inter-

- net]. 2021 Apr 22 [cited 2021 Nov 13];6(8). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8119195/>
73. Ioannidis JPA. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(5):e13554.
74. Pezzullo AM, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG, Apostolatos A, Ioannidis JPA. Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly population. *Environmental Research*. 2023 Jan 1;216:114655.
75. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 24] p. Situation report, 46. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331443>
76. Jordans F. Major European nations suspend use of AstraZeneca vaccine. *AP NEWS* [Internet]. 2021 Apr 20 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://apnews.com/article/germany-suspends-astrazeneca-vaccine-blood-clotting-0ab2c4fe13370c96c873e896387eb92f>
77. Miller AM. C. Why Canada is suspending use of AstraZeneca vaccine in people under 55 | *CBC News*. *CBC News* [Internet]. 2021 Mar 29 [cited 2022 Nov 16]; Available from: <https://www.cbc.ca/news/health/canada-suspends-astrazeneca-vaccine-covid-19-1.5968657>
78. Naveed Z, Li J, Spencer M, Wilton J, Naus M, García HAV, et al. Observed versus expected rates of myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2022 Nov 21;194(45):E1529–36.
79. Public Health Agency of Canada. Statement from the Council of Chief Medical Officers of Health (CCMOH): Update on COVID-19 Vaccines and the Risk of Myocarditis and Pericarditis [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/news/2021/10/statement-from-the-council-of-chief-medical-officers-of-health-ccmoh-update-on-covid-19-vaccines-and-the-risk-of-myocarditis-and-pericarditis.html>
80. UK.Gov. Summary of the Public Assessment Report for COVID-19 Vaccine Pfizer/BioNTech [Internet]. GOV.UK/MHRA. 2022 [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-pfizer-biontech-vaccine-for-covid-19/summary-public-assessment-report-for-pfizerbiontech-covid-19-vaccine>
81. Brown. Canada's Colleges and Universities Roll Out Fall Pandemic Plans for 2022 | *CourseCompare.ca* [Internet]. *CourseCompare*. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.coursecompare.ca/covid-19-canadas-colleges-and-universities-roll-out-fall-pandemic-plans/>
82. Gilligan M. 11 MRU students deregistered for not complying with vaccination policy. *CTV News* [Internet]. 2021 Oct 5 [cited 2022 Nov 24]; Available from: <https://calgary.ctvnews.ca/11-mru-students-deregistered-for-not-complying-with-vaccination-policy-1.5611963>
83. Dawson T. Ontario professor on paid leave after refusing to get vaccinated or wear a mask | *National Post*. *National Post* [Internet]. 2021 Sep 9 [cited 2022 Nov 24]; Available from: <https://nationalpost.com/news/canada/ontario-professor-on-paid-leave-after-refusing-to-get-vaccinated-or-wear-a-mask>
84. University of Toronto. COVID-19 Information for University of Toronto Students [Internet]. Office of the Vice-Provost, Students. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.viceprovoststudents.utoronto.ca/covid-19/>
85. York University. Vaccination | Better Together [Internet]. Better Together. 2022 [cited 2022 Nov 16]. Available from: <https://www.yorku.ca/bettertogether/vaccinations/>
86. Conrad P. Wellness Is Virtue: Morality and the pursuit of health. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 1994;18:385–401.
87. Ontario Universities INFO. York University – OUIInfo [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 17]. Available from: <https://www.ontariouniversitiesinfo.ca/universities/york>
88. Weber M. *Economy and Society: Two Volume Set, with a New Foreword by Guenther Roth*. Roth G, Wittich C, editors. 2013. 1712 p.
89. Finlay L. “Outing” the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*. 2002 Apr 1;12(4):531–45.
90. Tracy SJ. Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*. 2010 Dec 1;16(10):837–51.
91. York University. York's return to campus begins January 31 [Internet]. Better Together, York University. 2021 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.yorku.ca/bettertogether/2022/01/21/yorks-return-to-campus-begins-january-31/>
92. York University. Creating a community of care at York – YFile [Internet]. YFile. 2021 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://yfile.news.yorku.ca/2021/06/23/creating-a-community-of-care-at-york/>
93. York University Graduate Students' Association. Student Association | About Us | Interdisciplinary Studies | Faculty of Graduate Studies (FGS) | York University [Internet]. Student Association. nd [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.yorku.ca/gradstudies/interdis/about-us/student-association/>
94. Tracy SJ. Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*. 2010 Dec;16(10):837–51.
95. Chaufan C. Covid-19 vaccination in postsecondary education: A critical policy inquiry [Internet]. *SocArXiv*; 2023 [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://osf.io/preprints/socarxiv/753uy/>
96. Foucault M. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. 2nd ed. edition. New York: Vintage; 1975. 352 p.
97. Rawlinson P. Immunity and Impunity: Corruption in the State-Pharma Nexus. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy*. 2017 Nov 14;6(4):86–99.
98. Katz Rothman B. *The Biomedical Empire: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic*. Stanford: Stanford Uni-

versity Press; 2021. 164 p.

