

# Los desafíos de las relaciones intergubernamentales en contextos de incertidumbre

**Tomo 1.** Las relaciones intergubernamentales, políticas públicas sectoriales e inercias institucionales



María Mercedes Di Virgilio

Directora

Los desafíos de las relaciones  
intergubernamentales  
en contextos de incertidumbre

# Los desafíos de las relaciones intergubernamentales en contextos de incertidumbre

## **Tomo 1.** Las relaciones intergubernamentales, políticas públicas sectoriales e inercias institucionales

María Mercedes Di Virgilio  
Directora

Ana Ariovich	María Carla Rodríguez
Ana Laura Elorza	María Crojethovic
Ana María Bonet	María Eugenia Marichal
Andrea Villagrán	María Maneiro
Andrés Dapuez	María Mercedes Di Virgilio
Carlos Jiménez	Mercedes Molina Galarza
Daniela Soldano	María Rita Maldonado
Diego Beretta	María Victoria Díaz Marengo
Emanuel Jurado	Mariano Daniel Perelman
Ezequiel Orso	Marina Llao
Facundo Cruz	Maximiliano Camarda
Gabriel Weidmann	Natalia Cosacov
Germán Rossler	Pablo Serrati
Joaquín Gorrochategui	Sofía Clarisa Marzioni
Julián Bertranou	Tomás Guevara
Julieta Capdevielle	Verónica Pérez
Laura Navallo	Virginia Monayar
Magdalena Chiara	Walter Brites

**ediciones UNL**

CIENCIA Y TECNOLOGÍA

**UNIVERSIDAD  
NACIONAL DEL LITORAL**

 ediciones **UNL**

Consejo Asesor  
Colección Ciencia y Tecnología  
**Laura Cornaglia**  
**Miguel Irigoyen**  
**Luis Quevedo**  
**Alejandro Reyna**  
**Amorina Sánchez**  
**Ivana Tosti**  
**Alejandro R. Trombert**

Dirección editorial  
**Ivana Tosti**  
Coordinación editorial  
**María Alejandra Sadrán**  
Coordinación comercial  
**José Díaz**

Corrección  
Ma. Alejandra Sadrán  
Diagramación tapa  
**Alina Hill**  
Diagramación interior  
**Analía Drago**

© Ediciones UNL, 2023.

—  
Sugerencias y comentarios  
[editorial@unl.edu.ar](mailto:editorial@unl.edu.ar)  
[www.unl.edu.ar/editorial](http://www.unl.edu.ar/editorial)

Las relaciones intergubernamentales, políticas  
públicas sectoriales e inercias institucionales  
/ Julián Bertranou ... [et al.] ; coordinación  
general de María Mercedes Di Virgilio.  
1a ed. – Santa Fe : Ediciones UNL, 2023.  
Libro digital, PDF/A – (Ciencia y tecnología)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-749-408-2

1. Sociología. 2. Política de Ordenamiento del  
Territorio. 3. Organización Intergubernamental.  
I. Bertranou, Julián. II. Di Virgilio, María  
Mercedes, coord.  
CDD 321.01

---

© Di Virgilio, Ariovich, Beretta, Bertranou,  
Bonet, Brites, Camarda, Capdevielle, Chiara,  
Cosacov, Crojethovic, Cruz, Dapuez, Diaz  
Marengo, Elorza, Gorrochategui, Guevara,  
Jiménez, Jurado, Llao, Maldonado, Maneiro,  
Marichal, Marzoni, Molina, Monayar, Navallo,  
Orso, Perelman, Pérez, Rodríguez, Rossler,  
Serrati, Soldano, Villagrán, Weidmann, 2023.



# Índice

## **Presentación / 13**

*María Mercedes Di Virgilio*

Introducción / 13

¿Cómo se llevó adelante el estudio? / 17

Los estudios de caso seleccionados / 19

Organización de la publicación / 22

Referencias bibliográficas / 25

## CAPÍTULO 1.

### **Hacia un enfoque para el análisis de la implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID19 / 27**

*Julián Bertranou, Walter Brites, Julieta Capdevielle, Magdalena Chiara, María Mercedes Di Virgilio, Tomás Guevara, Mercedes Molina Galarza, Verónica Perez, María Carla Rodríguez, Daniela Soldano y Andrea Villagrán*

El enfoque de las relaciones intergubernamentales (RIGs) / 27

Las políticas en la trama de las RIGs: análisis a través de sus instrumentos / 30

La relevancia de la coordinación / 33

Las capacidades estatales / 37

Las redes de políticas como analizador de las RIGs / 39

Los procesos de implementación de políticas públicas desde el enfoque de redes / 42

Aspectos metodológicos para reconstruir redes de políticas / 43

Redes de políticas y territorio: territorialización de la política / 46

Bibliografía / 51

## CAPÍTULO 2.

### **Radiografía de las políticas nacionales orientadas a dar respuesta a la pandemia y sus formas de organización / 57**

*Ana Ariovich, Julián Bertranou, María Mercedes Di Virgilio, Verónica Pérez, Daniela Soldano, Andrea Villagrán y María Eugenia Marichal*

Introducción / 57

Políticas y disposiciones en el transporte de pasajeros y cargas y en la movilidad urbana / 59

Primeras intervenciones / 60

ASPO y DISPO / 61

Otras intervenciones de carácter federal e interjurisdiccional / 66

Políticas para prevenir los contagios masivos / 68

Dispositivos e iniciativas que buscaron demorar el ingreso y transmisión del virus / 68

Dispositivos o iniciativas orientados a coordinar la gestión de la emergencia / 71

Dispositivos o iniciativas que se orientaron a disminuir la exposición de las personas al virus y la promoción del distanciamiento social / 72

Dispositivos para organizar una conversación con los involucrados y la sociedad / 73

Dispositivos para mejorar la calidad y la capacidad diagnóstica de la red de laboratorios / 74

Dispositivos para desarrollar la búsqueda activa de personas con síntomas, la confirmación de casos, el seguimiento, el aislamiento y/o el rastreo de contactos estrechos / 75

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 / 76

Dispositivos orientados a mantener las «prestaciones esenciales» en salud y mejorar la capacidad de detección de casos en los establecimientos del primer nivel de atención / 77

A modo de cierre / 79

Políticas de protección social y asistencia alimentaria / 80

El Ingreso Familiar de Emergencia / 81

El programa Potenciar Trabajo / 82

La Tarjeta Alimentar / 84

Las prestaciones para comedores escolares, comunitarios y merenderos / 85

Políticas orientadas a la provisión y proyección de la vivienda y el hábitat / 86

Políticas de sustento y promoción de la economía local / 93  
Programa de Asistencia de Emergencia al Trabajo  
y la Producción (ATP) / 94  
Programa Previaje / 95  
Breves reflexiones en torno de los roles nacionales / 100  
Bibliografía / 103

### CAPÍTULO 3.

#### **Prevenir contagios en los territorios: Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA), Gran Córdoba y Gran Santa Fe / 103**

*Ana Ariovich, Magdalena Chiara, Natalia Cosacov, Joaquín Gorrochategui, Diego Beretta, Julieta Capdevielle, María Crojethovic, María Victoria Díaz Marengo, Carlos Jiménez, Marina Llao, María Maneiro y Sofía Marzoni*

Introducción / 103

Interrogar territorios diversos / 105

Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) / 108

Gran Córdoba (GCBA) / 109

Gran Santa Fe (GSFE) / 110

¿Simultaneidad o acción conjunta? Una lectura de la implementación de las políticas desde los territorios / 111

La Región Metropolitana de Buenos Aires: de laboratorio de políticas públicas a escenario de tensiones políticas / 112

La región del Gran Córdoba: sintonía política entre provincia y municipio, e institucionalización de la coordinación de la emergencia / 118

Gran Santa Fe: coordinación «en cascada», tensiones y solapamientos / 123

A modo de cierre: convergencias y divergencias entre territorios / 127

Referencias bibliográficas / 137

Anexo / 139

### CAPÍTULO 4.

#### **Políticas de protección social y alimentarias durante la pandemia de COVID 19. Una reconstrucción panorámica desde el nivel nacional / 147**

*Daniela Soldano, Andrea Villagrán, María Eugenia Marichal, Laura Navallo, Walter Brites, Rita Maldonado, Ana María Bonet, Andrés Dapuez, Mercedes Molina Galarza, Maximiliano Camarda, Emanuel Jurado, Germán Rossler, Gabriel Weidmann y Facundo Cruz*

Introducción / 147

El sistema de protección social argentino frente a la crisis.

Respuestas en claroscuro / 149
El Ingreso Familiar de Emergencia / 151
El programa Potenciar Trabajo / 152
Las políticas nacionales de asistencia alimentaria / 156
La tarjeta alimentar / 156
Las prestaciones para comedores escolares, comunitarios y merenderos / 159
Políticas nacionales de impulso a la economía social, solidaria y popular / 161
Apoyo a la agricultura Familiar: Programa ProHuerta / 163
Programa Mercados de cercanía / 164
El Plan Federal de Ferias / 165
Conclusiones / 166
Referencias bibliográficas / 169

## CAPÍTULO 5.

### **Las respuestas subnacionales en materia alimentaria y de apoyo a la economía social, solidaria y popular.**

#### **Una propuesta analítica en clave de RIGs / 173**

*Daniela Soldano, Andrea Villagrán, María Eugenia Marichal, Mercedes  
Molina Galarza, Emanuel Jurado, Laura Navallo, Rita Maldonado, Andrés  
Dapuez, Walter Brites, Ana María Bonet, Maximiliano Camarda, Ezequiel  
Orso, Germán Rossler, Gabriel Weidmann y Facundo Cruz*

#### Introducción / 173

Las políticas alimentarias en Entre Ríos / 174

Las políticas alimentarias en Salta / 176

Las políticas alimentarias en Misiones / 180

Las políticas alimentarias en Mendoza / 182

Las políticas alimentarias en Córdoba / 186

Las políticas alimentarias en Santa Fe / 190

Las iniciativas subnacionales en materia de ESSyP / 193

    Programa municipal «Paseos populares» de la ciudad  
    de Córdoba / 193

    El Programa Mercado Santafesino de la Economía Popular / 195

    Programa Mercados de cercanía y ferias populares  
    en Mendoza / 196

    Las ferias en la ciudad de Paraná / 196

Una propuesta analítica / 199

Conclusiones / 203

Referencias bibliográficas / 205



CAPÍTULO 6.

**El problema del hábitat y la vivienda en el contexto de la pandemia. Un análisis de las políticas públicas desde los territorios de la Región Metropolitana de Buenos Aires, Gran Córdoba y San Carlos de Bariloche / 207**

*Natalia Cosacov, María Mercedes Di Virgilio, Tomás Guevara, Ana Elorza y Virginia Monayar*

Introducción / 207

La respuesta del gobierno nacional en materia habitacional en el escenario pandémico / 209

La implementación de las políticas desde los territorios: de cómo los gobiernos subnacionales generaron políticas y/o se acoplaron a las iniciativas nacionales / 215

Región Metropolitana de Buenos Aires: alineación de agendas con el gobierno Nacional, pero jerarquización e implementación dispar entre Ciudad y Provincia / 215

El aglomerado Gran Córdoba: sintonía entre municipio y provincia, una relativa alineación con Nación, pero poca ejecución / 222

San Carlos de Bariloche: el aumento de la conflictividad por la tierra y la respuesta punitiva del gobierno provincial y municipal / 227

A modo de cierre: contrapuntos entre los aglomerados / 230

Referencias bibliográficas / 235

CAPÍTULO 7.

**Economía local en tiempos de crisis / 239**

*Andrea Villagrán, Mariano Perelman y Maximiliano Camarda*

Introducción / 239

Crisis, políticas y economía / 243

La economía: dimensiones y números / 248

Dos políticas significativas / 255

Las ATPs y el PreViaje en las configuraciones económicas locales / 261

A modo de cierre / 265

Referencias bibliográficas / 267

CAPÍTULO 8.

**La recepción de políticas públicas durante la pandemia  
por COVID19 / 269**

*Pablo Serrati*

Introducción / 269

El laberinto de las políticas públicas / 271

Datos y método / 273

Resultados / 276

    La dinámica de las políticas públicas por entornos urbanos / 276

    La dinámica de las políticas públicas por clase social  
    del hogar / 282

Conclusiones / 286

Referencias bibliográficas / 288

**Sobre las autores y los autores / 289**

## Capítulo 3.

# **Prevenir contagios en los territorios: Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA), Gran Córdoba y Gran Santa Fe**

Ana Ariovich, Magdalena Chiara, Natalia Cosacov, Joaquín Gorrochategui, Diego Beretta, Julieta Capdevielle, María Crojethovic, María Victoria Díaz Marengo, Carlos Jiménez, Marina Llao, María Maneiro y Sofía Marzioni

### **Introducción**

En los primeros meses de la pandemia, ralentizar la curva de contagios fue el principal objetivo de la acción estatal. El gobierno nacional desplegó distintos dispositivos de política pública que fueron confluyendo en un eje de intervención que este proyecto denomina de manera genérica «prevención de contagios masivos». Se trata de una reconstrucción *ex post* que permite articular, en relación con sus propósitos, parte de las múltiples iniciativas que aparecieron (con distinta jerarquía e intensidad) en el año 2020.

A medida que crecía la curva de contagios y se producían los primeros (y rápidos) aprendizajes en torno al nuevo escenario que configuraba la pandemia, se hizo evidente la necesidad diversificar y complejizar las intervenciones, atendiendo a los distintos aspectos del problema y a las condiciones particulares que presentaba cada territorio. En simultáneo y asociado a esta necesidad, se fue involucrando a los niveles subnacionales y otros actores del territorio (gobiernos provinciales y municipales) en la implementación de diversas iniciativas. El camino recorrido por estos intentos para alcanzar algún nivel de coordinación intergubernamental, estuvo marcado por avances y retrocesos, convergencias y conflictos entre niveles de gobierno. Algunas de estas marcas se expresaron en los discursos públicos, otras estuvieron presentes en la propia dinámica de las políticas y, como se puede esperar, también en sus resultados.

Este capítulo toma como punto de partida la reconstrucción y análisis realizado precedentemente, e incursiona en un ejercicio comparativo de los procesos que tuvieron lugar en la puesta en marcha e implementación de las políticas promovidas y ejecutadas por los distintos niveles de gobierno con relación a la prevención de contagios masivos en la Región Metropolitana de Buenos Aires, Gran Córdoba y Gran Santa Fe (en adelante denominadas RMBA, GCBA y GSFE, respectivamente). Según las proyecciones censales para el

año 2020, estos tres grandes aglomerados representan en conjunto casi el 42 % de la población total del país. Se trata de territorios tan diversos como desafiantes en los que las iniciativas de la nación, de cada provincia y de sus municipios, concurren (con distinto nivel de articulación) para dar respuesta a la complejidad y heterogeneidad inherente a cada uno de ellos. Como los dispositivos iban cobrando forma en la práctica, el análisis recorre a cada aglomerado en el orden en que la curva de contagios los fue convirtiendo en foco de atención de la acción pública, a la vez que en nuevos espacios de aprendizaje.

Luego de esta introducción, se describen los atributos más relevantes de los aglomerados urbanos bajo estudio y se presentan las preguntas que vertebran el análisis de las políticas llevadas adelante en los distintos territorios.

