

# Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos

Proyecto PISAC-COVID-19-00021. “La implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID-19: Una mirada desde las relaciones intergubernamentales y las redes de políticas”.

Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos / Ana Ariovich... [et al.]. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: María Mercedes Di Virgilio, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-88-4932-4

1. Pandemias. 2. Políticas Públicas. I. Ariovich, Ana.

CDD 362.10425

#### Como citar este documento

Ariovich, A.; Chiara, M.; Cosacov, N.; Crojethovic, M.; Gorrochategui, J.; Jiménez, C.; Llao, M. & Maneiro, M. (2022). *Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos*. Documento de Trabajo nro. 3: Proyecto PISAC-COVID-19-00021: "La implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID-19: una mirada desde las relaciones intergubernamentales y las redes de políticas". ANPCyT. Disponible en: <https://tripcoviidiigg.sociales.uba.ar/publicaciones/>

# Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos

Ana Ariovich, Magdalena Chiara, Natalia Cosacov, María Crojethovic, Joaquín Gorrochategui, Carlos Jiménez, Marina Llaó, María Maneiro

## Introducción

La pandemia trajo desafíos impensados para los diferentes gobiernos. La ralentización de la curva de contagios fue uno de los ejes centrales de intervención estatal, pero no fue el único. Este capítulo presenta los ejes de intervención que organizaron la política pública nacional en relación a la prevención de contagios masivos del virus SARS-coV-2 durante el año 2020, ofreciendo una breve presentación y descripción general de los dispositivos de política nacional, en diálogo con la dinámica de la curva de contagios. Para llevar adelante esta reconstrucción, se han considerado aquellos dispositivos diseñados y/o implementados desde organismos estatales nacionales, orientados a mitigar la transmisión de la enfermedad y la diseminación del virus en la población.

Se trata de una reconstrucción de los atributos del diseño de los dispositivos en base a fuentes secundarias, principalmente de origen normativo. Además, en cada caso se enuncian los *instrumentos genéricos* que prometen movilizar. A través de esta revisión sistemática de las normativas y la descripción de los dispositivos que de ellas emanan, se avanza en responder cuáles fueron las principales iniciativas que se desarrollaron desde el nivel nacional durante la denominada “primera ola”<sup>1</sup> y qué repertorio de instrumentos movilizaron.

A los fines de organizar la exposición de las políticas públicas que el gobierno nacional desplegó durante el año 2020, se presentan ejes o núcleos de intervención que sintetizan los objetivos que se persiguen con esas iniciativas. Tal como puede observarse en la Tabla 1 (en Anexo), se han distinguido ocho ejes de intervención. Sin intención de ordenarlos en términos jerárquicos u ordinales, se identifica un primer eje de intervención que se orientó a *demorar el ingreso y la transmisión del virus*, lo que en un primer momento permitió robustecer al sistema de salud. Un segundo eje de intervención que *organizó una conversación con los involucrados y la sociedad para compartir información sobre la situación y delinear una idea de futuro*. Otro agrupa medidas o dispositivos que apuntaron a *coordinar la gestión de la emergencia*. También, es posible reconocer un eje que persiguió *disminuir la exposición de las personas al virus y la promoción del distanciamiento social*. En otro eje, se reseñan un conjunto de dispositivos que apuntaron a *mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios*, mientras otros, a *desarrollar la búsqueda activa de casos en el territorio realizando testeos, aislando a casos confirmados y rastreando a contactos estrechos*. Estas medidas, fueron acompañadas por otro conjunto de iniciativas que buscaron *organizar un sistema de apoyo para las personas y las familias y a proteger a quienes están en situación de riesgo*. Finalmente, se ha identificado otro eje de intervención, que tuvo por objetivo *mantener las “prestaciones esenciales” en salud y mejorar la capacidad de detección de casos en los establecimientos estatales del primer nivel de atención*.

---

<sup>1</sup> La “primera ola” remite al período que se extiende desde el primer caso confirmado a mediados del mes de marzo de 2020 hasta mediados del mes de diciembre de 2020 cuando finaliza el primer ciclo de descenso y comienza un nuevo período de ascenso de casos. El gráfico 1 representa este ciclo.

Siguiendo estos ocho ejes de intervención, a continuación, se describen los dispositivos (programas o iniciativas) que el gobierno nacional diseñó para responder a cada uno de estos ejes de forma específica. Además, para cada una de estas iniciativas/dispositivos/programas, se ha realizado un esfuerzo analítico de identificar qué *instrumentos* de gobierno movilizan, dado que en definitiva es en su instrumentalización donde se materializa y operacionaliza la acción gubernamental.

## Dispositivos e iniciativas que buscaron demorar el ingreso y transmisión del virus

Entre las principales medidas tomadas por el gobierno nacional, se pueden identificar un conjunto de iniciativas/dispositivos orientados a demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer al sistema de salud. Este núcleo de políticas tuvo como elemento central las medidas de administración del aislamiento y el distanciamiento social que fueron claves para el tratamiento de la pandemia.

### ***Medidas para la administración del aislamiento social. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO)***

El 12 de marzo, mediante el Decreto N° 260/2020 el gobierno nacional declara la “Emergencia Sanitaria” por el plazo de un año<sup>2</sup>. Días más tarde, el 19 de marzo de 2020, recogiendo la experiencia inmediata de otros países, con el Decreto 297/2020 se establece el “Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio”- de acá en adelante ASPO- para todas las personas que se encuentren en el territorio nacional. Ese primer decreto dispuso que las personas debían permanecer – a partir de esa fecha y hasta el 31 de marzo - en sus residencias pudiendo salir sólo para realizar compras básicas, trabajos esenciales o exceptuados<sup>3</sup>. Además, estableció que el Ministerio de Seguridad nacional, en coordinación con sus pares de las jurisdicciones provinciales, debían controlar en forma permanente rutas, vías y espacios públicos para garantizar el cumplimiento del aislamiento e instó a los gobiernos subnacionales a dictar todas las medidas necesarias para implementar y garantizar el ASPO. Como señala Paz Noguera (2020) estas medidas no farmacéuticas de salud pública consistentes en el confinamiento a toda la población -y que a nivel regional fueron adoptadas no sólo por Argentina, sino también por Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú-, se conocen como “estrategias de martillo” y se han promovido como una medida extrema pero efectiva para controlar el virus. Sin embargo, “son altamente demandantes de los recursos de autoridad y organización del Estado porque su implementación requiere fuertes legislaciones, sanciones explícitas y cuerpos policiales que hagan respetar la restricción” (2020:335). En este marco, las jurisdicciones debían movilizar una batería de *instrumentos genéricos* diversos como lo son: establecer “medidas de control y aislamiento para personas que se movilizan entre jurisdicciones”; sancionar “normas que establecen la obligatoriedad del cumplimiento de las medidas de prevención primaria para disminuir la exposición al virus”; establecer “restricciones a la circulación nocturna y/o en fines de semana”, entre otras. Cada jurisdicción podía también realizar “inspecciones para el cumplimiento de las medidas de prevención primaria para disminuir la exposición al virus” y apelar a establecer “multas

---

<sup>2</sup> En realidad, esta declaración amplía la emergencia pública en materia sanitaria que había declarado el gobierno el día 21 de diciembre de 2019. Recordemos que apenas asumidas las nuevas autoridades del gobierno nacional se aprueba la Ley de “Solidaridad Social y Reactivación Productiva en el marco de la Emergencia Pública” N° 27.541, que contiene aspectos nodales para la reactivación y el fortalecimiento del sistema de salud.

<sup>3</sup> El decreto mencionado exceptúa de las restricciones a la movilidad a las personas que se desempeñen en actividades tales como la salud, la seguridad, las autoridades de gobierno, los comedores escolares y comunitarios, el expendio y la distribución de alimentos y medicamentos y otras actividades imprescindibles. Posteriormente, la decisión Administrativa 429/2020 establecida por la Jefatura de Gabinetes y el Ministerio de Salud Nacional incorporó nuevas actividades y servicios exceptuados. Centralmente, el eje de estas excepciones está en la continuidad de las actividades económicas que así lo ameriten <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/335741/norma.htm> [Recuperado el 2/10/20]

y/o sanciones" y al "uso de la fuerza pública para su cumplimiento". Finalmente, ese primer decreto, designó al Jefe de Gabinete de Ministros como coordinador de la "Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional", con competencia para ampliar o reducir las excepciones dispuestas al aislamiento. Esas excepciones a la ASPO, siempre debían acompañarse de protocolos de funcionamiento y cumplimentar recomendaciones e instrucciones de las autoridades sanitarias y de seguridad, nacionales y locales.

