

# **Políticas socio-sanitarias en el marco de la pandemia Covid-19. La gestión del Municipio de San Isidro en el contexto global.**

Rodríguez B.M., Trupa N., Gargiulo L., Ferreira V., Trupa M., Fernández L.

## **RESUMEN**

Se presenta aquí, a partir de un relevamiento no exhaustivo de producción científica documental local, la ampliación del marco teórico, así como de los antecedentes, relativos a la investigación: “Políticas socio-sanitarias en el marco de la pandemia COVID-19”. La misma analiza la apropiación y despliegue territorial e implementación de medidas y estrategias de prevención, detección y control, en el Municipio de San Isidro, en coordinación con los Ministerios de Salud, Nacional y Provincial, en el contexto de la pandemia durante el año 2020.

## **ABSTRACT**

It is presented here, from a non-exhaustive survey of local documentary scientific production, the expansion of the theoretical framework, as well as the background, related to the research: “Socio-health policies in the framework of the COVID-19 pandemic”. It analyzes the territorial appropriation and deployment and implementation of prevention, detection and control measures and strategies, in the Municipality of San Isidro, in coordination with the National and Provincial Ministries of Health, in the context of the pandemic during 2020.

## **PALABRAS CLAVE**

Políticas socio-sanitarias, pandemia, intervenciones, impacto.

## **KEY WORDS**

Socio-health policies, pandemic, interventions, impact.

## INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, fue informada en Wuhan, la aparición de graves casos de neumonía, correspondientes al síndrome respiratorio agudo de tipo 2 (SARS-CoV-2); y, aunque por entonces China podía parecer remota, el 3 de marzo de 2020 se confirmó en Argentina el primer caso de COVID-19.

Días después, en razón de la vertiginosa diseminación global del virus, la OMS declaró el estado de pandemia. De hecho, en pocas semanas la ola de contagios y muertes ya había avanzado de Asia a Europa, llegando luego hasta América.

Ahora bien, una pandemia es un fenómeno socio-sanitario complejo, de enorme repercusión en la vida de las personas. Su afrontamiento requiere del diseño de estrategias multidimensionadas, que combinen campañas de vacunación efectivas, con intervenciones no farmacológicas.

Precisamente, mientras los científicos de varias naciones aislaban al virus responsable y secuenciaban su genoma; en gran parte del mundo los gobiernos implementaban medidas para detener, o demorar, las cadenas de infección.

En un escenario global, en el que el modo de afrontar la pandemia evidenció estructuras de protección social débiles en muchos países, así como la existencia de sistemas de salud fragmentados y profundas desigualdades, en Argentina, la Municipalidad de San Isidro (Provincia de Buenos Aires) dispuso la implementación de medidas de prevención, detección temprana y control, en procura de reducir la morbi-mortalidad debida a este virus y limitar la propagación del mismo. Para ello, desplegó estrategias socio-sanitarias intersectoriales, en las que cada área municipal tuvo un rol activo, con el aporte de recursos humanos y logísticos.

Se presenta a continuación, a partir de una revisión no exhaustiva de producción científica documental, que anticipa desde múltiples perspectivas la exploración y análisis del área de conocimiento que nos convoca, la ampliación del marco teórico, así como de los antecedentes, relativos a una investigación que analiza la apropiación y despliegue territorial de dichas estrategias, por parte de ese municipio, tanto como la implementación de políticas, coordinadas conjuntamente con los Ministerios de Salud, Nacional y Provincial, en el contexto de la pandemia durante el año 2020.

## **METODOLOGIA**

### **Un escenario en tensión**

La integración cultural, tecnológica, política y económica denominada globalización, cuyos antecedentes se remontan al mercantilismo del siglo XV, se caracteriza hoy por la ausencia -o marcada disminución- de barreras migratorias, de mercados y de servicios, entre los países, y por la aceleración en las comunicaciones.

La globalización ofrece grandes ventajas y oportunidades (acuerdos comerciales, economía a gran escala y acceso a tecnología “de punta” que eleva sensiblemente la calidad de vida); aunque también presenta riesgos (exigencia de mayor competitividad o disminución en los márgenes de utilidades). Sus críticos sostienen que favorece la inequidad (dentro de cada país y entre las distintas naciones), atentando contra la identidad de cada pueblo, y promoviendo la sobre-explotación del medio ambiente.