El apartado siguiente desarrolla un análisis vertical de las políticas. Con el foco puesto en cada aglomerado, la lectura retoma (sin reiterar) las coordenadas de los dispositivos promovidos por cada jurisdicción, y busca dar cuenta de la acción conjunta (o en paralelo) en cada territorio sobre los distintos núcleos de intervención. La prevención de contagios masivos supuso el desarrollo de intervenciones simultáneas en múltiples núcleos. A partir de la reconstrucción analítica realizada en el marco de este proyecto, y en diálogo con la literatura revisada, se identificaron ocho núcleos de intervención: demorar el ingreso y transmisión del virus; organizar una conversación con los involucrados y la sociedad; disminuir la exposición de las personas al virus; mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios; desarrollar la búsqueda activa de personas con síntomas, testeo, seguimiento, aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos, y promover el auto reporte; organizar un «sistema de apoyo o soporte» para las personas y las familias; mantener las «prestaciones esenciales» en salud; y coordinar la gestión de la emergencia.

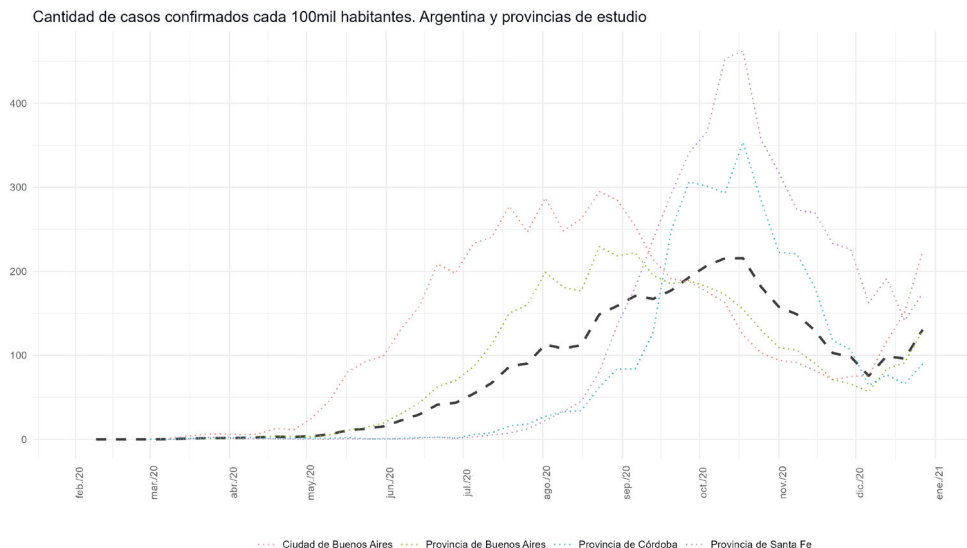
El capítulo finaliza con un ejercicio comparativo en el que se destacan las similitudes y diferencias en la manera como se organizaron las políticas entre los tres aglomerados. Siguiendo el marco conceptual del proyecto, se adopta el análisis de políticas por instrumentos como forma de trascender las fronteras (formales) de los dispositivos promovidos por cada jurisdicción y ver a las políticas en acción, en la simultaneidad de la implementación.

## Interrogar territorios diversos

La propuesta de este capítulo es realizar una lectura articulada de las iniciativas generadas desde las distintas jurisdicciones en cada aglomerado (RMBA, GCBA y GFe). El análisis se organiza en torno a interrogantes comunes desde los cuales interpretar la singularidad resultante de dicha imbricación.

Las preguntas retoman el marco de análisis del proyecto y ponen el foco en el modo como se organizaron las responsabilidades entre niveles de gobierno, los instrumentos en los que se expresan las diferencias en los modos de intervención, la dinámica de los actores y los escenarios de coordinación.

Estos interrogantes guían el análisis en cada uno de los aglomerados urbanos estudiados, buscando hacer contrapuntos en cómo se organizaron las políticas y la trama de las relaciones intergubernamentales que las vertebraron. Con ese propósito este apartado regresa al análisis de los territorios poniendo el foco en atributos que los distinguen en relación con cuatro condiciones determinantes de la implementación de las políticas: los aspectos sociodemográficos, la dinámica epidemiológica, la capacidad de respuesta de cada sistema sanitario y la complejidad político institucional (Tabla 1 y Figura 1).



**Figura 1.** Casos confirmados cada 100 000 habitantes Total país, CABA y provincias de estudio. 2020

Fuente: Elaborado por Serrati en el marco del Proyecto PISAC COVID 21. ANPCyT.

**Tabla 1.** Condiciones para la implementación: atributos básicos de los aglomerados urbanos (RMBA, GCBA y GSFE) (2020)

	<b>Región Metropolitana de Buenos Aires</b>	<b>Gran Córdoba</b>	<b>Gran Santa Fe</b>
<b>Socio – Demográfico</b>	Población total: 16.831.915 (2020). (CABA 3.075.646; partidos RMBA 13.756.269) Tasa envejecimiento <sup>1,2</sup> : 16,4. (CABA 22,9; partidos del RMBA 14,6.) Hogares NBI <sup>3</sup> : 9,4% (CABA 6,3%; partidos RMBA 9,6%)	Población total: 1.562.487 (2020) Tasa envejecimiento: 14,8 Hogares NBI: 5,9% (Ciudad de Córdoba 5,8%; localidades periféricas 8%)	Población total: 533.667 (2020) Tasa envejecimiento: 15,3 Hogares NBI Gran Santa Fe: 5,8%. (Ciudad de Santa Fé 5,5%; localidades periféricas 6,5%)
<b>Dinámica epidemiológica</b>	Inicio de transmisión comunitaria: 25/03/2020. Crecimiento de contagios: mayo en CABA y junio en partidos de la RMBA. A finales de agosto se da el pico más alto de contagios en toda la RMBA. En setiembre se observa una tendencia al descenso de los casos.	Inicio de la transmisión comunitaria: 6/05/2020. Crecimiento de contagios: julio. Difusión hacia el interior de las principales ciudades de la provincia. A principios de octubre se registró el pico más alto de contagios en la capital cordobesa y a mediados del mismo mes en el interior de la provincia. En noviembre los casos comienzan a descender.	Inicio de la transmisión comunitaria: abril 2020. Crecimiento de contagios: julio en los departamentos más poblados. En los meses de setiembre y octubre se registró el pico más alto de contagios.
<b>Capacidad de respuesta del sistema sanitario</b>	Población en hogares con cobertura estatal exclusiva: 33,8% <sup>4</sup> (CABA 17,6%; 1era corona 31,3%; 2da corona 43,1; 3er corona 34,3%) Inicio de la pandemia: partidos de la RMBA 2816 camas UTI, 29,6% públicas (833) y 70,4% privadas (1983). CABA 727 camas UTI, 16% públicas (115) y 84% privadas (612). % ocupación camas UTI adultos en el pico (finales agosto): 68,8%.	Población en hogares con cobertura estatal exclusiva: 31% Inicio de la pandemia: 922 camas UTI, 60% públicas (561) y 40% privadas (360) <sup>5</sup> . % ocupación camas UTI adultos en el pico (octubre): 82%. A las pocas semanas se incorporan 725 unidades modulares bajando la ocupación de camas al 62% <sup>6</sup> .	Población en hogares con cobertura estatal exclusiva: 34,5%. Inicio de la pandemia: 226 camas UTI, 27,4 % públicas (62) y 72,6 % privadas (164) % ocupación camas UTI adultos en el pico (setiembre/ octubre): 75%

*Continúa en página siguiente.*

	<b>Región Metropolitana de Buenos Aires</b>	<b>Gran Córdoba</b>	<b>Gran Santa Fe</b>
<b>Complejidad político/institucional</b>	<p>Nación, CABA, provincia de Buenos Aires y 40 municipios a cargo de la gestión de las políticas.</p> <p>Gobierno Nacional: Frente de Todos (recambio en diciembre 2019).</p> <p>Gobierno Prov. de Bs As: Frente de Todos (recambio en diciembre 2019).</p> <p>Gobierno CABA: Alianza Cambiemos (renovación mandato Jefe Gobierno desde 2015)</p> <p>43 partidos de RMBA: 36 en el F de Todos y 7 Alianza Cambiemos.</p> <p>La composición política partidaria es un 80% similar a la del anterior periodo de gestión</p>	<p>Nación, Gobierno de la Provincia de Córdoba y 13 municipios y comunas a cargo de la gestión de las políticas.</p> <p>Gobierno Nacional. Frente de Todos (recambio en 2019)</p> <p>El justicialismo cordobés preside el ejecutivo provincial desde fines de los años noventa y es este su sexto mandato consecutivo.</p> <p>En las elecciones de 2019, Scharetti es reelegido como gobernador y tracciona el triunfo de Martín Llaroyra, permitiendo que, luego de 16 años, el justicialismo asuma la intendencia de la ciudad de Córdoba.</p>	<p>Nación y el Gobierno de la Provincia: Frente de Todos (recambio en 2019).</p> <p>Gobierno Municipal: Frente Progresista Cívico y Social (recambio en 2019)</p>

Fuente: *Elaborado en el marco del Proyecto PISAC-COVID- 19-00021.*

Notas:

1. La tasa de envejecimiento refiere a la población mayor de 65 años por cada 100 personas en edad activa.
2. En los tres aglomerados las tasas se calcularon con datos censales del año 2010.
3. Los datos NBI en los tres casos corresponden a datos censales del año 2010. En el caso de Córdoba, corresponde a datos del Departamento Capital.
4. Los datos de cobertura en los tres casos corresponden a datos censales del año 2010.
5. Datos del Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud extraídos de nota periodística «Preocupa el aumento en la ocupación de camas críticas», La Voz del Interior, 13/09/2020. Disponible en <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/preocupa-aumento-en-ocupacion-de-camas-criticas/>
6. Datos extraídos del Informe Situación Epidemiológica Actual de la Provincia de Córdoba del 22 de octubre de 2020. Disponible <https://www.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2020/10/Fnal-22-de-octubre.pdf>

## Región Metropolitana de Buenos Aires

La Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) es el aglomerado urbano más grande del país. Comprende a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y a 43 municipios,<sup>1</sup> ocupando una superficie de 18.397 km<sup>2</sup> que aloja a más de 16 millones de habitantes, un tercio de la población total.

CABA se caracteriza por presentar una tasa de envejecimiento muy alta, cercana al 23 %.<sup>2</sup> Esta tasa es 7 puntos superior a la nacional y 8 puntos a la del conjunto de los partidos. Se trata de un atributo con implicancias para los contagios, dada la vulnerabilidad de los adultos mayores frente a la expansión del virus. Este amplio territorio también muestra contrastes en indicadores vinculados a las condiciones de vida, rotundos diferenciales en el modo a través del cual se transitaba el aislamiento y circulaban los contagios. La pobreza estructural, medida a través de las necesidades básicas insatisfechas en los hogares, alcanza el 9,6 % en los partidos y un 6,3 % entre los hogares de la Ciudad. En términos de tasas de desocupación, las divergencias son mayores: 11,94 % versus 7,73 % en CABA. Sin embargo, estos promedios prepandémicos crecen en el tercer trimestre del año 2020 y las desigualdades se profundizan.<sup>3</sup>

La cobertura de salud y la infraestructura hospitalaria fueron variables centrales en las condiciones en el modo de abordar la crisis sanitaria. Con brechas significativas entre CABA (17,6 %) y la segunda corona (43,1 %), según datos censales casi el 34 % de la población contaba exclusivamente con cobertura estatal. Al inicio de la pandemia, la región contaba con aproximadamente 3514 camas destinadas exclusivamente a cuidados de terapia intensiva (833 en los partidos y 116 en CABA); pero menos de una tercera parte de éstas pertenecían al sector público. Durante el pico de contagios (en el mes de agosto de 2020), la ocupación de las camas UTI adultos alcanzó un 68,8 % de la disponibilidad de la región.

- 
- 1 Seguimos aquí la delimitación propuesta por Di Virgilio, Arqueros y Mujica (2015). La misma contempla, además de CABA, los siguientes partidos: Avellaneda, Almirante Brown, 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, La Plata, Lanús, Lobos, Lomas de Zamora, Luján, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Mercedes, Merlo, Moreno, Morón, Navarro, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tres de Febrero, Tigre, Vicente López, Zárate.
  - 2 La tasa de envejecimiento mide el cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100.
  - 3 Durante el tercer trimestre del año 2020, estos valores subieron y las brechas se profundizaron: 14,76 % y 10,44 % respectivamente. Fuente: EPH, 2020.



El mapa político institucional de la RMBA encierra complejidades que atravesaron la implementación de las políticas. La gestión de las políticas sanitarias está compartida por la Nación, CABA, la Provincia y 43 municipios. Mientras el Gobierno Nacional y el de la Provincia forman parte de la misma coalición política asumida en diciembre de 2019 (Frente de Todos); en la Ciudad, el Jefe de Gobierno renovó su mandato como parte de la alianza Cambiemos. La composición política entre los municipios es un 80 % similar a la del anterior periodo de gestión: 36 están alineados con el Frente de Todos y 7 con la alianza Cambiemos.

## Gran Córdoba

El aglomerado Gran Córdoba (GCBA) es el segundo aglomerado urbano del país. Su núcleo central es la Ciudad de Córdoba (que concentra el 40 % de la población de la provincia). Junto con 12 localidades conurbadas que la rodean, abarcan un área de 608 Km<sup>2</sup><sup>4</sup> en el que habitan 1.562.487 personas. La edad promedio de la población es 32, 53 años, y la tasa de envejecimiento 14,76.

En este territorio desigual, hay 5,9 % de hogares con NBI, aunque en localidades más periféricas del aglomerado, ese porcentaje aumenta incluso al 8 %. La tasa de actividad disminuyó 5 puntos con el inicio de la pandemia,<sup>5</sup> mientras que la tasa de desocupación, aumentó 9 puntos.<sup>6</sup>

La desigualdad también se expresa en los indicadores de cobertura de salud. En el Gran Córdoba, la población con cobertura estatal exclusiva, representa el 31 %.

Al inicio de la pandemia, en el Gran Córdoba había 921 camas UTIS. Esto significa que el área concentraba el 56 % de las camas UTIS disponibles en la provincia. De esas 921 camas, el 60 % eran públicas (561) y 40 % privadas (360). Al momento del pico más alto de contagios, a mediados de octubre, el porcentaje de ocupación de camas superó el 82 % de un universo de 1.654. Sin embargo, el 22 de octubre, se produce un descenso abrupto del porcentaje de ocupación, disminuyendo a 62 %. La explicación de este descenso responde a que se agregaron 725 nuevas unidades más en el sistema sanitario. Así, desde ese momento, los datos oficiales —entre ellos el reporte diario— pasaron a considerar un total de 2.379 camas operativas en todo el sistema sanitario

---

4 El Gran Córdoba incluye las localidades de Córdoba Capital, Agua de Oro, El Manzano, La Calera, La Granja, Malvinas Argentinas, Mendiola, Río Ceballos, Saldán, Salsipuedes, Unquillo, Villa Allende y Juárez Celman <https://estadistica.cba.gov.ar/?s=gran+cordoba>

5 Pasando de 48,08 % a 43,44 % en el segundo trimestre de 2020 (EPH)

6 19,13 % en el 2do. trimestre del año 2020 (EPH).

provincial, de las cuales se especificaba que 942 eran Unidades Críticas y 1436 Unidades de Piso con O<sub>2</sub> + Monitoreo. El día con mayor internación fue el 31 de octubre con 1.712 pacientes internados. En el mes de noviembre los casos comienzan a descender.