Luego de ese primer decreto, se dictaron sucesivos decretos que prorrogaron y modificaron la norma original y se emitieron resoluciones que definieron modificaciones y ampliaciones a las "actividades y servicios esenciales". Paulatinamente, se fueron considerando diferentes situaciones epidemiológicas que se observaban dentro del país e inclusive dentro de la misma jurisdicción.

Para comienzos del mes de abril, en el marco de lo que luego se conocerá como la "segunda fase" en la administración del aislamiento, otro decreto (450/2020) prorroga la vigencia del ASPO hasta el 26 de abril inclusive, pero amplía las actividades permitidas (refacciones de viviendas, producción de alimentos y de energía, actividades vinculadas a comunicaciones esenciales y actividades registrales imprescindibles). Luego, el decreto 490/2020 autoriza la circulación de las personas con discapacidad y aquellas comprendidas en el colectivo de trastorno del espectro autista para realizar breves salidas en la cercanía de su residencia, junto con un familiar o conviviente evidenciando la primera medida de atención de la salud de las personas con capacidades especiales. En esta misma normativa se habilita la actividad bancaria y la refacción de vehículos para las actividades esenciales. Finalmente se acepta la venta de artículos de librería e insumos informáticos, exclusivamente bajo la modalidad de entrega a domicilio. Durante las siguientes semanas, diversos decretos prorrogan el ASPO pero van restringiendo su alcance, tanto respecto de actividades como en términos geográficos.

El Decreto 408/2020 prorroga la vigencia de los decretos anteriores y define la "tercera fase" de abordaje del ASPO, llamada "segmentación geográfica". Esta fase atendería la diversidad de las realidades epidemiológicas y sanitarias de las distintas jurisdicciones provinciales. En este sentido, identifica dos tipos de áreas: 1. Áreas en las que sólo se han confirmado casos importados o casos de contactos locales a partir del caso importado y que están controladas. En el decreto se consideran áreas con bajo riesgo de transmisión en la comunidad si se sostienen las medidas adecuadas de detección precoz, aislamiento de casos y de contactos. 2. Áreas que presentan transmisión local extendida, ya sea por conglomerados (cantidad importante de casos, pero relacionados a un nexo o varios nexos conocidos) o con casos comunitarios (casos que no presentan nexo epidemiológico). Si bien este decreto mantiene las posibilidades de pedidos de excepción a la ASPO por parte de gobiernos subnacionales, establece límites a estos pedidos. Por ejemplo dispone explícitamente qué actividades, servicios y lugares se mantienen fuera de esas excepciones, establece que el Jefe de Gabinete, previa recomendación del Ministerio de Salud, puede dejar sin efecto la excepción dispuesta por la autoridad provincial y además dispone que no podrán pedir excepciones a la ASPO los aglomerados urbanos con más de 500.000 habitantes: *"toda vez que los indicadores epidemiológicos señalan que los grandes conglomerados urbanos son los lugares de mayor peligro de expansión del virus SARS-CoV-2 y, también, los lugares donde es más difícil contener el contagio"* (408/2020).

En el marco de esta "segmentación geográfica" de administración del aislamiento, el 18 de abril se proclama una nueva Decisión Administrativa 524/2020 que continúa con el set de aperturas que buscan aminorar la retracción económica del aislamiento, pero también contiene una nueva impronta que atiende las necesidades de la salud de la población. En torno al segundo eje resaltan el permiso de la atención médica y odontológica programada, el seguimiento de enfermedades crónicas; la actividad de los laboratorios de análisis clínicos y centros de diagnóstico por imagen y las ópticas, todas ellas con sistema de turno previo. Finalmente, con esta normativa se autoriza la actividad de los establecimientos para la atención de personas víctimas de violencia de género. Al decidirse estas nuevas aperturas en respuesta a diferentes solicitudes realizadas por diferentes

autoridades provinciales y locales, se profundiza la incidencia de la autoridad provincial en la gestión del ASPO, lo que contribuye a diversificar aún más la situación sanitaria y social de cada jurisdicción, escenario que demanda que las distintas jurisdicciones movilicen, de manera local, los “protocolos para manejo y atención de casos COVID-19” y los “protocolos para la reorganización de los espacios y las dinámicas de atención” de las actividades permitidas. Cabe decir que, si bien a lo largo de las semanas subsiguientes se fue ampliando el listado de actividades permitidas, es recién con la Decisión Administrativa 703/2020 del día 2 de mayo que se autoriza el traslado de niños, niñas y adolescentes (NNyA) en caso de adultos responsables no convivientes posibilitando el derecho de la niñez a compartir su estadía con ambos cónyuges o con la referencia emocional designada; dicha medida es tomada a partir de las evaluaciones realizadas sobre la necesidad de mejoramiento de la situación de los niños, niñas y adolescentes<sup>4</sup>.

Hacia mediados del mes de mayo, pese a que el Decreto 459/2020 prorrogaba el ASPO hasta el 24 de mayo inclusive, las modalidades de administración de permisos comienzan a mostrar divergencias. Por ejemplo, en el seno del AMBA las salidas recreativas para niños y las autorizaciones de actividades deportivas al aire libre fueron algunos de los ítems más polémicos. También el agotamiento acechaba el cumplimiento de las medidas, por lo cual se siguieron exceptuando actividades en respuesta a las solicitudes de las provincias. La excepción del cumplimiento del ASPO por rubro de actividades en algunos casos difería a la toma de decisiones por densidad de casos activos por jurisdicción. Sin embargo, en estas diversas normativas es visible la intención de ajustar una forma de administración del aislamiento capaz de contemplar las diversas situaciones sociales y epidemiológicas de las heterogéneas jurisdicciones del país.

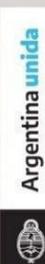
Es importante resaltar que estas aperturas escalonadas fueron comunicadas en anuncios presidenciales correspondiendo a cinco fases. Estas fases, como tales, no figuran en ningún decreto y fueron difundidas basándose en las placas de la comunicación presidencial. El objetivo de graficar fases respondía a una estrategia comunicacional de periodizar la paulatina salida del aislamiento para mitigar el agotamiento producido por la imprevisibilidad. Esta periodización, además constaba de una planificación de tiempos en base a una serie de criterios para el control de los contagios masivos. El nudo articulador de cada período estaba en la medición del tiempo para la duplicación de los casos confirmados. En su anuncio del 25 de abril del 2020, el presidente detalló las 5 fases que el gobierno preparó para el tratamiento de la pandemia. La primera fue el “aislamiento estricto”, que se extendió del 20 de marzo al 17 de abril y que suponía un tiempo de duplicación de casos confirmados menor a 5 días; luego vino el “aislamiento administrado”, del 18 de abril al 26 de abril en el que el tiempo de duplicación era menor a 15 días; desde allí hasta el 4 de junio, fue la etapa de “segmentación geográfica” que implicaba una demora menor a 25 días en la duplicación de los casos, y lo seguían una cuarta fase de “reapertura progresiva” y la quinta y última de “nueva normalidad”. La administración del aislamiento en fases entendidas como progresivas finalmente contribuyó a que se interpreten los cambios en aperturas y restricciones como “avances y retrocesos” en una lógica evolutiva y comparativa entre las provincias y localidades.