Desde los primeros registros de su aparición en Wuhan, la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, denominada COVID-19, se dispersó a nivel mundial a una velocidad vertiginosa. Ya fuera por las características del contagio en la propagación de la enfermedad, por las condiciones de vida de las distintas comunidades, o por la escasa información sobre el comportamiento del virus, la enfermedad impactó directamente en los sistemas de salud a nivel global, evidenciando grandes desigualdades y falencias en los recursos de numerosas comunidades, para hacerle frente.

Ahora bien, si la globalización hizo del virus una pandemia; también permitió que las sociedades no colapsaran frente al mismo de manera catastrófica. En pocos meses fue evidente qué medidas podrían demorar y detener las cadenas de infección y, en menos de un año, ya existía producción masiva de varias vacunas efectivas.

No obstante, en julio de 2020, en su informe acerca del impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe, la ONU [1] señaló que la región se había convertido en una de las zonas más críticas de la pandemia, estimando la inminente ocurrencia de la peor recesión de los últimos 100 años. Por cierto, ya antes de la pandemia, el modelo de desarrollo de la región enfrentaba graves limitaciones estructurales.

El rasgo más distintivo de la región, destacó el informe, es su elevada y persistente desigualdad; no dejó de observar, además, el déficit en las balanzas de pagos, las recurrentes crisis cambiarias y de deuda, el bajo crecimiento, la pobreza e informalidad elevadas, la vulnerabilidad al cambio climático y a los desastres naturales, y la pérdida de biodiversidad. Más aún, la ONU advirtió que los indicadores sociales negativos se ven agravados por altas tasas de homicidios y de violencia de género.

Sin embargo, la pandemia bien podría resultar una oportunidad para llevar a cabo la transformación del modelo de desarrollo en América Latina y el Caribe. La recuperación posterior a la pandemia sería posible, señaló, si la región lograra “fortalecer la democracia, salvaguardar los derechos humanos y mantener la paz, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” [1]. Concluyendo que el proceso de recuperación requiere de amplios acuerdos sobre “políticas públicas, transparencia, estado de derecho y democracia, con la participación activa de la sociedad civil, especialmente de las mujeres y los grupos marginados” [1].

En Argentina, hace ya décadas, se operaron procesos de descentralización, focalización y desestatización de las prestaciones de salud. Probablemente esta haya sido la estrategia preferida de las reformas democráticas a la hora de limitar el poder relativo del Estado central, con el propósito de generar mayor eficiencia en la provisión de servicios adecuados a las demandas ciudadanas.

A nivel provincial, la descentralización resultó un proceso progresivo de transferencia de funciones y servicios que implicó la asunción de responsabilidades, por parte de los actores locales. Cada municipio, como órgano autárquico pudo, entonces, elegir a sus autoridades y definir, entre otros factores, su configuración socio-territorial de acuerdo a las características particulares de su población, los niveles de bienestar, y el entramado político local; aunque no necesariamente disponer de idénticas facultades y recursos para formular políticas en salud. De hecho, la descentralización tuvo lugar en un marcado “contexto de deterioro de las condiciones de vida de la población: empobrecimiento, pérdida de empleo, precarización laboral y consecuente carencia en la cobertura de salud” [2].

Precisamente, en la provincia de Buenos Aires es posible observar esta descentralización de los servicios de primer nivel y la consecuente distribución de los recursos regulares de los servicios sanitarios hacia los municipios; dinámica que opera cierta fragmentación del sistema, con la consecuente evidencia de desigualdades en el ejercicio del derecho a la salud para los habitantes del distrito.

Más aún, un análisis del grado de equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) entre los habitantes de la Provincia de Buenos Aires [3], da cuenta de las enormes e injustificables desigualdades existentes en el acceso entre municipios. Las mismas fueron “definidas a partir de la tasa de mortalidad infantil y el porcentaje de familias con necesidades básicas insatisfechas” [3]; mientras es posible observar que aquellos municipios con mayores niveles de riqueza y de gasto público (destinado a salud) per cápita, exhiben también mejores indicadores de acceso a los servicios de APS.

