

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

Medidas de prevención para COVID-19: Análisis de las representaciones sociales sobre el cuidado y la prevención en la población del AMBA.

Buenos Aires, diciembre de 2021

EQUIPO

María Paula Esquivel

Silvia Lamagni

Ivana González

María de los Ángeles Fernández

Pía Tessandori

María Natalia Echevoyemberry

Mariela Alderete

Florencia Perez

María Garrido

Mario Glanc

Rubén Torres (Co-director)

Yamila Comes (Directora)

RESUMEN EJECUTIVO	3
1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.2 LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	6
1.2.1 Objetivo General	6
1.2.2 Objetivos específicos	6
1.3 LA METODOLOGÍA UTILIZADA	6
1.5 LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO	61
1.6 CONCLUSIONES	76

RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta un estudio aprobado bajo el código BI2021.001 financiado por la Universidad ISALUD en el marco de las Becas de Investigación ISALUD 2020 “*Dr. Mario González Astorquiza*” que tiene como objetivo general analizar las representaciones sociales sobre las medidas de cuidado y prevención para COVID-19 en la población del AMBA.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo de corte transversal que indaga, por medio de análisis lexicales, las ideas compartidas sobre los conceptos referidos a la enfermedad de COVID - 19 y las medidas de prevención farmacológica y no farmacológica para la misma, en la población del AMBA. Para tal fin fue utilizada la técnica evocativa libre de palabras y el análisis prototípico. Fueron seleccionados mediante una muestra intencional 221 personas residentes tanto en la Ciudad de Buenos Aires como en el conurbano bonaerense. Para el análisis de las representaciones sociales sobre medidas de prevención no farmacológica, las unidades de análisis fueron personas de 18 a 25 años y mayores de 60 años; para las referidas a medidas de prevención farmacológica, trabajadores del sistema de salud del AMBA.

Los análisis fueron realizados con apoyo del software libre IRAMUTEQ.

Resultados: las representaciones sociales sobre los conceptos seleccionados aluden a significados que expresan valoraciones y sentimientos emocionales pero que también están atravesados por los múltiples discursos que circularon socialmente tensionando o disputando los significados que se les atribuían a las medidas de prevención difundidas e implementadas en el marco de la pandemia por COVID 19. En cuanto a las medidas principales de prevención relacionadas con la protección personal aparecen las significaciones en torno al cuidado y la prevención, aparece poco el cuidado solidario, como cuidar al otro y surge también la complejidad que deviene del uso o aplicación de las medidas de protección. La tensión o disputa en torno a las representaciones hegemónicas sobre los objetos a evocar aparecen con mayor fuerza en torno a las medidas restrictivas de circulación o movimiento y a los cierres de escuela y

bares/restaurantes donde tensionan las asociaciones sobre la necesidad, utilidad y prevención frente al uso político, el abuso y la innecesariedad.

1.1 EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El proyecto que se presenta a continuación, fue aprobado bajo el código BI.2021.001 en el marco de la convocatoria, dirigida a docentes y alumnos de carreras de grado y posgrado de la universidad ISALUD, para el otorgamiento de las Becas de Investigación ISALUD 2020 “*Dr. Mario González Astorquiza*”. Las mismas tienen como fin promover el acceso y participación de docentes y alumnos a las actividades de investigación científico-tecnológica y estimular la producción científica en la universidad. Por ello el equipo de trabajo está compuesto por docentes, alumnos y tesis de diferentes carreras de grado y posgrado.

Este estudio se enmarca en la línea prioritaria denominada “*Prevención de la COVID-19*” y evalúa las representaciones sociales sobre diversos aspectos de la prevención farmacológica y no farmacológica de la COVID-19 en población adulta de la Ciudad de Buenos Aires y conurbano.

La pandemia por COVID-19 se inicia en diciembre de 2019 cuando se registra el primer caso de síndrome respiratorio por Coronavirus en Wuhan, China (Villegas-Chiroque, 2020). A fines de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación como una emergencia en salud pública de interés internacional. La pandemia se declaró el 11 de marzo de 2020 con un comunicado de la OMS y se recomendaron acciones a ser adoptadas (Oliveira, Lucas, Iquiapaza, 2020). Se incorporaron medidas de protección tales como distancia física, uso de barbijos y protección de ojos para profundizar en la prevención (Chu, Akl, Duda, Solo, Yaacoub, Schünemann, 2020) y aislamiento de la población en diversos grados, según cada país.

En Argentina, entre las medidas implementadas para disminuir el impacto de la enfermedad y aplanar la curva de uso de servicios de salud se cuentan las que

tienen que ver con la cuarentena y aislamiento; medidas higiénico-preventivas de lavado de manos, uso de barbijos y distanciamiento social. Además de minimizar el uso de transporte público y la circulación de usuarios especialmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Esta área es de crucial importancia ya que en ella se encuentran la gran mayoría de casos confirmados por COVID-19 hasta la fecha y posee la mayor tasa de mortalidad.

Las medidas descritas son clave para disminuir los contactos y como consecuencia la incidencia de la enfermedad en la población y dependen de cómo cada sujeto y su contexto cultural entienda la enfermedad en términos de trascendencia o gravedad y de la percepción del riesgo. En este estudio se buscará analizar las representaciones sociales sobre COVID-19 y sobre las medidas de prevención en población del AMBA. El mismo se propone sistematizar las medidas gubernamentales de control de la enfermedad del AMBA (decretos y normas y protocolos), conocer las representaciones sociales sobre la enfermedad y sobre las medidas de prevención a ser implementadas por la población. Este estudio se inscribe en una línea de análisis de evaluación de políticas de salud(9) ya trabajada en investigaciones anteriores por el equipo. En este caso se busca analizar las representaciones sociales de manera cuantitativa procurando buscar el núcleo central, periférico y la zona de contraste de las mismas a través de una técnica asociativa de evocación de palabras (Wachelke, Wolter, 2011)(Bardin, 2016). Esta metodología se basa en la teoría estructural de las representaciones sociales de JC Abric (2001) y posee una metodología bien definida en base a análisis lexicales (Andrade, 2016), más exactamente, análisis prototípico de representaciones sociales (Wachelke, Wolter, 2011). Este análisis prototípico será realizado con apoyo del software IRAMUTEQ (Souza, 2018). Numerosos estudios utilizan esta metodología de análisis para las representaciones sociales (Célia De Freitas, Ferreira, Ferreira, 2019; Shimizu, Silva, Moura, Bermúdez, 2015) y el equipo la viene utilizando en una investigación en curso sobre representaciones sociales de vejez activa y saludable.

1.2 LOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo General

Analizar las representaciones sociales sobre COVID-19 y sobre las medidas de prevención de esta enfermedad (cuarentena, aislamiento, distanciamiento social, lavado de manos, uso de barbijos) en población del AMBA en el año 2021.

1.2.2 Objetivos específicos

- a. Sistematizar las medidas gubernamentales de control de la enfermedad en el AMBA (decretos, normas y protocolos).
- b. Describir las representaciones sociales sobre la enfermedad COVID-19.
- c. Describir las representaciones sociales sobre las medidas de prevención a ser implementadas por la población (cuarentena, aislamiento, distanciamiento social, lavado de manos, uso de barbijos, etc).
- d. Reflexionar sobre la eficacia, efectividad del uso de medidas de prevención de COVID-19 en la población en función de las representaciones sociales indagadas.

1.3 LA METODOLOGÍA UTILIZADA

Se trata de un estudio cualitativo ya que buscó comprender de qué manera las personas construyen su universo simbólico mediado por la cultura dominante, no obstante, ha sido utilizado un análisis cuantitativo.

Se trabajó con fuentes primarias, que fueron las evocaciones construidas en el trabajo de campo y con fuentes secundarias tales como revisión de bibliografía y decretos de medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio dictadas por el gobierno nacional, provincial (Provincia de Buenos Aires), municipal y de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La técnica de construcción de datos fue la técnica evocativa libre de palabras (o free words association technique)(Guerrero, Claret, Verbeke, 2010) que es ampliamente utilizada para el análisis de representaciones desde la disciplina de la psicología social, la lingüística y la sociología y se basa en el concepto de asociación libre del psicoanálisis freudiano, existiendo evidencias sobre esta técnica y la aproximación a las ideas inconscientes (Fryer, 2001).

Las variables o categorías principales fueron las que se consideren palabras inductoras para las asociaciones (5 asociaciones por cada palabra inductora):

Pandemia COVID-19.

Prevención de la COVID-19.

Vacuna contra la COVID-19.

Campaña de vacunación contra la COVID-19.

Cuarentena

Distanciamiento Social

Cierre escuelas/universidades.

Cierre restaurantes/bares/boliches.

Uso de barbijo

Las unidades de análisis fueron cada una de las personas que participó del proyecto: para el análisis de las representaciones sociales sobre medidas de prevención no farmacológica, personas de 18 a 25 años y mayores de 60 años; para las referidas a medidas de prevención farmacológica, trabajadores del sistema de salud del AMBA. El tipo de muestra fue intencional (Fontanella, Ricas, Turato, 2008), con un número mínimo de cien sujetos para dar estabilidad y eliminar la influencia de elementos de casos extremos (Wachelke & Wolter, 2011).

Los resultados se presentan en una tabla de doble entrada donde las palabras más prontamente evocadas y de mayor frecuencia conformarán el núcleo central de la representación (Abric, 2001), las más tardíamente evocadas con

mayor frecuencia conformarán el núcleo periférico primero; las prontamente evocadas de menor frecuencia serán la zona de contraste y las más tardíamente evocadas y de menor frecuencia serán consideradas las de la segunda periferia. Los datos serán interpretados a la luz de construcciones sociales y culturales que determinarán el significado de las asociaciones.

Se trabajó con el software libre IRAMUTEQ (Camargo & Justo, 2013) que fue especialmente diseñado para este tipo de análisis denominado análisis prototípico de representaciones sociales.

A partir de estos significados se analizará la eficacia y efectividad potencial de las medidas de prevención.

Las unidades de análisis fueron cada una de las personas mayores de 18 años participantes del estudio y se seleccionaron en base a un muestreo intencional (Fontanella et al., 2011) de diferentes poblaciones (edad, sexo y nivel educativo) y con un número mínimo de cien sujetos que es lo que la literatura recomienda para dar estabilidad y eliminar la influencia de elementos de casos extremos (J Wachelke & Wolter, 2011).

Fue diseñada una estrategia metodológica cualitativa (De Souza Minayo, 1992). Siendo su objetivo la comprensión de un fenómeno, sin embargo el análisis de la información fué bajo las normas de la metodología cuantitativa, específicamente el análisis prototípico (J Wachelke & Wolter, 2011) que es parte de los análisis lexicales que buscan comprender el núcleo representacional y sus periferias. No obstante esta situación de uso de estadística, al tratarse de un estudio que apunta a la comprensión y cualificación de un fenómeno en contexto, se lo interpreta dentro de una estrategia metodológica cualitativa.

Las representaciones sociales, desde el origen del concepto y hasta la actualidad, han sido estudiadas de diferentes maneras (Páez, Hernández, & Mesa, 2005) (Carneiro et al., 2014) (Buitrago Peña, Cabrera-Cifuentes, & Guevara-Jiménez, 2009). Algunos investigadores utilizan la técnica de entrevistas, generalmente semiestructuradas (Boni & Quaresma, 2005) o con

guía de preguntas y aplican un análisis de contenido (Bardin, 2016), temático (Carneiro et al., 2013) o análisis de discurso (Nagamine Brandão, 2006) para extraer resultados.

Existe otra serie de métodos que se basan en análisis lexicales (Guerin-Pace, 1998) (Andrade, 2016). Estos tipos de análisis asumen que las palabras usadas en contextos similares están asociadas al mismo mundo lexical y son parte de mundos mentales específicos o sistemas de representación (Roubère & Ratinaud, 2014). Entre estos últimos se destaca el análisis prototípico (João Wachelke & Wolter, 2011) que utiliza una técnica asociativa libre de palabras (Shimizu, Silva, Moura, Bermúdez, & Odeh, 2015) para captarlas.

La técnica asociativa libre de palabras propone al participante unas palabras inductoras y a partir de estas se deberían asociar entre cinco y siete palabras. Las mismas son después analizadas en conjunto entre la teoría de las representaciones sociales y la teoría sobre el tema abordado (Ver en anexo formulario construido para la investigación).

Esta técnica de análisis se basa en la teoría estructural de las Representaciones Sociales cuyo referente, entre otros, es Jean Claude Abric. El define que toda representación tiene un núcleo central que son aquellos conceptos que definen la esencia de esa representación. Son las ideas que permiten la ligazón con la memoria colectiva y la historia de ese grupo. Son consensuadas y homogéneas en ese grupo, son estables, coherentes y rígidas y no cambian en función de cambios contextuales. La función de este núcleo central es generar los significados de esa representación y determinar la organización de esos significados (Abric, 1993). Este núcleo se encuentra en un nivel preconsciente, entonces las personas actúan casi automáticamente cuando esbozan la asociación. Este autor considera que este núcleo es difícil de remover ya que son conceptos acuñados de tiempo y sostenidos por la mayoría de las personas.

Existe también lo que el autor llama un núcleo o sistema periférico que son

aquellas ideas que si bien forman parte de las representaciones sociales, traen la heterogeneidad de pensamiento dentro de ese grupo. Son ideas más flexibles y a veces contradictorias con otras del núcleo central. Estas ideas son cambiantes si el contexto cambia. Su función es permitir la adaptación a la realidad, la diferenciación y son protectoras del núcleo central en tanto ofrecen alternativas de pensamiento pero no se oponen a la centralidad de las ideas más hegemónicas (Abric, 1993). Cuando existen cambios culturales que afectan las representaciones sociales, generalmente comienzan con cambios en el sistema periférico de la representación.

En el análisis prototípico de las representaciones sociales se analiza: el núcleo central; el núcleo periférico; una segunda periferia que serían las palabras que casi no formarían parte de esa representación; y lo que llaman una “*zona de elementos de contraste*” donde se ubicarán las palabras que hoy no constituyen representación pero que están preparándose para serlo (Wolter et al., 2016).

El análisis prototípico se representa en una tabla de doble entrada donde cada columna representa la frecuencia de palabras y cada línea representa el orden de la evocación. Como ya se comentó eran entre cinco y siete evocaciones por cada palabra inductora, la primera es la 1 en orden de evocación, la segunda, la 2 en orden de evocación y así sucesivamente. Las palabras más frecuentes (medido por la mediana de la frecuencia de palabras) y prontamente evocadas (Si son cinco evocaciones, serían las primeras tres primeras y si son siete, las primeras cuatro), son las que se ubican en el núcleo central. Las más frecuentes y tardíamente evocadas (evocación en el orden 4 o 5 si son cinco palabras o entre 5 y 7 si son siete) son las que se localizan en el primer núcleo periférico, las menos frecuentes pero más prontamente evocadas pertenecen a la zona de contraste y las menos frecuentes y más tardíamente evocadas pertenecen a un segundo núcleo periférico (Tabla 1).