---

<sup>4</sup> Estas necesidades han sido tempranamente publicadas, por ejemplo, por Unicef en el informe Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Primera edición, abril de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/8646/file/tapa.pdf>

## Administración del aislamiento: fases

	Aislamiento estricto	Aislamiento administrado	Segmentación geográfica	Reapertura progresiva	Nueva normalidad
Autorizado	Sólo servicios esenciales	Nuevas autorizaciones	Excepciones provinciales	Excepciones provinciales	Con hábitos de higiene y cuidado sostenido
Restricciones	Todo el resto	Nacionales	Nacionales	Nacionales - Locales	
Movilidad de la población	Hasta 10 %	Hasta 25%	Hasta 50%	Hasta 75%	Más del 75%
Tiempo de duplicación de casos	Menos de 5 días	5 a 15 días	15 a 25 días	Más de 25 días	
Geográfico	Homogéneo	Excepciones nacionales	Segmentación por criterio epidemiológico	Restricciones Locales	Homogéneo



La tensión planteada entre la administración centralizada del aislamiento y el reconocimiento de la diversidad de situaciones epidemiológicas encontró un punto de resolución a mediados del 2020 al reconocerse que en el país existían “dos realidades epidemiológicas” que debían ser abordadas de forma diferente. Se buscó entonces regulaciones diferentes entre zonas con transmisión comunitaria del virus y aquellas que no lo tenían. Dado que ya existía el ASPO, lo que se necesitaba era dotar de un nuevo marco normativo a aquellas zonas en donde no existía la circulación comunitaria. Así el Decreto 520/2020 del 7 de junio, estableció que regía el “Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio” - en adelante DISPO - para todas las personas que residan o transiten en los aglomerados urbanos y en los partidos o departamentos de las provincias argentinas que cumplan determinados parámetros epidemiológicos y sanitarios. Según consta en los materiales de difusión gubernamentales el DISPO supone la recuperación del mayor grado de normalidad posible en cuanto al funcionamiento económico y social, pero con todos los cuidados y resguardos necesarios, y sosteniendo un constante monitoreo de la evolución epidemiológica para garantizar un control efectivo de la situación. Dentro de los aspectos del monitoreo, la normativa declara que: 1). *El sistema de salud debe contar con capacidad suficiente y adecuada para dar respuesta a la demanda sanitaria.* 2). *El aglomerado urbano, departamento o partido no debe estar definido por la autoridad sanitaria nacional como aquellos que poseen “transmisión comunitaria” del virus SARS-CoV-2.* 3). *Que el tiempo de duplicación de casos confirmados de COVID-19 no sea inferior a quince días. No será necesario cumplimentar este requisito si, por la escasa o nula cantidad de casos, no puede realizarse el mencionado cálculo.* (Decreto 520/2020, Art 3).

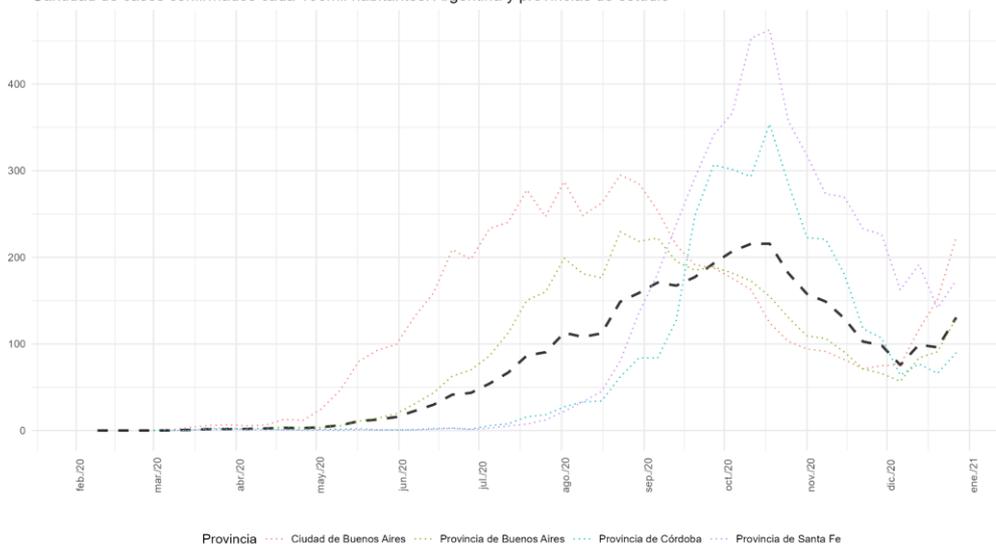
Por otra parte, el decreto 520/2020 prorrogó nuevamente el ASPO para las personas residentes en los aglomerados urbanos y en los departamentos y partidos de las provincias argentinas que tuvieran transmisión comunitaria del virus SARS-CoV-2 o que no cumplieran con los parámetros epidemiológicos y sanitarios mencionados. Así, el ASPO en aquel momento, alcanzó los siguientes lugares: el aglomerado urbano denominado Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) que, a los fines del presente decreto comprende a CABA y cuarenta partidos de la Provincia de Buenos Aires<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate

El Departamento de San Fernando de la Provincia del Chaco. Los Departamentos de Bariloche y de General Roca de la Provincia de Río Negro. El Departamento de Rawson de la Provincia de Chubut. La Ciudad de Córdoba y su aglomerado urbano.

A medida que fueron avanzando los contagios en el territorio nacional convivieron las dos situaciones (ASPO y DISPO) y el paso de una a otra, según los parámetros formales, estuvo determinado por criterios epidemiológicos relativos al crecimiento de los casos y a la capacidad del sistema de salud para dar respuesta suficiente y adecuada. Cabe mencionar que estas medidas y la propia periodización propuesta por el gobierno nacional dialogaron con la dinámica del fenómeno que se intentaba contener. Pese a los esfuerzos por administrar el aislamiento de un modo sensible a esas realidades heterogéneas, es evidente que la magnitud y densidad política que tuvo la experiencia inaugural en el AMBA imprimió un sesgo que podría denominarse “*ambacentrismo*” que terminó orientando, más allá de los esfuerzos realizados, las decisiones. Las curvas de contagio de los aglomerados urbanos más importantes del país son elocuentes: muestran un ciclo precoz para el caso del AMBA y picos de contagio en Córdoba y Santa Fe bastante posteriores. Incluso la gran ojiva de crecimiento de casos de Santa Fe se produce ya en DISPO, esta particularidad resulta controvertida pues parecería que, una mirada desde el “interior”, evidencia un desfase entre la normativa vigente y el devenir de los contagios. En el Gráfico 1 se puede observar el ciclo global de la primera ola de casos confirmados. En punteado se representa el devenir de los casos en todo el territorio nacional. Esta línea estiliza una divergencia temporal significativa entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), los 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires que conforman el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), Córdoba y Santa Fe. Muestra una dinámica secuencial que inicia en Buenos Aires y posteriormente es más fuerte en las otras dos ciudades. Incluso en el AMBA, hay cierta demora en el ascenso de casos entre la ciudad y los municipios de la provincia.

Cantidad de casos confirmados cada 100mil habitantes. Argentina y provincias de estudio



Fuente: Elaborado por P. Serrati en el marco del Proyecto PISAC-COVID- 19-00021. “La implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID-19: Una mirada desde las relaciones intergubernamentales y las redes de políticas”.

## Dispositivos o iniciativas orientados a coordinar la gestión de la emergencia

El carácter novedoso y dinámico de la pandemia como fenómeno epidemiológico, sumado a los impactos que ésta tuvo sobre los sistemas sanitarios, la economía y la vida cotidiana de las personas, potenciaron el imperativo de coordinación y articulación al tiempo que lo complejizaron. La gestión de la emergencia y, en particular, la prevención de los contagios, exigieron una articulación intergubernamental (coordinación entre organizaciones de un mismo nivel de gobierno) e interjurisdiccional (entre Nación-Provincias y gobierno locales). A su vez, estos funcionarios se apoyaron en expertos que asesoraron y legitimaron las medidas llevadas a cabo. A continuación, se reconstruyen dispositivos que fueron centrales a ese objetivo de coordinar la gestión de la emergencia.

### ***Espacios de coordinación con gobernadores y ministros (en el marco del COFESA).***

Como ya se ha señalado, el ASPO se apoyó y requirió la creación de distintos espacios de coordinación con gobernadores/as y ministros/as. Recordemos que el Decreto N° 297/20 (que estableció el ASPO) facultó al Jefe de Gabinete en su carácter de Coordinador de la “Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional” (creada anteriormente por el Decreto 260/20), a emitir recomendaciones sobre ampliar o reducir las excepciones al ASPO, en función de la dinámica de la situación epidemiológica y de la eficacia observada en su cumplimiento. Asimismo, un Decreto posterior (355/20) facultó al Jefe de Gabinete de Ministros que, a pedido de los Gobernadores, las Gobernadoras o del Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pudiera recomendar exceptuar del cumplimiento del ASPO y de la prohibición de circular, al personal afectado a determinadas actividades y servicios, o a las personas que habitan en áreas geográficas específicas. Para llevar a cabo su tarea, el principal *instrumento* desplegado por este dispositivo fue una “mesa de coordinación para la gestión intergubernamental”. Además de estar coordinada por la Jefatura de Gabinete de ministros, la Unidad de Coordinación estaba integrada por los titulares de los Ministerios de Salud, del Interior, de Desarrollo Productivo, de Economía, de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, quienes podían expedirse a través de recomendaciones y propuestas relativas a la adopción de las medidas tendientes al cumplimiento de las funciones que le fueran asignadas. (Decisión Administrativa 497).