Definida la APS como aquella política de salud que combina cuidados médico-sanitarios a nivel individual, con servicios de salud pública orientados a la población; constituye, idealmente, la “puerta de entrada” al Sistema de Salud, permitiendo resolver problemas de

salud, tanto agudos como crónicos, y siendo la instancia adecuada para llevar a cabo actividades de promoción y educación sanitaria, con disponibilidad para todos los ciudadanos, según sus necesidades, sin barreras estructurales, geográficas, económicas, organizacionales, culturales o de género.

Los diferentes municipios, en la Provincia de Buenos Aires, financian sus servicios de salud, tanto a partir de recursos locales (originados en el cobro de tasas y contribuciones), como, en mayor medida, en aquellos fondos transferidos desde la Provincia (derivados de la Ley de Coparticipación). Las fórmulas de reparto y los criterios utilizados para esta distribución de los fondos aplicables a infraestructura y producción de servicios de salud municipales, son variables y han dado lugar a marcadas inequidades entre municipios, así como a problemas de eficiencia [3].

No obstante, a partir del 20 de marzo de 2020, fecha en que se decretara el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), desde el Estado Nacional, a través del Ministerio de Salud, y desde las provincias, tanto como desde los diferentes municipios, se iniciaron acciones tendientes a proteger a la población de la enfermedad “y evitar los contagios, así como a aumentar la capacidad de respuesta para las personas contagiadas y sus convivientes” [4].

La pandemia obligó entonces a una perentoria reformulación del sistema de salud en la región. Aunque con diferencias, según las particularidades de cada municipio, el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, adhirió a las medidas dispuestas por el Poder Ejecutivo Nacional. Junto con la adopción del ASPO (aislamiento social preventivo obligatorio), y frente a la preocupación por una posible insuficiencia de camas de internación para enfrentarla, en Argentina, tal como se observara previamente en otras regiones de Europa y América, se tomó la medida de incrementar el número de camas hospitalarias; tanto las de cuidados generales e intermedios, como las de cuidados críticos, con capacidad de brindar oxígeno terapia.

Al mismo tiempo que se incorporaba equipamiento y recursos humanos, a partir de un diseño del Instituto del Cálculo de la UBA, se implementó una herramienta de “gestión integral de camas”, consistente en un programa informático que permitió visualizar la ocupación y disponibilidad de camas, por establecimiento y por sector, brindando información en tiempo real a todos los efectores. Este sistema, que identifica automáticamente a cada paciente, e informa los días de hospitalización y el riesgo clínico y social [4], permite articular respuestas intersectoriales en los diversos territorios, particularmente en los sectores populares.

En cuanto al Gran Buenos Aires, se trata del área de mayor densidad poblacional y circulación del país. Compuesto por 40 municipios que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, resulta un territorio heterogéneo, en cuanto a indicadores de vulnerabilidad social, en el que la exposición a riesgos de las poblaciones está potenciada [5].

Este concepto de vulnerabilidad, en relación a su dimensión territorial, alude a espacios sociales y geográficos en los que se comparten condiciones de exclusión y privación, que hacen a determinados grupos sociales, más susceptibles de riesgo (en este caso, de contraer COVID-19). La fragilidad es aquí inversamente proporcional a la calidad de vida, y aumenta ante condiciones de deficitarias salud y comorbilidades, evidenciando la dificultad para reducir la transmisión viral y controlar la epidemia en estos grupos.

### **Las intervenciones y su impacto:**

El 22 de enero de 2020 se emitió una alerta epidemiológica para el territorio nacional, “se inició la vigilancia del evento y se estableció la COVID-19 como una enfermedad de notificación obligatoria” [6].

Si bien la perspectiva del arribo de vacunas al país resultaba alentadora; pronto fue evidente que su llegada no se produciría con la premura requerida, ni en la cantidad necesaria, para obtener la inmunidad de rebaño. Las recomendaciones de la OMS, se orientaron hacia la vacunación prioritaria del personal esencial (especialmente trabajadores de la salud) y grupos de riesgo; pero la desigualdad en el acceso a las vacunas y lo intrincado de su distribución, hicieron visibles “injusticias históricas entre algunos países con altos ingresos y el resto del mundo” [7]. Por otra parte, la emergencia de variantes más agresivas del virus, puso de manifiesto la insuficiencia de las medidas de “detección y aislamiento de los casos sospechosos y confirmados y sus contactos, la hospitalización y el tratamiento de sostén en los cuadros graves” [7]; además, pese a la multiplicidad de estudios realizados, ningún fármaco conocido demostraba aún eficacia y seguridad en el tratamiento del cuadro.