En el aglomerado GCBA, la gestión de la crisis sanitaria y social ocasionada por la pandemia, no puede entenderse sin considerar que el ejecutivo provincial y el intendente de la ciudad capital, comparten la misma pertenencia partidaria. El justicialismo cordobés preside el ejecutivo provincial desde fines de los años noventa y este fue su sexto mandato consecutivo. En las elecciones de 2019, Schiaretti fue reelegido como gobernador y traccionó el triunfo de Martín Llaryora, permitiendo que luego de 16 años, el justicialismo asumiera la Intendencia de la Ciudad de Córdoba en diciembre de 2019.

## Gran Santa Fe

La Región Metropolitana de Santa Fe se compone de seis localidades, cuatro municipios y dos comunas,<sup>7</sup> ocupando una superficie de 637,3 km<sup>2</sup> con una población de 533.667 personas. Con respecto a la tasa de envejecimiento, en el Gran Santa Fe es de 15,3 mientras que la ciudad de Santa Fe es de 16, notablemente superior al resto de las localidades. En los barrios del centro de la ciudad se encuentra entre el 30 y 40 % mientras que, en las localidades periurbanas, la misma es inferior al 10 %.

Los indicadores de condiciones de vida, medidos a partir de NBI en los hogares, presentan bajos niveles con 5,8 % en el aglomerado y 5,5 % en la ciudad de Santa Fe. Sin embargo, en algunas zonas de la ciudad superan al 25 % (zonas del sudoeste, oeste y norte). La tasa de desocupación del Gran Santa Fe fue de 6,2 % en el primer trimestre del año 2020, creciendo exponencialmente a 20,3 % en el segundo, el que fuera el peor momento durante el ASPO,<sup>8</sup> y de un 9,5 % en el tercero.

La población con cobertura estatal exclusiva en el Gran Santa Fe es de 34,5. El área posee 66 establecimientos estatales de salud (un 70 % se concentra en la ciudad de Santa Fe, que contempla 44 centros de salud y 6 establecimientos con internación). Asimismo, se registraban 147 camas críticas con respirador en el Gran Santa Fe de las cuales 54 pertenecen al subsector público. Durante

---

7 Municipios (más de 10 000 habitantes): Santa Fe, Santo Tomé, Recreo y San José del Rincón. Comunas (menos de 10 000 habitantes) Sauce Viejo y Arroyo Leyes.

8 Este dato surge de un relevamiento que se hizo durante la pandemia, y telefónicamente, por lo cual tiene muchas limitaciones metodológicas.

el pico de contagios (fines del mes de octubre), la ocupación de camas UTI de adultos alcanzó un 80 %.

El mapa político del área está signado por la tensión entre el gobierno provincial (gobernado desde 2019 por el Frente de Todos) y el gobierno de la ciudad capital (representado por el Frente Progresista Cívico y Social).

Dadas estas diferencias, resulta relevante indagar de qué modo se organizaron las responsabilidades entre niveles de gobierno en cada territorio para responder a tan diversos desafíos; si existió algún tipo de especialización entre niveles gubernamentales con relación a los diferentes núcleos de intervención y con qué instrumentos de políticas intervinieron. En particular interesa reconstruir la presencia del Estado nacional en cada aglomerado y en relación con qué núcleo intervino más fuertemente, así como también identificar los actores que lideraron el proceso y los clivajes que se fueron produciendo en el transcurrir de la primera ola. La cuestión de la coordinación está particularmente condicionada por los atributos de la matriz institucional y la dinámica política intergubernamental. En ese sentido, importa analizar el papel que tuvieron los escenarios de coordinación intergubernamental en el proceso de toma de decisiones, sus agendas y los cambios que tuvieron lugar en el periodo.

### **¿Simultaneidad o acción conjunta? Una lectura de la implementación de las políticas desde los territorios**

Este apartado incursiona en un análisis «vertical» del trabajo que llevaron adelante en simultáneo (y con diferentes niveles de coordinación) el gobierno nacional, los provinciales y los municipales en cada uno de los aglomerados. Sin reiterar la descripción de los dispositivos de políticas (realizada en los capítulos anteriores), se busca analizar el modo que se desplegaron y jerarquizaron en territorios particularmente configurados. Dada la perspectiva adoptada en este estudio, el análisis busca expandir la mirada desde las instituciones, organismos y agencias del aparato estatal hacia las dinámicas sociopolíticas en territorios concretos, considerando (verticalmente) en simultáneo distintas escalas.

Desde esta aproximación y siguiendo el análisis de políticas por instrumentos, se interroga en el contexto singular de cada aglomerado, el modo cómo se organizaron las responsabilidades entre niveles de gobierno en ese territorio; si existió algún tipo de especialización de los distintos niveles gubernamentales en relación con los núcleos de intervención, buscando indagar en el modo de intervención del Estado nacional en cada contexto singular; y cómo se resolvió en cada aglomerado la necesidad de coordinación.

Los núcleos de intervención comprometidos en el control de contagios masivos organizan el análisis vertical de dispositivos y sus instrumentos tal como se presenta en las Tablas 2 y 3 que figuran como anexo de este capítulo.

### La Región Metropolitana de Buenos Aires: de laboratorio de políticas públicas a escenario de tensiones políticas

La Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) fue laboratorio y espacio de aprendizaje de las políticas de control de los contagios masivos que se desplegaron apenas declarada la pandemia. Este territorio contiguo, institucionalmente fragmentado y muy desigual en el que habita más de un tercio de la población del país (Zaballa, 2020), fue el escenario donde se exploró la implementación de las primeras iniciativas y se fueron posicionando los actores gubernamentales en relación con un fenómeno de gravedad indudable pero cuya duración parecía muy difícil de anticipar.

La novedad, magnitud y densidad política que tuvo esta experiencia inaugural captó la atención del gobierno nacional (Couto y Carmona, 2020; Paz Noguera, 2020) y, en esos primeros meses, la RMBA llegó a convertirse en su territorio de referencia y las decisiones nacionales estuvieron condicionadas por los problemas y conflictos propios de una dinámica intergubernamental horizontal muy compleja y sujeta a diferencias estructurales también profundas. Parte de este posicionamiento del gobierno nacional se advierte en el análisis de lo que sucederá en los aglomerados de Gran Córdoba y Gran Santa Fe, a los que se hará referencia más adelante.

A través de distintos instrumentos de excepción y posicionado en la novedad de un fenómeno acerca del cual tenía (y había decidido tomar) la palabra (Andrenacci, 2020),<sup>9</sup> el gobierno nacional lideró la trama intergubernamental en la RMBA con relación a un primer objetivo: «demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud». Con esta finalidad, las medidas de «aislamiento estricto» estuvieron acompañadas de iniciativas audaces para un gobierno nacional que recién asumía y que había encontrado a una política sanitaria en repliegue:<sup>10</sup> brindó apoyo financiero y

---

9 La capacidad de interlocución con gobiernos de otros países, sociedades científicas y organismos multilaterales a nivel internacional, fue un recurso que fortaleció —en los primeros meses— la jerarquía institucional de origen del gobierno nacional.

10 La política sanitaria del gobierno anterior (2015–2019) se caracterizó discontinuar y reducir la distribución de insumos críticos de los programas nacionales (medicamentos, vacunas, tratamientos para patologías específicas) a la vez que degradó el Ministerio de

logístico para ampliar las camas para internación, especialmente las de terapia intensiva (Silberman *et al*, 2021; Estenssoro *et. al.*, 2022); centralizó la compra de recursos críticos como los equipos de la asistencia respiratoria mecánica; y abordó un objetivo clave para la prevención de contagios como fue la «expansión de la capacidad diagnóstica de los laboratorios públicos» no solo a través de la ampliación de los laboratorios nacionales, sino transfiriendo también capacidades a los centros de diagnóstico sub nacionales y a los laboratorios universitarios localizados en el territorio de la RMBA (Maceira, Olaviaga e Iñarra, 2021). Estas medidas, entre otras, fortalecieron la rectoría del Ministerio Nacional de Salud frente a un mapa de proveedores tan disperso como desigual.<sup>11-12</sup>

Entre los meses de marzo y junio, el gobierno nacional lideró una «mesa política» formada por el «Presidente», el «Gobernador de la provincia de Buenos Aires (PBA)» y el «Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)» que tuvo alta visibilidad pública; durante algunos meses, pusieron entre paréntesis las diferencias que los distanciaban. Más allá de las instancias de coordinación a nivel sectorial (ministros de las carteras sanitarias y jefes de gabinete de cada jurisdicción), esta «mesa» fue el ámbito desde el que se «organizó una conversación con la sociedad», objetivo de gran importancia para las políticas de prevención de contagios. Al alineamiento de las tres jurisdicciones (más allá de las diferencias partidarias) en torno a un objetivo superior, el gobierno nacional sumó y jerarquizó la palabra de los expertos buscando fundar en la legitimidad científica las decisiones que iba tomando (García Delgado, 2020; Andrenacci, 2020). Este recurso fue también adoptado por la PBA y, en menor medida, por la CABA.

Cabe destacar que estos espacios de coordinación intergubernamental sobre un territorio contiguo como es la RMBA, se libraron en un plano político (por decisión de los actores de gobierno) y también sectorial (de los ministerios y las jefaturas de gabinete) sin haber contado con algún arreglo institucional de

---

Salud en Secretaría de Estado de Salud, subsumiéndolo en otro ministerio junto a Desarrollo Social (Decreto 801/2018).

- 11 Al inicio de la pandemia, la RMBA contaba con un promedio de 23 198 camas disponibles en el subsector estatal. Un 51,4 % eran camas municipales, un 42,4 % eran provinciales y 6,2 % nacionales. Por otra parte, casi una tercera parte del total de las camas disponibles (7500) se encontraban en CABA. (Fuente: Departamento Servicios de Salud – DIS; Dirección General de Estadística y Censos sobre la base de datos del Ministerio de Salud GCBA).
- 12 Maceira, Olaviaga e Iñarra destacan que a pesar de las inversiones y los esfuerzos realizados, y aun cuando los laboratorios fueron una pieza priorizada de fortalecimiento institucional, las brechas continuaron siendo profundas en relación con las necesidades (Maceira, Olaviaga e Iñarra, 2021:20).

coordinación preexistente a nivel metropolitano en el cual apoyarse (Zaballa, 2020). Tampoco se llegó a generar alguna institucionalidad *ad hoc* para el desarrollo de las políticas en pandemia, más allá de los comités que articulaban horizontalmente a los organismos al interior de cada nivel de gobierno.

Como en la mayoría de los países (Han, Mei Jin Tan, Turk *et al*, 2020), las medidas de restricción comenzaron con la administración centralizada del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) (Decreto 297/2020) el 19 de marzo de 2020 y se diversificaron a partir de la incorporación del Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DISPO) el 7 de junio de 2020 (Decreto 520/2020), hito que institucionalizó el reconocimiento por parte de la política nacional de las distintas situaciones epidemiológicas que existían en el país, hasta el momento procesado por la Jefatura de Gabinete a través de los «permisos para realización de actividades» y la «segmentación geográfica».<sup>13</sup>

En la RMBA, la institucionalización de las autorizaciones a las salidas recreativas para niños y la realización de actividades deportivas al aire libre<sup>14</sup> inauguraron una polémica entre el gobierno de la CABA y de la PBA, que activó tensiones político partidarias de base (entre las principales coaliciones que organizaban la política nacional) e hizo evidente las diferencias que existían entre PBA y CABA en las ideas acerca de cómo procesar el agotamiento de una parte de la sociedad que acechaba el cumplimiento efectivo de las medidas y comenzaba a lesionar también la propia legitimidad gubernamental. Estos conflictos atentaron contra la posibilidad de coordinar acciones en relación con «disminuir la exposición de las personas al virus limitando la circulación y promoviendo el distanciamiento social», núcleo de intervención de la política de prevención de contagios que necesitaba ser sostenida en el tiempo más allá de la excepcionalidad de la emergencia. Así, empezaron a considerarse otras fuentes de validación que pusieron en cuestión al «saber experto basado en la evidencia científica».

La ruptura de este alineamiento inicial abrió una nueva etapa dominada por tensiones derivadas de las diferencias entre los actores subnacionales, responsables de la implementación de las medidas en una región contigua (RMBA) que requería de acuerdos intergubernamentales horizontales. Esta ruptura

---

13 Estas medidas del Gobierno Nacional fueron explicadas en el Capítulo 2 «Radiografía de las políticas nacionales orientadas a dar respuesta a la pandemia y sus formas de implementación» (Tomo 1).

14 El conflicto en torno a los «runners» o «corredores» (junio de 2020) se transformó en uno de los primeros hitos de la fractura de la mesa que se había presentado como un espacio de trabajo compartido.

activó diferencias en las ideas que anidaban en condiciones estructurales y políticas bien diferentes.

Desde el punto de vista socio sanitario, los gobiernos de la CABA y de la PBA enfrentaban desafíos difícilmente comparables. Mientras en CABA los establecimientos del primer nivel de atención formaban junto a los hospitales una red más o menos homogénea dependiente del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad; en la PBA casi la totalidad de los establecimientos del primer nivel estaba bajo la jurisdicción de 43 municipios y los hospitales se distribuían bajo patrones también diferentes entre la provincia, los municipios y la nación (Chiara, 2019). A esa desigualdad en la configuración de (y gobernabilidad sobre) la oferta, se sumaban las diferencias en la demanda ya aludida: la población con cobertura pública exclusiva en los 43 municipios de la provincia que formaban parte de la RMBA era 8,5 veces superior a la de la CABA (Tabla 1).

Estos atributos estructurales se vieron fortalecidos por la trayectoria política de los actores. Mientras en CABA venía gobernando la misma coalición con (casi) los mismos elencos (Coalición Cambiemos a Juntos por el Cambio), en la provincia de Buenos Aires se había producido en diciembre de 2019 el cambio de autoridades de una a otra coalición (de la Coalición Cambiemos a la conformada en el Frente de Todos) y, como sucedía también en la nación, nuevos equipos asumían por primera vez la gestión gubernamental en este territorio (Tabla 1).

Estas tensiones en el modo de interpretar, traducir y adoptar la normativa nacional desde los niveles subnacionales, tuvieron lugar (paradójicamente) en un contexto de escalada exponencial de la curva de contagios y fallecimientos en la RMBA y de la declaración de «transmisión comunitaria» en otras provincias, situación que anticipaba el incremento de casos que llevaría al gobierno nacional a ampliar su ámbito de actuación, dejando de liderar —en el plano político— la arena de la RMBA. En ese escenario, las disputas entre las autoridades de la CABA y de la provincia de Buenos Aires en torno a estas diferencias, dominaron a la vez que segmentaron la «*conversación con la sociedad*». Cada uno abrió una conversación con su base de referencia y afinidad jerarquizando distintas ideas fuerza: la del cuidado colectivo, solidaridad y salida colectiva en el caso de la PBA y el respeto a las libertades individuales, cuidado colectivo y corresponsabilidad en el caso de la CABA (Tabla 3).

Frente a esta situación, la coordinación intergubernamental quedó limitada a la arena sectorial (autoridades sanitarias y jefaturas de gabinete) donde los actores buscaban tomar distancia, con éxito desigual, de las tensiones que dominaban la dinámica política.