### ***Comité de Expertos/as Asesores y Comité de Ética y Derechos Humanos en pandemia COVID-19***

Desde el comienzo de la declaración de la Emergencia Sanitaria se conformó el comité de expertos/as de asesoramiento al Ejecutivo Nacional, integrado mayormente por profesionales de las disciplinas infectología y epidemiología. Si bien este comité es nombrado en reiteradas oportunidades y vinculado a las decisiones vinculadas a la ASPO y DISPO no se ha encontrado ninguna normativa de creación de este dispositivo central en la legitimación de las decisiones de gobierno. Este comité contribuyó, por ejemplo, a readecuar el ASPO mediante medidas consensuadas con las autoridades subnacionales para atender a las “diferentes realidades de la evolución epidemiológica en las distintas regiones del país”; como también estableció recomendaciones orientadas a los responsables de la gestión de los equipos de salud y comité de asesores provinciales de la implementación de dispositivos, para que éstos movilizaran *instrumentos genéricos* asociados a “capacitaciones en diagnóstico y manejo de casos” y “seguimiento y rastreo de casos” de manera local. La recepción de estas recomendaciones de vigilancia epidemiológica por parte de las distintas jurisdicciones no fue homogénea, existían en algunas provincias capacidades instaladas para la toma autónoma de decisiones con criterio científico.

A mediados de junio del 2020 se formaliza otro comité que aparece en los medios de comunicación como el “Segundo comité de expertos” y oficialmente se llama “Comité de Ética y Derechos Humanos en pandemia COVID-19” (CEDHCOVID19), este comité se crea porque en el contexto de la emergencia sanitaria el Ministerio de Salud “*debe adoptar innumerables decisiones sanitarias,*

*implicando muchas de ellas, dilemas éticos, que requieren del acompañamiento de la bioética para guiar las decisiones sanitarias tomadas bajo estrictas evidencias científicas. Ante las múltiples incertidumbres que plantea el COVID-19, el diálogo interdisciplinario entre la política sanitaria, la ciencia y la ética se torna ineludible”* (Resolución 1117/2020 MS). Estos dispositivos en su accionar desplegaron “acciones de comunicación orientadas a difundir información sobre el COVID-19, formas de transmisión, síntomas y variantes/mutaciones” a nivel intergubernamental pero también a la población en general a través de los medios de comunicación que entrevistaban a expertos y expertas.

## **Dispositivos o iniciativas que se orientaron a disminuir la exposición de las personas al virus y la promoción del distanciamiento social**

Con relación a la exposición de las personas al virus, las iniciativas de prevención de contagios masivos buscaron cumplir tres funciones: “atención y seguimiento”, explicando qué hacer frente a los síntomas; “gestión”, brindando herramientas de seguimiento y de contacto a los gobiernos provinciales; y “prevención sanitaria” para casos sin síntomas. Las fuentes documentales refieren a diversas acciones para el cumplimiento de estas funciones. En el caso de la atención y el seguimiento, señalan el reporte de los casos con sintomatología compatible a las distintas jurisdicciones, la difusión de información a la ciudadanía acerca de cómo proceder y a qué números contactarse, la comunicación de medidas de cuidado en los casos confirmados por laboratorio y el acompañamiento del paciente durante los 14 días (habilitando una opción para solicitar ayuda). En el caso de la gestión, las acciones estuvieron orientadas a brindar información nominal a las provincias y al Ministerio de Salud de la Nación para la gestión conjunta en el marco de la emergencia sanitaria, a registrar la información para dar conocimiento a las autoridades de Salud de cada jurisdicción y a transmitir recomendaciones de no circulación. En prevención sanitaria, las acciones persiguieron difundir pautas de prevención, recomendar realizar la prueba pasadas las 48 horas frente a la ausencia de síntomas e insistir en la importancia de respetar las pautas establecidas para cada jurisdicción.

### ***Dispositivo para el auto reporte y notificación de “casos sospechosos” y gestión de permisos de movilidad: CUIDAR y la Línea 102***

Para el cumplimiento de las acciones de prevención de contagios de COVID-19 se diseñaron y establecieron tableros de gestión dentro de los cuales se destaca la aplicación CUIDAR<sup>6</sup>. Se trata de una aplicación de alcance nacional, descargable, destinada a la realización del autoexamen de síntomas y el reporte nominal a las autoridades, cuya base de datos está asociada a la existente en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER). CUIDAR Tiene por objetivo permitir la autoevaluación de síntomas en pocos pasos y brinda la posibilidad de añadir al Certificado Único Habilitante de Circulación (CUHC), siempre y cuando en el autoexamen no se detecten síntomas compatibles con COVID-19 y la persona cumpla con las condiciones establecidas en cada fase en cada territorio. La aplicación fue inicialmente desarrollada en conjunto por la Secretaría de Innovación Pública (siguiendo las definiciones de caso sospechoso del Ministerio de Salud de la Nación), el Ministerio de Ciencia y Tecnología de la Nación, el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Posteriormente a su desarrollo se sumó la Cámara de la Industria Argentina del Software (CESSI) quien convocó a las empresas Hexacta, Globant, G&L Group, C&S, QService2s, GestiónIT, Intive, Finnigans, Farada y la Fundación Sadosky. Finalmente, se sumó al equipo el aporte de Arsat,

---

<sup>6</sup>Ver: [argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-publica/acciones-coronavirus/aplicacion-y-tableros-de-gestion](https://argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-publica/acciones-coronavirus/aplicacion-y-tableros-de-gestion). [Recuperado el 2/10/20]

la empresa de telecomunicaciones del Estado, y los servicios brindados por Amazon Web Services, RedHat Argentina, Thinkly y Biodyn SAS<sup>7</sup>.

Los enunciados generales del diseño de la app buscaban integrar el seguimiento de los pacientes articulando desde allí la gestión interjurisdiccional. Los altos niveles de fragmentación entre subsectores y dentro del mismo subsector estatal entre jurisdicciones abren distintas preguntas con relación a su implementación y las posibilidades efectivas de coordinar centralmente la asistencia y seguimiento tal como los enunciados del diseño se proponen. Más allá de este debate y de otros posibles sobre su usabilidad y la apropiación de la ciudadanía de la app como herramienta de gobierno, CUIDAR continúa siendo un dispositivo centralmente diseñado para la coordinación de acciones (actualmente el pase sanitario se gestiona a través de la misma) que desde su creación movilizó los *instrumentos genéricos* de “aplicaciones para detección, auto reporte y notificación de casos sospechosos”. Es decir, funcionaron como “herramientas digitales de diagnóstico”. Asimismo, hacía efectiva la puesta en funcionamiento de “permisos para circular (permisos para desarrollar actividades esenciales, restricciones a la circulación nocturna y/o en fines de semana, entre otras)”; al tiempo que era un vehículo de recomendaciones en “educación sanitaria orientadas a los cambios de hábitos”. Complementariamente a la aplicación se amplió una línea de llamados para información y derivación a las jurisdicciones (Línea 120), lo que movilizó a nivel nacional el *padrón* “línea telefónica gratuita para el reporte de casos (call center)”.

## Dispositivos para organizar una conversación con los involucrados y la sociedad

Otro de los ejes centrales para el abordaje de la pandemia fue el diagrama de una serie de instrumentos de información de la situación y de comunicación de las medidas a tomar.

### ***Estrategia nacional de comunicación en cuidados y prevención***

La comunicación sobre la información sanitaria y las medidas de prevención primaria se centralizaron a través de la Jefatura de Gabinete desde la iniciativa “Argentina Unida” con la participación del Ministerio de Salud de la Nación. Las iniciativas y líneas de acción se orientaron a los propósitos de “difundir información sobre el alcance de las restricciones según ASPO o DISPO” y “difundir información sanitaria y epidemiológica y promover la adopción de pautas de cuidado y formas de prevención del COVID-19”.