En circunstancias tan inciertas, muchos gobiernos implementaron medidas enérgicas, no farmacológicas (tales como el cierre de fronteras, el uso obligatorio de barbijos, o la instauración de aislamientos masivos), que, pese a resultar de utilidad para atenuar el impacto de la pandemia, aplanando la curva de contagios; no dejaron de generar controversias, tanto entre los miembros de la comunidad científica, como en las sociedades en general.

El 3 de marzo de 2020 “se notificó el primer caso confirmado del país mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud” [6]. De inmediato se pusieron en acto, como estrategias de afrontamiento de la pandemia, intervenciones no farmacológicas, entre las que es de destacar la prescripción de protocolos para el lavado de manos y uso de alcohol en gel. A través de diversos medios de comunicación, se difundieron recomendaciones para la higiene de manos, así como para la práctica preventiva de sanitizar toda superficie de contacto, al igual que cualquier elemento u objeto introducidos al hogar, incluyendo alimentos frescos y envasados.

Se trató de un recurso de bajo costo e implementación sencilla; aunque no obstante parcial, ya que, si bien los virus pueden transmitirse fácilmente de una persona a otra a través del contacto, el COVID-19 es un virus respiratorio y se esparce predominantemente “al respirar, toser, cantar, estornudar o hablar” [8]. En otras palabras, el celo excesivo en la limpieza de superficies y objetos, no resulta de gran utilidad si al mismo tiempo no se ventilan adecuadamente los ambientes, o si los protocolos sanitarios no contemplan la transmisión viral por aerosoles. De hecho, la tasa de contagios es menor en espacios abiertos que en espacios cerrados, por lo que el uso extendido de barbijos y tapabocas (mascarillas faciales multicapas, sin válvulas), probó reducir sensiblemente el número de contagios.

En cuanto a la restricción de viajes internacionales, también mostró inicialmente, ser beneficiosa a la hora de limitar la transmisión viral. Y, aunque esta estrategia se fundó en estimaciones de modelos matemáticos, y no en “evidencias del mundo real” [7], frente al avance de variantes o mutaciones del virus, numerosos países procedieron al cierre de sus fronteras; no obstante, la medida fue perdiendo su eficacia con la distribución pandémica del virus.

Otro recurso epidemiológico, tradicionalmente efectivo en enfermedades con transmisión interhumana notificada: la “detección precoz de casos y contactos estrechos, y la indicación de aislamiento” [7], fue perdiendo operatividad cuando el contagio acontecía en personas asintomáticas. De hecho, el aislamiento resultó una herramienta valiosa a la hora de cortar la cadena de contagio en personas expuestas; pero no así cuando ya existía amplia circulación comunitaria, ni, por cierto, ante la saturación de los sistemas sanitarios.

Desde el inicio de la pandemia, en Argentina, la expectativa de un incremento de los pacientes hospitalizados, o su elevado número real, generó una carga excesiva para el sistema de salud, “exponiendo al personal de salud y a los pacientes sin COVID-19 a la transmisión y adquisición nosocomial del SARS-CoV-2” [9]. Precisamente, tal como en otras partes del mundo, varios brotes se iniciaron en el país, en establecimientos de salud.

La medida más drástica dispuesta por el Gobierno Nacional, y tal vez la más controvertida, fue aquella destinada a la reducción del contacto social. La misma fue alternativamente aplicada, de modo amplio y total, como cuarentena; o de manera focalizada, en la forma de restricciones selectivas por actividades, a modo de confinamientos regionales, o de cierres intermitentes por periodos breves. Así, a partir del 20 de marzo de 2020 se decretó “el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) para toda la población, con restricción de la circulación de personas y las actividades en todo el país” [6]. Más tarde, el 8 de junio, un nuevo marco normativo estableció el distanciamiento social, preventivo y obligatorio (DISPO), en principio solo para aquellas zonas con mejores parámetros sanitarios, luego ampliado a todo el país y vigente hasta el 31 de enero de 2021 [6].

## **Efectos colaterales**

Ahora bien, resulta inevitable que en contextos de pandemia y aislamiento social, y ante la incertidumbre ocasionada por las dificultades económicas crecientes y el exceso de información, se potencien en la población manifestaciones de ansiedad, miedo y angustia.