99. Horton S. When the Face Becomes a Carrier: Biopower, Levinas's Ethics, and Contagion. *Revista Portuguesa de Filosofia*. 2021;77(2/3):715–32.
100. York University. Welcome back to Campus - Centre for Human Rights, Equity and Inclusion [Internet]. Centre for Human Rights, Equity and Inclusion. 2022 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://rights.info.yorku.ca/>
101. Bardosh K, Krug A, Jamrozik E, Lemmens T, Keshavjee S, Prasad V, et al. COVID-19 vaccine boosters for young adults: a risk benefit assessment and ethical analysis of mandate policies at universities. *Journal of Medical Ethics* [Internet]. 2022 Dec 5 [cited 2022 Dec 6]; Available from: <https://jme.bmj.com/content/early/2022/12/05/jme-2022-108449>
102. Fraiman J, Erviti J, Jones M, Greenland S, Whelan P, Kaplan RM, et al. Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults. *Vaccine* [Internet]. 2022 Aug 31 [cited 2022 Sep 1]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22010283>
103. Conrad P. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* [Internet]. Temple University Press; 1992 [cited 2022 Dec 4]. Available from: <https://www.amazon.ca/Deviance-Medicalization-Sickness-Peter-Conrad/dp/0877229996>
104. Conrad P. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*. 2005 Mar 1;46(1):3–14.
105. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. JHU Press; 2007. 226 p.
106. Ontario Universities. Postsecondary Education Health Measures Framework for Fall 2021 - Ministry of Colleges and Universities [Internet]. Ontario Universities; 2021 Aug [cited 2023 Jan 13]. Available from: <https://ontariosuniversities.ca/reports/postsecondary-education-health-measures-framework-for-fall-2021>
107. University Affairs. COVID-19: updates for Canada's universities [Internet]. University Affairs. 2022 [cited 2023 Jan 13]. Available from: <https://www.universityaffairs.ca/news/news-article/covid-19-updates-for-canadas-universities/>
108. Mutuc M. Holland College and UPEI say vaccination policy will continue until end of semester | CBC News. *CBC News* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Jan 13]; Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-upei-holland-college-vaccination-policy-1.6369070>
109. UniversityPhilanthropy.com. University funding by the Bill & Melinda Gates Foundation [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 7]. Available from: <https://www.universityphilanthropy.com/bill-and-melinda-gates-foundation-funding>
110. Belvedere MJ. Bill Gates: My “best investment” turned \$10 billion into \$200 billion worth of economic benefit. *CNBC* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 7]; Available from: <https://www.cnbc.com/2019/01/23/bill-gates-turns-10-billion-into-200-billion-worth-of-economic-benefit.html>
111. Khallaf R, Kang K, Hastak M, Othman K. Public–Private Partnerships for Higher Education Institutions in the United States. *Buildings*. 2022;12(11).
112. Mollenkamp D. Universities Turn To More Public-Private Partnerships To Meet Student Needs - EdSurge News. *EdSurge* [Internet]. 2022 Aug 19 [cited 2023 Jan 13]; Available from: <https://www.edsurge.com/news/2022-08-19-universities-turn-to-public-private-partnerships-to-meet-student-needs>
113. Chait J. The ‘Shut It Down!’ Left and the War on the Liberal Mind. *New Yorker* [Internet]. April 26. 2017 [cited 2023 Jan 16]; Available from: <https://nymag.com/intelligencer/2017/04/the-shut-it-down-left-and-the-war-on-the-liberal-mind.html>
114. D'Souza D. The New Segregation on Campus. *The American Scholar*. 1991;60(1):17–30.
115. Furedi F. Illiberal Liberalism: A Genealogy. *Journal of Illiberalism Studies*. 2022;2(2):19–36.
116. Giroux HA. Democracy's Nemesis: The Rise of the Corporate University. *Cultural Studies - Critical Methodologies*. 2009 Oct 1;9(5):669–95.