Tabla 1: Estructura de análisis de las representaciones sociales utilizada por la metodología de análisis prototípico

	Más prontamente evocadas (primeros 3 o 4 lugares de evocación según sean 5 o 7 las evocaciones)	Más tardíamente evocadas (últimos lugares de evocación)
Más frecuentes que la mediana	Núcleo Central	Primera periferia
Menos frecuente que la mediana	Zona de Contraste	Segunda Periferia

Fuente: Elaboración Propia en base a metodología de análisis prototípico

Este tipo de análisis se puede realizar de forma manual o por medio del software gratuito IRAMUTEQ (Camargo & Justo, 2013) (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) un predecesor del SPAD-T y similar al ALCESTE (Max, 1990).

Este software fue creado en el año 2009 y se apoya en el Software R (que también es gratuito) y permite diferentes análisis estadísticos sobre corpus textuales y sobre tablas de individuos por palabra, como es el caso del análisis prototípico.

Esta metodología captaría por medio de palabras evocadas, las familias lexicales que estarían dando sentido y significado a las palabras inductoras, es decir a las Representaciones sociales. Varias son las investigaciones sobre el tema que la utilizan proporcionando resultados confiables para los estudios (João Wachelke & Contarello, 2012) (Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015) (Parrott & Smith, 1991).

1.4 EL MARCO TEÓRICO DEL ESTUDIO

COVID 19, el ciclo de la infección.

El ciclo de infección comienza con el “agente infeccioso”, que es el SARS-CoV-2, y que causa enfermedades que pueden verse influenciadas por la carga de virus, la transmisibilidad y virulencia de las variantes virales. El espacio “reservorio”, es decir, donde reside el patógeno, incluye el medio ambiente (en el aire, en un espacio cerrado), las personas, y superficies de contacto (manijas de puertas, etc.). La persistencia del virus en el medio ambiente puede verse influenciada por la presencia de materia orgánica y factores ambientales (temperatura, humedad relativa).

El “portal de salida” es la forma en que el agente infeccioso sale del reservorio, como a través de aerosoles abiertos y salpicaduras de fluidos corporales como tos, estornudos y saliva (OMS, 2020).

El “modo de transmisión” es el medio por el cual se puede transmitir el agente infeccioso, como por contacto directo o indirecto o por inhalación (OMS, 2020). También existe la posibilidad de transmisión de personas que están infectadas, pero aún no han desarrollado síntomas; esto se llama transmisión presintomática. El período de incubación de COVID-19, es el tiempo que transcurre entre la exposición al virus y la aparición de los síntomas, es en promedio de 5 a 6 días, pero puede durar hasta 14 días (OMS, 2020).

“Portal de entrada” es la forma en que el agente infeccioso puede ingresar a un nuevo huésped, como el tracto respiratorio, las membranas mucosas o el equipo de protección personal (EPP) contaminado (OMS, 2020). Se destaca el importante papel de los NPI (como los EPP, máscaras e higiene) para romper múltiples enlaces interconectados en el ciclo de infección que evitarán la transmisión de COVID-19.

El “huésped susceptible” puede ser cualquier persona, pero los más vulnerables son aquellos que están inmunosuprimidos o tienen comorbilidades o un sistema inmunológico envejecido (ancianos) (OMS, 2020).

Los principales modos de transmisión del SARS-CoV-2 se dan a través de la suspensión en el aire de aerosoles o gotitas cargados de virus que normalmente se liberan a través de la nariz y la boca de los infectados. La propagación por el aire ocurre con patógenos que se encuentran en gotitas exhaladas y generalmente se piensa que puede transmitirse en partículas menores o mayores de 5 micrones. Se insiste en un mayor riesgo de transmisión del SARS-CoV-2 al hablar, cantar, toser y estornudar, donde el virus en aerosol puede permanecer en el aire debido a la baja velocidad de sedimentación. Por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado la importancia de mantener un distanciamiento social de 2 metros y el uso de mascarillas (OMS, 2020). Cuanto más lejos esté la distancia de un esparcido de SARS-CoV-2 infectado, menor será el riesgo relativo de adquirirlo. Esto enfatiza los desafíos de mitigar la transmisión del SARS-CoV-2 en el ambiente interior, ya que existe un mayor riesgo de exposición viral con la congregación cercana de posibles propagadores virales, y hay una capacidad limitada para el tratamiento o intercambio de aire.

Categorías de medidas no farmacológicas (NPI) para la contención de la COVID-19.

Los estudios sobre la progresión de la pandemia de COVID-19 que han explorado los efectos de intervenciones tipo NPI, se basan generalmente en categorías de intervenciones que incluyen:

- **Distanciamiento social** (cancelación de reuniones, cierre de escuelas)
- **Restricciones de viaje**
- **Testeos y Seguimiento de casos**
- **Medidas de protección personal** (mascarillas, higiene)
- **Aumento de la capacidad sanitaria**
- **Ayuda Social a grupos Vulnerables**

En términos generales, se tiene consenso en que las medidas de distanciamiento social (prohibición de reuniones/actividades sociales, cierre de

bares, cierre de escuelas) suelen ser efectivas en el retraso de la transmisión de casos o demora en el aumento de contagios, en mayor medida que el resto de las intervenciones. En algunos estudios (Matzinger P, Skinner, 2020), se concluye que los cierres de escuelas han reducido las tasas de infección, aunque otras acciones (como el cierre de bares y la obligatoriedad de máscaras/barbijos) redujeron aún más los contagios. Con estas acciones, en varios contextos los casos positivos se redujeron de manera importante y las hospitalizaciones y las muertes se retrasaron.

Sin embargo, a pesar de su uso generalizado, y su relativa facilidad de implementación, este tipo de intervenciones son complejas de implementar en algunos contextos económico sociales y por lo tanto de tener efecto sobre la propagación de casos en expansión.

En particular, en los países en desarrollo, donde otras medidas son más difíciles de implementar (por ejemplo, aumentos en la capacidad de atención de la salud, mayor capacidad de testeos y seguimiento de pacientes), actualmente se sabe poco sobre la efectividad relativa de las diferentes estrategias y el foco de su eficacia, de acuerdo a la mayoría de los estudios relevados toma en cuenta también las estrategias de comunicación implementadas y el grado de adherencia del público a llevarlas a cabo.

En otras oportunidades ante el surgimiento de un nuevo virus de respiratorio con potencial pandémico (en particular el SARS-COV en 2003, H1N1 en 2009), las NPI a menudo han sido las intervenciones disponibles para ayudar a retardar la transmisión del virus en las comunidades, lo cual es especialmente importante antes de del desarrollo de las vacunas que inmunizan a la población.

Desde el centro de control y prevención de enfermedades del departamento de salud de EEUU (CDC), se desarrolló una “Guía comunitaria de mitigación para prevenir la influenza pandémica” (Qualls, Levitt, Kanade, 2017), con una primera versión en 2007 y una revisión de 2017, que describe las NPI recomendadas y los conceptos clave de apoyo para el uso de estas

intervenciones durante las pandemias de influenza y que preserva cierta utilidad, en particular respecto a las lecciones aprendidas en la introducción de medidas.

Las NPI pueden introducirse en fases según la gravedad de la pandemia y los patrones de transmisión local a lo largo del tiempo. Las categorías de NPI en esta guía incluyen:

- **Medidas de protección personal para el uso diario** (por ejemplo, aislamiento domiciliario voluntario de personas enfermas, etiqueta respiratoria e higiene de manos)
- **Medidas de protección personal reservadas para las pandemias** (por ejemplo, cuarentena domiciliaria voluntaria de los miembros del hogar expuestos y uso de mascarillas en entornos comunitarios cuando están enfermos);
- **Medidas comunitarias destinadas a aumentar el distanciamiento social** (por ejemplo, cierres de escuelas, distanciamiento social en los lugares de trabajo y aplazamiento o cancelación de reuniones masivas)
- **Medidas ambientales** (por ejemplo, limpieza de rutina de las superficies que se tocan con frecuencia)

Si bien estas intervenciones permanecen desde la primera versión de la guía, se ha incorporado en las directrices de 2017 la importancia de una planificación pre pandémica amplia y flexible, la participación de la comunidad en la implementación de medidas, destacando que el uso oportuno y eficaz de las NPI depende de la aceptación y participación activa de la comunidad.

Las intervenciones no farmacéuticas (NPI) son estrategias para el control de enfermedades, lesiones y exposición. Incluyen acciones que las personas y las comunidades pueden tomar para ayudar a retrasar la propagación de virus respiratorios.

Cuando comienza una pandemia, las autoridades de salud pública deben decidir sobre un conjunto apropiado de NPI para su implementación y

comunicar la importancia de las **medidas de protección personal para el uso diario** o medidas de limpieza ambiental, que se recomiendan en todo momento para la prevención de enfermedades respiratorias.

Una decisión más difícil es cómo y cuándo implementar NPI a nivel comunitario que podrían estar justificadas, pero son más disruptivas (por ejemplo, distanciamiento social en los lugares de trabajo y la comunidad, y cancelación de reuniones masivas).

La planificación, junto con la participación de la comunidad, es un componente esencial de estas decisiones.

- **Comunicación clara:** se debe tener claridad sobre el propósito o las metas del esfuerzo de participación y las poblaciones y comunidades relevantes.

- **Consideración del entorno social:** Conocer la cultura, las condiciones económicas, las redes sociales, las estructuras políticas, las normas y los valores, la historia y la experiencia de la comunidad en programas similares.

Todos los aspectos de la participación de la comunidad deben reconocer y respetar la diversidad de la comunidad. El conocimiento de las diversas culturas de una comunidad y otros factores que afectan la diversidad debe ser primordial en la planificación, el diseño y la implementación de enfoques para involucrar a una comunidad.

La decisión sobre si recomendar NPI adicionales y cuándo introducirlas es otro componente importante. Se recomienda que los decisores de salud pública estatales y locales pueden usar ciertos indicadores de vigilancia de la influenza para ayudar a decidir cuándo considerar la implementación de NPI. La elección de los indicadores de vigilancia de la influenza puede diferir entre los estados y las localidades, según la disponibilidad y la capacidad de sus recursos de salud pública, pero en todo caso, debe estar claro qué criterios están siendo usados y en base a qué indicadores se decide implementar las NPI.

En este sentido, en la provincia de Buenos Aires se ha aplicado un conjunto de indicadores (Incidencia = casos/100 mil HAB, Tiempo de duplicación) para

establecer un semáforo de aplicación de distintas fases de intervenciones NPI con mayor o menor grado de limitaciones al movimiento y contacto social de acuerdo a rangos y umbrales dispuestos en cada indicador.

Adherencia Social

Los gobiernos de todo el mundo han implementado intervenciones no farmacéuticas (NPI) (como el uso de máscaras y el distanciamiento social) para frenar la propagación del COVID-19. Para promover la adhesión del público a estos regímenes, los gobiernos deben comprender las percepciones y actitudes del público estas intervenciones y los factores que influyen en ellos.

Un estudio realizado en seis países de habla inglesa (Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Irlanda, Inglaterra, y EEUU) (Doogan, Buntine, Linger, Brunt, 2020) ha intentado identificar patrones en las percepciones y actitudes del público hacia las NPI a través de la sistematización de datos de las redes sociales (en particular de la red *Tweeter*) sobre las NPI de COVID-19 y compara las tendencias en estos países. El objetivo es identificar los factores que influyeron en las actitudes del público sobre los regímenes de NPI durante las primeras fases de la pandemia de COVID-19. El modelo identifica 131 temas relacionados con estas intervenciones, agrupados en siete categorías de NPI:

- Protección personal
- Distanciamiento social
- Pruebas y rastreo
- Restricciones de reuniones
- Bloqueo
- Restricciones de viaje
- Cierres en el lugar de trabajo

Si bien las NPI menos restrictivas obtuvieron un apoyo generalizado, las NPI más restrictivas se percibieron de manera diferente entre los países. Se

consideró que cuatro características que influyeron en la adherencia pública a las NPI:

- **puntualidad de implementación,**
- **estrategias de campaña de las NPI,**
- **información inconsistente y**
- **estrategias de aplicación.**

Los autores concluyen que las redes sociales (Twitter) ofrecen un medio para obtener comentarios oportunos sobre la respuesta pública a los regímenes de NPI del COVID-19. La información obtenida de este análisis puede respaldar la toma de decisiones, la implementación y las estrategias de comunicación del gobierno sobre los regímenes de NPI, así como fomentar una mayor discusión sobre la gestión de los programas de NPI para eventos de salud global, como la pandemia de COVID-19.

Las estrategias de comunicación y la consistencia de la información conforman grados de confianza en el público y favorecen la adherencia a las intervenciones propuestas, que requieren de la aceptación social para ser efectivas.

Medidas Autoimpuestas y medidas obligatorias

En cuanto a las estrategias de comunicación y participación ciudadana en la implementación de las NPI, un estudio (Teslya, Pham, Godijk, Kretzschmar, Bootsma, Rozhnova, 2020) compara la efectividad de las medidas de prevención autoimpuestas (medidas individuales) frente a las medidas de distanciamiento social impuestas por el gobierno para mitigar, retrasar o prevenir una epidemia de COVID-19.

El modelo utiliza una población estratificada por estado de enfermedad (susceptible, expuesto, infeccioso con enfermedad leve o grave, diagnosticado y recuperado) y estado de conciencia de la enfermedad (consciente e inconsciente) respecto a la propagación de COVID-19.

Se considera que las medidas autoimpuestas son tomadas por individuos conscientes de la enfermedad e incluyen el *lavado de manos*, el *uso de máscaras* y el *distanciamiento social*.

Por otro lado, el distanciamiento social impuesto por el gobierno reduce el contacto social independientemente de su enfermedad o estado de conciencia.

Los resultados incluyen estimaciones sobre aumento del número de casos, retraso del pico de contagios e intensidad del pico de contagios. Las conclusiones indican que, en los casos de mayor toma de conciencia en la población, las medidas autoimpuestas pueden reducir significativamente la tasa de contagios, disminuir contagios y posponer el pico de la ola (cantidad de diagnósticos confirmados).

En los casos de poca concientización social, por el contrario, las medidas autoimpuestas reducen el número máximo de diagnósticos positivos, pero no afectan el momento del pico.

Por último, la implementación temprana del distanciamiento social impuesto por el gobierno por sí solo retrasa, pero no reduce el pico. El retraso puede ser aún mayor y la altura del pico puede reducirse adicionalmente si esta intervención se combina con medidas autoimpuestas que continúan después de que se haya levantado el distanciamiento social impuesto por el gobierno.

Es decir, los autores sugieren que la comunicación clara y la diseminación de información sobre COVID-19, que causa la adopción individual del lavado de manos, el uso de mascarillas y el distanciamiento social, puede ser una estrategia eficaz para mitigar y retrasar la epidemia. El distanciamiento social impuesto por el gobierno puede ganar tiempo para que los sistemas de salud se preparen para una carga de COVID-19 cada vez mayor.