Aún con estos vaivenes, algunos dispositivos de políticas se sostuvieron a lo largo del tiempo como fue la plataforma «Cuidar», desarrollada por el Estado nacional para gestionar los permisos de circulación en el contexto de la excepcionalidad del «aislamiento estricto», que se mantuvo en todo el periodo bajo análisis regulando la rutina de circulación de personas y familias. Cabe destacar que su vigencia efectiva dependía del ejercicio de mecanismos de control que desarrollaran las jurisdicciones; el gobierno de la PBA se distinguió de CABA en la «utilización de la fuerza pública» y, en algunos casos puntuales, de «controles sanitarios», como instrumentos de políticas.

Una mención particular en clave intergubernamental, merecen las intervenciones desarrolladas por las distintas jurisdicciones para abordar la «búsqueda activa de personas con síntomas en el territorio». En las puertas de una fuerte escalada de los contagios en la RMBA, la nación implementó el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETECTAR) para la RMBA que implicaba el trabajo conjunto entre jurisdicciones para la búsqueda activa de casos en territorios segregados, denominados «barrios populares». Se trató de un dispositivo pensado para abordar el control de brote en situaciones problemáticas específicas (Barrio Padre Mujica–Villa 31 en CABA; Villa Azul y Villa Itatí en Quilmes y Avellaneda en PBA) a través del instrumento «operativo en territorio», y fue adoptado por las distintas jurisdicciones como forma de construir una imagen del Estado presente en el territorio de proximidad. En la provincia de Buenos Aires, estos operativos se llamaron «Jornadas de búsqueda activa de casos sospechosos de COVID19», en CABA y en algunos municipios DETECTAR.<sup>15</sup>

Las diferencias más importantes se vieron entre la propuesta de nación y PBA (asociada a la idea de operativo en barrios populares) y la de la CABA que, más allá de operativos puntuales, buscó estabilizar el dispositivo a través de «puestos móviles» en distintos puntos de la Ciudad.

La propuesta del DETECTAR (más allá de su nomenclatura) fue desplazando al Programa «El Barrio Cuida al Barrio» (EBCB) de aquella idea de «cobertura amplia» (en un territorio delimitado por el trabajo de las organizaciones sociales) que no había logrado consolidarse, hacia la modalidad de «operativo

---

15 En el nivel local varió la forma de nombrar a esta estrategia, aunque en casi todos los casos se encuentra la referencia explícita al «DETECTAR»: «Operativos de detección temprana en el marco del Programa El Barrio Cuida al Barrio» y «Plan DETECTAR» (Municipio de Luján); «Cuidarnos + DETECTAR» (Municipio de Quilmes); «Operativos de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria / DETECTAR» (Municipio de Morón), «Búsqueda Activa de Casos con Unidad de Testeo Móvil» (Municipio de Tres de Febrero); «Operativo Socio Sanitario Preventivo Municipal» (Municipio de José C. Paz) (Chiara, 2020:33).



sanitario». Con la misma lógica, la propuesta de «Abordaje Territorial para la Respuesta al COVID19» (ATR), se movió también hacia la idea del «operativo» (Chiara, 2020:33).

Se buscaba a su vez mostrar que se abordaba un objetivo que fue débilmente asumido y ejecutado por los niveles nacional y provincial como fue la «organización de un sistema de apoyo o soporte para las personas y las familias, y la protección a las personas en situación de riesgo», tarea que quedó —de manera desigual— en la órbita de los municipios.

Algunas experiencias locales que tuvieron lugar en la rsv,<sup>16</sup> por ejemplo, acompañaron el trabajo de la prevención en terreno con acciones específicas para hacer frente a las situaciones de crisis alimentaria: desarrollo de ollas populares; distribución de insumos y capacitaciones para el autocultivo de alimentos en huertas; y promoción de mercados de productores de alimentos en entornos cercanos a la población de los barrios más afectados. Este tipo de intervenciones supuso la articulación de las autoridades municipales con otros actores como referentes comunitarios, organizaciones sociales territoriales y productores locales de alimentos (Ariovich *et al*, 2021).

La PBA buscó abordar este objetivo ganando en autonomía por fuera de las relaciones con otros niveles de gobierno. Algunas de estas articulaciones cobraron fuerza en el marco de dispositivos que tuvieron como eje el seguimiento de casos sospechosos de COVID 19, confirmados y contactos estrechos. Los Centros de Telemedicina COVID19 (CETEC) involucraron la participación conjunta del Ministerio de Salud de la Provincia y de las universidades nacionales emplazadas en distintas localidades del aglomerado.

Las diferencias y tensiones desatadas en torno a «la vuelta a la presencialidad en las escuelas», fue el hito que más marcó mayor distancia entre Nación y CABA. Promocionado por las autoridades de la Ciudad en octubre de 2020, el proceso de revinculación escolar se ubicó como antesala del debate para la vuelta obligatoria a clases en febrero del siguiente año.

---

16 Los municipios que integran la Regios Sanitaria V son: Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Martín, San Miguel, San Isidro, Tigre, Vicente López y Zárate.

## La región del Gran Córdoba: sintonía política entre provincia y municipio, e institucionalización de la coordinación de la emergencia

En la coyuntura inicial, el primer objetivo del gobierno de la provincia de Córdoba en sintonía con el gobierno nacional, fue «demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud». Este objetivo tuvo como elemento central las medidas de administración del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) que el gobierno nacional estableció el 19 de marzo y al que el gobierno provincial adhirió un día después.<sup>17</sup> El gobierno nacional, no solo dictaminó las regulaciones para administrar el ASPO, también contribuyó con recursos económicos e insumos para robustecer el sistema de salud,<sup>18</sup> «ampliar la capacidad diagnóstica de la red de laboratorios» y dictaminó el trabajo territorial activo del Ejército Argentino y la Gendarmería Nacional. Mediante resoluciones ministeriales y protocolos, el gobierno provincial dictó una serie de medidas para garantizar su cumplimiento y así «disminuir la exposición de las personas al virus limitando la circulación y promoviendo el distanciamiento social», tales como el «Protocolo de Recepción y Aislamiento de personas repatriadas residentes en la provincia de Córdoba»,<sup>19</sup> el control y aislamiento de personas que se movilizaban entre jurisdicciones y la restricción de los límites en los que se podía circular.

Una de las primeras tareas del gobierno provincial fue la creación de la institucionalidad necesaria para «coordinar la gestión de la emergencia», en un contexto que exigía una fuerte articulación intergubernamental (coordinación entre instituciones de un mismo nivel de gobierno) e interjurisdiccional (entre Nación–provincias y gobierno locales). El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) permitió la centralización de la toma de decisiones en el ámbito provincial. Estuvo conformado por una Coordinación General y seis Coordinaciones Regionales y buscó articular una lógica de trabajo interagen- cial, interinstitucional e interdisciplinaria. Participaron del mismo el Ejecutivo provincial y municipal de Córdoba, los ministerios del gobierno provincial (con un fuerte protagonismo del Ministerio de Salud y más específicamente

---

17 DNU 297 del 19 de marzo de 2020 y Decreto provincial 201 del 20 de marzo de 2020.

18 En el marco de la Red de Emergencia Sanitaria Federal COVID19, el Ministerio de Obras Públicas de la Nación, construyó nueve centros sanitarios con módulos habitacionales prefabricados. Según datos oficiales, el Gobierno Nacional invirtió \$2.185 millones, en el Hospital Modular de Córdoba, de Bouwer y el Centro Modular de Mina Clavero. Datos oficiales extraídos de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/en-cordoba-nacion-Invierte-2185-millones-en-obras-para-el-sistema-de-salud>

19 Resolución 312 del Ministerio de Salud.

de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud), las áreas de salud y desarrollo social del municipio, las fuerzas policiales, el Ejército y Gendarmería nacional. Además, se incorporaron expertos y expertas<sup>20</sup> de diferentes disciplinas científicas (provenientes de los institutos de investigación universitarios y del CONICET). El COE, tuvo su sede central en la ciudad de Córdoba en el SUM del Ministerio de Desarrollo Social, y era el lugar al cual la prensa podía asistir y abastecerse de información para la ciudadanía sobre el estado de situación y el avance del virus. En ese sentido, se tornó un dispositivo que, junto con el reporte diario y la estrategia provincial de comunicación en cuidados y prevención sirvieron para «organizar una conversación con la sociedad».

La constitución del COE fue posible por las relaciones intergubernamentales (RIGs) preexistentes y sumó a esos patrones de interacciones previos, otros actores requeridos para afrontar la emergencia. De este modo, el funcionamiento del COE implicó la interacción, negociación y articulación entre diversos organismos de gobierno. Estas RIGs tuvieron un carácter dinámico en función distintas variables: la cantidad de casos activos; la situación del sistema hospitalario (fundamentalmente de la ocupación de camas y del personal médico disponible); el mayor conocimiento de la patología y de un saber hacer aprendido en el transcurso de los meses. Este proceso implicó reformulaciones, a lo largo del año 2020, de los objetivos, los dispositivos y los instrumentos desplegados.

En los primeros meses de la pandemia, las disposiciones del COE apuntaron, principalmente, a «disminuir la exposición de las personas al virus limitando la circulación y promoviendo el distanciamiento social y modificación de los hábitos». Con tal objetivo, se implementaron: cordones sanitarios;<sup>21</sup> restricciones (parciales o totales) en el desarrollo de actividades; aislamiento y control para personas que se movilizan entre jurisdicciones; puesta en funcionamiento

---

20 El 8 de mayo, mediante la Resolución 745 del Ministerio de Salud, se gestiona la creación de un Comité Asesor de Científicos para disponer de elementos técnicos y de apoyo profesional para el abordaje de la pandemia y la evaluación de las medidas en la provincia. Dicho Comité fue conformado, prioritariamente, por funcionarios y funcionarias de la actual cartera de salud del gobierno provincial, exfuncionarios de gobierno con formación y experiencia en salud. A su vez, durante los primeros meses, desde el COE se convocó a participar a la comunidad científica radicada en el territorio provincial, más específicamente en la ciudad de Córdoba, con sede de trabajo en diferentes institutos y dependencias del sistema científico nacional. En el Documento de Trabajo 8 de este proyecto, hay una reconstrucción más extensa. Disponible en <https://tripcovidiiigg.sociales.uba.ar/publicaciones/reconstruccion-y-analisis-de-politicas-publicas-para-la-contencion-de-la-crisis-sanitaria-y-social-ocasionada-por-la-pandemia-de-COVID19-en-cordoba-2020/>

21 Existieron dos tipos de cordones sanitarios, *estrictos* y *restringidos* que implicaron grados diferentes de cierre y restricciones a la movilidad de la zona afectada

de permisos para circular; restricciones a la circulación nocturna y/o en fines de semana; restricciones para el ingreso a localidades o ciudades. El COE ejecutaba algunas disposiciones, pero emitía otras que debían cumplirse por parte de diferentes unidades de gobierno y de la ciudadanía. En muchas ocasiones, las medidas dispuestas por el COE fueron acompañadas del uso de la fuerza pública. Incluso, se estableció un call center para atención de consultas relacionadas con COVID19, que brindaba información y recibía denuncias de casos sospechosos e incumplimientos de protocolos y normativas vigentes.

En paralelo, el gobierno provincial con recursos locales y nacionales, se concentró en la ampliación de la capacidad instalada hospitalaria, reforzando la matriz hospitalocéntrica del sistema en tanto no incorporó en la estrategia sanitaria un rol específico a la atención primaria de la salud. Incluso, en algunas entrevistas realizadas en el marco de esta investigación, emerge una mirada crítica respecto a la orientación que tuvo la gestión de la pandemia «de carácter médico–biologicista» y «apoyada en la infectología». En ese marco, se señala que se limitó la función de la atención primaria de la salud y que el sector no fue convocado ni jerarquizado en el COE.

La «organización de un sistema de apoyo o soporte para las personas y las familias, y la protección a las personas en situación de riesgo» fue otro objetivo de las intervenciones.<sup>22</sup> En particular, el COE, en articulación con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia y el Municipio de la Ciudad de Córdoba, brindó asistencia social, alimentaria y sanitaria, a la población que se veía afectada al instalarse un cordón sanitario. Asimismo, desde el ámbito Municipal, se desplegó el Programa de Alojamiento y Contención en la Emergencia para personas en situación de calle y se dispuso, en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, un callcenter para la Atención de Adultos Mayores.

A mediados de año, el gobierno nacional estableció la continuidad del ASPO (DNU 520/20) para aquellas áreas en donde existía circulación comunitaria del virus y el «Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) para aquellas zonas no afectadas.<sup>23</sup> Según lo que establecía el decreto nacional, el Gran Córdoba debía continuar bajo el ASPO. Sin embargo, el día 5 de junio, el COE modifica la definición del Gran Córdoba para restringirla a la ciudad capital.<sup>24</sup> De ese modo, con excepción de su ciudad capital que continuó en

---

22 En el capítulo 4 del Tomo II se ofrece un análisis de intervenciones en materia de protección social y asistencia alimentaria en el territorio provincial.

23 El Gobierno de la provincia de Córdoba adhirió a esta medida por medio del Decreto 405/2020.

24 En [https://www.cba24n.com.ar/sociedad/cuales-son-las-localidades-que-pasan-a-ser-zonas-blancas-\\_a5eda5a3df5bd154ab0efc96b](https://www.cba24n.com.ar/sociedad/cuales-son-las-localidades-que-pasan-a-ser-zonas-blancas-_a5eda5a3df5bd154ab0efc96b)

ASPO, el 7 de junio la provincia pasó a estar regida por el DISPO. Así, al interior de la provincia se implementaron medidas de distanciamiento social en reemplazo del aislamiento con una apertura progresiva de las actividades económicas, sociales y recreativas. Pese a que era claro que en la ciudad de Córdoba se estaba en presencia de transmisión comunitaria, el 1 de julio la capital pasa también a regirse por el DISPO, aunque con restricciones y el establecimiento de varios cordones sanitarios. Este proceso de apertura de actividades y mayor circulación de las personas provocó un paulatino aumento de casos, sobre todo en el Gran Córdoba. Hacia el mes de julio se evidencia un rápido ascenso en la cantidad de casos diarios y su irradiación hacia el interior. En respuesta a la situación, buscando «disminuir la exposición de las personas al virus limitando la circulación y promoviendo el distanciamiento social y modificación de los hábitos», el gobierno de la Provincia acrecienta el control y poder sancionatorio. Por un lado, establece que aquellas personas que ingresaran a la provincia de Córdoba debían permanecer en aislamiento sanitario estricto por 14 días y ser controladas por las autoridades del Ministerio de Salud y/o del COE.<sup>25</sup> A su vez, la legislatura establece un Régimen Sancionatorio Excepcional Emergencia Sanitaria COVID19 destinado a todas las personas que incumplan las disposiciones del COE dentro del territorio provincial.<sup>26</sup> Asimismo, se intensifica el uso de cordones sanitarios buscando contener la dispersión del virus sin retroceder a una fase de mayor aislamiento.