Con el objeto de “evaluar la ansiedad en el contexto de la pandemia por COVID-19” [10], tanto en los grupos con factores de riesgo, como en aquellas personas expuestas al contagio por motivos laborales (en particular profesionales de la salud), Rodríguez Ceberio llevó a cabo una investigación a 60 días de iniciado el confinamiento obligatorio en Argentina.

Se trató de un estudio no experimental, transversal, sobre una muestra con amplia cobertura etaria y geográfica de 712 voluntarios, a quienes aplicó un cuestionario de ansiedad de estado y de rasgo.

La indagación permitió comparar los resultados obtenidos entre los subgrupos participantes de: profesionales de la salud, otras profesiones de riesgo, y personas con actividades sin riesgo específico asociado; asimismo, dio lugar a la emergencia de un nuevo interrogante: ¿Qué elemento habrá sido generador del mayor malestar: la COVID-19, con el consecuente temor al contagio y la muerte probable; o el contexto de cuarentena, con sus limitaciones e implicancias?

Entre otros factores generadores de controversia, la suspensión de las clases presenciales que derivó en escolaridad en línea, también fue largamente cuestionada toda vez que, en el reducido número de infecciones informadas en niños, la mayor parte de los cuadros fueron asintomáticos o leves, y con escasas hospitalizaciones o muertes [11].

Sin poner en duda la importancia de la continuidad en el proceso educativo, de Candia y Geuna llevaron a cabo una revisión de las publicaciones científicas realizadas en diversos países, acerca del tema. En su indagación refieren que, si bien gran parte de los trabajos están basados en modelos matemáticos, la transmisión entre los niños resulta poco frecuente en las escuelas. Aún así sostienen que “la evidencia en contra de la utilidad de la suspensión de la presencialidad como medida de control es limitada y discutible”[11].

Entretanto, la provisión de insumos de protección personal, la adaptación en “burbujas” de las áreas de trabajo y la implementación de prácticas adecuadas para disminuir el riesgo de transmisión nosocomial del virus, favorecieron la desaceleración de los contagios con antelación a la vacunación [9].

Pero la pandemia por COVID-19 impactó en la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud en su conjunto; de modo que, si bien fue imperioso atender a las poblaciones comprometidas por el virus, no por ello se debió dejar de atender las demandas habituales. En este escenario, la población afectada emocionalmente por la pandemia en Argentina fue objeto de particular atención por Ardila-Gómez quien, en un estudio observacional transversal, y con el objeto de caracterizar el efecto de la pandemia en la provisión de servicios de salud mental en Argentina, indagó los “cambios en la demanda, en el proceso de atención y en la estructura de los servicios” [12], entrevistando a trabajadores de servicios de salud mental, en cinco jurisdicciones del país.

El incremento de la demanda general de servicios de salud durante la pandemia, así como el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), modificaron drásticamente la oferta de atención en salud mental. Mientras las intervenciones grupales resultaron particularmente afectadas, los agentes de salud mental se vieron obligados a una sensible reducción de las prestaciones, a su concentración en hospitales neuropsiquiátricos, o a su transformación en entrevistas virtuales. Es decir que las consultas en salud mental también se modificaron a partir de la pandemia: luego de un descenso inicial, debido al temor al contagio; sobrevino un aumento en los casos de angustia, ansiedad, miedo y violencia doméstica. Problemáticas que fueron significadas como “efectos del aislamiento” [12], estimándose además la mayor gravedad de sus presentaciones.

En suma, al dejar de funcionar los servicios de forma presencial, se suspendieron los nuevos ingresos y derivaciones; la atención se redujo al mínimo, limitándose en ocasiones al suministro de medicación y atención telefónica; y el acompañamiento remoto, a través de dispositivos electrónicos, evidenció las inequidades entre los usuarios, ya fuera por la falta de acceso a tales recursos, como por las dificultades para adaptarse o para manejar los mismos.

Para evaluar la magnitud e impacto de la pandemia en Argentina, Rearte calculó el exceso de mortalidad durante 2020, comparando las defunciones por todas las causas informadas en el período, con “las muertes por COVID-19 notificadas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud” [6]. Su estudio incluyó los fallecimientos acaecidos como resultado directo del virus, tanto como el efecto indirecto del mismo sobre las muertes por otras enfermedades, evidenciando que los valores de mortalidad efectivamente concuerdan con la evolución de la pandemia en el país.