Se destaca la importancia de la concienciación sobre la enfermedad en el control de la epidemia en curso y se recomienda que, además de las políticas de distanciamiento social, los gobiernos y las instituciones de salud pública

movilicen a las personas para que adopten medidas autoimpuestas con probada eficacia para afrontar con éxito el COVID-19.

Ranking de efectividad de las medidas NPI

Por último, para evaluar la efectividad de las intervenciones no farmacéuticas (NPI) resulta fundamental informar los planes de respuesta establecidos. En el trabajo de Haug y otros (2020), se cuantifica el impacto de 6.068 NPI codificadas jerárquicamente implementadas en 79 territorios sobre el número de reproducción efectiva (Rt) de COVID-19, a través de diferentes métodos de análisis.

El conjunto de datos proporciona una taxonomía jerárquica del conjunto de NPI, codificados en cuatro niveles, incluidos ocho temas generales (Nivel 1) divididos en 63 categorías de NPI individuales (Nivel 2) que incluyen más de 500 subcategorías (nivel 3) y 2000 códigos (nivel 4).

Se describen los resultados de las clasificaciones de efectividad de la NPI para Nivel 1 y Nivel 2.

Conjunto de NPI analizadas, Nivel 1 y Nivel 2 del análisis

Nivel 1. Temas	Nivel 2. Categorías
Distanciamiento Social	Cancelación de reuniones pequeñas, Cierre de escuelas , Cancelación de reuniones masivas, Medidas para poblaciones especiales, Medidas para ciertas Instituciones, Medidas para transporte público, Guías y protocolos en el ámbito laboral
Restricciones de Viajes	restricciones fronterizas , restricciones de movimientos individuales, restricciones de Aeropuertos, Aislamiento nacional, Transporte público, Cordón Sanitario, Puertos

Recursos del Sistema Sanitario/Salud Pública	Mayor disponibilidad de EPP , aumento de RRHH, Insumos médicos y equipamiento, aumento de Camas Disponibles, protocolos para el manejo de pacientes, Investigación, medidas de protección personal, soporte habitacional para cuarentena y aislamiento
Comunicación de Riesgos	Educación y comunicación pública , comunicación con directores de empresas, alertas de viaje y advertencias, comunicación con profesionales de la salud
Reasignación de Recursos	Asistencia a poblaciones vulnerables , Plan de manejo de crisis (salarios, empleo), Respuestas de emergencias, asegurar la oferta de bienes (mercado), ayuda internacional
Identificación de casos, rastreo de contactos y medidas relacionadas	Cuarentena, mejora en el sistema de testeos, seguimiento de sospechosos, Chequeos de frontera, aislamiento, testeo restricto, notificación de casos,
Medidas Ambientales	Limpieza y desinfección ambiental

En primer lugar, se indica que las NPI asociadas a distanciamiento social y restricciones de viaje ocupan el primer lugar en todos los métodos analizados, mientras que las medidas ambientales (por ejemplo, la limpieza y desinfección de superficies compartidas) se clasifican como las menos efectivas.

Entre las seis categorías de NPI con mayor grado de consenso, los mayores impactos en R_t son los siguientes, entre paréntesis el cambio en R_t (ΔR_t):

- **Cancelaciones de reuniones pequeñas¹** (83%)
- **Cierre de escuelas** (73% de)
- **Restricciones fronterizas** (56%, ΔR_t)

¹ Cancelación de reuniones pequeñas: cierres de tiendas, restaurantes, reuniones de 50 personas o menos, trabajo a domicilio obligatorio, etc.

Otras medidas adicionales de alto impacto en Rt:

- Cancelaciones de reuniones masivas (53%)
- Mayor disponibilidad EPP: (51%)
- Educación y comunicación pública (48%)
- Restricciones individuales (42%)
- Asistencia gubernamental a poblaciones vulnerables (41%).

Entre las intervenciones menos efectivas encontramos:

- Acciones para proporcionar o recibir ayuda internacional,
- Mejoras del sistema de testeos y seguimiento de casos
- Controles de salud en las fronteras terrestres y aeroportuarias
- Limpieza y desinfección ambiental

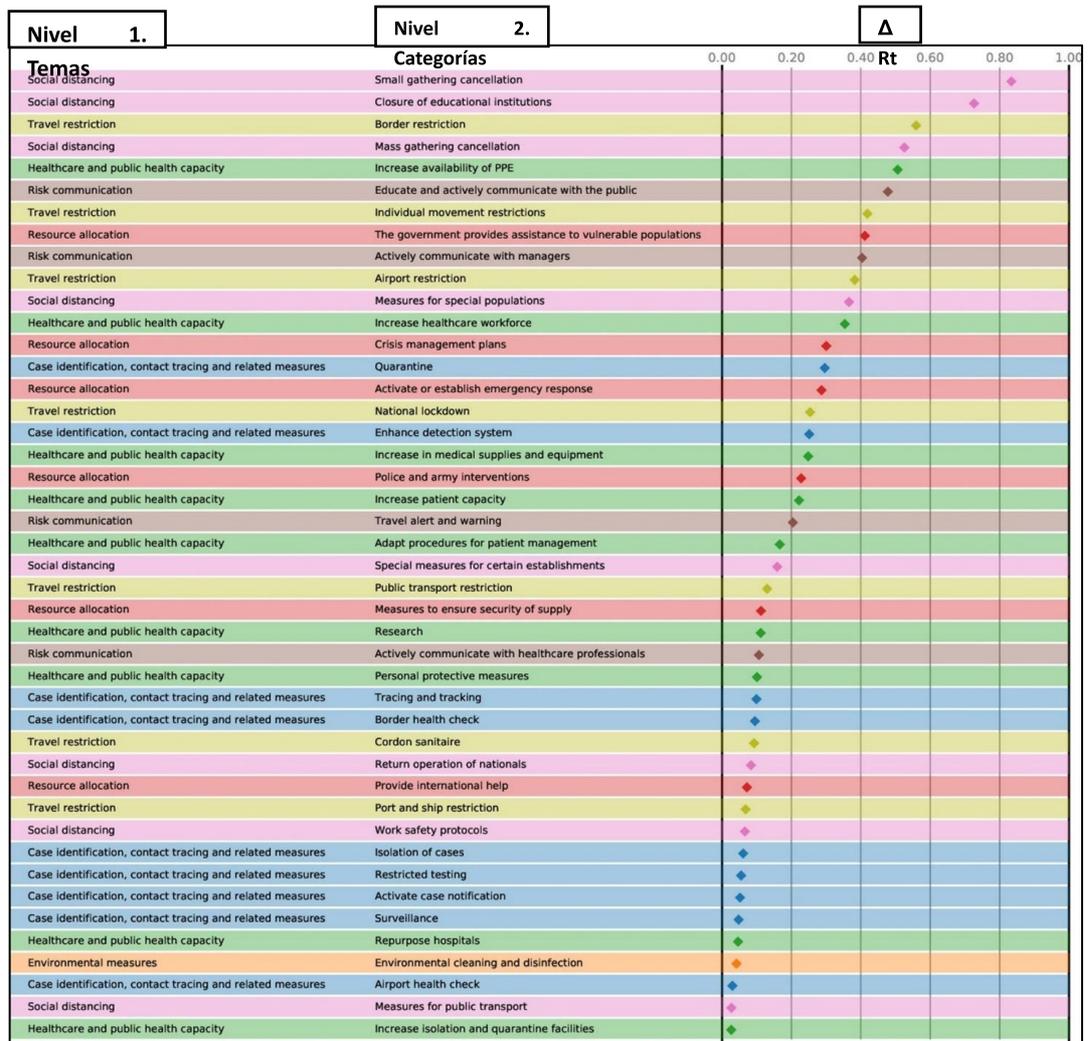
La secuencia o sucesión de medidas en el tiempo también tiene consecuencias en la efectividad de las NPI. Los autores señalan la secuencia típica de implementación de NPI en la mayoría de países y los pasos dentro de esta secuencia que más contribuyen a una reducción en Rt. Por ejemplo, hay un patrón en el que los países cancelan primero reuniones masivas antes de pasar a cancelaciones de tipos específicos de pequeñas reuniones, donde este último se asocia en promedio con más reducciones sustanciales en Rt.

Educación y comunicación activa con el público es una de las "medidas tempranas" más eficaces (y bien antes de que llegue la mayoría de las otras medidas). Por su parte las **medidas de distanciamiento social** (por ejemplo, cierre de instituciones educativas), **medidas asociadas a restricciones de viajes** y **medidas para aumentar la disponibilidad de EPP**, generalmente se implementan dentro de las primeras 2 semanas del primer brote de casos, con diferentes impactos en Rt.

También se evalúa la independencia de la efectividad relativa de las medidas tomadas independientemente del territorio analizado. Cuando el NPI

correspondiente tiene un rango similar en relación con todos los demás NPI independientemente del territorio analizado, se considera que ese NPI carece de **entropía**: es decir, la eficacia de la NPI no depende del país o estado específico. Por el contrario, un valor alto de la entropía indica que el rendimiento de cada NPI depende en gran medida de la región geográfica.

Cuadro 3. Ranking de NPI²



En general, las medidas de **distanciamiento social** y las **restricciones de viaje** muestran alta entropía (la eficacia varía considerablemente entre países) mientras que la **identificación de casos**, el **rastreo de contactos** y las medidas de **aumento de recursos del sistema sanitario** muestran sustancialmente menos dependencia del país.

La interacción de las NPI con los factores demográficos y socioeconómicos, muestran que, si bien los efectos de la mayoría de los indicadores varían entre diferentes NPI en niveles bastante moderados, encontramos una tendencia

robusta que la efectividad de la NPI se correlaciona negativamente con una débil gobernanza y la inestabilidad política

Medidas NPI particulares

Si bien las medidas de **distanciamiento social y la restricción de movimiento** discutidas anteriormente pueden considerarse como la mejor opción de las NPI en cuanto tienen un efecto demostrado en la interrupción del ciclo de infecciones relativamente efectivo. Sin embargo, estas medidas tan radicales tienen consecuencias adversas de mucho costo social y económico.

Por último, si bien el **cierre de escuelas** posee un índice de disminución de los contagios importante (73%), como medida de contención de la propagación del virus, también genera consecuencias adversas, en este caso, interrumpe el aprendizaje y puede provocar una mala nutrición, estrés y aislamiento social en niños. Además, aclaran los autores, los niños de familias vulnerables tienen más probabilidades de sufrir el cierre de escuelas, incluido el acceso a comidas escolares gratuitas y servicios sociales.

El **confinamiento domiciliario** ha aumentado considerablemente la tasa de violencia doméstica en muchos países, con un gran impacto en mujeres y niños (Haug, Geyrhofer & Londei, 2020), mientras que también ha limitado el acceso a cuidados a largo plazo como la quimioterapia, con impactos sustanciales en la salud y la probabilidad de supervivencia de los pacientes.

Los gobiernos pueden tener que buscar medidas menos estrictas, abarcando la máxima prevención eficaz, pero permitiendo un equilibrio aceptable entre costos y beneficios.

En este estudio encontramos varias medidas también efectivas que son menos intrusivas. Esto incluye: *restricciones en las fronteras terrestres, apoyo a poblaciones vulnerables y educación y comunicación pública*. Se puede considerar la adopción de tales NPI, adaptadas al contexto local, antes de elegir las opciones más intrusivas.

Las medidas menos drásticas también pueden fomentar un mejor cumplimiento por parte de la población, al tener un mayor grado de adherencia.

Las estrategias de comunicación de riesgos ocupan un lugar destacado entre las NPI de consenso. Esto incluye acciones gubernamentales destinadas a educar y comunicar activamente con el público. Los mensajes efectivos incluyen alentar a la gente quedarse en casa, fomentando el distanciamiento social y la seguridad laboral medidas, fomentando el aislamiento por iniciativa propia de las personas con síntomas, advertencias de viaje y campañas de información (en su mayoría a través de las redes sociales). Todas estas medidas son comunicaciones gubernamentales no vinculantes, en contraste con la restricción fronteriza obligatoria y medidas de distanciamiento social que a menudo son aplicadas por la policía o el ejército incluyendo sanciones. Sorprendentemente, la comunicación sobre la importancia del distanciamiento social ha sido sólo marginalmente menos eficaz que imponer medidas de distanciamiento por ley (Haug, Geyrhofer & Londei, 2020).

La publicación de pautas y protocolos de seguridad laboral para gerentes y profesionales de la salud también se asoció con una reducción en R_t , lo que sugiere que los esfuerzos de comunicación también pueden orientarse a ciertos representantes de la sociedad, o que representen un grupo demográfico específico, por ejemplo, los estratos que desempeñan un papel crucial en la propagación de COVID-19 (por ejemplo, estrategias de comunicación para apuntar individuos <40 años).

Los programas gubernamentales de **asistencia alimentaria y de asistencia social para poblaciones vulnerables** también han resultado ser muy efectivos. Por lo tanto, estas medidas no solo afectan la esfera socioeconómica, sino que también tienen un efecto positivo en la salud. Por ejemplo, facilitar el acceso de las personas a las pruebas o permitir que se aíslen sin miedo a perder su trabajo o parte de su salario puede ayudar a reducir la cadena de contagios.

Algunas medidas son ineficaces en (casi) todos los métodos y conjuntos de datos: por ejemplo, medidas ambientales para *desinfectar y limpiar superficies y objetos en lugares públicos y semipúblicos*. Este descubrimiento está en desacuerdo con las recomendaciones actuales de la OMS para la limpieza ambiental en áreas no sanitarias lo cual sugiere impulsar nuevas investigaciones para un examen más detenido de la eficacia de tales medidas.

Respecto al uso de mascarillas o barbijos, varios autores resaltan la importancia de su diseño y características tecnológicas (Privor-dum, Poland, Barratt, 2020). Si bien los cubrimientos faciales improvisados parecen contribuir a prevenir la transmisión de COVID-19, potencialmente conllevan un riesgo relativo más alto en comparación con el de usar mascarillas faciales aprobadas por las autoridades sanitarias debido a la menor eficacia de filtración. También agregan la necesidad de realizar pruebas adicionales de innovaciones en el diseño de cubiertas faciales, como las múltiples capas de materiales que contienen bioactivos antivirales, junto a una mejor capacidad de respiración.

En este sentido, se recomienda intentar mejorar el cambio de comportamiento, a través de la comunicación y educación en salud, a fin fortalecer el uso de barbijos en entornos comunitarios con énfasis en cubrir tanto la nariz como la boca, junto con el mantenimiento de la distancia social a 2 m, para combatir la mayor amenaza que representan las variantes más transmisibles del SARS-CoV-2.

Tampoco los autores encontraron evidencia de la efectividad de medidas de distanciamiento social en materia de transporte público. Si bien se han informado infecciones en autobuses y trenes, los resultados analizados sugieren una contribución limitada de tales medidas a la propagación de casos en general. Una mayor conciencia pública sobre los riesgos asociados a los desplazamientos (por ejemplo, es más probable que las personas usen mascarillas) podría de mayor manera reducir el contagio.