Apenas declarada la pandemia, el Ministerio de Salud de la Nación comenzó a impartir un informe diario (que posteriormente se amplió a dos, matutino y vespertino)<sup>8</sup> en el que se presentaba en los datos agregados y por jurisdicción: la cantidad de testeos diarios y totales realizados; cantidad de casos confirmados diarios, activos y recuperados; personas internadas en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y el porcentaje de ocupación de camas de UTI; y el tipo de transmisión y los fallecidos. Progresivamente se fue incorporando la información de la Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Nación. Estos datos fueron presentados en lo que se llamó el “Reporte Diario” transmitido a través del canal YouTube del Ministerio de Salud de la Nación. En un espacio de 30’ funcionarios del Ministerio nacional leían el informe, realizaban un análisis de la situación epidemiológica y hacían una presentación sistemática de las recomendaciones. Esa información era retomada por la prensa y difundida por redes sociales. En una primera etapa, los reportes diarios cumplieron un papel fundamental en la “difusión sistemática y regular de información epidemiológica a través de medios masivos, redes sociales y portales web” (que constituía un “instrumento genérico”). Los informes

---

<sup>7</sup>Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-relanza-cuidar-la-nueva-version-de-la-app-coronavirus-argentina>. [Recuperado el 2/10/20]

<sup>8</sup>Ver: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes>. [Recuperado el 2/10/20]

diarios en formato documento descargable siguen siendo cargados diariamente en la web del Ministerio de Salud, mientras que la transmisión en vivo de los reportes se realizó desde el 20 de marzo del 2020 hasta el 18 de febrero del 2021. Se realizaron 226 reportes diarios, y 3 reportes semanales.

Por otro lado, distintas piezas de comunicación fueron difundidas a través de medios masivos de comunicación y de las redes sociales<sup>9</sup>. Éstas tuvieron por objetivo principal acercar información y promover cambios de hábitos y formas de comportamiento para la prevención y el cuidado en relación a: la distancia social de 2 metros, el uso correcto del tapaboca o barbijo, , la identificación de síntomas y la importancia del aislamiento preventivo, los cuidados dentro y fuera del hogar, el lavado correcto de manos, entre otros. A su vez, cada área de gobierno comunicó las medidas junto con los cambios en su funcionamiento. Las recomendaciones sanitarias alcanzaron temas como el cuidado de la salud mental o las formas de sexualidad a distancia durante el aislamiento como la prevención de la violencia de género intra-hogar.

Otras acciones de comunicación que se pueden destacar fueron las cadenas nacionales y anuncios presidenciales de medidas y presentación del diagnóstico de situación. En la mayoría de estos anuncios el Presidente tomó la palabra y estuvo acompañado por Gobernadores y Gobernadoras, con un fuerte protagonismo del Jefe de la CABA y el gobernador de la provincia de Buenos Aires. Esto formó parte de una estrategia de unificación del mensaje de riesgo sanitario, sin embargo, las traducciones de estas estrategias comunicacionales y su impacto en las conductas ciudadanas dependieron en gran parte de los modos de representación de la pandemia y de las mediaciones y distribución de los mensajes por parte de las empresas de comunicación. Cabe mencionar que, entre la información brindada por algunas empresas de comunicación y portales en redes sociales, no sólo hubo contenido orientado a la cobertura de la información oficial y a la consulta a expertos/as sino también se identificaron mensajes detractores del saber experto o incluso negacionistas de la pandemia, junto con noticias falsas. Esto dificultó la percepción del mensaje oficial y promovió la subestimación de las medidas de cuidados como también las violaciones tempranas a las restricciones por parte de algunos segmentos de la ciudadanía. Además de esto, las formas de aplicación de las normas estatales tuvieron ciertas dificultades de control, lo cual impidió establecer de manera universal las limitaciones a la circulación y movilidad, especialmente en algunas fracciones sociales como los sectores medios que volvían del exterior, se trasladaban a countries o viajaban a municipios de la costa bonaerense.

La estrategia nacional de comunicación de riesgo sanitario, sobre todo en el periodo previo a la descentralización de la toma de decisiones sobre confinamientos también involucró acciones oficiales de comunicación que promovían la educación sanitaria orientada al cambios de hábitos; la difusión de información sobre el COVID-19, formas de transmisión, síntomas y variantes/mutaciones; de información a la población acerca del desarrollo de la pandemia, y movilizó "acciones de comunicación que apelan a persuadir a la población en relación a valores intangibles (tales como la solidaridad, el cuidado colectivo, ciudadanía, idea de salida colectiva, perspectiva de futuro) a través de imágenes, símbolos o etiquetas".

Los gobiernos subnacionales, por su parte, también desarrollaron comunicación de riesgo. En el caso del gobierno de la provincia de Buenos Aires, para el mes de mayo, comenzó a sacar placas diarias sobre los casos confirmados, sospechosos y fallecidos y semanales sobre la tasa de ocupación de las Unidades de Terapia intensiva. De igual manera en la provincia de Córdoba, desde marzo del 2020 hasta la actualidad, la prensa del gobierno cargó un reporte diario de casos<sup>10</sup> y de las actualizaciones de las medidas en la web de gobierno, input al alcance de los medios de comunicación. Las otras

<sup>9</sup> Los hashtags que identifican estas acciones de comunicación fueron #QuedateEnCasa y #ElVirusLoParamosEntreTodos

<sup>10</sup> Ver: <https://www.cba.gov.ar/informe-diario-de-casos-y-medidas/> [Recuperado el 2/10/20]

jurisdicciones también tuvieron formas locales de comunicación del devenir de la pandemia, las cuales fueron estandarizándose en el formato "reporte diario" entre los meses de mayo y junio.

A medida que se fueron descentralizando las competencias sanitarias, los gobiernos subnacionales fueron más responsables de la transmisión del mensaje de riesgo, desplegando campañas preventivas con lógicas territoriales locales y estéticas propias de sus modos de comunicación. Los ejes comunicacionales más empleados apelaron a valores intangibles tales como la solidaridad, el cuidado colectivo, ciudadanía, idea de salida colectiva y perspectiva de futuro.

## Dispositivos para mejorar la calidad y la capacidad diagnóstica de la red de laboratorios

El tratamiento de la pandemia supuso la instalación y ampliación de capacidades diagnósticas. Es en este sentido que la expansión de la capacidad y fortalecimiento de los laboratorios nacionales y la transferencia de capacidades a los centros de diagnóstico subnacionales se tornaron elementos de gran relevancia. A continuación, se detallan las medidas implementadas con este norte.

### ***Ampliación y fortalecimiento de los laboratorios nacionales.***

El gobierno nacional puso en marcha distintas iniciativas que buscaron ampliar y fortalecer los laboratorios nacionales<sup>11</sup>. Por sus dotaciones tecnológicas y capacidades científicas para la vinculación y transferencia de conocimiento aplicado el ANLIS- Malbrán se constituyó como el centro de referencia nacional para el diagnóstico y el monitoreo nacional de la pandemia por COVID-19. En síntesis, la política de fortalecimiento de la infraestructura sanitaria nacional se expresa nítidamente en la ampliación y el fortalecimiento de las capacidades diagnósticas para la evaluación, investigación y testeo de tecnologías sanitarias que previenen la transmisión del nuevo coronavirus. Con un financiamiento inicial de 10 millones de pesos se aprobó la compra de equipamiento y el acondicionamiento de espacios físicos para la concreción de una plataforma que concentre la investigación, desarrollo, innovación y evaluación eficaz de nuevas soluciones tecnológicas, lo que incluye a dispositivos, estrategias técnicas, protocolos, métodos y sistemas -tanto in vivo, como in vitro-, bajo las condiciones de contención biológica de Nivel 3. Dicho financiamiento especial, se dio a conocer en septiembre 2020, y cuenta con la dirección Científico-Técnica del ANLIS-Malbrán y de la Unidad Operativa Centro de Contención Biológica; posee financiamiento del Ministerio de Desarrollo Productivo y se configura mediante una articulación con el Ministerio de Salud<sup>12</sup>. Resultado de la apuesta por el fortalecimiento del desarrollo científico y tecnológico como respuesta a la pandemia se inventó en Argentina el primer test rápido serológico, anunciado en mayo del 2020 y aprobado por el ANMAT meses después<sup>13</sup>.

Es importante destacar que la ampliación y fortalecimiento de los laboratorios nacionales enfrentó considerables desafíos a nivel subnacional, debido a la desigual distribución en el territorio de la infraestructura con capacidad científico-tecnológica en biología molecular. Algunas provincias periféricas nunca lograron abandonar la situación de dependencia y continuaron durante las consecutivas olas virales enviando las pruebas para testeos PCR a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para asegurar el monitoreo de sus contagios. Situación que redundó en cierto atraso en la registración y en el seguimiento de casos activos.