En otras palabras, su pesquisa permitió “cuantificar el impacto directo e indirecto de la pandemia” en la Argentina; dando cuenta además, por una parte, de la relación existente entre la reducción de la mortalidad general y la implementación del aislamiento social, preventivo y obligatorio, y por otra, del incremento de casos y el consecuente aumento de mortalidad general, ante el aumento de la circulación de personas.

En cuanto al impacto de la vacunación en las nuevas infecciones por Covid-19 en el personal de salud, los primeros datos del país fueron aportados por el estudio realizado por Luzuriaga, en la Provincia de Buenos Aires [9].

Como en otros distritos, la vacunación en esta provincia se inició con el personal de salud; su efecto fue comparado con la evolución de los casos de la población general. Se trató de una observación descriptiva de series temporales de casos confirmados entre abril de 2020 y marzo de 2021, considerándose “el grado de inmunización a 14 días de la aplicación de la vacuna”.

El trabajo señala que, aún cuando diversas publicaciones aportaron datos acerca de la efectividad de las vacunas contra el virus en todo el mundo, todavía no se dispone de información fehaciente acerca de las vacunas Sputnik V y Sinopharm, aplicadas a nivel local. Sin embargo permite inferir, a partir del cambio en la proporción de casos entre el personal de salud y la población general, que en la primera etapa de la campaña de vacunación se alcanzó la inmunidad en el subgrupo del personal de salud.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a la literatura revisada, entonces, a la gravedad de la pandemia y su asociación con diferentes comorbilidades, debería agregarse el efecto de algunas medidas que, en tanto estrategias de cuidado de la población, fueron adoptadas por distintos gobiernos. Ello nos conduce necesariamente a la reflexión, tanto acerca de la instrumentación de tales medidas, como del modo en que las mismas fueran comunicadas a la población.

Hace ya más de una década, la Organización Mundial de la Salud difundió una serie de normas que permitirían a los gobiernos “planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos” [13], en el entendimiento de que las poblaciones no sólo son impactadas por los brotes epidémicos, sino también por las políticas sanitarias adoptadas en relación a estos y por la manera en que dichas políticas son implementadas y transmitidas.

La integración e interconexión globales, hacen que hoy resulte prácticamente imposible ocultar al público cualquier información acerca del impacto de una emergencia; por lo tanto es preferible anticiparse a cualquier rumor o anuncio falso, reconocer públicamente aquello que se desconoce y anticipar que la información previa podría modificarse en la medida en que se obtengan nuevos datos. No obstante, en situaciones críticas, los actos y decisiones de los funcionarios de salud pública generan mayor impacto en la población, que el mero conocimiento de los riesgos. Es en este sentido que la OMS aconseja a las autoridades sanitarias fomentar, mantener o recuperar la confianza de la población, recomendación que es aplicable “a todos los sistemas políticos, culturas y grados de desarrollo” [13]; ya que cuanto menos confíe una población en las autoridades que manejan la epidemia, menos probable será que sigan sus indicaciones.

A esta confianza se accede mediante la transparencia; es decir, cuando la comunicación es veraz, completa, fácilmente comprensible y se atiene estrictamente a los hechos, y, si bien la transparencia no es garantía absoluta de confianza en las autoridades, la misma se ve facilitada cuando la población advierte que los funcionarios son competentes y que las medidas implementadas son oportunas.

Lamentablemente -señaló el historiador Yuval Noah Harari-, no todos los políticos resultaron estar a la altura de las responsabilidades que les fueran conferidas. Exponiendo como ejemplo a los presidentes de los Estados Unidos y de Brasil, quienes “minimizaron el peligro, se negaron a hacer caso a los expertos y en cambio impulsaron teorías conspirativas” [14], dejó en claro que estos dirigentes “no crearon un plan de acción federal sensato, y que sabotearon los intentos por detener la pandemia de las autoridades de los estados y los municipios”. Su negligencia e irresponsabilidad fue ocasión de miles de muertes evitables.