La confluencia de un aumento exponencial de casos en un contexto de declarada transmisión comunitaria del virus, sumado al desgaste social por las restricciones,<sup>27</sup> tuvieron por efecto desplazar la gravitación del COE en la «coordinación de la emergencia». De hecho, el COE pasó de disponer a reco-

---

25 Decreto 469 del 30 de junio de 2020.

26 Ley 10702 del 17 de julio de 2020.

27 En el mes de agosto, ocurren dos hechos de gran impacto social, mediático y político que modificaron la gravitación del COE y la estrategia del gobierno provincial para contener la diseminación del virus. El 5 de agosto, policías mataron por la espalda a Blas Correa, un adolescente de 17 años, cuando evitó detenerse en un retén policial nocturno. Este episodio generó una reacción social diferente respecto de otros casos de gatillo fácil y la repercusión mediática fue tal que produjo la remoción de las autoridades de la Dirección General de Seguridad Capital de la Policía de la Provincia de Córdoba. A este hecho, se sumó otro que conmovió a la opinión pública: la muerte de Solange Musse, una joven que padecía un cáncer terminal y falleció sin despedirse de su padre quien, una semana antes, había llegado a Córdoba desde Neuquén para acompañarla en sus últimos días y el COE no le había permitido el ingreso, siguiendo el protocolo establecido. Así, el 22 de agosto —un día después de este hecho— las resoluciones del COE dejaron de tener carácter obligatorio y se transformaron en recomendaciones

mendar y, paulatinamente, perdió protagonismo, dejaron de participar algunos actores (los expertos/as, el Ejército y Gendarmería), hasta que finalmente fue disuelto, siendo esas RIGS trascendentes a dicha disolución.

En esa nueva coyuntura, la estrategia de «búsqueda activa de personas con síntomas en el territorio», también se vio modificada. La misma consistió en la reducción paulatina, durante el mes de septiembre, de los cordones sanitarios y pasó a concentrarse en aumentar el volumen de testeos y la capacidad estatal para el seguimiento, el rastreo de contactos estrechos y el aislamiento. Sobre el aumento de testeos, el relato provincial es que Córdoba contó con mayor capacidad respecto a otras provincias y para ello hubo cierto distanciamiento respecto de las disposiciones del Ejecutivo Nacional, que, según las autoridades entrevistadas, no enviaba suficientes tests. Por lo cual, la provincia decidió comprar, a partir de agosto, test serológicos de manera directa. Más allá de estas diferencias, Córdoba siguió alineada en las recomendaciones epidemiológicas que se realizaban desde Nación (por ejemplo, lanzó una campaña local de comunicación pública de prevención de contagios desalentando la movilidad y con una fuerte promoción del testeo). La centralidad otorgada a los testeos requirió tareas locales de «mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios», y la creación de convenios con los laboratorios del INTA, la UNC y el subsector privado de salud. Los testeos fueron llevados a cabo mediante la creación de un Programa provincial de testeo (Programa Identificar, septiembre 2020). Mientras que la búsqueda activa y detección temprana de casos se logró, solo para la ciudad, a través de los Centros de Rastros (en Convenio con la UNC, noviembre 2020).

Por último, cabe remarcar, que «búsqueda activa de personas con síntomas, testeo, seguimiento, aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos», se apoyó en la convocatoria a voluntarios de las universidades nacionales, ONGS y a personas de la sociedad civil. Los voluntariados se constituyeron en un instrumento de las políticas que permitió ampliar la capacidad y disponibilidad de recursos humanos y tuvieron una gravitación significativa en materia de prevención de contagios masivos. El «Programa de Aceptación de Voluntarios Espontáneos» a cargo de la Secretaría de Gestión de Riesgo Climático, Catástrofes y Protección Civil del gobierno de la provincia y el «Voluntariado del COE» fueron algunos de los creados durante el 2020. Otro voluntariado significativo fue el armado por la Facultad de Ciencias Médicas a partir de un convenio específico con el Ministerio de Salud de la provincia.

## Gran Santa Fe: coordinación «en cascada», tensiones y solapamientos

La ciudad de Santa Fe es un locus significativo para analizar las relaciones intergubernamentales en la implementación de las políticas públicas, dado que en su territorio conviven e impactan los distintos niveles de gobierno. Desde el retorno de la democracia y hasta el año 2007, el campo de las políticas sociales en general y el de las políticas de salud en particular, presentó una muy baja autonomía del gobierno nacional y el provincial. A partir del gobierno del Frente Progresista tanto a nivel provincial (2007–2019)<sup>28</sup> como local (2007–continúa),<sup>29</sup> comenzó un proceso de innovación en términos de gestión de la cuestión social mediante intervenciones novedosas, aunque limitadas en la oferta de servicios y, especialmente, en la gestión en cuanto a la coordinación intergubernamental y al desarrollo de estrategias intersectoriales (Soldano, 2021). No obstante, el gobierno de la ciudad en materia de política de salud no ha logrado aún «correrse» de un lugar marginal y residual, debido especialmente a la casi inexistencia de infraestructura sanitaria municipal. El análisis de los principales dispositivos orientados a la prevención de los contagios durante el año 2020, confirman esta tendencia al mostrar el predominio de la gestión «en cascada». Esto es, los dispositivos que predominaron fueron los de la escala nacional que bajaron al gobierno provincial, y éste último bajaba al territorio del municipio, dejando al gobierno local escasos márgenes de maniobra en la definición de estrategias. Esto significó ciertas tensiones y conflictos, especialmente entre los gobiernos provincial y municipal, como así también solapamientos en la implementación de algunos dispositivos en el territorio de la ciudad.

Así, con el objetivo de «demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud», quedó explícito el liderazgo del gobierno nacional en el entramado intergubernamental en Santa Fe. En efecto, el gobierno provincial legitimó las medidas de aislamiento estricto, a pesar de que en los primeros meses el nivel de contagios no fue similar a los de RMBA. Siguió al gobierno nacional en la profundización de las medidas de control apoyándose en la policía provincial y en la Agencia de Seguridad Vial recibiendo un importante apoyo nacional a través del envío de equipamiento y

---

28 Desde 2019 gobierna el Frente de Todos, encabezado por el gobernador Omar Perotti, coincidiendo desde ese año el color político del gobierno nacional de Alberto Fernández y el provincial.

29 En el año 2007 por primera vez desde la recuperación democrática gana en las elecciones municipales un frente no peronista: El Frente Progresista Cívico y Social.

personal de las fuerzas nacionales (Gendarmería y Prefectura).<sup>30</sup> Por otro lado, el gobierno provincial se acopló a la estrategia nacional de ampliar la capacidad hospitalaria —especialmente de camas críticas en el sector público— a través de la compra de respiradores y el reacondicionamiento del Viejo Hospital Iturraspe, en el cual dispuso la utilización de zonas exclusivas para la atención de pacientes con coronavirus. Asimismo, con el objetivo de «mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios», la Nación le transfirió capacidades al Laboratorio Central de la provincia ubicado en la ciudad de Santa Fe para su habilitación como centro de diagnóstico. Concomitantemente, el gobierno provincial reforzó la tradicional matriz hospitalocéntrica del sistema en la medida que se concentró en la ampliación de la capacidad instalada de los hospitales de alta complejidad sin asignar un rol definido a la atención primaria de la salud. Por su parte, el gobierno de la ciudad, al carecer de una estructura sanitaria propia, no logró incidir sobre la estrategia provincial y su intervención fue de carácter subsidiario ante el colapso de los dispositivos provinciales durante el pico de la crisis (octubre–noviembre) y en gran medida se limitó a coordinar la asistencia social a grupos de riesgo con voluntarios y organizaciones sociales (Soldano *et al.*, 2021).

Otro núcleo de intervención central considerada por los distintos niveles de gobierno se relacionó con la necesidad de una «conversación con los involucrados y la sociedad para compartir información sobre la situación presente y delinear una idea de futuro». En Santa Fe, dicha demanda de coordinación de actores y puntos de vista, dio lugar a importantes tensiones y conflictos, especialmente en el campo de la difusión sistemática y regular de la información epidemiológica, sobre transmisión, síntomas, hábitos y rutinas preventivas.

En este sentido, mientras que funcionarios provinciales identifican a la comunicación como una de las fortalezas de la implementación de las políticas, referentes del gobierno de la ciudad afirmaron que los mensajes hacia la ciudadanía fueron poco claros e incluso, en ciertos momentos, contradictorios. En este contexto, el gobierno de la Municipalidad de Santa Fe optó por implementar su propia estrategia de comunicación solapando y duplicando los mensajes antes que profundizando los acuerdos y estrategias multiactorales. En efecto, la Dirección de Salud de la municipalidad incluyó la pestaña específica «Coronavirus» en su página web institucional, en la que se publicó

---

30 Según un informe oficial del gobierno provincial del mes de julio de 2020, refieren que para reforzar el trabajo policial y asistir en el control del aislamiento, se incorporaron 19 camionetas, 15 patrulleros, 20 motos y 3 furgones a Gendarmería Nacional, Policía Federal, Prefectura Naval y Policía de Seguridad Aeroportuaria radicadas en el territorio de la provincia.



un seguimiento diario de las noticias en relación con el virus, los decretos y las regulaciones específicas de competencia municipal. Al mismo tiempo, se diseñaron acciones comunicacionales para la difusión en medios masivos y se produjeron contenidos para acercar una serie de programas pedagógicos, culturales y de entretenimiento, especialmente durante el ASPO. Además, se realizaron algunas campañas específicas de difusión de las medidas de prevención para consorcios de edificios, comercios y asociaciones vecinales, dejando a disposición un número de whatsapp para consultas. A las estrategias comunicacionales de provincia y municipio se sumó la que «bajaba» de nación, confluyendo en el territorio un sin número de datos, medidas y acciones que había que respetar, pero no en todas las localidades del país, y una canasta de variados hashtags en las redes sociales. En definitiva, los tres niveles de gobierno implementaron en el mismo territorio de manera fragmentada, solapada y a veces hasta contradictoria acciones y estrategias de comunicación que, más que informar, en muchos momentos generó mayor incertidumbre. En este escenario, las tensiones entre las autoridades del gobierno local y provincial fueron expuestas públicamente, y se amplificaron, además, en términos de disputas políticas que se hacían eco de la escena a escala nacional.

En cuanto a la «coordinación intergubernamental para la gestión de la emergencia», los dispositivos e instrumentos implementados replicaron casi completamente el diseño de las estrategias nacionales. Estos revistieron cierto nivel de legitimidad durante los primeros meses del año 2020 que fue decreciendo con el paso del tiempo y que, paradójicamente, coincidió con los picos más alto de contagios. Mientras que desde el gobierno provincial enarbolaron los comités de expertos y de coordinación como estrategia multiagencial y multiactoral para la toma de decisiones y la implementación de los dispositivos, desde el municipio las voces oficiales impugnaron su funcionamiento, al que consideraron una estrategia para legitimar decisiones políticas en torno a la restricción o apertura de actividades durante el ASPO más que un espacio real de intercambio entre los diferentes niveles de gobierno y sectores. De hecho, en declaraciones públicas, los funcionarios municipales señalaron que el comité de expertos provincial comenzó con más de 200 personas y meses después no llegaba a los 40 integrantes.

A nivel municipal, a partir de la sanción del ASPO se implementó un dispositivo similar: el Comité Municipal de Gestión de Riesgo. Este fue convocado por el intendente para analizar las medidas tomadas por el gobierno nacional, adecuar las acciones a nivel local, y esgrimir las principales estrategias desde la ciudad. Dicho comité intentó dar una imagen de consenso entre los diferentes actores de la política local realizando algunas reuniones perió-

dicas. No obstante, al igual que su par provincial, exhibió una alta discontinuidad conforme avanzaba la pandemia e incluso algunos concejales solicitaron pedidos de informes sobre su funcionamiento y cuestionaron su calidad.

A las precedentes iniciativas, y con el objetivo de «organizar un sistema de apoyo o soporte para las personas y las familias, y la protección a las personas en situación de riesgo» se sumaron estrategias que promovieron el voluntariado y estuvieron dirigidas hacia la población en situación de vulnerabilidad social, sin perjuicio de las actividades y acciones de cuidado espontáneas que se desplegaron informalmente por parte de la sociedad civil y los vecinos de la ciudad. Así, los gobiernos provincial y municipal pusieron en marcha programas de voluntariado para el acompañamiento, contención y asistencia, considerando especialmente a las personas de mayor edad sin redes de apoyo. Para ello, articularon con ciudadanos de a pie y con organizaciones sociales de cierta trayectoria en la ciudad, pero también con otras «nuevas» en cuanto al trabajo social y territorial comunitario. En este sentido, los gobiernos subnacionales pudieron beneficiarse del conocimiento de las organizaciones sociales acerca de las familias y de sus necesidades, como también de sus capacidades de acción instaladas en los territorios.

Por último, es necesario mencionar el dispositivo de mayor importancia en la prevención de los contagios masivos implementado por el gobierno provincial para abordar la «búsqueda activa de personas con síntomas en territorio». Si bien a nivel nacional lo más destacado en este núcleo de intervención fue el dispositivo estratégico de testeo para coronavirus en territorio de Argentina (DETECTAR),<sup>31</sup> en Santa Fe fue la implementación del Call Center, como una unidad de atención central que garantiza el autorreporte de síntomas, la realización de un *triage* telefónico por parte de profesionales médicos, el seguimiento de casos confirmados y el rastreo de contactos estrechos. Durante el pico de contagios en el mes de septiembre, el dispositivo colapsó, y ante este panorama crítico, el gobierno municipal puso en marcha, coordinación mediante con el gobierno provincial, un dispositivo complementario de rastreadores territoriales, que se mantuvo activo hasta el momento en el que se redujo de modo significativo el nivel de contagios.

En definitiva, desde una mirada panorámica, el caso de Santa Fe da cuenta de un escenario atravesado por una coordinación jerárquico–vertical que se

---

31 Salvo en algunas ocasiones esporádicas, se recurrió el auxilio del Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETECTAR) implementado por el Ministerio de Salud Nacional. En estos escasos momentos, la selección de los territorios se definió conjuntamente entre el gobierno provincial y el municipal.

puede ilustrar metafóricamente como una «gestión en cascada». Es así, que Nación dictaminó las principales medidas restrictivas (ASPO y DISPO) y a la transferencia de recursos para la implementación de distintos dispositivos a nivel provincial, aunque con una escasa presencia del dispositivo DETECTAR en el territorio santafesino. En este marco, el gobierno provincial logró diseñar e implementar uno de los principales dispositivos para la detección y seguimiento a través del Call Center. En términos generales, en base a su capacidad para establecer un curso de acción por disponer de la infraestructura sanitaria, el gobierno provincial impuso las directrices principales de la estrategia y vetó alternativas propuestas por el gobierno local. En efecto, más allá de algunos dispositivos municipales, legitimados en la proximidad con la ciudadanía, las principales acciones «bajaron» a partir de una regulación rígida y con una impronta centralizadora en el proceso de hechura de las políticas. Dicho escenario de coordinación fue puesto en cuestión especialmente desde el gobierno municipal por impedir incorporar las singularidades territoriales. Por otro lado, las instancias formales e institucionalizadas que se intentaron conformar como los «comités», tuvieron una corta vida al comienzo de la pandemia, decreciendo su protagonismo y capacidad de decisión y coordinación a medida que fue pasando el tiempo. Concluyendo, Santa Fe da cuenta de una implementación caracterizada por una configuración híbrida de dispositivos e instrumentos en la que prevalece durante los primeros tiempos la impronta de las políticas nacionales, a la vez, signada también por histórico protagonismo del nivel provincial sobre la cuestión sanitaria y una convergencia de iniciativas públicas que devela tensiones, conflictos y diferencias en las estrategias sobre cómo afrontar las consecuencias de la pandemia.