1.4.1 La normativa sobre prevención de COVID-19

A continuación, se presenta una sistematización de las medidas gubernamentales de prevención y control del Covid-19 dictadas en Argentina y el AMBA, incluyendo decretos, leyes, protocolos y normativas. Teniendo en cuenta la situación de pandemia cobra relevancia realizar una identificación de la principal normativa dictada por las distintas jurisdicciones para garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud, con el alcance establecido en la normativa constitucional e internacional.

Se implementaron distintos tipos de medidas que pueden clasificarse en: medidas higiénico-preventivas destinadas a la población general o grupos vulnerabilizados; medidas sanitarias propiamente dicha; medidas preventivas y de control que restringen ciertos derechos como el derecho a la libre circulación o imponen la necesidad de contar con autorización estatal para hacerlo (por ejemplo: como las medidas de aislamiento social preventivo obligatorio -ASPO,DISPO-); o imponen ciertas conductas (utilización de barbijo, prohibición de ingreso a locales, limitación a la cantidad de personas, cierre escuelas, cierre de fronteras); o cambian modalidades de atención y de prestación (de la administración pública, poderes del estado, organismos nacionales y empresas privadas, industria, transporte), medidas de detección, asistencia y tratamiento del CODIV-19 (protocolos médicos, de salud mental); medidas que tienden a generar las condiciones para el cumplimiento de la estrategia sanitaria y la reestructuración del sector salud (compra de medicamentos, regulación precio del oxígeno, prohibición de licencia en el personal de salud, contrataciones de personal sanitario, creación de hospitales modulares, contratación de lugares para el aislamiento, entre otras); medidas para el acceso a la información y difusión de información confiable. Gran parte de estas medidas implican a su vez, la generación de otros procesos, vinculados con el acceso de información por parte de la ciudadanía y para garantizar la rendición de cuentas (Ver Tabla 1). También se dictaron una serie

de medidas sociales, económicas, laborales, en materia de viviendas, para revertir o compensar los efectos del aislamiento preventivo.

4.3. Medidas preventivas y de control sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo de 2020 el brote de coronavirus como una pandemia frente a la propagación y extensión a nivel mundial de los efectos e impactos en la salud que causó el COVID-19, hasta el momento sin precedentes.

En Argentina, a su vez, siguiendo los lineamientos que surgen del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), para evitar la propagación del virus declaró la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional (art. 1 Ley N° 27.541) y se ordenaron una serie de medidas rápidas y urgentes que no pudieron seguir el trámite para la sanción de las leyes, sino que se dictaron a partir de decretos de necesidad y urgencia (medidas excepcionales que puede utilizar el Poder Ejecutivo, en los distintos niveles jurisdiccionales).

En este contexto, se dictó el Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020, en el que se amplió la emergencia pública en materia sanitaria en virtud de la pandemia declarada por la OMS (2020) en relación con el coronavirus COVID-19. Se estableció como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación, y se le dota de una serie de facultades vinculadas a la compra de insumos, contratación de recurso humano, certificación de establecimientos de manera excepcional. A su vez, se autoriza al MSAL a la distribución de insumos, distribuir medicamentos y equipamiento; a realizar campañas de educación e información. Además, se estableció la obligación de brindar información a la población sobre la situación epidemiológica. Por medio de este decreto se establece el aislamiento obligatorio (ASPO), se regula sobre los grupos de riesgo, se regulan los procedimientos y declaraciones juradas para reportar síntomas de COVID-19. A su vez, se crea la Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de

Importancia Internacional. El decreto establece formas y procedimientos para realizar controles en las fronteras, prohibiciones y restricciones de viajes. Así también, incluyó la regulación sobre regímenes especiales de licencia para personal del estado.

Además, establece previsión sobre medidas sociales compensatorias de los efectos del aislamiento en la ciudadanía, que benefició a personas en situación de informalidad laboral, o situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Teniendo en cuenta el Decreto de Necesidad y Urgencia dispuesto por el PEN, tanto la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (DNU N° 1/20) como la provincia de Buenos Aires adoptaron una serie de medidas para proteger la salud de la población que reside en su jurisdicción, buscando garantizar la prestación y continuidad de servicios esenciales a cargo del estado provincial. Así también el Poder Ejecutivo, dispuso por Decreto N° 165/2020 el asueto administrativo en el ámbito de la Administración Pública provincial durante determinados días, con excepción de cierto personal considerado esencial (personal jerarquizado superior, al personal que se desempeña en los cargos de Director/a General, Director/a Provincial, a las trabajadoras y trabajadores de los distintos organismos de la Administración Pública cuyos servicios con desplazamiento sean expresamente requeridos, al personal dependiente de las policías de la provincia de Buenos Aires y del Sistema de Atención Telefónica de Emergencia del Ministerio de Seguridad, al personal del Ministerio de Salud, incluyendo los establecimiento hospitalarios, al Servicio Penitenciario Bonaerense, al personal del sistema de atención telefónica para mujeres en situación de violencia de género del Ministerio de la Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual, al personal dependiente del Organismo Provincial de la Niñez y Adolescencia, y todo aquel personal, sin distinción de escalafón, que preste servicios que, por su naturaleza, no sea posible interrumpir en el marco del estado de emergencia sanitaria)².

² Disponible: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/VroP9qTO.html>

En el ámbito regional la Comisión económica para América Latina -CEPAL- (2020) creó un Observatorio sobre las principales medidas que implementan los distintos estados para afrontar la pandemia. Los países informan de manera voluntaria al observatorio. El Observatorio, tiene por objetivo generar un espacio de intercambio sobre las políticas sociales que diseñan e implementan los países de América Latina y el Caribe para dar respuesta a la pandemia³. Presenta un mapa con las regulaciones diarias que toman 19 países de América Latina y el Caribe. El monitoreo incluye medidas en el área de la salud, trabajo, educación, economía y movimiento entre países. También incluye medidas que han sido anunciadas en conferencias de prensa u otra plataforma, pero que no tienen un respaldo legal. América Latina y el Caribe (excluye a todos los países no hispanohablantes, excepto Brasil)⁴.

Según CEPAL (2021) en Argentina se adoptaron medidas de restricción o prohibición de entrada de viajeros, cierre de fronteras, distintos controles fronterizos, cuarentena preventiva obligatoria, restricción de movimiento de transporte aéreo, marítimo, fluvial y /o terrestre, restricción y cierre de lugares públicos y reuniones masivas, licencia de trabajo especial, reducción de jornadas, regulación del mercado de insumos médicos, farmacéuticos y de higiene personal, control de precios, aranceles, importación y exportación, cierre temporal de comercios, subvenciones al sector privado, acceso a nuevas opciones de financiamiento, reestructuraciones crediticias, reducción de impuestos o reprogramación de pagos, suspensión de clases presenciales.⁵

³CEPAL. OBSERVATORIO. Disponible: <https://cepalstat-prod.cepal.org/forms/covid-countrysheet/index.html?country=ARG>. También desarrollaron un Directorio Legislativo [Coronavirus / COVID-19: How is the Region Dealing with the Threat of the Pandemic?](#)

⁴ <https://cepalstat-prod.cepal.org/forms/covid-countrysheet/index.html?country=ARG>

⁵ Disponible:

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1dFATLoa8ZAgT01RBYf9WKLaoAQCDgI5qS9rEahYGfeY/edit#gid=1066085220>
<https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/enlacesexternos.php>

Tabla. 1. Normativa medidas preventivas y de control socio-sanitario establecidos por Nación, Provincia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020-2021.

Jurisdicción Nacional		
Normativa Alcance territorial y temporal	Medidas dispuestas Contenido mínimo	Grupo priorizado/beneficiaria/o
Autoridad Poder Legislativo Tipo de normativa: Ley HCN Ley 27541 Diciembre 2019	Emergencia pública Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=333564	Población general
Autoridad Poder ejecutivo Nacional Tipo de normativa: decreto DNU 260/2020 12/03/2020 por un año Alcance territorial: General De orden público	Emergencia sanitaria Amplió la emergencia pública en materia sanitaria en virtud de la pandemia declarada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19 Se establece como autoridad de aplicación al Ministerio de Salud de la Nación. Se le establece una serie de facultades vinculadas a la compra de insumos, contratación de recurso humano, certificación de establecimientos de manera excepcional. Se le autoriza a la distribución de insumos y distribuir medicamentos y equipamiento; a realizar campañas de educación e información. Se establece la obligación de brindar información a la población sobre la situación epidemiológica. Establece la posibilidad de suspender licencias del personal de salud Regula sobre insumos críticos (precios máximos, evitar desabastecimiento) Se establece el aislamiento obligatorio (ASPO) Se establecen los grupos de riesgo Obligación de reportar síntomas de COVID-19, Declaraciones juradas Se crea la Unidad de Coordinación General del Plan Integral para la Prevención de Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional". Se establecen controles en las fronteras. Prohibiciones y restricciones de viajes	Población general

	<p>Se establecen regímenes especiales de licencia para personal del estado</p> <p>Se establece previsión sobre medidas sociales compensatorias</p> <p>El Jefe de Gabinete de Ministros realizará la reasignación de partidas presupuestarias correspondientes para la implementación del presente DNU (artículo 23)</p>	
<p>Poder ejecutivo Nacional</p> <p>Tipo de normativa: Decreto DNU N° 274/20</p>	<p>Se establece personas exceptuadas del aislamiento</p>	<p>Personas exceptuadas del aislamiento por tipo de actividad “esencial”</p>
<p>Poder ejecutivo Nacional</p> <p>Tipo de normativa: Decreto DNU 297/2020</p> <p>Decreto de Necesidad y Urgencia</p> <p>Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335741</p>	<p>Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO). Decreto N° 297/2020, el PODER EJECUTIVO NACIONAL dispuso el aislamiento social, preventivo y obligatorio para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria. Decreto N° 297/20, es una medida extrema y determinante para controlar la potencial transmisión del virus entre las personas, y demanda desarrollar estrategias de abordaje territorial específicas para ser implementadas en barrios populares con altos niveles de hacinamiento y manifiestas dificultades para llevarla adelante</p> <p>En este marco se elaboran recomendaciones y medidas específicas para evitar la propagación del COVID-19 en barrios populares y cuidado de adultos mayores</p> <p>Se establecen recomendaciones generales y específicas para estos grupos vulnerabilizados</p> <p>Se insta a la creación de comité de emergencias locales, en articulación con municipios y actores locales territoriales</p> <p>El Comité seguirá realizará planificación y seguimiento a nivel local y barrial de la emergencia socio sanitaria</p> <p>Se recomienda la formación de mesas barriales para la integración de la respuesta sanitaria, social y red de contención afectiva de los más vulnerables.</p> <p>Se quiere detectar las personas con mayor vulnerabilidad sanitaria y social, estableciendo criterios para implementar acciones de cuidado en función del riesgo sanitario y social.</p> <p>Se recomienda establecer redes de apoyo y contención y asegurar la provisión de insumos y alimentos para poder cumplir el ASPO</p> <p>Se recomiendan medidas higiénicas preventivas para los comedores comunitarios</p>	<p>Personas mayores que residen en barrios populares</p> <p>Personas en situación de vulnerabilidad social</p>

	<p>Se recomiendan la identificación de personas en vulnerabilidad social</p> <p>Se recomienda relevamiento de infraestructura comunitaria que pueda servir de apoyo</p> <p>Se recomiendan redes de cuidado</p> <p>Fomentar la economía popular y compras de proximidad.</p>	
<p>Tipo de normativa: Decreto DNU 325/2020 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.)</p>	<p>Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) PRÓRROGA Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335974</p>	Población general
<p>Tipo de normativa: Decreto 287/2020. Fecha: 17/3/2020. Vigente: Alcance general</p>	<p>Prórroga de la emergencia sanitaria</p> <p>Enlace:Decreto de Necesidad y Urgencia que modifica el Decreto 260/2020 sobre Emergencia Sanitaria. El Jefe de Gabinete de Ministros realizará la reasignación de partidas presupuestarias correspondientes para la implementación del presente DNU</p>	Población general
<p>Autoridad: MSAL Tipo de normativa: Resolución 627/2020</p>	<p>Ministerio de Salud, realiza indicaciones para el aislamiento</p> <p>Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335767</p>	Población general
<p>Autoridad: Jefatura de Gabinete de Ministro:</p>	<p>Aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) Restricción de circulación excepciones. Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=335787</p>	Población general y grupos exceptuados de la prohibición de circular.

<p>Tipo de normativa; <u>Decisión Administrativa</u> <u>427/2020</u> Fecha: 20/03/2020</p>		
<p>Autoridad: Ministerio de salud (MSAL) Tipo de normativa: Resolución 2883/2020 Fecha: (BO 30/12/2020)</p>	<p>Se elabora el Plan estratégico para la vacunación contra el COVID-19 en la República Argentina Enlace: http://www.infoleg.gob.ar/Resolución 2883/2020.</p>	<p>Personal esencial</p>
<p>Autoridad: Ministerio de Salud Tipo de normativa: Resolución 2784/2020. Fecha: BO 24/12/2020</p>	<p>Se autoriza la vacuna Gam-Covid-Vac “Sputnik”.</p>	<p>Grupos de Riesgos, personal estratégico</p>
<p>Autoridad: Ministerio de Salud de la Nación Tipo de normativa:</p>	<p>Establece grupo de riesgos, características y abordaje sanitario. Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=342917</p>	<p>Grupo de riesgo</p>

<p>Resolución 1643/2020. Fecha: BO 06/10/2020</p>		
<p>Autoridad: MSAL Tipo de Normativa: Resolución 1395/2020. Fecha: BO 26/08/2020</p>	<p>Convocatoria “Gestión y difusión federal del conocimiento en salud ante la pandemia del COVID-19”.</p>	<p>Población general</p>
<p>Autoridad: MSAL Tipo de normativa: Resolución 1117/2020. BO 29/06/2020).</p>	<p>Creación del comité de ética y derechos humanos en pandemia COVID-19. Se crea el comité con carácter asesor y consultivo, que funciona en el ámbito de la dirección nacional de calidad en servicios de salud y regulación sanitaria, de la Subsecretaría de calidad, regulación y fiscalización Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=339343</p>	<p>Destinado a personal de salud y usuarios de servicios</p>
<p>Autoridad: Ministerio de desarrollo social de la nación Tipo de normativa: Resolución Fecha: B.O. 18/04/2020.</p>	<p>Se aprueban un conjunto de medidas y recomendaciones específicas para evitar la propagación del COVID- 19 en barrios populares y cuidado de adultos mayores”. Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=336468</p>	<p>Personas que residen en Barrios populares y personas mayores</p>

<p>Autoridad: Superintendencia de servicios de salud</p> <p>Tipo de normativa: Resolución 282/2020</p> <p>Fecha: 01-abr-2020</p>	<p>Los agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga deberán implementar y fomentar el uso de plataforma de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial.</p> <p>Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=336020</p>	<p>Agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga</p>
<p>Autoridad; Poder ejecutivo</p> <p>Tipo de normativa: <u>Decreto DNU 520/2020</u></p> <p>Fecha BO 8/06/2020</p>	<p>Distanciamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO). prórroga del decreto 297/2020</p> <p>Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=338406</p> <p>El Jefe de Gabinete de Ministros realizará la reasignación de partidas presupuestarias correspondientes para la implementación del presente DNU</p>	<p>Población general</p>
<p>Autoridad: HCNA</p> <p>Tipo de normativa; <u>Ley 27573</u></p> <p>Fecha: 6/11/2020</p>	<p>Ley de vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID-19</p> <p>Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=343958</p>	<p>Grupos de riesgos y personal estratégico</p>
<p>Autoridad: Jefatura de gabinete de ministros</p> <p>Tipo de normativa:</p>	<p>Aislamiento y distanciamiento preventivo y obligatorio. Excepciones provinciales (SANTA FE, NEUQUÉN Y LA RIOJA)</p>	<p>Población general, diferencia según criterio epidemiológico</p>

<p><u>Decisión</u> <u>Administrativa</u> <u>Fecha:</u> <u>2053/2020</u></p>		
<p>Autoridad; Poder ejecutivo Nacional Tipo de normativa: <u>Decreto</u> <u>4/2021</u> Fecha: (8/01/2021</p>	<p>Emergencia pública. Condición epidemiológica y evaluación de riesgo: medidas a fin de proteger la salud pública Enlace: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346136</p>	<p>Población General</p>
<p>Autoridad: MSAL Tipo de normativa: <u>Resolución</u> <u>688/2021</u> Fecha: 22/02/2021</p>	<p>Autorización vacuna SARS COV_2 (Celulas vero)</p>	<p>Grupos de riesgos priorizados, personal de salud, de educación, personal esencial de cierta dependencias</p>
<p>Resolución MSAL Tipo de normativa: <u>Resolución</u> <u>712/2021</u> Fecha:</p>	<p>Ministerio de Salud, vacunación personal estratégico - VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19</p>	<p>Personal estratégico</p>

26/02/2021		
------------	--	--

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de fuentes oficiales.