<sup>11</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ya-son-106-los-laboratorios-que-analizan-pruebas-de-diagnostico-de-covid-19-en-todo-el-pais>. [Recuperado el 2/10/20]

<sup>12</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-anlis-malbrán-contará-con-una-plataforma-para-la-evaluación-investigación-y-testeo-de>. [Recuperado el 2/10/20]

<sup>13</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-test-argentino-que-detecta-covid-19-en-5-minutos-fue-aprobado-por-anmat>. [Recuperado el 2/10/20]

Finalmente, el fortalecimiento y la ampliación de las capacidades diagnósticas supone la puesta en juego de una serie de *instrumentos genéricos* tales como “inversión en infraestructura”, pues se ampliaron en términos edilicios y en equipamiento los laboratorios centrales; se garantizó el “suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios” y la “entrega de equipamiento para laboratorios para realización de tests. con el objeto de propiciar el testeo adecuado”, “entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras”; se realizaron “transferencias financieras para el funcionamiento de los laboratorios” y se produjo la “incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios” lo que posibilitó el desarrollo cotidiano de los espacios de trabajo, entre otros. Adicionalmente, se suscribieron convenios con organismos estatales y con el sector privado.

### ***Descentralización del diagnóstico en laboratorios provinciales y de las universidades (equipamientos, insumos, capacitación y protocolos)***

El testeo fue uno de los dispositivos centrales para el control de los contagios masivos, de allí la importancia de su descentralización en el corto plazo. A partir de marzo del 2020, el Ministerio de Salud comenzó a promover la descentralización de la detección diagnóstica del coronavirus mediante la distribución progresiva de determinaciones a las distintas jurisdicciones del país con capacidad para montar las técnicas pertinentes. Esta acción se completa con la capacitación on line que los profesionales de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud ANLIS/ Malbrán y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brindan a las instituciones del país que forman parte de la red nacional de laboratorios y con la inscripción protocolizada de cada una de las instituciones<sup>14</sup>.

La descentralización del diagnóstico, de la mano de la implementación del testeo serológico, propició la ampliación de la capacidad de testeo y la disminución de los tiempos de espera en los resultados. La ampliación de la red de laboratorios capaces de llevar adelante el proceso diagnóstico supuso la puesta en marcha de una serie de *instrumentos genéricos*. Fue menester el “suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios”; fueron precisas, asimismo “transferencias financieras para el funcionamiento de los laboratorios” y se precisó de la “incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios”, entre otros.

### **Dispositivos para desarrollar la búsqueda activa de personas con síntomas en el territorio, la confirmación de los casos (testeo), el seguimiento, el aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos**

Atentos a la gran transmisibilidad del virus y a las barreras de acceso a los centros de diagnóstico de forma temprana, se puso en marcha un programa para la detección activa de casos en los territorios.

#### ***El Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr)***

Con el propósito de poner el foco en la búsqueda activa de casos en territorios específicos y como respuesta a la demanda de una mayor presencia en los “barrios populares”, el 5 de mayo el Ministerio de Salud de la Nación lanzó el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr) para la detección precoz de casos sospechosos. El AMBA fue su laboratorio: se puso en marcha en el Barrio Padre Mujica (CABA) y en el Barrio La Paz en el municipio de Quilmes de la Provincia de Buenos Aires.<sup>15</sup> Sus objetivos fueron la detección precoz, el

<sup>14</sup> Ver: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/anlis-avanza-en-la-descentralizacion-de-la-deteccion-diagnostica-del-nuevo-coronavirus> [Recuperado el 2/10/20]

<sup>15</sup> Ver: <https://www.telam.com.ar/notas/202005/459738-salud-lanzo-el-operativo-detectar-para-todo-el-amba-con-el-fin-de-buscar-casos.html> [Recuperado el 2/10/20]

seguimiento de los casos confirmados y el aislamiento de los contactos estrechos para minimizar la transmisión del virus<sup>16</sup>.

Activando el trabajo focalizado en los territorios, el DETeCTAr se presentó como una estrategia de búsqueda activa a través de “visitas casa por casa” para la detección temprana de casos y aislamiento adecuado en áreas que presentan déficits habitacional y sanitario. En cada vivienda se recordaban las recomendaciones, se tomaba la temperatura y se confeccionaba un cuestionario para identificar síntomas compatibles con la definición de un caso sospechoso. La propuesta organizaba el trabajo en cinco etapas: determinación del área, barrio o sector donde se implementaría el dispositivo; búsqueda activa de casos y traslado de estos hacia el lugar de referencia; realización del “triage” de casos evaluados en terreno; entrevistas epidemiológicas, toma de muestra y notificación al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS); y espera de resultados y derivación de casos confirmados.

La delimitación del área de intervención del DETeCTAr se justificaba por la aparición de casos agrupados geográficamente en un barrio o fracción de este, además de la existencia de contactos estrechos en la zona y el incremento de consultas por cuadros respiratorios en los establecimientos del primer y segundo nivel en un área programática en particular. También incidió la existencia de barreras en el acceso al diagnóstico precoz, lo que daba cuenta del reconocimiento de los límites de la oferta (tanto pública como de obras sociales y seguros privados) para llegar a algunas poblaciones.

Compartiendo algunos atributos con el Programa EBCB, el diseño del DETeCTAr preveía movilizar *instrumentos genéricos* múltiples. Originalmente focalizado también en los barrios populares del AMBA apelaba a realizar visitas casa por casa en territorio (con toma de temperatura y registro de síntomas compatibles con COVID-19) y a través de la modalidad de “operativos en territorio”, lo que en algunos casos incluía el “establecimiento de cordones sanitarios para restringir la movilidad”, se realizaban los “hisopados en puestos móviles por derivación”. En algunos casos, se apeló además a la “vacunación en terreno para completar calendario (no COVID)”. A su vez, los actores previstos en su diseño fueron los siguientes: promotor/as comunitarios/as; equipos de salud del efector local (Centros de primer nivel del área a abordar); miembros de las organizaciones sociales; equipos de coordinación de Salud y Desarrollo Social de las jurisdicciones intervinientes. Este dispositivo apeló también a la “convocatoria a voluntarios de las universidades nacionales y ONGs”.

La puesta en marcha e implementación local del DETeCTAr supuso la interacción entre las diversas jurisdicciones. Sin embargo, hacia las provincias, el desembarco de las estrategias de búsqueda activa de casos se efectuó a cuenta de cada jurisdicción subnacional. El Ministerio de Salud Nacional se limitó a establecer recomendaciones de vigilancia epidemiológica, garantizar la provisión de insumos y unidades sanitarias móviles en caso de que fueran necesarios, como también a la derivación de personal de salud, si ésta era solicitada. Un ejemplo de ello es el caso de Córdoba, el Programa equivalente es el Identificar<sup>17</sup> el cual no es asumido como un programa nacional adaptado sino como un programa provincial, con antecedentes en otros abordajes de vigilancia epidemiológica (dengue, HIV), que además tuvo un abordaje más integral de asistencia y una mayor capacidad diaria de testeo que lo planteado por el DETeCTAr. Esta autonomía del programa provincial respecto del nacional se explica en parte por las capacidades previamente instaladas de la gestión local para operativos de esta magnitud, como también en la capacidad de testeos y de compra directa de insumos por parte del gobierno provincial<sup>18</sup>. Al igual que el DETeCTAR y el Identificar los dispositivos de búsqueda activa de caso movilizaron *instrumentos genéricos* de “incorporación de personal para tareas de detección, rastreo y seguimiento” y de “incentivos monetarios de emergencia a trabajadores de salud”.

---

<sup>16</sup> Ministerio de Salud de la Nación (MSN, 2020) Procedimiento Operativo Estándar para la Implementación de la Estrategia “Detectar”.

<sup>17</sup> Res. 976/2020 del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

<sup>18</sup> En base a entrevista a Gabriela Barbas (Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba)

## Dispositivos orientados a organizar un “sistema de apoyo o soporte” para las personas y las familias, y proteger a quienes se encuentran en situación de riesgo

El COVID-19 puso en el centro de la atención la importancia de proteger a las poblaciones vulnerables y enfrentó un obstáculo para afrontar ese objetivo: las desigualdades espaciales y habitacionales preexistentes.

La política diseñada desde el nivel nacional tomó en consideración el acompañamiento de los hogares más vulnerables en situación de aislamiento estricto por COVID-19 o por contacto estrecho. En este eje se desarrollan los dispositivos destinados a incidir en este aspecto<sup>19</sup>.