### **A modo de cierre: convergencias y divergencias entre territorios**

El análisis vertical expuesto en el apartado anterior se completa con un ejercicio comparativo que busca destacar las similitudes y diferencias en la manera como se organizaron las políticas entre los tres aglomerados. Como se anticipó, el análisis de políticas por instrumentos permitió las fronteras (formales) de los dispositivos promovidos por cada jurisdicción y ver a las políticas en acción, en la simultaneidad de la implementación.

#### *a) Acerca de la participación del Estado nacional*

En tanto se trató de un fenómeno nuevo y desconocido, el aprendizaje de los actores jugó un papel capital en la hechura de las políticas. Así, las propuestas

del Gobierno nacional se fueron forjando en el contexto de cada experiencia; siguiendo la propia dinámica de expansión del virus: Región Metropolitana de Buenos Aires, Gran Córdoba y Gran Santa Fe.

El Gobierno nacional inaugura la política de prevención de contagios masivos en la Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) y termina quedando atrapado no solo en los problemas que le eran propios, sino también en una dinámica intergubernamental (entre el Gobierno de la PBA y de la CABA) que —a medida que avanzaban los meses— fue mostrando profundas dificultades para converger en iniciativas que mostraran algún nivel de coordinación.

Dada la jerarquía que tuvo en la etapa inicial, el Estado nacional lideró las acciones en relación con los tres núcleos de intervención recién referidos. Durante los primeros meses, la «organización de la conversación con la sociedad» se fundó en las ideas de «cuidado colectivo de la salud», «solidaridad» y «salida colectiva» (esta última cada vez más difícil de sostener a medida que avanzaban los meses bajo aislamiento estricto).

En el aglomerado Gran Córdoba, el Estado nacional tuvo una presencia especialmente significativa en dos núcleos de intervención. En lo referido a «demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud», el Gobierno nacional normó la administración del «Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio» (ASPO) y luego, desde mitad de año, el «Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio» (DISPO). Esto fue acompañado —sobre todo en las primeras semanas de «aislamiento estricto»— por la participación activa de las fuerzas de seguridad a través del Ejército Argentino y Gendarmería Nacional, especialmente en las zonas con situaciones epidemiológicas más críticas. A través del Ministerio de Salud, contribuyó con recursos económicos e insumos críticos para robustecer el sistema de salud y «fortalecer y descentralizar la capacidad diagnóstica» transfiriendo capacidades y realizando recomendaciones en línea con las de organismos internacionales.

El gobierno nacional también fue un actor clave en la «organización de la conversación con la sociedad» en el Gran Córdoba. No solo porque realizó comunicación de riesgos en los medios nacionales sino también por la relevancia que tuvieron las comunicaciones del Presidente de la Nación, aún siendo emitidas desde el RMBA. Recordemos que, en esas comunicaciones, el presidente estaba acompañado por el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires y el Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, con el correr de los meses, el Comité Operativo de Emergencia (COE) fue adquiriendo mayor gravitación, transformándose en el lugar por excelencia donde la prensa podía asistir y abastecerse de información sobre el estado de situación y el avance del virus en la provincia de Córdoba.

En el Gran Santa Fe, el Estado nacional cumplió un rol protagónico en la delimitación de las estrategias para «demorar en el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud» mediante una transferencia importante de recursos destinados a la ampliación de la infraestructura provincial (camas UTI, boxes de aislamiento, respiradores, bonos para el personal sanitario). Dichos recursos se orientaron en gran medida al fortalecimiento de la internación hospitalaria de alta complejidad. Además, colaboró con el envío de equipamiento y personal de gendarmería y prefectura con el objetivo de reforzar el control de las medidas y restricciones impuestas.

Durante los primeros meses de la emergencia sanitaria, el Estado nacional también tuvo una actuación destacada sobre otros dos núcleos de intervención en Gran Santa Fe: el «fortalecimiento y descentralización de la capacidad diagnóstica» y la «organización de la conversación con la sociedad». En el primer caso, lo ejecutó mediante la descentralización de los análisis para detectar el virus en dos centros en la provincia: el laboratorio del CEMAR en el sur y el Laboratorio Central para el centro–norte provincial. En el segundo caso, mediante un discurso público uniforme para todo el territorio nacional, aunque protagonizado por los ejecutivos del Estado nacional, de CABA y la PBA.

En síntesis, la presencia del Estado nacional en el territorio se organizó según la dinámica que fue adoptando la circulación del virus; a medida que avanzaban los meses la normativa expresó e hizo operativa una voluntad de descentralización que fue habilitando el protagonismo del nivel subnacional (provincias y municipios). Entre los múltiples y diversos núcleos de intervención comprendidos en la política de prevención de contagios masivos, se destaca en los tres aglomerados el liderazgo (o jerarquía, según el caso) de la nación en relación con tres ejes: la «demora en el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud», el «fortalecimiento y descentralización de la capacidad diagnóstica» y, en los primeros meses, la «organización de la conversación con la sociedad».

*b) Sobre la especialización entre niveles gubernamentales: núcleos de intervención e instrumentos*

Pasados los primeros dos meses, el nivel sub nacional cobró mayor protagonismo en el desarrollo de políticas orientadas a la prevención de contagios masivos y puso el foco en la «disminución de la exposición de las personas al virus». Este apartado pone el foco en el modo como se organizaron las responsabilidades entre niveles de gobierno destacando las convergencias y divergencias en los modos de intervención.

En la RMBA, las jurisdicciones a nivel estadual (PBA y CABA) comenzaron a mostrar diferencias a medida que las condiciones de aislamiento y las regulaciones abrían el juego al nivel sub nacional: mientras que para PBA los instrumentos insignia de la intervención fueron las restricciones en el desarrollo de actividades, en CABA el énfasis estuvo puesto en la difusión de protocolos para una apertura progresiva de actividades con distanciamiento. Las mayores disputas entre estas dos jurisdicciones se libraron, precisamente, en el plano de las ideas o marcos de referencia que legitimaban sus acciones. Mientras que la PBA sostenía las ideas de «cuidado colectivo», «solidaridad» y «salida colectiva», desde la CABA buscaban integrar a la idea del «cuidado colectivo» otras nociones como la del «respeto a las libertades individuales» y la de «corresponsabilidad». Así, cada gobierno fue segmentando la «conversación con la sociedad», limitándola a sus respectivos núcleos de referencia y afinidad.

En esta región en el mes de mayo, el Estado Nacional inauguró y promovió la «búsqueda activa de personas con síntomas o de contactos estrechos en el territorio» a través de la propuesta del DETECTAR. Basado en operativos en territorio para la detección temprana de casos, este modelo de intervención se corporizó con distintas nomenclaturas y formatos en los municipios a medida que comenzaron a escalar los contagios. La PBA (a la que se sumaron los municipios) y la CABA habilitaron líneas telefónicas para el reporte y seguimiento. En la PBA se destacó la iniciativa de articulación con las universidades nacionales que representaron los CETEC (con el apoyo de voluntariado universitario), mientras que en CABA la búsqueda activa de casos involucró la presencia de puestos fijos y móviles para los testeos.

La «organización de un sistema de apoyo para las personas y las familias en situación de mayor vulnerabilidad» (especialmente relevante en territorios segregados) fue uno de los núcleos en el que las intervenciones fueron más débiles y asistemáticas. En algunos municipios de la RMBA, las autoridades locales desarrollaron experiencias que tuvieron impactos con algún grado de integralidad, convocando la participación de actores y de referentes sociales.

El Comité Operativo de Emergencia (COE) fue el dispositivo a través del cual la provincia de Córdoba organizó la «coordinación de la emergencia» y el desarrollo de políticas orientadas a «disminuir la exposición de las personas al virus». A través del COE, estableció controles y restricciones a la movilidad, desplegó cordones sanitarios en distintos puntos del territorio (con operativos de testeos) y fijó multas y/o sanciones ante el incumplimiento de medidas. Además de estas iniciativas apoyadas en el control y poder sancionatorio, el gobierno provincial también fue quien lideró el desarrollo de políticas que hicieron foco en la «búsqueda activa de personas con síntomas, testeo,

seguimiento, aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos». Para ello, desplegó una estrategia de vigilancia epidemiológica activa que implicó la puesta en marcha de diversos dispositivos e instrumentos. Junto con la instalación de «cordones sanitarios» por parte del COE, se crearon centros de rastreos de la Ciudad de Córdoba y el Programa Provincial de Testeo para la Detección de COVID19 (orientado a la búsqueda activa de casos mediante puestos fijos y móviles de testeo). Estas iniciativas se apoyaron en la «convocatoria a voluntarios de las universidades nacionales, ONGs y a personas de la sociedad civil». Como sucedió en otras jurisdicciones, los voluntariados fueron en Gran Córdoba un instrumento de las políticas que permitió ampliar la capacidad y disponibilidad de recursos humanos y tuvieron una gravitación significativa en materia de prevención de contagios masivos.

La sintonía política entre el Gobierno Provincial y el Municipal fue garantía de un permanente alineamiento y colaboración, haciendo posible el despliegue de las iniciativas en todo el territorio del Gran Córdoba. El Municipio se sumó y acompañó el liderazgo del gobierno provincial en estos ejes de intervención y en las ideas que acompañaron esas acciones. Pasado el «aislamiento estricto», la apelación a la «responsabilidad individual» fue un aspecto clave en el modo en que el gobierno provincial «organizó la conversación con la sociedad», combinando políticas de aperturas progresivas, testeos masivos y mensajes oficiales que apelaban a la «responsabilidad individual» para evitar los contagios. Así, la publicidad oficial en vía pública remarcaba «el virus no se mueve si vos no te movés». Una publicidad solo posible en el marco de medidas que permitían, cada vez más, moverse de un lugar a otro.

Cabe hacer notar que la apelación a la «responsabilidad individual» difiere con lo sostenido por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que basó su estrategia en la idea de «libertad individual» y confrontó abiertamente —en un plano ideológico— con la postura del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires y del Gobierno Nacional. Córdoba promovió aperturas progresivas sin mostrar públicamente desacuerdos o tensiones con la estrategia nacional. En todo caso, fue aprovechando cada instancia cedida desde el nivel central a los niveles subnacionales para realizar aperturas progresivas, y acompañó ese devenir con una estrategia de testeos masivos y un discurso centrado en la «responsabilidad individual» para evitar la diseminación del virus y los contagios.

Como sucedió en la RMBA, en Gran Córdoba el nivel local (el municipio de la Ciudad de Córdoba en este caso) tuvo mayor protagonismo y relativa autonomía para «organizar un sistema de apoyo para las personas y las familias en situación de mayor vulnerabilidad», aunque siempre alineado y con apoyo del gobierno provincial. La autoridad local tuvo a cargo la creación de un

programa para contener a personas en situación de calle y desarrolló distintas estrategias puntuales para contener la situación en barrios populares, tal como se ha desarrollado en este libro.<sup>32</sup>

En el *Gran Santa Fe*, el gobierno nacional condujo la estrategia orientada a «demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud» mediante el fortalecimiento de la internación hospitalaria de alta complejidad. Asimismo, implementó el DETECTAR en el territorio de modo discontinuo y esporádico; dispositivo de política en el que los gobiernos provincial y municipal participaron definiendo los territorios a intervenir.

Las acciones del gobierno provincial fueron adquiriendo mayor relevancia sobre diversos núcleos de intervención a medida que la emergencia sanitaria se prolongó en el tiempo. El propósito de «demorar el ingreso y transmisión de personas al virus» se instrumentó a través del dictado de medidas que restringieron la circulación, el desarrollo regular de las actividades y reforzaron el control vial de la policía provincial. Asimismo, el call center implementado al inicio de la emergencia sanitaria se posicionó como el dispositivo insignia del gobierno provincial mediante el cual se instrumentó la «búsqueda activa de personas con síntomas, testeo, seguimiento, aislamiento y/o rastreo de los contactos estrechos y auto reporte».

Entre septiembre y octubre del 2020, cuando creció la curva de contagios de modo exponencial y amenazó con colapsar la capacidad operativa del call center, el gobierno municipal intervino de modo subsidiario y transitorio mediante la puesta en marcha de un dispositivo de rastreo de casos sospechosos. En líneas generales, las acciones principales del municipio se orientaron a «demorar el ingreso y transmisión de personas al virus a través de la restricción de actividades» y a «organizar un sistema de apoyo para las personas y las familias en situación de mayor vulnerabilidad» coordinando la asistencia social a grupos de riesgo con voluntarios y organizaciones sociales.

Los marcos de ideas que organizaron las acciones de los niveles de gobierno provincial y municipal expresaron criterios distintos sobre la estrategia general y los dispositivos a jerarquizar para enfrentar la pandemia. En sintonía con el gobierno nacional, el nivel provincial modeló su discurso público desde el principio de «solidaridad», que se formuló con una apelación a una genérica «salida colectiva». Por su parte, sin apartarse de las referencias comunes a la «solidaridad» y al «cuidado colectivo», el gobierno municipal incluyó en su marco de referencia a las «libertades individuales» y la «corresponsabilidad»; una inclusión que producía tensiones con la estrategia y los dispositivos prio-

---

32 Ver capítulo 4 del Tomo 2.



rizados por la provincia. Esta diferencia de puntos de vista se expresó en posicionamientos opuestos ante la propuesta de testeos masivos formulada por el municipio en el espacio de coordinación de políticas. Una controversia entre actores gubernamentales con recursos y posiciones estructurales muy desiguales para la gobernanza del sector que, en contraste con lo sucedido en la RMBA, no escaló en un debate público por fuera del ámbito institucional entre los equipos de gobierno.

En definitiva, el caso del Gran Santa Fe da cuenta de una implementación caracterizada por una configuración híbrida de dispositivos que, en un primer momento, reconoció un rol destacado de las políticas nacionales. Sin embargo, con el devenir de la pandemia, adquirió la forma de una convergencia de iniciativas públicas que develó tensiones, conflictos y diferencias en las estrategias entre los niveles sobre cómo enfrentar la pandemia.

A medida que la pandemia se hizo persistente en el tiempo, se fue organizando algún tipo de especialización entre los niveles de gobierno. A los núcleos de intervención asumidos por el nivel nacional (a los que se hizo referencia más arriba), los tres aglomerados sumaron otros en los cuales se activó la presencia de los gobiernos provinciales (y de CABA en caso de RMBA) y en los que el foco estuvo puesto en «disminuir la exposición de las personas al virus». Desde el nivel local, la intervención se orientó a la «organización de un sistema de apoyo para las personas y las familias en situación de mayor vulnerabilidad», con resultados desiguales en su cobertura y sistematicidad.

Las diferencias de los aglomerados en la organización de competencias sobre los territorios, fue un factor que potenció las divergencias entre las jurisdicciones con relación a la apertura de actividades. Las condiciones tanto institucionales como políticas previas fueron determinantes en la posibilidad de alinear (o no) acciones coordinadas, dando lugar a tres patrones: conflictividad en los discursos y en las regulaciones, definiendo situaciones diferenciales en territorios contiguos (RMBA); coherencia fundada en el alineamiento partidario (Gran Córdoba); y convergencia no exenta de tensiones, conflictos y diferencias que no llegaron a escalar al debate público (Gran Santa Fe).

### *c) Modos y problemas de la coordinación intergubernamental*

La necesidad de coordinar acciones o de fomentar la actuación conjunta de las organizaciones, tanto de manera «horizontal» (entre sectores al interior de un nivel de gobierno) como «vertical» (entre niveles de gobierno), fue un requisito para desplegar intervenciones que tuvieran niveles aceptables de eficacia con relación a la prevención de contagios masivos. El análisis realizado muestra trayectorias y atributos diferentes entre los tres aglomerados.