Disponible:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verVinculos.do?modo=2&id=335423>

Tabla. 2. Normativa medidas preventivas y de control socio-sanitario establecidas por la Provincia de Buenos Aires, 2020-2021.

Jurisdicción Provincia de Buenos Aires		
Normativa Alcance territorial y temporal	Medidas dispuestas Contenido mínimo	Grupo prioritario/ beneficiaria/ o
Tipo de normativa: Decreto N° 132/2020	Se declaró la emergencia sanitaria en el territorio bonaerense, por el término de ciento ochenta (180) días a partir de su dictado y se dispuso, en su artículo 3° suspender, durante un plazo de quince (15) días, en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, la realización de todo evento cultural, artístico, recreativo, deportivo, social de participación masiva y, en forma consecuente, las habilitaciones otorgadas por los organismos provinciales para la realización de eventos de participación masiva, cualquiera sea su naturaleza; estableciendo la posibilidad de prorrogar el referido plazo, según las recomendaciones efectuadas por el Ministerio de Salud;	

<p>Complementa a Decreto 180/2020 Ratificado por Ley 15174 Fecha: 27/03/2020</p>	<p>Se suspenden actividades sociales y comunitarias, en virtud de las recomendaciones efectuadas por el MSAL de la Provincia.</p>	<p>Población General</p>
<p>Tipo de norma: Decreto N° 282/2020 Ratificado por Ley 15174</p>	<p>Se aprueba la reglamentación para el desarrollo de las actividades y servicios exceptuados de las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio y de la prohibición de circular que establece el DNU Nacional 297/2020, prorrogado por 408/2020. Los municipios que soliciten la excepción deberán realizar su petición al Ministerio de Jefatura de gabinete de Ministros. Además se establece la prórroga a la vigencia del 03/2020. Enlace: https://normas.gba.gob.ar/documentos/VroP9qTO.html</p>	<p>Población general y Municipios</p>
<p>Resolución ministerio de salud de la Provincia Decreto N° 180/2020</p>	<p>Se dispuso prorrogar, desde el 28 de marzo hasta el 15 de abril de 2020, el plazo de la suspensión dispuesta por el artículo 3° del Decreto N° 132/2020;</p>	<p>Población General</p>
<p>Complementa a Decreto 255/2020 Ratificado por Ley 15174</p>	<p>Establece a partir del 20 de abril del 2020 el uso obligatorio de elementos de protección que cubran nariz y boca en determinadas situaciones. Se prohíbe la distribución, comercialización y producción de mascarillas médicas o quirúrgicas a personas que no pertenezcan al sistema de salud o personas jurídicas que no tengan por objeto prestaciones de servicios de salud.</p>	<p>Población general Personas jurídicas</p>

	<p>Enlace: https://normas.gba.gob.ar/ar-b/decreto/2020/255/211990</p>	
--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Tabla. 3. Normativa medidas preventivas y de control socio-sanitarias establecidas por Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2020-2021.

Jurisdicción Ciudad Autónoma de Buenos Aires		
Normativa Alcance territorial y temporal	Medidas dispuestas Contenido mínimo	Grupo prioritario/beneficiaria/o
Tipo de normativa: <u>Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1/20</u> <u>Decreto de Necesidad y Urgencia N° 7/21</u>	Se declara la Emergencia Sanitaria en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta el 15 de junio de 2020 a los fines de atender y adoptar las medidas necesarias para prevenir y reducir el riesgo de propagación del contagio en la población del coronavirus (COVID-19). Se prorroga la emergencia sanitaria declarada por Decreto de Necesidad y Urgencia N° 1/20 y sus modificatorios y se modifica el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 16/20.	Población General
Tipo de normativa: <u>Ley N° 6.301</u>	Declara en emergencia la situación Económica y Financiera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la cual tendrá vigencia a partir del día de su publicación (12/05/20) y hasta el 31 de diciembre de 2020.	Población General

Tipo de normativa <u>Resolución Conjunta N° 7-MJGGC/20</u>	Se determinan las áreas cuyos servicios serán considerados esenciales para la comunidad y el funcionamiento de la Administración Pública durante la subsistencia de la situación epidemiológica vigente.	Funcionarias/os Administración
Tipo de normativa: <u>Decreto N° 32/21</u>	Crea Planta Transitoria Plan de Vacunación COVID-19.	Personal de Salud
Tipo de normativa Decreto N° 137/21	Se establece que los efectores del subsistema de salud privado y los de la seguridad social deberán reprogramar y suspender durante treinta días corridos la atención programada y las intervenciones médicas de patologías que con criterio médico no sean urgentes o no puedan ser postergadas para contar con la mayor cantidad de recursos asistenciales que permitan la atención de pacientes con COVID-19.	Subsectores privado y de la seguridad social

Fuente: Elaboración propia

4.4. Sobre el derecho a la vacunación

La falta de disponibilidad de vacunas, así como la falta de aceptabilidad de ésta por parte de ciertos grupos puede hacer peligrar el abordaje preventivo, generando un grave problema de salud pública. De ahí, la relevancia de identificar las representaciones que tienen las personas y ciertos grupos (personal de salud, personas escolarizadas) sobre la vacunación.

El derecho a la salud goza de consagración constitucional en el sistema jurídico Argentino (art- 33, 41, 42, 75 inc. 22), éste incluye el acceso a asistencia, tratamiento y medicación, pero también a las medidas de promoción y prevención de enfermedades. (Ver OG, N° 14). El acceso universal al diagnóstico, tratamiento y a la vacuna contra el COVID-19, es considerado un

derecho humano fundamental que tiene que ser garantizado por los Estados y se encuentra estrechamente relacionado con el derecho a la salud.

Desde ONU (2021) se afirma que el acceso global a las vacunas contra la COVID-19 es la única solución para la pandemia⁶. Se señala que “debe garantizarse la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de los avances científicos para todas las personas y comunidades” (CESCR, Observación general núm. 25, párr. 16). La vacunación a nivel mundial y país nos enfrenta a distintas problemáticas vinculadas con la disponibilidad y asequibilidad. La OMS recomienda señalar que la vacuna es un bien social y por lo tanto debe velar por la asignación justa entre países de la vacuna y su acceso mancomunado a tecnología contra el COVID-19. Por ello, es tan relevante el establecimiento de prioridades en el uso de la vacuna, siendo el derecho internacional de derechos humanos una guía que debe orientar la elaboración e implementación de las estrategias sanitarias.

El Comité DESC (2021), elabora una declaración que se centra esencialmente en el acceso equitativo y universal a las vacunas⁷ teniendo en cuenta que es necesario una distribución igualitaria y rápida de las vacunas, ya que lo contrario incrementa el riesgo de nuevas mutaciones del virus⁸. Destaca la obligación de los Estados que emanan del Pacto en relación a la obligación de garantizar, de manera prioritaria y sin discriminación, el acceso a vacunas asequibles, eficaces y seguras contra el COVID-19 ya que ello es un elemento esencial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Interpela a los estados que producen vacunas a que no adopten un criterio nacionalista de la vacunación, ya que ello incumple la obligación extraterritorial de los Estados y por lo tanto, el derecho a la salud.

⁶ ONU (2021). Disponible: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26684&LangID=S>

⁷ El Comité adopta una Declaración sobre vacunación universal asequible contra COVID-19, cooperación internacional y propiedad intelectual (12 de marzo de 2021). Disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/2021/1&Lang=en
<https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>

⁸ Lynn Eaton, “Covid-19: WHO warns against ‘vaccine nationalism’ or face further virus mutations”, *The BMJ*, vol. 372, núm. 292 (1 de febrero de 2021)

A partir del marco internacional de derechos humanos podemos señalar que es prioritario que los estados elaboren:

“ (...) planes nacionales de distribución de la vacuna contra la COVID-19 para que sea accesible, inclusiva y no discriminatorio. Los Estados deben tener en cuenta los factores que puedan contribuir a aumentar el riesgo de una persona o una comunidad a contraer COVID-19 y prestar especial atención a los grupos marginados y a las personas con condiciones jurídicas e identidades interseccionales. Los procesos deben ser transparentes y contar con la participación de la sociedad civil y los grupos marginados. Los Estados deben invertir en la mejora de los servicios de salud, lo que incluye garantizar el transporte, almacenamiento, administración y vigilancia de los productos sanitarios contra la COVID-19. “ (Amnistía Internacional, 2021: 5)

Otras recomendaciones que formula Amnistía Internacional están vinculadas con que la vacunación no sea obligatoria, si lo hace debe respetar el derecho y las normas internacionales, no debe utilizarse el derecho penal, ni el encarcelamiento para quienes se nieguen a vacunarse. A su vez señala la organización que debe garantizarse el acceso gratuito a vacunación, sin restricciones a información “verosímil, fidedigna, objetiva y basada en evidencia científica sobre los productos sanitarios contra la COVID-19”.

La estrategia de vacunación en Argentina, se encuentra en cabeza del Ministerio de Salud de la Nación, éste es quién define la estrategia de vacunación, respetando la autonomía de los gobiernos provinciales y municipales. Así, en provincia de Buenos Aires, la compra la realiza el gobierno nacional, la logística es provincial y la aplicación es municipal. El MSAL es el órgano rector de la política sanitaria, pero en un sistema de salud fragmentado y segmentado. Algunos temas que definen las jurisdicciones locales son: (prioridades de vacunación, transporte y almacenamiento hacia el interior de las provincias, administración de la vacuna, registro de inmunizaciones). Durante la pandemia se dictó una norma que estableció un procedimiento

especial para las compras y contrataciones del Estado⁹ buscando mayor simplicidad en el marco de la emergencia y creó una plataforma (COMPR.AR) para dotar de mayor transparencia activa a las acciones estatales y rendición de cuentas. También la Oficina Nacional de Contrataciones creó una plataforma para publicitar las ofertas que realizan los proveedores del estado.

Se estableció que la vacunación es gratuita, no puede comercializarse, no se encuentra disponible para las empresas de medicina prepaga.

4.5. Sobre la estrategia de vacunación durante la pandemia

La vacunación es planteada como una de las principales medidas de prevención, recomendada por los organismos internacionales, y autoridades sanitarias nacionales y provinciales.

En Argentina la vacunación contra el COVID-19 se dispuso con carácter de voluntaria. Se comenzó a partir de establecer criterios para la prioridad en el acceso a la vacunación: Personal de salud, educativo, personal estratégico, grupos de riesgo (edad), grupo de riesgos (preexistencia de enfermedades). Cada provincia es autónoma en la forma de implementar la estrategia de vacunación. Las provincias, los municipios, ni los subsectores de seguridad social o de medicina privada, pueden realizar compras de vacunas por fuera de la estrategia de compras y contrataciones del gobierno nacional (al mes de mayo 2021). Se prevé que esta medida sea atenuada en relación a la capacidad de compra de las provincias en las sucesivas medidas que se adopten.

En diciembre de 2020, el MSAL, elaboró el Plan estratégico para la vacunación contra el COVID-19¹⁰ que establece que la vacuna será provista por el Estado Nacional para todos los que integren la población objetivo definida, independientemente de la cobertura sanitaria y la nacionalidad. La

⁹ Procedimiento especial para Compras y Contrataciones del Estado. Boletín Oficial mediante la Disposición N° 55/2020 y modifica la anterior Disposición 48/2020. Disponible:

<https://www.argentina.gob.ar/jefatura/innovacion-publica/acciones-coronavirus/compras-y-contrataciones-del-estado>

¹⁰MSAL (2020). Disponible: Resolución 2883/2020 (BO 30/12/2020).

vacunación se estableció por etapas, voluntaria e independiente del antecedente de haber padecido la enfermedad. El inicio de la vacunación se dio en los grandes aglomerados urbanos, donde la evidencia indica que se presenta una mayor proporción de casos confirmados, con transmisión comunitaria sostenida y las mayores tasas brutas de mortalidad.

La campaña de vacunación contra el COVID-19 fue planificada estableciendo la población objetivo a vacunar de manera prioritaria y escalonada considerado un marco bioético fundado en los principios de igualdad y dignidad de derechos, equidad, beneficio social y reciprocidad. Se implementó una estrategia de vacunación escalonada y en etapas, en la que se incorporan progresivamente distintos grupos de la población objetivo en forma simultánea y/o sucesiva, sujeta al suministro y disponibilidad de vacunas, y priorizando las condiciones definidas de riesgo, a saber: Personal de salud, Mayores de 60 años, Personal estratégico: docentes, auxiliares y seguridad, Co-morbilidades.

El gobierno nacional creó el Sistema de Monitoreo de vacunación que permite acceder a información clara y confiable, desagregada por provincias. La vacunación se registra en el sistema de información NOMIVAC, un módulo perteneciente al SIISA, en forma nominalizada y detallando las características del producto biológico utilizado para cada aplicación.