### ***Apoyo a personas y familias en situación de riesgo social o sanitario: el Programa “El Barrio Cuida al Barrio”***

Con el propósito de traducir la consigna inicial “Quedate en Casa” a “Quedate en tu Barrio”, en el mes de abril el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (a través de la Dirección de Cuidados Integrales de la Secretaría de Economía Social) recogió la demanda de las organizaciones sociales y las orientaciones que, previamente, el Ministerio de Salud y de Desarrollo Social habían establecido mediante una Resolución Conjunta (Res. 02/2020) que sistematizaba las recomendaciones y medidas específicas para barrios populares y cuidado de adultos mayores<sup>20</sup>. Tomando esos lineamientos y demandas, se diseñó el Programa “El Barrio Cuida al Barrio” (EBCB), estrategia de contención social y sanitaria basada en el trabajo de promotores/as barriales que, según señala la gacetilla de gobierno, se ocuparían de realizar *“un acompañamiento específico a grupos de riesgo, difundir medidas preventivas y distribuir elementos de seguridad e higiene”*.<sup>21</sup>

La propuesta buscaba que referentes barriales trabajen como promotores/as comunitarios/as en salud para llevar adelante las siguientes tareas: (a) identificar y mapear a los grupos de riesgo; (b) reforzar la comunicación de las medidas de prevención de la salud; (c) distribuir viandas, elementos de higiene y limpieza; (d) acompañar y trasladar a personas que presentaran síntomas; (e) informar y asegurar el acceso a las diferentes herramientas y medidas dispuestas.<sup>22</sup>

En su planteo original, el Programa pretendía desarrollar una red de apoyo o soporte a las familias, a la vez que proteger de manera particular a las personas en situación de riesgo. El proceso reconocía tres momentos: la planificación de las visitas; la realización de un relevamiento casa por casa para localizar y registrar a la población en situación de vulnerabilidad; y la organización de la tarea de asistencia y apoyo desde los centros comunitarios, comedores y merenderos buscando acercar los insumos necesarios a las familias.

---

<sup>19</sup> Sobre estos dispositivos se sugiere la lectura de Chiara (2020).

<sup>20</sup> Esta Resolución Conjunta de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social de la Nación presentó orientaciones e instrumentos para el armado de una red de apoyo y protección de personas en situación particular de riesgo, jerarquizando el papel de los municipios en la gestión e invitando a conformar comités de emergencia locales y barriales. Puede considerarse tributaria de una fase de muy baja circulación en esos territorios, ya que se preservaba en la órbita de competencia del sector salud (equipos de salud y centros de atención telefónica) la detección de casos sospechosos, esquema que encontró sus límites en los meses siguientes.

<sup>21</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-lanza-el-barrio-cuida-al-barrio-frente-la-pandemia-del-covid-19>. [Recuperado el 28/04/21 [Recuperado el 2/10/20]

<sup>22</sup> Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDSN, 2020) Promotores comunitarios. El Barrio Cuida al Barrio.

En su diseño el Programa preveía movilizar *instrumentos genéricos* múltiples, “focalizado en barrios populares”<sup>23</sup>. Apelaba a realizar visitas casa por casa para detección (toma temperatura y registro de síntomas, y la “realización de hisopado en domicilio según definición de caso sospechoso”. A través de “Operativos en territorio para detección temprana de casos” se establecieron “postas sanitarias en territorio” y “cordones sanitarios con medidas de restricción a la movilidad de personas y transportes”. De esa manera también se movilizaron instrumentos para “elaborar y usar padrones de población en riesgo”; lo que apelaba a la “distribución de piezas de comunicación con recomendaciones para disminuir la exposición al virus” y “entrega de bolsones de alimentos, kit de limpieza y otros insumos esenciales”.

Los actores previstos en su diseño fueron: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (a través de la Secretaría de Economía Social); promotores/as comunitarios/as; gobiernos municipales; fuerzas de seguridad y Defensa Civil. Al momento de su implementación, es importante resaltar que si bien la medida fue gestada por el Gobierno Nacional su alcance se restringió, aún con limitaciones importantes respecto del planteo original, exclusivamente a CABA y Provincia de Buenos Aires en aquellos territorios de proximidad en los que las organizaciones sociales tenían inserción previa, de manera exclusiva o en articulación con el municipio. La ausencia de recursos asignados de manera regular por el Estado nacional y la jerarquía que tenía la articulación de actores en el territorio, hizo que este dispositivo no lograra saltar las fronteras del AMBA.

### **Creación de centros de aislamiento extra hospitalarios nacionales**

El Parque Sanitario Tecnópolis fue creado con el objetivo de atender y acompañar a personas con cuadros leves de COVID-19 por el Estado Nacional y el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires para fortalecer el sistema de salud frente al avance de la pandemia.

Definido como un “Mega centro de atención extrahospitalaria” llegó a tener capacidad para 2.452 personas. Se propuso recibir pacientes que, habiendo sido internados por coronavirus y superado el tramo más grave de la enfermedad, necesitaran un lugar para terminar la recuperación y completar el período necesario de aislamiento. En caso de que alguno sufriera una recaída podría ser atendido en el lugar o bien ser derivado a un centro hospitalario.

La iniciativa fue organizada y monitoreada en conjunto por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Cultura de la Nación y la Cruz Roja Argentina. Además, contó con una activa participación de voluntarios y voluntarias de Cascos Blancos, Scouts de Argentina, Arzobispado de Buenos Aires, B.R.E.S, C.A.S.A y la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA).

Por su propia naturaleza, entre los instrumentos genéricos movilizados, apela a “convenios de cooperación interinstitucional”, “inversión en infraestructura” y “convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs”.

A diferencia de otros centros de aislamiento, en este caso suponía coordinación no sólo para la puesta en marcha sino la “derivación de personas desde otros municipios”. La baja concurrencia hizo que el gobierno provincial explorara utilizar “incentivos monetarios a personas que realicen aislamiento fuera del domicilio”.

---

<sup>23</sup> La definición de “barrios populares” deriva del Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP) realizado entre agosto de 2016 y mayo de 2017 que reúne información sobre las villas y asentamientos de todo el país. En este relevamiento se consideran “barrios populares” a aquellos en los que la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. A partir del 15 de abril de 2020, se introduce esta variable en la definición oficial y las personas que vivieran en estos barrios necesitaban presentar sólo uno de los síntomas enunciados para ser considerado “caso sospechoso” y ser derivado para testeo.

## Dispositivos orientados a mantener las “prestaciones esenciales” en salud y mejorar la capacidad de detección de casos en los establecimientos estatales del primer nivel de atención

La atención de la salud se vio trastocada por la pandemia. Como fue señalado por la bibliografía, el primer nivel de salud fue subestimado<sup>24</sup>, sin embargo, hubo una serie de dispositivos que se reseñan abajo que procuraron resituar este nivel de atención acorde a las necesidades de la emergencia.

### ***Recomendaciones para el primer nivel de atención con relación a la prevención de contagios masivos***

Apenas declarada la Emergencia Sanitaria, en el mes de marzo el Ministerio de Salud elaboró orientaciones generales para los Centros de Atención Primaria de salud para garantizar su funcionamiento ante la “emergencia epidemiológica de Dengue, Coronavirus, y Sarampión”.

El documento presentaba un conjunto de recomendaciones generales para el funcionamiento de los centros, precisiones para la identificación y manejo de casos sospechosos de COVID-19 e indicaciones para el traslado de los casos a los hospitales<sup>25</sup>. Cabe destacar que la totalidad de los establecimientos del primer nivel de atención dependen de provincias y/o de municipios, por lo cual el derrotero del papel del primer nivel puede ser reconstruido en el diálogo con los dispositivos que fue generando cada jurisdicción en el nivel subnacional.

Las “recomendaciones generales” buscaban: limitar el desarrollo de tareas extramuros y la asistencia programada presencial cuando era posible; potenciar el uso de estrategias de comunicación a través de las redes sociales tanto para el seguimiento de pacientes como para la difusión de medidas de cuidado; garantizar la entrega de medicación de enfermos crónicos; promover el desarrollo de acciones orientadas a sostener la campaña de vacunación; e impartir orientaciones acerca de las medidas de cuidado para los equipos de salud.

En un contexto de muy baja circulación del virus, las orientaciones para la identificación de casos se limitaban a la situación particular de recepción de un caso por parte del área de admisión y se definían algunas orientaciones para el manejo de la persona y su posterior traslado. Cabe destacar que inicialmente no se disponía de los Equipos de Protección Personal (EPP) suficientes para desarrollar el trabajo en los centros con las normas de seguridad necesarias para evitar contagios.

La estrategia general fue básicamente regulatoria, habilitando a que las provincias apelaran a instrumentos específicos en función de la organización de actividades en el primer nivel. Se destacan en lo específico, la creación de un “Banco de recursos para equipos de salud” y las “guías de práctica para la atención de casos COVID-19”. En el marco de estas orientaciones generales, cada jurisdicción elaboró orientaciones y protocolos específicos que fueron prefigurando el lugar para el primer nivel de atención.