En la RMBA, la coordinación intergubernamental estuvo fundada más en la dinámica de los actores que en arreglos institucionales que le dieran alguna estabilidad. Motorizada por la novedad y excepcionalidad del fenómeno, en los primeros meses existió una franca convergencia de los actores gubernamentales bajo el liderazgo del Gobierno nacional. Sin embargo, cuando comenzó a evidenciarse el agotamiento de la sociedad frente a las restricciones, empezaron a expresarse tensiones entre las autoridades de la PBA y la CABA que se volvieron irreductibles.

Los escenarios de coordinación tendieron solo a articular «horizontalmente» a los responsables de los organismos de una misma jurisdicción y, con el correr del tiempo, las relaciones entre niveles de gobierno se limitaron a un plano que podría denominarse «sectorial» (entre ministros y jefes de gabinete).

Las autoridades de la PBA y la CABA enfrentaron problemáticas socioterritoriales diferentes, con sistemas sanitarios muy desiguales en su capacidad de respuesta. Si bien estas diferencias pueden ayudar a entender la posición de una y otra jurisdicción en relación con la política de control de contagios, la batalla en el plano de las ideas («solidaridad» y «salida colectiva» en PBA vs «respeto a las libertades individuales» y «corresponsabilidad» en CABA) parece haber sido determinante de las tensiones políticas en la trama intergubernamental en la región. En la práctica, estos debates funcionaron como un velo que terminó ocultando las diferencias estructurales que desafiaron de manera muy desigual a uno y otro actor en un territorio contiguo como es la RMBA.

A diferencia de lo sucedido en RMBA, en Gran Córdoba la coordinación tuvo un carácter institucional y formalizado a través del COE. Su conformación y organización dan cuenta de la intención de abordar integralmente distintos aspectos de la crisis sanitaria. Esta nueva institucionalidad fue posible por relaciones intergubernamentales (RIGs) preexistentes y por la participación de otros actores de la sociedad civil. De este modo, el COE como escenario de articulación implicó la interacción y negociación intra e intergubernamental e interinstitucional. Cabe destacar la sintonía política partidaria entre la fuerza política que ha ocupado el gobierno provincial desde 1999 y el gobierno municipal de la ciudad de Córdoba (electo en 2019), como un factor clave en la explicación de una fluida coordinación entre jurisdicciones. Asimismo, la importante capacidad sanitaria y científica preexistente en la provincia, y la incorporación de epidemiólogos/as, investigadores/as, profesionales y técnicos/as de diversas áreas en el marco de la estrategia de combate al virus, contribuyeron a consolidar y legitimar al COE como espacio de trabajo, diagnóstico y de toma de decisiones.

En los primeros meses de la pandemia, las disposiciones del COE tuvieron un carácter de obligatoriedad y apuntaron, principalmente, a «disminuir la exposición de las personas al virus» limitando la circulación. La descentralización paulatina de la administración del aislamiento permitió un abordaje focalizado en la toma de decisiones a nivel jurisdiccional, y volvió más central la dinámica que asumieron las relaciones entre el gobierno provincial, los municipios y las comunas. Durante el mes de agosto, el aumento exponencial de casos, sumado al desgaste social por las restricciones,<sup>33</sup> desplazaron la gravitación del COE en la coordinación de la emergencia. En ese contexto, el COE pasó solo a recomendar a los distintos municipios del territorio provincial y, paulatinamente, perdió protagonismo a la vez que dejaron de participar algunos actores (los expertos/as, el Ejército y Gendarmería), hasta que finalmente fue disuelto.

El caso del Gran Santa Fe da cuenta de un escenario de coordinación jerárquica y vertical. De modo que, más allá de algunas iniciativas municipales motivadas por su proximidad y cercanía, las principales acciones «bajaron» a partir de una regulación dura y con una impronta centralizadora en el proceso de la hechura de las políticas. El escenario de coordinación, que reunió a equipos de gobierno recientes con pertenencias político partidarias opuestas, fue puesto en cuestión especialmente por el gobierno municipal al no permitir tener en cuenta las singularidades territoriales. Sin embargo, la debilidad de su posición estructural ante un sistema sanitario con dependencia casi exclusiva del nivel provincial se tradujo en un reducido margen de maniobra para imponer su posición.

En definitiva, las instancias formales e institucionalizadas que se intentaron conformar en vistas a promover la coordinación intergubernamental, como los «comités», tuvieron una corta vida. A medida que la pandemia se prolongó en el tiempo, estas instancias fueron decreciendo en su protagonismo y capacidad de coordinación. Finalmente, pasados los momentos definidos como ASPO y DISPO, el escenario de control y prevención de contagios masivos dio mayor lugar a la intervención del gobierno provincial. Con una articulación limitada con el municipal, este fue el encargado de ejecutar la *búsqueda activa de las personas con síntomas* en la ciudad mediante el call center y realizar los seguimientos correspondientes.

---

33 En el capítulo 4 del Tomo 2 de esta publicación, se desarrolla en detalle el impacto que tuvieron dos hechos de violencia institucional en la estrategia sanitaria y, en particular, en la gravitación del COE.

Para finalizar, el imperativo de la coordinación fue abordado de manera muy diferente en cada uno de los aglomerados, pudiendo destacarse los siguientes patrones: fuerte incidencia de la dinámica de los actores en el caso de la RMBA y muy escasa institucionalización (más allá de intentos «horizontales» al interior de los niveles de gobierno); una fuerte institucionalización y formalización en el caso del Gran Córdoba, con base al COE como dispositivo de políticas articulador de actores gubernamentales y de la sociedad civil; mientras que en Gran Santa Fe se asumió un patrón de coordinación jerárquica y vertical a través de regulaciones «duras» que pusieron en cuestión el funcionamiento de las instancias formales e institucionalizadas.

## Referencias bibliográficas

- Ariovich, Ana; Couto, Barbara (...) Martínez, Carlos (2021). Prevención y monitoreo del COVID19 en municipios del conurbano bonaerense – etapa 3. Análisis integrado de impactos y transformaciones: salud. IP 415 – Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento.
- Andrenacci, Luciano (2020). Las paradojas organizacionales del estado argentino. La estrategia del gobierno nacional frente al Covid19 (marzo septiembre de 2020) desde el punto de vista de la gestión pública. En Pando Diego (Comp.). *La Administración Pública en tiempos disruptivos* (págs. 11–22). 1a ed. Asociación Argentina de Estudios en Administración Pública.
- Chiara, Magdalena (2019). Conurbano y CABA: mundos desiguales para la atención de la salud. *Boletín del Observatorio del Conurbano*. Octubre, págs. 1–12. <http://observatorioco-nurbano.ungs.edu.ar/?p=11705>.
- Chiara, Magdalena (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes que deja la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 10, Nro. 20, págs. 27–40.
- Couto, Barbara y Carmona, Rodrigo (2020). El Estado frente al COVID19. Entre la asistencia, la distribución y la transformación. En Couto, Barbara, Carmona, Rodrigo (...) y Rodríguez, Leandro. *Capacidades estatales: La asistencia social, la salud y la seguridad frente al COVID19*. «Prevención y monitoreo del COVID19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional». Proyecto de investigación apoyado por la Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento. <https://www.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/09/Informe-COVID19-UNGS-Dic-2020-04-Capacidades-estatales.pdf>
- García Delgado, Diego (2020). *Estado, sociedad y pandemia: ya nada va a ser igual*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO. <https://www.flacso.org.ar/wp-content/uploads/2020/11/libro-estado-sociedad-pandemia.pdf>
- Estenssoro, Elsa, Plotnikow, Gustavo. (...) Dubin, Arnaldo (2022). Capacidad estructural, recursos humanos tecnológicos y requerimientos de ventilación mecánica en 58 unidades de cuidados intensivos en argentina durante la pandemia por SARS-CoV-2. Estudio SATI-COVID19. *Medicina* 82(1), págs 35–46. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1365126>.
- Han, Emeline, Mei Jin Tan, Melisa (...) Legido Quigley, Melisa (2020). Lessons learnt from easing COVID19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *The Lancet*, Elsevier, 24 Setiembre. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)32007-9/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)32007-9/fulltext)
- Maceira, Daniel, Olaviaga, Sofia. & Iñarra, Valeria (2021). La reorganización de los servicios de salud. Experiencias provinciales en la gestión sanitaria de la pandemia del COVID19 en la Argentina. *Fundar*. <https://www.fundar.ar>
- Paz-Noguera, Bayron Alberto (2020). Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia COVID19 en América Latina. *Universidad y Salud*, 22(3), págs. 327 – 339. <https://doi.org/10.22267/rus.202203.205>
- Pérez, Pedro (2005). Buenos Aires: ciudad metropolitana y gobernabilidad. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 20 (3), págs. 423–447. <https://doi.org/10.24201/edu.v20i3.1206>

- Silberman, Martín, Yacobitti, Alejandro (...) Kochen, Silvia (2021). La región sudeste del Gran Buenos Aires frente a la pandemia: evaluación de la ampliación del sistema de salud en el marco de la COVID19. *Rev Argent Salud Publica*, Suplemento COVID19.
- Soldano, Daniela (Dir.) (2021). *Itinerarios del bienestar en espacios subnacionales. La política social en la ciudad de Santa Fe (1083–2016)*. Ediciones UNL.
- Soldano, Daniela; Beretta, Diego (...) Gorrochategui, Joaquín (2021). La implementación de políticas de prevención de contagios masivos en la ciudad de Santa Fe: Dispositivos, instrumentos y relaciones intergubernamentales. Ponencia presentada en las VI Jornadas REPSA «La política subnacional en tiempos de crisis». Facultad de Humanidades y Ciencias, UNL.
- Zaballa, Carlos (2020). Gobernanza en el AMBA. En Pando Diego (Comp.). *La Administración Pública en tiempos disruptivos*, págs. 369–374. 1ra ed. Asociación Argentina de Estudios en Administración Pública.

## **Anexo**

**Tabla 2.** Dispositivos de política nacional y provincial según núcleos de intervención por aglomerado (RMBA, Gran Córdoba y Gran Santa Fe)

Ejes/Núcleos de intervención	RMBA		GRAN CÓRDOBA		GRAN SANTA FE
	Nación	Provincia	CABA		
1. Demorar el ingreso y transmisión del virus	Medidas nacionales para la administración del ASPO y DISPO	Medidas provinciales para la administración del ASPO y DISPO. Sistema de fases según indicadores epidemiológicos.	Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1/20" (Emergencia Sanitaria en CABA hasta el 15/06/2020)	Medidas provinciales para la administración del ASPO y DISPO. Particularidades: (a) Formularios de ingreso para santafesinos en el exterior; (b) 26 puestos de control flujo vehicular en fronteras interprovinciales; (c) regulaciones para funcionamiento de actividades	
2. Organizar una conversación con los involucrados y la sociedad	Acciones de comunicación en ciudadanos y prevención a nivel nacional	Acciones de comunicación en ciudadanos y prevención a nivel provincial.	Acciones de comunicación del GCABA: educación sobre medidas de cuidado y reportes epidemiológicos.	Estrategia provincial de comunicación en ciudadanos y prevención. Red de Información sobre Recursos ante la pandemia (UNC) Evento CovidLab Córdoba (Min-CyT Córdoba) #HackCovid19AR Convocatoria para buscar soluciones a los múltiples problemas que ocasiona el Covid-19 (UNC)	Estrategia provincial de comunicación en ciudadanos, prevención y reportes epidemiológicos. Dispositivo de Call Center orientado a informar a la ciudadanía sobre las medidas de aislamiento y de bioseguridad
3. Disminuir la exposición de las personas al virus	Medidas nacionales para la administración del ASPO y DISPO. Dispositivo para la detección, auto reporte y notificación de "casos sospechosos": CUIDAR	Medidas provinciales para la administración del aislamiento social: ASPO y DISPO. Sistema de fases según indicadores epidemiológicos.	Plan Integral de Puesta en Marcha de La Ciudad (20/07/2020)	Medidas para la administración del ASPO y DISPO Régimen sancionatorio excepcional emergencia sanitaria Covid-19 Call Center para consultas Covid-19. Consulta y denuncia de casos sospechosos e incumplimiento de protocolos y normativas vigentes.	Adhesión a las medidas dictadas por el gobierno nacional de administración del ASPO y DISPO.



Ejes/Núcleos de intervención	RMBA		CABA		GRAN CÓRDOBA		GRAN SANTA FE	
	Nación		Provincia					
4. Mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios.	Ampliación y fortalecimiento de los laboratorios nacionales. Descentralización del diagnóstico en laboratorios provinciales y de las universidades (equipamiento, insumos, capacitación y protocolos).	Ampliación de la red de laboratorios (de 6 a 58 entre marzo y setiembre).	Fortalecimiento de la red pública de laboratorios ( de 2 a 17 laboratorios hospitalarios; y 2 extra hospitalarios	Inversión en la red de laboratorios con la ampliación de la capacidad del Laboratorio Central (dependiente del Ministerio de Salud), hasta duplicar las pruebas PCR diarias (7000 test x día). Incorporación de nuevos espacios en la Universidad Nacional de Córdoba, la Universidad Nacional de Río Cuarto, el INTA de Marcos Juárez, el subsector privado, y el CEPROCOR.	Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) provincial "Desarrollo de métodos analíticos multivariados para la determinación de principios activos en materia prima y productos semielaborados de especialidades medicinales vinculados al Covid-19 del Laboratorio de Producción Pública de Medicamentos". Proyecto entre LIF y la Facultad de Bioquímica y Ciencias biológicas UNL			
5. Desarrollar la búsqueda activa de personas con síntomas, testeo, seguimiento, aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos, y promover el auto reporte.	Dispositivo Estratégico de Testeo en Territorio de Argentina (DETeCTAr). Dispositivo para la detección, auto reporte y notificación de casos sospechosos: CUIDAR y la línea 120.	Abordaje Territorial para la Respuesta al Coronavirus en los Barrios (ATRb). Jornadas de Búsqueda Activa de Casos Sospechosos Covid-19. Programa Geriátricos de la provincia. Dispositivo para la detección, auto reporte y notificación de casos sospechosos: línea 14B, atención telefónica. Estrategia de seguimiento mediante los Centros de Telemedicina Covid-19.	Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina (DETeCTAr) en villas y puestos fijos. Plan Integral de Acompañamiento de Geriátricos Centro de operaciones de emergencia (COE) seguimiento telefónico de contacto estrecho y de casos confirmados. Chatbot para el seguimiento de contactos estrechos. Unidades Febriles de Urgencia	Centros de rastreo convenio UNC-Gobierno de la provincia. Programa provincial de testeo para la detección (Res.976 Ministerio de Salud de la Provincia) Operativos Identificar	Dispositivo Call Center orientado a detectar casos sospechosos, seguimiento de casos confirmados, aislamiento de ingresos a la provincia y rastreo de contactos estrechos			
6. Organizar un "sistema de apoyo o soporte" para las personas y las familias	Programa "El Barrio Cuida al Barrio" Creación de centros de aislamiento extra hospitalarios nacionales. Voluntariado universitario para apoyar o en equipos de salud o asistencia para población en riesgo.	Abordaje Territorial para la Respuesta al Coronavirus en los Barrios (ATRb) y las Jornadas de Búsqueda Activa de Casos Sospechosos de Covid-19 Creación de centros de aislamiento extra hospitalarios provinciales Programa Voluntariado	Creación centros de aislamiento Programa Voluntariado (para acompañamiento a personas en situación de vulnerabilidad).	Programa Voluntariado del COE. Coordinación entre el COE, el Ministerio de Desarrollo Social y la Municipalidad de Córdoba para la provisión de alimentos, kits de limpieza y cualquier insumo esencial en cordones sanitarios.	Programa Voluntariado Provincial Centro de Aislamiento UPCN (Pcia y Municipalidad de Santa Fe).			