El registro nominal de dosis aplicadas es obligatorio según la Ley Nacional 27.491. Entre sus objetivos se encuentran: La identificación inequívoca de las personas vacunadas con el tipo de vacuna recibida, la dosis correspondiente, el lote, fecha de aplicación y lugar de aplicación; Evitar errores programáticos (tipo de vacuna, dosis, vía de administración, etc.); El seguimiento de la utilización del insumo: el registro de las dosis aplicadas en el Sistema Nacional garantiza la tenencia de datos en tiempo y forma. De esta manera también se logrará la trazabilidad: si existe efector en REFES, tiene usuario en NomiVac, el sistema de stock permitirá acceder al lote registrado para cruzar los datos con posibles ESAVI (eventos supuestamente atribuidos a vacunas e inmunizaciones) y el individuo vacunado será corroborado mediante una

comprobación validada por RENAPER; Permitir la búsqueda activa de personas pertenecientes a la población objetivo que deban iniciar o completar el esquema; Proveer información de calidad para el seguimiento de los ESAVI (eventos supuestamente atribuidos a vacunas e inmunizaciones) y los EAIE (eventos adversos de interés especial).

Para cumplir con estos objetivos de registro se está implementando una Estrategia de Registro Digital Nominal Obligatorio de Vacunas contra la COVID-19. Las únicas alternativas válidas para realizar el registro serán: 1. Registro NomiVac en línea (online). 2. Registro en aplicación móvil en línea y fuera de línea (online y offline): esta alternativa permite el registro tanto cuando existe conectividad de internet como sin conexión. A través de la aplicación offline, el usuario puede registrar fuera de línea y cuando obtenga conexión automáticamente impactar los registros de dosis aplicadas en sistema NomiVac. 3. Servicios WEB para interoperar con los sistemas provinciales: esta alternativa se considera para aquellas jurisdicciones que ya cuentan con un sistema de registro nominal y que puedan desarrollar y probar la interoperabilidad antes del 15/12/2020. 4. Formulario WEB exclusivo COVID-19 con el fin de dar soporte en aplicaciones de alta disponibilidad para la carga nominal: el uso de este formulario, especialmente desarrollado, estará disponible para las jurisdicciones que no utilizan NomiVac, ni puedan lograr la interoperabilidad en los plazos establecidos.

Para asegurar la estrategia de registro se dispusieron una serie de acciones como capacitar a los niveles jurisdiccionales y locales sobre el uso de los diferentes sistemas y sobre la calidad de los datos registrados, se establecieron un panel de indicadores de seguimiento y monitoreo de la estrategia, que esté disponibles para todos los niveles involucrados, utilizar un carnet único personal en formato papel para el registro de vacunas contra la COVID-19, se dispuso el registro nominal, entre otras.

4.6. Implementación de la campaña de vacunación

A partir del Plan estratégico de vacunación se aplicaron (12/06/21) un total de: 16.102.741 de dosis en todo el país. Se aplicaron una sola dosis a 12.879.690 personas y con dos dosis 3.223.051¹¹. La información publicada por el estado, permite observar la aplicación de vacunas teniendo en cuenta la condición (personal de salud, estratégicos, sin factores de riesgos, por grupos etarios, entre otros) (Ver Tabla 1). Las aplicaciones de vacunas se distribuyeron según el sexo, el 42,72% hombres 42,72% (6878411), mujeres 9192664), otros 0,20% (31666).¹²

Tabla.1. Aplicaciones por condición. Junio. Año 2021

	Personas vacunadas	Datos
Aplicaciones por condición	Otros	52.457
	Personal de Salud	3.189.781
	Personal Estratégico ¹³	1.893.880
	18 a 39 años SIN Factores de Riesgo	28.863
	40 a 49 años SIN Factores de Riesgo	247.442
	18 a 59 años CON Factores de Riesgo	3.212.478
	50 a 59 años SIN Factores de Riesgo	238.217
	60 o más años	7.239.623
	Total	16.102741

Fuente: Elaboración propia en base a datos MSAL.

<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

Existe una fuerte presión mediática sobre la forma en la que se implementa el plan de vacunación en el país. Algunas organizaciones de la sociedad civil buscan acceder a información sobre contrataciones, presupuesto y el monitoreo de la cantidad de personas vacunadas. En este marco, el gobierno

¹¹ <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

¹² <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

¹³ Comprende: Fuerzas de Seguridad y Armadas, Docentes y personal no docente de todos los niveles educativos, Responsables del Funcionamiento del Estado y Personal del Servicio Penitenciario.

nacional creó el Sistema de Monitoreo de vacunación¹⁴ que permite acceder a información clara desagregada por provincias.

4.7. Sobre el derecho de acceso a la información en contexto de pandemia

La Ley 27.275 del año 2016, consagra el derecho de acceso a la información pública en todo el Estado Nacional¹⁵ y por lo tanto, el deber de informar a cargo del estado. Teniendo el derecho de acceso, una dimensión individual y una colectiva.

En el artículo 2 define este derecho como la posibilidad de buscar, acceder, solicitar, recibir, copiar, analizar, reprocesar, reutilizar y redistribuir libremente la información bajo custodia de los sujetos obligados enumerados en la ley. Es decir el Estado, en cualquiera de sus jurisdicciones, está obligado a proporcionar información sobre los datos que generan, obtienen, transforman, controlan o cuidan los organismos del estado y de empresas indicados por la ley. Por otro lado, señala la misma ley que los organismos y empresas -sujetos obligados- no tienen la obligación de ordenar la información o procesarla, tampoco proporcionar información en datos abiertos, si esto es muy costoso o es imposible. La ley enumera los sujetos obligados a proporcionar información.

El derecho a la información se rige por los principios de: publicidad, transparencia y máxima divulgación, informalismo, máximo acceso, apertura, disociación, no discriminación, máxima premura, gratuidad, control, responsabilidad, alcance limitado de las excepciones, in dubio pro petitor, facilitación y buena fe.

Actualmente, el Estado en cumplimiento de la ley de transparencia activa, presenta en datos abiertos la información sobre la campaña de vacunación de Covid-19¹⁶.

¹⁴ Disponible: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

¹⁵ Este deber se extiende a los tres poderes del Estado, sino también a otros sujetos que producen o custodian información pública, como el Ministerio Público, las empresas y sociedades del Estado, las empresas concesionarias de servicios públicos, entidades privadas que hayan recibido fondos públicos

¹⁶Datos de salud. Disponible en: <http://datos.salud.gob.ar/dataset?groups=covid-19>

Se publica en datos abiertos información sobre: 1) Dosis aplicadas en la Argentina. Registro desagregado¹⁷, vacunas contra covid-19. Dosis reportadas en 24 jurisdicciones,¹⁸ Determinaciones registradas en la República Argentina. Laboratorio notificación nominal del SNVS¹⁹ Casos Registrados en la República Argentina. Casos confirmados por criterio clínico epidemiológico con residencia en CABA²⁰, confirmados por laboratorio; Dosis aplicadas a nivel nacional. Dirección control de enfermedades inmunoprevenibles. Cantidad de dosis aplicadas a nivel nacional²¹; Actas de recepción de vacunas COVID-19²²; Detalles de las compras y contrataciones tramitadas por el MSAL en el marco de la pandemia de COVID-19²³; Datos de vuelo traslado de vacunas contra la COVID-19 adquiridas por Argentina²⁴; Precio unitario de vacunas COVID-19 adquiridas por e MSAL²⁵; Vuelos de traslado de vacunas²⁶.

En el contexto de pandemia se produjo un avance considerable en la apertura y acceso a la información pública, acelerando el proceso de modernización y transparencia como da cuenta la información estatal que se encuentra actualmente en datos abiertos y los sistemas de monitoreo en tiempo real que implementaron para el seguimiento de personas vacunadas, y morbimortalidad por COVID-19.

El acceso a la información tiene ciertos límites impuestos por la misma Ley 27 275 en los supuestos de: información clasificada como reservada o secreta por razones de defensa o política exterior; puede poner en peligro el funcionamiento del sistema bancario o financiero; se trata de secretos industriales, comerciales, financieros, científicos o técnicos; puede perjudicar los derechos o intereses legítimos de terceros; si es información que tiene la Unidad de Información Financiera para investigar y prevenir el blanqueo de

¹⁷ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/vacunas-contra-covid19-dosis-aplicadas-en-la-republica-argentina>

¹⁸ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/vacunas-contra-covid-19-dosis-aplicadas-en-la-republica-argentina>

¹⁹ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/covid-19-determinaciones-registradas-en-la-republica-argentina>

²⁰ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/covid-19-casos-registrados-en-la-republica-argentina>

²¹ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/dosis-aplicadas-a-nivel-nacional>

²² <http://datos.salud.gob.ar/dataset/actas-de-recepcion-de-vacunas-covid-19>

²³ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/compras-covid-19>

²⁴ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/vuelos-de-traslado-de-vacunas-contra-la-covid-19-adquiridas-por-argentina>

²⁵ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/precio-unitario-de-vacunas-covid-19-adquiridas-por-el-ministerio-de-salud-de-la-nacion>

²⁶ <http://datos.salud.gob.ar/dataset/vuelos-de-aerolineas-argentinas-covid-19>

dinero; si es información preparada por abogados de la administración pública que puede poner en peligro la defensa del Estado o el correcto trámite en un juicio; si información protegida por el secreto profesional; si información tiene datos personales y no pueden ser tachados o separados del resto de la información; si la información puede poner en peligro la vida o seguridad de una persona; si es información judicial que no puede darse a conocer porque otras leyes lo prohíben o por tratados internacionales, si es obtenida en investigaciones, tiene carácter de reservada y darla a conocer puede poner en peligro la investigación, si es información sobre una sociedad anónima que hace oferta pública de sus acciones²⁷. Hay que tener en cuenta que la limitación del acceso a información pública tiene carácter excepcional, los sujetos obligados deben proporcionar información y estas nunca se aplican en los casos de violaciones de derechos humanos, genocidio, crímenes de guerra o delitos de lesa humanidad.

5.- Conclusión:

Hasta aquí, se presentó la sistematización de las medidas gubernamentales de prevención y control del Covid-19 elaboradas en Argentina, farmacológicas y no farmacológicas, incluyendo decretos, leyes y protocolos y normativa perteneciente al derecho internacional de Derechos Humanos, que sirve como orientación ineludible para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía.

Esta normativa prescribió comportamientos a la ciudadanía, implicando restricciones a ciertos derechos. Ello nos permite vincular de manera simultánea distintos planos de análisis que aparecen escindidos: el jurídico, el sanitario y el subjetivo. Ello, teniendo en cuenta que la falta de disponibilidad de vacunas, así como la falta de aceptabilidad de éstas o el incumplimiento de las medidas de control puede hacer peligrar el abordaje preventivo, generando un grave problema de salud pública. De ahí, la relevancia de identificar las representaciones que tienen las personas y ciertos grupos (personal de salud,

²⁷ Disponible: Ley 27.275. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27275-265949>

personas escolarizadas) sobre la vacunación y sobre las distintas medidas adoptadas que impactan en la cotidianeidad de sus vidas y derechos.

La sistematización normativa es un primer paso para luego realizar evaluaciones de políticas públicas efectivamente implementadas. En este sentido, sería conveniente que se realicen evaluaciones para la prevención y control del COVID-19, ya que ello contribuye a una mayor cultura de la evaluación, teniendo en cuenta que existe una brecha entre la elaboración de normas y su implementación.

1.4.2 LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

Como sujetos humanos, nos encontramos inmersos en contextos que son complejos en dos sentidos: por un lado, suceden una cantidad y variedad de eventos e interacciones con individuos y grupos; por otro, a raíz de dichos intercambios, vamos tomando posiciones, decidiendo conductas, opinando sobre temas diversos. De este modo, se van construyendo puntos de vista, formas de ver y explicar el mundo que nos rodea, de manera de poder comprenderlo y hacerlo previsible. Esta representación de la realidad, que es una reconstrucción de la misma es, como decíamos, social, producto de nuestras interacciones y pertenencia a grupos y toma para cada uno de sus miembros el valor de **verdad**. Esto posibilita la construcción de una identidad y al mismo tiempo, la de una diferencia: la constitución de “los otros”, los que no comparten esa misma cosmovisión (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Al enfrentar un suceso histórico, como es la pandemia de la Covid-19, la sociedad va construyendo modos de afrontamiento que le permita entender y organizar la realidad nueva. Así surgen las representaciones sociales, las formas de pensamiento compartidos (Coll, Norcia, & Bruzzone, 2020).

Jodelet (2020) afirma:

El término representación social remite tanto a los productos como a los procesos que caracterizan el pensamiento de sentido común, es una forma de pensamiento práctico, socialmente elaborado, marcado por un estilo y

una lógica propias, y compartido por los miembros de un mismo colectivo social o cultural. (p.66)

Las representaciones sociales son un conjunto de componentes de tipo cognitivo, ya sea informaciones, creencias, conocimientos, referido a un objeto social y que presenta las siguientes características centrales:

Se trata de un conjunto organizado, es decir, los elementos que lo componen mantienen relaciones entre sí de manera que conforman una estructura. Como se decía más arriba, son producto de las interacciones de los grupos sociales, nacen de consensos que, de todos modos, son relativos y vinculados a determinados componentes de la representación social. Se producen a través de un proceso de comunicación y, por último, desempeñan una función social ya que, no sólo permiten comprender la realidad, sino que también constituyen guías para las conductas. En este sentido, funcionan, en principio, como sistemas de evaluación de los contextos orientando los comportamientos sociales y a posteriori como criterios de justificación de las conductas propias y ajenas (Rateau & Lo Monaco, 2013).

No todo pensamiento ingresa en esta categoría, para reconocer una representación como social el foco debe ponerse en torno a la función que tiene la representación más que sobre el agente que la produce (Araya, 2003). Las personas crean representaciones en el marco de interacciones comunicacionales o de cooperación sobre objetos valorados socialmente o de interés en la interacción, esos significados, opiniones, creencias circulan más allá de los sujetos y tienen una realidad *sui generis* (Moscovici, 2003). A medida que un evento u objeto crecen en su relevancia surgen exigencias sociales sobre los grupos e individuos para elaborar una “sustancia simbólica” (Moscovici, 1979) un sistema cognitivo que permita recortar, simbolizar y sirva para identificarse grupalmente.

Las Representaciones Sociales se construyen con el pensamiento que la gente organiza, estructura y legitima en su vida cotidiana. El conocimiento es, ante todo, un conocimiento práctico que permite explicar una situación, un

acontecimiento, un objeto o una idea y, además, permite a las personas actuar ante un problema. Tiene un carácter social porque son elaboradas y compartidas por un grupo con el fin de clasificar un objeto social y explicar sus características para incorporarlo a su realidad cotidiana. (Ramirez, 1990).

Muchos de los aspectos centrales mencionados parecen estar presentes en la situación nueva de pandemia por Covid-19: se trata de un evento que ha producido gran cantidad de interacciones comunicacionales, tanto en los medios masivos como entre las personas comunes; plantea la relación entre la representación y las prácticas, como las vinculadas al distanciamiento social, el uso de máscaras y otras medidas de prevención; involucra dinámicas sociales de intercambios entre diferentes grupos, como los científicos y la población general; se trata de un objeto con múltiples facetas, incluido en la clase general de enfermedades infecciosas (Coll et al., 2020).