De hecho, durante los primeros meses de 2020 fue evidente la falta de una coordinación de liderazgos que impidiera la globalización de la catástrofe; entretanto “las dos potencias principales, Estados Unidos y China, se acusaron mutuamente de ocultar información vital, diseminar desinformación y teorías conspirativas e incluso de haber diseminado el virus deliberadamente” [14]. Así, en vez de asumir una actitud cooperativa para el bien común, los países convirtieron a sus rivales en “chivos expiatorios” de su propia inoperancia.

Luego, tan pronto como se iniciaron campañas de vacunación seguras, se hizo evidente el “nacionalismo de la vacuna”, expresando una nueva desigualdad global, entre los países que podían inocular a su población y aquellos que no.

Pero contar con herramientas científicas para enfrentar al virus, ha sido apenas un aspecto del problema, ya que disponer medidas no farmacológicas, como el distanciamiento social, resultó en un elevado costo emocional y, ciertamente, económico.

En suma, no resulta fácil explorar las características de un fenómeno, mientras este está aconteciendo y se es parte del mismo; tampoco lo es resolver el dilema entre ciencia y política, a la hora de determinar cuáles son las intervenciones adecuadas para gestionar la pandemia; empero, ante numerosos intereses y valores contrapuestos, es incuestionable que ninguna nación puede “salvarse sola”, ni sentirse segura, mientras el virus se siga diseminando entre la gente más pobre de los países menos desarrollados.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Organización de las Naciones Unidas (ONU) *Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*. Julio de 2020.
- [2] Chiara, M.; Di Virgilio, M. M.; Moro, J. (2009) Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local. *Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político*, núm. 14, 2009, pp. 97-128 Grupo Interuniversitario Postdata Buenos Aires, Argentina
- [3] Lago F. P., Elorza M. E., Nebel-Moscoso S., Ripari N. V. (2013) Equidad en el acceso a los servicios de Atención Primaria de Salud en sistemas de salud descentralizados: el caso de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 12 (25): 40-54, julio-diciembre de 2013.
- [4] Silberman M, Yacobitti A, Otero L, Doldan Arruabarrena V, Arano J, Lage S, et al. La región sudeste del Gran Buenos Aires frente a la pandemia: evaluación de la ampliación del sistema de salud en el marco de la COVID-19. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13 Supl COVID-19:e19. Publicación electrónica 23 Mar 2021.
- [5] González M, Ameri L, Muñoz L, Luzuriaga JP, Pifano M, Velásquez V, et al. COVID-19 y vulnerabilidad social: análisis descriptivo de una serie de casos del Gran Buenos Aires. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13 Supl COVID-19:e23. Publicación electrónica 09 Abr 2021.
- [6] Rearte A. Exceso de mortalidad por todas las causas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Argentina, 2020. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13 Supl COVID-19:e36
- [7] de Candia L., Bulla V., Cordone R., Quignard M., Montaner A, Kohen J. (2021) Viejas herramientas para nuevos problemas: intervenciones no farmacológicas para afrontar la pandemia de COVID-19. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2021;13 Suplemento COVID-19: e33. Publicación electrónica 12 jul 2021.
- [8] Argentina Presidencia. *COVID-19 Prevención de transmisión por aerosoles. Recomendaciones*. Ministerio de Salud. Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación. Marzo 2021.
- [9] Luzuriaga J.P. Impacto de vacunación COVID-19 en las infecciones por SARS-COV-2 en personal de salud de la provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Publica*. 2021;13 Supl COVID-19:e37

- [10] Rodríguez Ceberio M., Jones G. M., Benedicto M. G. (2021) COVID-19: ansiedad de rasgo y estado en una población seleccionada de Argentina en un contexto de cuarentena extendida. *Rev Argent Salud Publica. 2021;13 Supl COVID-19:e22*
- [11] de Candia L.F., Geuna J. D. (2021) Escuelas y COVID-19: Revisión narrativa sobre la relación entre las clases presenciales y el control de la pandemia. *Rev Argent Salud Publica. 2021;13 Supl COVID-19:e35*
- [12] Ardila-Gómez S., Rosales M. L. & otros (2021) Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Rev Argent Salud Publica. 2021;13 Supl COVID-19:e26*
- [13] OMS (2008) *Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos.*
- [14] Harari, Y. N.: Qué aprendimos en un año de pandemia *INFOBAE - 27 de Febrero de 2021*