La intervención nacional en este campo se distingue en dos tipos de instrumentos que aportan distinto tipo de recursos materiales: tempranamente la “entrega de equipos de protección personal (EPP) e insumos para toma de muestras” y más tardíamente (mes de octubre) los “incentivos monetarios de emergencia a trabajadores de salud” en el primer nivel.

### ***Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19***

El 21 de mayo de 2020, el Congreso Nacional (HCN) aprobó la Ley 27.548 mediante la cual se creó el Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19. El objetivo

<sup>24</sup> El papel del primer nivel de atención para la atención no COVID-19 fue trabajado por Arievidich, Crojethovic y Jiménez.

<sup>25</sup> Ministerio de Salud de la Nación (MSN, 2020) Recomendaciones para el primer nivel de atención. Marzo.

principal de este dispositivo fue la prevención del contagio de coronavirus entre el personal de salud que trabajaba en establecimientos de gestión pública o privada, y entre los trabajadores y voluntario/as que prestaban servicios esenciales durante la emergencia sanitaria. Fue establecido como *“de aplicación obligatoria para todo el personal médico, de enfermería, de dirección y administración, logístico, de limpieza, gastronómico, ambulancieros y demás, que presten servicios en establecimientos de salud donde se efectúen prácticas destinadas a la atención de casos sospechosos, realización de muestras y tests, y/o atención y tratamiento de COVID-19, cualquiera sea el responsable y la forma jurídica del establecimiento”* (Ley 27548).

El programa tiene desde su diseño los objetivos específicos de: a) Establecer protocolos obligatorios de protección del personal de salud, guías de práctica de manejo y uso de insumos, para minimizar los riesgos de contagio ante la atención de casos sospechosos, toma de muestras y testeos, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19; b) Coordinar con las jurisdicciones provinciales, municipales y con la Superintendencia de Servicios de Salud la realización de capacitaciones obligatorias para todo el personal alcanzado por la presente ley; c) Coordinar con empresas, universidades, sindicatos y organizaciones civiles la realización de capacitaciones obligatorias d) Establecer un equipo permanente de asesoramiento digital en materia de protección del personal de salud, a los establecimientos que lo requieran ante la emergencia sanitaria; e) Implementar un protocolo de diagnóstico continuo y sistemático focalizado en el personal de salud que preste servicios en establecimientos donde se realice atención de casos sospechosos, realización de muestras o tests, atención y tratamiento de pacientes con COVID-19, o que se encuentren dentro de zonas de circulación comunitarias del virus. f) Llevar el Registro Único de Personal de Salud contagiado por COVID-19 bajo la órbita del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud, con el objetivo de mantener actualizada la información sobre los contagios en el personal de salud en tiempo real.; g) Colaborar con la compra de equipos de protección personal e insumos críticos de acuerdo con la situación epidemiológica de cada jurisdicción.

Es decir que, para su concreción, el Programa contempló la movilización de los siguientes *instrumentos genéricos*: “entrega de equipos de protección personal”; “incentivos monetarios de emergencia a trabajadores de salud”; “banco de recursos para equipos de salud”; “guías de práctica para la atención de casos COVID-19”; “capacitación en diagnóstico y manejo de casos a equipos de salud (incluye capacitación en uso de EPP)”.

## A modo de cierre

Este capítulo ofreció una descripción de los dispositivos diseñados y/o implementados desde el gobierno nacional, orientados a mitigar la transmisión de la enfermedad y la diseminación del virus en la población. Estos dispositivos o iniciativas se agruparon en función de ejes o núcleos de intervención que pueden deducirse del análisis de los dispositivos. Esos ejes, entendidos como objetivos que se procuran lograr, de algún modo definen dimensiones del problema a atender. Así, mitigar la transmisión de la enfermedad y la diseminación del virus en la comunidad, implicó acciones para demorar el ingreso del virus y ralentizar los contagios; coordinar la gestión de la emergencia; ampliar y fortalecer la red de laboratorios; buscar activamente casos, a través del testeo y el rastreo, entre otras iniciativas. El modo en que se materializan y operacionalizan los dispositivos o iniciativas, es a través de los instrumentos que movilizan. Así, es posible decir que en gran medida

las iniciativas, programas o dispositivos diseñados para mitigar la transmisión de la enfermedad y diseminación del virus, se apoyó en regulaciones, luego en información y, en menor medida, en incentivos, la combinación de “palos, zanahorias y sermones” en palabras de Vedung (1998).

Por otra parte, el análisis muestra que la temporalidad que orientó las acciones estuvo dada por la dinámica de los contagios y diseminación del virus en el AMBA. Eso explica la asincronía que se percibe entre curva de casos de Córdoba y Santa Fe y las medidas dispuestas por el gobierno nacional. El predominio del AMBA no sólo está dado por marcar el ritmo de la administración del aislamiento y el distanciamiento social, sino también por la constatación de que programas nacionales extienden su alcance al AMBA, sin llegar a otras localidades del “interior”. Es claro que este predominio no se vincula sólo a una dificultad por comprender la heterogeneidad, sino que se liga a la tremenda preponderancia sociodemográfica de esta región.

El abordaje de este capítulo logró mostrar el amplio repertorio de iniciativas puestas en juego, la gran capacidad de diseño y los notables esfuerzos de aplicación, no obstante, también evidenció las dificultades de la administración centralizada de políticas espacios sociales y epidemiológicos tan desiguales. Poco a poco la administración de la pandemia fue mostrando más necesidad de la capacidad decisoria de los espacios subnacionales, pero la indagación de este elemento implicaría abordar los períodos subsiguientes.

## Bibliografía

Ariovich, A., Crojethovic y Jiménez, C. (2020). Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V. En Carmona, R (Comp.), *El conurbano bonaerense en pandemia* (pp. 109-124). Ediciones UNGS.

Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de trabajo social*, (20), 28-40.

Feierstein, D. (2021). *Pandemia. Un balance social y político de la crisis del Covid-19* (pp.27-98), Fondo de Cultura Económica, ISBN 978-987-719-199-8

Paz-Noguera, B.A. (2020). Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia Covid-19 en América Latina. *Univ. Salud. Suplemento1: Especial Covid-19*. 2020 22(3):327-339. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.202203.205>

Vedung, E. (1998). Policy instruments: typologies and theories. En ¿ Bemelmans-Videc, M. L., Rist R.C., y Vedung, E. (Eds.), *Carrots, sticks and sermons. Policy instruments and their evaluation* New Brunswick, (pp. 21-58). Transaction publishers.

Unicef (2020). Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Primera edición, abril de 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/8646/file/tapa.pdf>

## ANEXO

**TABLA 1. Ejes de intervención y dispositivos nacionales**

Ejes/Núcleos de intervención	Dispositivos Nacionales
<b>Demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer al sistema de salud</b>	Medidas nacionales para la administración del aislamiento social: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO)
<b>Coordinar la gestión de la emergencia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacios de coordinación con gobernadores y ministros (en el marco del COFESA).</li> <li>- Comité de Expertos..</li> </ul>
<b>Disminuir la exposición de las personas al virus y la promoción del distanciamiento social.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivo para la detección, auto reporte y notificación de “casos sospechosos”: CUIDAR</li> </ul>
<b>Organizar una conversación con los involucrados y la sociedad para compartir información sobre la situación presente y delinear una idea de futuro.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones de comunicación a nivel nacional en cuidados y prevención.</li> </ul>
<b>Mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliación y fortalecimiento de los laboratorios nacionales.</li> <li>- Descentralización del diagnóstico en laboratorios provinciales y de las universidades (provisión de equipamiento, insumos, capacitación y protocolos).</li> </ul>
<b>Desarrollar la búsqueda activa de personas con síntomas en el territorio, la confirmación de los casos (testeo), el seguimiento, el aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr).</li> </ul>
<b>Organizar un sistema de apoyo para las personas y las familias, y proteger a quienes se encuentran en situación de riesgo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa “El Barrio Cuida al Barrio”</li> <li>- Creación de centros de aislamiento extra hospitalarios nacionales.</li> </ul>
<b>Mantener las “prestaciones esenciales” en salud y mejorar la capacidad de detección de casos en los establecimientos estatales del primer nivel de atención.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendaciones para el primer nivel de atención en relación a la prevención de contagios masivos (reorganización de los servicios para su funcionamiento, protocolo para la identificación, manejo y traslado de casos sospechosos y protocolo para el uso de EPP)</li> <li>- Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia de coronavirus COVID-19</li> </ul>

ISBN 978-987-88-4932-4