Las Representaciones Sociales se basan en lógicas relacionales y no racionales. Esta lógica basada en las interacciones se encuentra tanto en el origen como en las funciones de las representaciones sociales y se refiere a tres esferas de pertenencia, como lo explica Jodelet (2020): la de la subjetividad, la de la intersubjetividad y la de la trans-subjetividad.

La representación social implica la presencia de un sujeto y un objeto social. El sujeto es un actor social activo, situado en su realidad en principio por su cuerpo, participando en interacciones con los otros a través de la comunicación y con una pertenencia social en varios niveles, como la estructura social, los grupos sociales y culturales que definen su identidad, el espacio público. Algunas representaciones son apropiadas y reconstruidas por el sujeto a través de mecanismos cognitivos, emocionales, de experiencia cotidiana, mientras que otras son cargadas pasivamente producto de las tradiciones, la influencia social, etc.

La esfera intersubjetiva alude al establecimiento de representaciones a través de la comunicación verbal directa, la negociación dialogada que se da en los intercambios entre los sujetos.

Finalmente, la esfera trans-subjetiva refiere a las creencias que ejercen su influencia tanto sobre los individuos como los grupos y van más allá de las interacciones y se impregnan ya sea por adhesión como por sumisión. Se originan en el patrimonio de una cultura determinada, en la estructura de poder, en los sistemas de valores y normas y se difunden a través de los medios de comunicación, las reglas que impone el funcionamiento de las instituciones, etc.

El estudio de las representaciones sociales.

La Teoría de las Representaciones Sociales desde el estudio original llevado a cabo por Moscovici en su tesis doctoral “El psicoanálisis, su imagen y su público” (1961) ha tenido un gran desarrollo atravesando disciplinas como la psicología social, la sociología y la antropología. Dadas las diversas aplicaciones para la comprensión de múltiples fenómenos sociales en diversos niveles y contextos, la proliferación de estudios comienza en Europa y luego se desarrolla en el continente americano donde se destacan las investigaciones realizadas en Brasil, México, Venezuela y Argentina, las cuales están principalmente orientadas por el enfoque procesual (Araya, 2003). Las investigaciones teóricas y empíricas que existen a nivel mundial incluyen artículos, libros, capítulos de libros, ponencias en eventos, tesis de maestría y doctorado, con el objetivo de sistematizar los desarrollos y aplicaciones de la teoría de las representaciones sociales se encuentran también múltiples revisiones que presentan el estado del arte en la materia y en campos de aplicación concretos como por ej. en educación, enseñanza, salud, enfermedad, cuerpo, género, maternidad, etc. Esta proliferación de investigaciones ha permitido el surgimiento de diversas orientaciones conceptuales (Rateau & Lo Mónaco; 2013) y metodológicas imponiendo la necesidad de usar el plural para referirse actualmente al concepto y teoría de las representaciones sociales.

Sin embargo, a pesar de esa variedad, existen unos supuestos epistemológicos que todos ellos comparten: en principio, el “constructivismo”, en tanto el sujeto es activo, reconstruye el conocimiento y lo transforma en sentido común. En segundo lugar, el “interaccionismo”, referido a las interacciones entre las personas y los grupos, en la dinámica social. Por último, el concepto de “agencia”, el sujeto como agente de las determinaciones sociales (Lynch, 2020).

Para entender cómo se arriba a la generación de las Representaciones Sociales, en tiempos de la formulación de la teoría, Moscovici describe una serie de procesos que dan cuenta del origen y desarrollo de las representaciones sociales. En principio se da lo que él llama “dispersión de la información”, esto es, ante un fenómeno nuevo, una situación desconocida, los conocimientos referidos a ellos son incompletos, inconexos, escasos, para diferentes grupos sociales vinculados a ese objeto. Luego se produce la “presión de la inferencia”, es decir, una gran actividad cognitiva para intentar comprender, defenderse, dominar al fenómeno en cuestión. Se inician entonces diferentes debates en las interacciones comunicacionales donde se acuerdan hipótesis, creencias que marcan la constitución de posiciones que predominan en los diferentes grupos, a través de un consenso que implica que se destacan ciertos aspectos del objeto por sobre otros (focalización). Estos tres momentos del desarrollo de una representación social se dan en el marco de dos procesos. En principio, la objetivación, esto es, la simplificación y esquematización del objeto social; algunos de sus rasgos son extraídos de acuerdo con criterios culturales (los grupos sociales tienen acceso desigual a la información sobre el objeto) y normativos (se privilegia del objeto lo que está en consonancia con los valores del grupo). A partir de la selección de estas facetas del objeto, el concepto se transforma en un elemento de la realidad (Rateau & Lo Monaco, 2013).

“La representación está entonces constituida y alcanza el estatus de evidencia. Esta constituye una “teoría autónoma” del objeto que va a servir de base para

orientar los juicios y las conductas al respecto” (Rateau & Lo Monaco, 2013, p. 29).

El proceso de objetivación se completa con el de anclaje, en el que el nuevo objeto va a ser inscripto en la red de significados que ya tienen el individuo y el grupo y así se van ampliando los sistemas de pensamientos vinculados a aquel. Acá pueden observarse los rasgos de la representación social en tanto rígida y flexible, estable e innovadora: un objeto nuevo se integra en un sistema preexistente, interjuego entre la innovación y la conservación (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Uno de los modelos más desarrollados es el estructural, basado en el mencionado proceso de objetivación de Moscovici y los trabajos de Asch en 1946 sobre la formación de impresiones en la percepción social (Rateau & Lo Monaco, 2013). En el marco de este modelo, Jean-Claude Abric y Claude Flament elaboran la teoría del núcleo central y sostienen que la representación social es un sistema sociocognitivo. Los componentes cognitivos están referidos a procesos que ocurren en un sujeto que es activo y los componentes sociales están vinculados a las condiciones sociales en las que una representación es elaborada y transmitida. Respecto a la estructura, la representación es un conjunto organizado alrededor de un núcleo central que da su significación a la representación (Abric, 2001). Estos elementos centrales cumplen dos funciones imprescindibles: generan sentido, los individuos toman de aquí la significación y el valor del objeto de la representación; por otro lado, organizan el resto de los elementos de la representación, los elementos periféricos que dependen del núcleo central (Rateau & Lo Monaco, 2013).

El sistema central es determinado por las condiciones históricas, sociales y simbólicas en las cuales están inmersos los diferentes grupos sociales. Está constituido por los elementos que tienen consenso dentro de un grupo, la forma parecida en la que sus miembros ven al objeto social y así definen cierta homogeneidad y su diferencia respecto a otros grupos. De este modo, este

sistema de la estructura de la representación social asegura su permanencia y resiste al cambio (Rateau & Lo Monaco, 2013).

El sistema periférico, por su parte, está más asociado al contexto inmediato, a las características individuales del sujeto. Posibilita modulaciones personales, la integración de experiencias cotidianas y el anclaje de la representación a la realidad (Abric, 2001). Estos elementos cumplen además funciones en la prescripción de comportamientos, de manera de que los sujetos puedan saber cómo actuar o qué decir en determinadas situaciones, y en la protección del núcleo central, si fuese necesario. En casos de transformaciones de las representaciones sociales, es habitual encontrar la modificación precedente de sus elementos periféricos (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Método

En el análisis de los datos, se utiliza el enfoque estructural.

Para la recolección del contenido de las representaciones se utiliza el método de asociación libre. Se practica pidiendo al sujeto que manifieste las palabras o expresiones que se le presentan a la conciencia a partir de un término inductor.

A partir de la tabulación cruzada de un criterio numérico y otro dado por las limitaciones, se derivan diferentes técnicas asociativas. En relación con el criterio numérico, se le puede pedir al sujeto que asocie dos, tres o n palabras a partir del término inductor. Respecto a las limitaciones, se establece si las evocaciones deben restringirse según algún criterio gramatical, semántico o de otro orden. Lo más frecuente es utilizar el método de asociación libre, con respuestas múltiples, sin restricciones, sobre todo en el modelo estructural de las representaciones sociales (Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015). Esta técnica es la que se utiliza en esta investigación y se solicitan cinco respuestas por cada término o frase inductora.

Respecto a la cantidad de participantes a los que se les solicitan las evocaciones, no existen indicaciones precisas acerca del mínimo requerido

para contar con resultados válidos. Se considera que una muestra de, al menos, cien participantes es lo conveniente. Sin embargo, cuanto más numeroso sea el número de sujetos evaluados, más estables se consideran los resultados en tanto son menos susceptibles de ser influidos por casos extremos. (Wachelke & Wolter, 2011).

Para la identificación de la estructura de la representación social, las evocaciones son tratadas según el análisis prototípico, desarrollado por Vergès en 1992, que pertenece al grupo de métodos lexicales. Estos permiten la identificación de agrupamientos en el texto. El grupo es definido como un conjunto de palabras que tienden a aparecer en forma próxima en el texto, formando un segmento específico y pueden indicar representación social o elementos de ellas relativos al objeto social en estudio (Andrade, 2016).

El análisis prototípico es una de las técnicas más difundidas para la caracterización estructural de representaciones sociales a partir de evocaciones de palabras. Las respuestas dadas por los participantes se clasifican según dos coordenadas: la frecuencia en el corpus (el número de veces que una palabra aparece en una población, indicador cuantitativo) y el orden de evocación (los elementos más importantes de una representación están más disponibles y se pronuncian primero, indicador cualitativo) (Dany et al., 2015).

La intersección de estos dos criterios constituye un indicador de centralidad de un elemento de la representación y permite mapear los rasgos cualitativos y cuantitativos de las respuestas evocadas y ubicarlas en el sistema central o en el sistema periférico (Dany et al., 2015).

Si se habla estrictamente, la tabla de resultados del análisis prototípico muestra un patrón de organización de información relativa a evocaciones verbales. Permite la identificación de elementos de la representación por medio de patrones cuantitativos de consenso intragrupo más evidentes, de manera de identificar las palabras que no cambian dentro de un grupo, aquellas menos susceptibles de variación, los elementos que por tener más importancia en su

estructura, son los más prototípicos (los más accesibles a la conciencia) (Wachelke & Wolter, 2011).

Cada una de las coordenadas tiene un valor de corte. Si bien no existe un criterio unánime, generalmente se adopta la mediana del número de evocaciones que, para cinco respuestas, es tres (esto, respecto al orden de evocación). Respecto a la frecuencia, el procedimiento inicialmente propuesto por Vergès en 1992 es el del cálculo de la frecuencia media dentro de las respuestas, luego de haber excluido las evocaciones con bajas frecuencias (Wachelke & Wolter, 2011).

El cruce de las dos coordenadas, clasificadas en valores altos y bajos, determina cuatro zonas que constituyen la tabla de resultados del análisis prototípico.

Será utilizado como apoyo para el procesamiento del corpus el software libre Iramuteq, versión 07, Alpha 2 de Mariola Moreno y Pierre Ratinaud 11/03/2015 (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Tabla de resultados análisis prototípico

Frecuencia / Orden de evocación	Más prontamente evocada (1° o 2° lugar en la asociación)	Más tardíamente evocada (3° a 5° lugar en la asociación)
Más frecuente que la mediana	Núcleo Central	Primer núcleo periférico
Menos frecuente que la mediana	Elementos de contraste	Segunda periferia

1.5 LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Fue aplicada la técnica a 221 personas del conurbano y la Ciudad de Buenos Aires. De estas, el 60% eran mujeres y el restante 40% eran varones. De este universo, un 53,8% tenían hasta 60 años y el resto eran de 60 y más años. La escolaridad de la muestra se repartió entre un 20% que tenían hasta secundario completo y un 50% que tenían más que secundario completo.

Se evocaron en total 1097 palabras. En cuanto a las evocaciones se presentan por cada una de las palabras inductoras seleccionadas para este estudio

Pandemia por COVID-19

Se eligió como primera palabra inductora “*pandemia por COVID-19*”. En su núcleo central se hace alusión a palabras relacionadas con contenidos emocionales negativos, tales como aislamiento, miedo, encierro, incertidumbre, muerte y preocupación. Estos contenidos condensan sensaciones sobre algo desconocido como fue esta enfermedad. Ya en la primera periferia se observa una primer palabra relativa al cuidado “barbijo” y “cuidado” siendo que hubo una capacidad de respuesta mundial ante esa sensación de miedo y esto quedó instalado como representación de medida de contención no farmacológica de la enfermedad, aunque no, en su núcleo central. (Tabla 1)

Tabla 1: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “Pandemia por COVID-19”

<= 2.91 Rangos > 2.91	
Zone du noyau	Première périphérie
<ul style="list-style-type: none"> aislamiento-67-2.9 miedo-47-2.7 encierro-43-1.7 incertidumbre-40-2.7 muerte-34-2.7 preocupación-29-2.5 angustia-27-2.9 prevención-18-2.8 reclusión-16-2.1 cambio-13-2.5 temor-12-2.7 aburrimiento-12-2.8 cuarentena-11-2.3 	<ul style="list-style-type: none"> barbijo-53-3.2 soledad-46-3 cuidado-46-3 dudas-30-3.7 confusión-24-3.5 enfermedad-18-3.1 precaución-16-3.6 Información contradictoria-14-3.1 familia-13-3.5 -11-3.2 virtualidad-11-3.1 Inseguridad-11-3.2
Elements contrastés	Seconde périphérie
<ul style="list-style-type: none"> virus-10-2.9 tristeza-8-2.9 ventilación-7-2.7 casa-7-2.6 distanciamiento-6-2.8 no_aglomeraciones-6-2.2 vacuna-5-1.8 comida-5-2.8 COVID-4-2.2 perdida_de_tiempo-3-2 restricciones-2-2 coronavirus-2-1 largo-2-1 alcohol_en_gel-2-1.5 depresión-2-2.5 economía-2-2.5 estres-2-1 películas-2-1.5 quietud-2-1 panico-2-2.5 depresión-2-1 malestar-2-2.5 Barbijo-2-1 Cuarentena-2-1 dolor-2-1 	<ul style="list-style-type: none"> ansiedad-8-4 salud-8-3.5 higiene-7-3 nostalgia-7-4.3 insulto-7-4.1 inseguridad-7-3 vacunas-6-3.2 dormir-6-3.5 computadora-5-3.6 ilusión-5-4.2 confusión-5-3.2 pobreza-4-3 crisis-3-3 facultad-3-4.3 cuidados-3-3.7 desesperación-2-4.5 cansancio-2-3 series-2-3.5 introspección-2-4.5 encerrado-2-4 desempleo-2-5 china-2-5 hospital-2-4 trabajo-2-3.5 no_salir-2-4.5 responsabilidad-2-3.5 desgaste-2-3 virtual-2-4 extrañar-2-5 desesperación-2-3 alcohol-2-5 aprob-2-3.5

Fuente: elaboración Propia.

Las mujeres resaltaron el encierro y la soledad, mientras que los varones hicieron mayor referencia a la muerte. Estas representaciones contienen ideas que caracterizan las vivencias de salud femeninas, ya que las mismas temen más a la soledad que a la muerte.