Ejes/Núcleos de intervención	RMBA		GRAN CÓRDOBA		GRAN SANTA FE
	Nación	Provincia	CABA		
7. Mantener las "prestaciones esenciales" en salud	<p>Recomendaciones para el primer nivel (reorg. de los servicios, identificación, manejo y traslado de casos sospechosos y uso de EPP).</p> <p>Programa de Protección al Personal de Salud ante la pandemia</p>	<p>Protocolo para la Atención Primaria de la Salud ante la pandemia de SARS-Cov-2. (reorganización de los servicios, identificación, manejo y traslado de casos sospechosos y protocolo para el uso de EPP)</p> <p>Programa de Protección al Personal de Salud, pandemia Covid-19.</p>	<p>Protocolo del manejo de atención de pacientes sospechosos por infección por Covid -19 en el ámbito de los consultorios de Atención Primaria (AP).</p>	<p>Comité de seguridad de paciente, del equipo de salud y control de infecciones con carácter obligatorio en el ámbito de los efectores de salud con internación del sector público y privado</p> <p>Programa Provincial de Protección al Personal de Salud ante la Pandemia de Coronavirus Covid-19.</p>	<p>Reorganización de los efectores de salud del primer nivel para la atención</p>
8. Coordinar la gestión de la emergencia.	<p>Espacios de coordinación con gobernadores y ministros (COFESA).</p> <p>Comité Asesor de Expertos del Presidente.</p> <p>AMBA: intermitente articulación a nivel ejecutivo (máxima autoridad, jefes de gabinete y ministros de salud)</p>	<p>Mesas de coordinación: Comité Operativos de Emergencia (COE) Comité de Expertos y Expertas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires</p>		<p>Centro de Operaciones de Emergencia (COE) para planificación, organización, dirección, coordinación y control de acciones referidas la pandemia por Covid-19.</p> <p>Comité asesor científico para el abordaje de la pandemia Covid-19 en la provincia</p> <p>Comité de bioética y derechos humanos para el abordaje del Covid-19.</p>	<p>Comité de Emergencia Provincial.</p> <p>Comité de Expertos Provincial</p>

Fuente: Elaborado en el marco del Proyecto PISAC-COVID- 19-00021

**Tabla 3.** Instrumentos de política movilizadas por nivel de gobierno según núcleos de intervención por aglomerado (RMBA, Gran Córdoba y Gran Santa Fe)

Ejes/Núcleos de intervención	RMBA			GRAN CÓRDOBA		GRAN SANTA FE
	Nación	Provincia	CABA			
<p>1. Demorar el ingreso y transmisión del virus con la intención de robustecer el sistema de salud.</p> <p>2. Organizar una conversación con los involucrados y la sociedad.</p>	<p>Medidas de control y aislamiento para movilidad entre jurisdicciones (no incluye turismo).</p> <p>Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental</p> <p>Normas para el cumplimiento de medidas de prevención.</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades.</p> <p>Inversión en infraestructura.</p>	<p>Medidas de control y aislamiento para movilidad entre jurisdicciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades.</p>	<p>Medidas de control y aislamiento para movilidad entre jurisdicciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades</p>	<p>Medidas de control y aislamiento para movilidad entre jurisdicciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Multas y/o sanciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades.</p> <p>Multas y/o sanciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Permisos p/circular.</p> <p>Uso de la fuerza pública.</p>	<p>Controles sanitarios de acceso a las localidades o ciudades.</p> <p>Cordones sanitarios con medidas de restricción a la movilidad de personas y transportes.</p> <p>Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental</p> <p>Multas y/o sanciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades.</p> <p>Restricciones a la circulación nocturna y/o fines de semana.</p>	<p>Controles sanitarios de acceso a las localidades o ciudades.</p> <p>Medidas de control y aislamiento movilidad entre jurisdicciones.</p> <p>Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental</p> <p>Multas y/o sanciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades.</p> <p>Restricciones a la circulación nocturna y/o fines de semana.</p>
	<p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p>	<p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p>	<p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p>	<p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19.</p> <p>Acciones de comunicación que apelan a persuadir a la población en relación a valores intangibles (como la solidaridad, el cuidado colectivo, ciudadanía, idea de salida colectiva, perspectiva de futuro)</p> <p>Banco de recursos de comunicación</p> <p>Difusión sobre el alcance de las restricciones según ASPO o DISPO</p> <p>Difusión sistemática y regular de información epidemiológica.</p>	<p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19.</p> <p>Acciones de comunicación que apelan a persuadir a la población en relación a valores intangibles (como la solidaridad, el cuidado colectivo, ciudadanía, idea de salida colectiva, perspectiva de futuro)</p> <p>Banco de recursos de comunicación</p> <p>Difusión sobre el alcance de las restricciones según ASPO o DISPO</p> <p>Difusión sistemática y regular de información epidemiológica.</p>	<p>Difusión sobre el alcance de las restricciones según ASPO o DISPO.</p> <p>Difusión sistemática y regular de información epidemiológica.</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos preventivos en la ciudadanía</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p> <p>Acciones de comunicación para informar sobre COVID-19</p> <p>Acciones de comunicación que buscan instaurar principios y valores éticos frente a los ciudadanos</p>

Ejes/Núcleos de intervención	RMBA		CABA		GRAN CÓRDOBA	GRAN SANTA FE
	Nación	Provincia	Provincia	CABA		
3. Disminuir la exposición de las personas al virus	<p>Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental.</p> <p>Permisos p/circular (actividades esenciales).</p> <p>Normas para cumplimiento de medidas de prevención</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades (recreativas, deportivas, servicios, comerciales, gastronomía)</p> <p>Suspensión de clases presenciales.</p> <p>Restricciones a la circulación nocturna y/o en fines de semana.</p> <p>Uso de la fuerza pública</p>	<p>Normas para el cumplimiento de medidas de prevención</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades</p> <p>Suspensión de clases presenciales (hasta 2021)</p> <p>Protocolos para la apertura por etapas de actividades con distanciamiento, según indicadores epidemiológicos (segmentada)</p> <p>Restricciones a la circulación nocturna y/o en fines de semana.</p> <p>Uso de la fuerza pública</p>	<p>Normas para el cumplimiento de medidas de prevención</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades</p> <p>Suspensión de clases presenciales (hasta octubre 2020)</p> <p>Protocolos para la apertura por etapas de actividades con distanciamiento, según indicadores epidemiológicos (Plan integral de apertura en julio 2020)</p> <p>Restricciones a la circulación nocturna y/o en fines de semana.</p>	<p>Controles sanitarios de acceso a las localidades y con restricción de movilidad</p> <p>Líneas para denuncias del incumplimiento de medidas de prevención</p> <p>Multas y/o sanciones.</p> <p>Normas para el cumplimiento de las medidas de prevención.</p> <p>Protocolos para la reorganización de los espacios de atención.</p> <p>Permisos p/circular.</p> <p>Restricciones en el desarrollo de actividades</p> <p>Protocolos para la apertura por etapas de actividades con distanciamiento, según indicadores epidemiológicos</p> <p>Uso de la fuerza pública</p>	<p>Inversión en infraestructura.</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios</p> <p>Entrega de equipamiento para realización de reactivos y otros insumos para los laboratorios</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios.</p> <p>Transferencias financieras para la determinación diagnóstica y para la notificación.</p>	<p>Inversión en infraestructura.</p> <p>Capacitación a equipo de salud para detección y rastreo</p> <p>Convenios de cooperación interinstitucional</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios</p> <p>Entrega de equipamiento para laboratorios para realización de tests.</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios.</p> <p>Transferencias financieras para el funcionamiento de los laboratorios</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios</p>
4. Mejorar la oportunidad, calidad y capacidad diagnóstica de la red de laboratorios.	<p>Inversión en infraestructura.</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios.</p> <p>Transferencias financieras para el funcionamiento de los laboratorios.</p> <p>Entrega de equipamiento para laboratorios para realización de test.</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios.</p> <p>Protocolos de bioseguridad, para la determinación diagnóstica y para la notificación.</p>	<p>Inversión en infraestructura.</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios.</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios</p>	<p>Inversión en infraestructura</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios.</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios</p>	<p>Inversión en infraestructura.</p> <p>Capacitación a equipo de salud para detección y rastreo</p> <p>Convenios de cooperación interinstitucional</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios</p> <p>Entrega de equipamiento para laboratorios para realización de tests.</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios.</p> <p>Transferencias financieras para el funcionamiento de los laboratorios.</p>	<p>Inversión en infraestructura.</p> <p>Suministro regular de reactivos y otros insumos para los laboratorios</p> <p>Transferencias financieras para el funcionamiento de los laboratorios.</p> <p>Incorporación de personal para el fortalecimiento de laboratorios</p>	

Ejes/Núcleos de intervención	RMBA			GRAN SANTA FE	
	Nación	Provincia	CABA	GRAN CÓRDOBA	
5. Desarrollar la búsqueda activa de personas con síntomas, testeo, seguimiento, aislamiento y/o el rastreo de los contactos estrechos, y promover el auto reporte.	<p>Aplicaciones para diagnóstico, auto reporte y notificación de casos sospechosos. Línea telefónica gratuita para el reporte de casos (call center). Focalización en "barrios populares". Operativos en territorio para detección temprana de casos. Realización de hisopados en puestos móviles por derivación. Convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs</p>	<p>Operativos en territorio para detección temprana de casos. Convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs. Focalización en barrios populares. Realización de hisopado en domicilio. Pesquisa activa de síntomas COVID-19 en forma periódica. Línea telefónica gratuita para el reporte de casos (call center). Convenios de cooperación institucional. Rastreo y seguimiento de contactos estrechos o confirmados (teléfono o WhatsApp).</p>	<p>Aplicaciones para diagnóstico, auto reporte y notificación de casos sospechosos. Operativos en territorio para detección temprana de casos. Focalización en barrios populares. Realización de hisopados en puestos móviles por derivación. Instalación de puestos fijos para hisopados a demanda según protocolo. Pesquisa activa de síntomas COVID-19 en forma periódica. Seguimiento telefónico de casos confirmados. Rastreo y seguimiento de contactos estrechos o confirmados (teléfono o WhatsApp).</p>	<p>Operativos en territorio para detección temprana de casos. Establecimiento de postas sanitarias permanentes en territorio. Focalización en barrios populares. Instalación de puestos fijos para hisopados a demanda según protocolo. Realización de hisopados en puestos móviles por derivación. Realización de test serológicos a contactos estrechos. Línea telefónica gratuita para el reporte de casos (call center). Rastreo y seguimiento de contactos estrechos o confirmados (teléfono o WhatsApp). Realización de hisopado en domicilio según definición de caso sospechoso. Seguimiento telefónico de casos confirmados. Rastreo y seguimiento de contactos estrechos (teléfono o WhatsApp). Establecimiento de postas sanitarias en el territorio</p>	<p>Línea telefónica gratuita para el reporte de casos (call center). Aplicaciones para diagnóstico, auto reporte y notificación de casos sospechosos. Focalización en barrios populares. Instalación de puestos fijos para hisopados a demanda según protocolo. Realización de hisopado en domicilio según definición de caso sospechoso. Seguimiento telefónico de casos confirmados. Rastreo y seguimiento de contactos estrechos (teléfono o WhatsApp). Establecimiento de postas sanitarias en el territorio</p>
6. Organizar un "sistema de apoyo o soporte" para las personas y las familias	<p>Apoyo o soporte (teléfono y/o en territorio) a personas en situación de riesgo (alimentos, medicamentos para pacientes crónicos, etc.) Focalización en "barrios populares". Padrón de población de riesgo. Convenios de cooperación interinstitucional. Convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs.</p>	<p>Convenios de cooperación interinstitucional. Incentivo monetario a personas que realicen aislamiento fuera del domicilio. Convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs. Asistencia social directa a personas que deben realizar aislamiento en su hogar.</p>	<p>Apoyo o soporte (teléfono y/o en territorio) a personas en situación de riesgo (alimentos, medicamentos para pacientes crónicos, etc.) Inversión en infraestructura. Convocatoria a vecinos como voluntarios.</p>	<p>Apoyo o soporte (teléfono y/o en territorio) a personas en situación de riesgo (alimentos, medicamentos para pacientes crónicos, etc.) Asistencia social directa a personas que deben realizar aislamiento en su hogar. Convenios de cooperación interinstitucional. Convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs. Focalización en barrios populares.</p>	<p>Apoyo o soporte (teléfono y/o en territorio) a personas en situación de riesgo (alimentos, medicamentos para pacientes crónicos, etc.) Asistencia social directa a personas que deben realizar el aislamiento en su hogar. Convocatoria a voluntarios de universidades y ONGs. Instalación de centros de aislamiento</p>

Ejes/Núcleos de intervención	RMBA			GRAN CÓRDOBA		GRAN SANTA FE
	Nación	Provincia	CABA			
7. Mantener las "pres-taciones esenciales" en salud	Banco de recursos de comunicación. Entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras. Protocolos para el manejo y la atención de casos COVID 19.	Banco de recursos de comunicación. Capacitación en diagnóstico y manejo de casos a equipos de salud Entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras Protocolos para el manejo y la atención de casos COVID 19.	Capacitación específica a equipo de salud para detección y rastreo Entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras Protocolos para el manejo y la atención de casos COVID 19.	Banco de recursos de comunicación. Capacitación en diagnóstico y manejo de casos a equipos de salud Entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras Protocolos para el manejo y la atención de casos COVID 19.	Banco de recursos de comunicación. Capacitación en diagnóstico y manejo de casos a equipos de salud Entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras Incorporación de personal para tareas de detección, rastreo y seguimiento Protocolos para el manejo y la atención de casos COVID 19.	Incentivos monetarios de emergencia a trabajadores de salud. Entrega de equipos de protección personal e insumos p/ toma de muestras. Protocolos para el manejo y la atención de casos COVID 19. Protocolos para la reorganización de los espacios y de atención. Capacitación en diagnóstico y manejo de casos a equipos de salud
8. Coordinar la gestión de la emergencia.	Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental. Difusión sistemática y regular de información epidemiológica y camas de terapia.	Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental. Convenios de cooperación interinstitucional. Difusión sistemática y regular de información epidemiológica y camas de terapia.	Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental. Convenios de cooperación interinstitucional. Difusión sistemática y regular de información epidemiológica y camas de terapia.	Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental. Convenios de cooperación interinstitucional. Difusión sistemática y regular de información epidemiológica y camas de terapia.	Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental. Convenios de cooperación interinstitucional. Difusión sistemática y regular de información epidemiológica y camas de terapia.	Mesas de coordinación para la gestión intergubernamental. Convenios de cooperación interinstitucional. Difusión sistemática y regular de información epidemiológica y camas de terapia.

Fuente: Elaborado en el marco del Proyecto PISAC-COVID- 19-00021