Los menores de 60 años representaron la pandemia como un momento de encierro y aislamiento mientras que los mayores temieron más por las consecuencias y lo plantearon como un momento de cuidado y soledad, con

incertidumbre, miedo y preocupación. En cierto sentido, resulta lógico ya que la enfermedad afectó de manera diferenciada a los mayores de edad y por lo tanto, el miedo se representó diferente entre ambos grupos. En los menores se vivió relacionado a la falta de libertad.

Las personas con mejor nivel educativo resaltaron el aislamiento y el encierro mientras que los de menor nivel educativo relataron angustia y preocupación. Parecería que la vivencia fue, de un mayor contenido de angustia, en personas con menor nivel mientras que los de mayor nivel, podrían haber accedido a información diferenciada sobre la enfermedad y esto les generó menos angustia y más noción de encierro y aislamiento necesario para contener la enfermedad.

Prevención de la COVID 19

En cuanto a las evocaciones en torno a “*prevención de la COVID*” se pudo obtener que en su núcleo central aparecen expresiones relacionadas con uso de barbijo, alcohol en gel, vacuna, representando el cuidado personal, también aparece la responsabilidad y el distanciamiento. Estas palabras se enfocan en cuestiones comportamentales coincidiendo con las principales medidas de prevención difundidas, junto con el lavado de mano que no aparece evocada en el núcleo central pero sí en la primera periferia junto con nuevamente el uso de alcohol, la distancia, el aire libre y la higiene.

En cuanto al análisis desagregado por variables sociodemográficas se ha encontrado que las mujeres hablan de *responsabilidad* en mayor medida que los varones. Los menores de 60 años resaltan el *distanciamiento* mientras que los mayores nombran *el barbijo y el alcohol* únicamente.

Los de menor nivel educativo nombran medidas de protección personal mientras que los de mayor educación incorporan la *vacuna* y el *aire libre* como medida preventiva.

En función de las categorías de medidas no farmacológicas mencionadas en el marco teórico se puede ver que el núcleo central y primera periferia de las representaciones sobre prevención se concentran casi exclusivamente sobre **“Medidas de protección personal para el uso diario,.**

Tabla 2: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “Prevención de la COVID 19”.

<= 2.91 Rangos > 2.91	
Zone du noyau	Première périphérie
<p> barbijo-132-2.2 alcohol_en_gel-52-2.5 vacuna-50-2.8 cuidado-37-2.9 responsabilidad-23-2.9 distanciamiento-22-2.5 limpieza-19-2.5 </p>	<p> alcohol-61-3 lavado_de_manos-54-3.1 distancia-53-3 aire_libre-44-3.4 higiene-35-3.2 distancia_social-28-3.3 dificultad-27-3.4 aireación-15-3.6 desinfección-15-3.6 </p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p> médicos-12-2.8 vacunas-10-2.9 prevención-8-2.2 anticuerpos-7-1.6 mascarara-3-2.3 mascarilla-3-1.7 protocolo-3-2.3 precaución-2-2.5 seguridad-2-1.5 agua-2-2.5 temor-2-1.5 Vacuna-2-2 </p>	<p> no_reuniones-11-3 no_aglomeraciones-11-3.2 cuarentena-10-3.8 lavarse_las_manos-10-3 aislamiento-9-3.1 distanciamiento_social-7-3 complejidad-7-3.4 cuidarse-6-3.3 encierro-6-3.3 ventilación-6-4 salud-4-3 soledad-4-3.5 jabón-4-3.5 casa-4-4 restricciones-3-4.3 quedarse_en_casa-3-3.7 manos-3-3 miedo-2-3.5 hisopado-2-3 guantes-2-5 confusion-2-3 protocolos-2-3 amigos-2-5 información-2-4 no_salir-2-3.5 contagio-2-4.5 medicos-2-5 virus-2-4 cuidados-2-3.5 </p>

Fuente: Elaboración propia.

Uso de Barbijo

El uso de tapabocas es la medida de cuidado más conocida y evocada en torno a la *prevención*. En cuanto al “*uso de barbijo*” los principales significados que se le atribuyen son prevención, necesario, útil, falta de aire, incómodo, molesto. El núcleo central entonces se compone de representaciones que reconocen o legitiman el uso de barbijo pero visibilizan las sensaciones y experiencias personales, las complejidades que implica el uso de esa protección.

En la primera periferia se puede encontrar expresiones como *cuido a otros*, apareciendo un poco la solidaridad que está involucrada en la utilización de medidas de protección personal. También en el núcleo central aparecen expresiones como *aprender, experiencias, barrera, correcto uso, difícil respirar, protección*. Aparece nuevamente la ambivalencia entre la necesidad y la incomodidad, esto es necesariamente relevante comprender dado que condiciona el uso o la aplicación de la medida.

No hay diferencias entre mujeres y varones en relación a la sensación que es necesaria y útil aunque falta el aire. El hecho de que el barbijo cuida a los otros no figura como núcleo central. Las personas menores de 60 años aludieron mayoritariamente a atributos positivos. Los mayores de 60 agregaron que da calor, es incómodo, es obligatorio y provoca granos y acné.

Los de menor nivel educativo evocaron todos atributos positivos mientras que los de mayor nivel educativo agregaron las molestias que genera.

Tabla 3: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “uso de barbijo”.

<= z.58 kangs > z.58

Zone du noyau	Première périphérie
<pre> prevención-90-2.5 necesario-67-2.3 útil-63-2 falta_de_aire-42-2.4 incómodo-39-2.1 práctico-27-2.2 molesto-16-1.8 </pre>	<pre> cuido_a_otros-40-3 aprender_experiencias-37-3.1 cuidado-36-2.8 barrera-34-2.7 correcto_uso-34-2.7 difícil_respirar-30-2.9 protección-25-3.1 </pre>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<pre> calor-11-2.3 incómodo-10-2.1 obligatorio-8-2.4 granos_acné-6-2.2 seguridad-5-2 asfixia-4-2 me_lo_olvido-4-1 distanciamiento_social-4-2.5 preventivo-3-2.3 correcto-3-1 salva-3-2.3 usarlo-3-2.3 necesidad-3-2.3 alergia-2-1.5 vapor-2-2.5 bueno-2-1 seguro-2-2 saludable-2-1.5 COVID_coronavirus-2-2 bien-2-1.5 protocolo-2-2.5 desobediencia-2-1.5 salir-2-2 contagio-2-2.5 </pre>	<pre> incomodidad-8-2.8 responsabilidad-8-3 limpieza-8-3 salud-6-3.8 conicet-5-3.8 picazón-4-4 miedo-4-3.5 molestia-4-3.2 ahogo-4-2.8 distanciamiento-4-4 higiene-4-4.2 COVID_coronavirus-3-4.3 sofocante-3-4 proteccion-3-3.7 dolor_de_cabeza-3-3.7 -3-4.7 estomudo-3-2.7 sobreuso-2-3 difícil-2-4 tela-2-3 tos-2-3.5 responsable-2-3.5 costumbre-2-3.5 alcohol_en_gel-2-5 respeto-2-3.5 no_respiro-2-3 raro-2-3 </pre>

Fuente: Elaboración propia.

Distanciamiento social

Sin duda, la medida de mayor efectividad en la prevención de la COVID-19 fue el distanciamiento social, según la literatura relevada. Esta fue vivida como una estrategia fundamentalmente de cuidado, de seguridad, fue conveniente, de

respeto (hacia el otro) aunque también de separación y compleja en su implementación. En la primera periferia aparece la dificultad, el miedo, la incoherencia de ser utilizada en algunos espacios ya que, por ejemplo, en restaurantes es obligatoria hasta que uno empieza a comer y de falta de control para algunos que no la usaban y no había, generalmente, consecuencias. Parecería que fue bien entendida por la población e implementada para el cuidado.

Tabla 4: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “Distanciamiento Social”

<= 2.92 Rangos > 2.92	
Zone du noyau	Première périphérie
<p>cuidado-63-2.9 separacion-42-2.6 seguridad-33-2.6 conveniente-29-2.9 respeto-28-2.9 complejo-27-2.1 no_aglomeraciones-26-2.7 prevención-23-2.6 barbijo-21-2.7</p>	<p>dos metros-58-3 difícil-37-3.1 aprender experiencias-36-3.2 falta control-29-3.1 miedo_al_otro-24-3.2 incoherencia-23-3 aislamiento-22-3.1 alejamiento-12-3.5 no_realizable-12-3.1</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>tristeza-7-2.7 soledad-7-2.9 no_cumplible-6-2.2 familia-6-2.7 dos_metros_-5-2 no_se_cumple-5-2 aire_libre-5-2.8 metro_y_medio-3-1.3 extraño-3-1.3 respetar-3-2.7 incumplimiento-3-2.3 ansiedad-3-2.3 necesario-3-1.7 espacio-3-2.3 frio-3-2.7 abrazos-3-1.7 metro_y_medio_-3-2 abrazo-3-2.3 no_se_respeta-3-2 codo-2-2.5 personas-2-1 male-2-2.5 aire-2-2.5 angustia-2-1 salud-2-2.5 alcohol_en_gel-2-2.5 desobediencia-2-1.5 responsabilidad-2-1.5 raro-2-2.5 necesidad-2-1 inhumano-2-1.5 contagio-2-2.5</p>	<p>amigos-7-3.1 exagerada-7-3.9 prevencion-7-4 acatamiento-7-3.7 higiene-7-3.3 uso_politico-6-3.7 miedo-5-3 locura-5-4.6 filas-4-4 cuidarse-3-4 rechazo-3-3.3 -3-4.7 distanciamiento-3-3.7 triste-3-3 colectivo-3-4.7 plaza-3-3.7 sin_contacto-2-3.5 virtualidad-2-3 metros-2-3 abuelos-2-3 lejos-2-5 no_responde-2-5 protección-2-4 encierro-2-4 prevención_-2-3.5 rebelde-2-3 lejanía-2-3 COVID-2-3 parque-2-3 precaución-2-3.5 miradas-2-4.5 familias-2-4.5</p>

Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres dejaron evidencia de mayor entendimiento del distanciamiento como cuidado mientras que los hombres lo vivenciaron como difícil e incoherente. Las mujeres, son las que, por generaciones, se han adaptado a las reglas patriarcales y quienes menos esfuerzo de adaptación han tenido que realizar. Los varones, acostumbrados a que otras se adapten a sus normas, han sufrido más que las mujeres. Ellos resaltaron el aprendizaje de esta experiencia.

Los menores de 60 años percibieron al distanciamiento como una experiencia de aprendizaje, guiados por un sentimiento menor de miedo que los mayores, mientras que estos afirmaron que era seguro y conveniente, relacionado con el mayor miedo expresado sobre la pandemia.

Las personas con menor nivel educativo resaltaron la dificultad de esta situación mientras que quienes tenían mayor nivel educativo, pudieron asumir que esto era para un mayor cuidado aunque había que separarse.

Cuarentena

“Cuarentena” es una expresión que tiene diversas acepciones y ha sido utilizada para designar situaciones heterogéneas en el contexto de la pandemia por COVID 19, también ha sido una forma muy utilizada por los medios de comunicación para designar momentos y medidas diferentes de aislamiento y distanciamiento.

En el núcleo principal aparecen el encierro, aislamiento, extensa, ansiedad, angustia, mal uso, desconexión con la realidad, uso político, abusiva. Las categorías temáticas se relacionan con aspectos emocionales y valorativos negativos y ya en esta centralidad se visibiliza la tensión en torno a las medidas de aislamiento y distanciamiento que pueden estar siendo representadas dentro de la categoría “*cuarentena*”.

En la primera periferia aparecen también valoraciones emocionales como soledad, aburrimiento, tristeza, miedo, prevención y familia. La cuestión de los vínculos y lazos con los convivientes, con quienes pasa a compartir más tiempo dentro del hogar también ha sido muy tematizado en los medios de comunicación y las redes sociales que han sido un enorme canal de expresión y conexión con los no convivientes.

Tabla 5: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “cuarentena”.

<= 2.08 Kangs > 2.08

Zone du noyau	Première périphérie
<p>encierro-81-2 aislamiento-59-1.8 extensa-55-1.4 ansiedad-46-1.9 angustia-44-1.8 mal uso-44-1.3 desconectada_realidad-32-1.1 uso_politico-28-1.4 cuarenta_dias-24-1.5 abusiva-19-1.6 empobrecimiento-18-1.7 difícil-14-1.9 nadie_cumple-10-1.2</p>	<p>soledad-49-2.4 aburrimiento-19-2.1 prevención-13-3 familia-13-3.1 tristeza-11-2.9 miedo-11-2.4</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>afecta_economia-8-1.5 necesaria-7-1.8 reclusión-6-1 inoperante-6-1.4 cambios-6-2 insalubre-6-1 desprogramación-6-1 extrañar-4-2 sufrimiento-2-1.5 larga-2-1 enfermedad-2-1 eterna-2-1 desorden-2-2 comer-2-1.5 ineficiente-2-1.5 cambio-2-2</p>	<p>distanciamiento-8-2.4 depresión-8-3 ventanas_cerradas-7-5 depression-7-3 problemas-7-2.2 capacidad-7-2.7 renovación-7-5 virtualidad-6-3.7 casa-6-2.3 comida-5-4.2 amigos-4-4.5 estrés-4-3 largo-3-3.7 cuidado-3-3.7 computadora-3-2.3 facultad-3-4.3 muerte-3-4.3 abundancia-3-2.3 estudio-3-3 convivencia-3-3 videollamada-2-3 desesperación-2-3 oscuridad-2-3 salud-2-4 triste-2-3 COVID-2-2.5 mate-2-3 perdida-2-2.5 home_office_-2-4.5 falta_de_contacto-2-3.5 estrés-2-4 pasado-2-4</p>

<= 2.08 Kangs > 2.08

Fuente: Elaboración propia.

El análisis desagregado por variables sociodemográficas mostró que no hay diferencias entre mujeres y varones en relación a la sensación de encierro, emociones negativas y uso político de la misma. Los -60 años aludieron

mayoritariamente al aburrimiento y los mayores a la extensión y el mal uso que percibieron que se hizo.

Los de menor nivel educativo la vivieron con ansiedad y resaltan el mal uso y uso político de la misma mientras que los de mayor nivel educativo resaltan el encierro, el aislamiento y lo extensa que fue y en menor medida el uso político.

Cierre de escuelas

El cierre de escuelas fue la medida preventiva que menor adhesión tuvo en la población. Se estima que se trató de la medida más politizada, en el sentido de que hubo una divergencia de opiniones entre el Gobierno Nacional y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Gobierno Nacional decidió cerrarlas en el momento máximo de casos de la segunda ola, mientras que la Ciudad apeló el fallo, basada en su estatus de ciudad autónoma. La divergencia entre los partidos políticos que gobiernan una y la otra, se estima que podría haber sido el desencadenante para que pudieran diverger y no atenerse a las Normas dispuestas por el Estado Nacional, ya que, la Provincia de Buenos Aires, con mismo partido político que la Nación, siguió estrictamente las reglas bajo el discurso de alineación con el Estado Nacional. En el marco de esta diferencia de criterios, se ubican estas representaciones.

En el núcleo central, siendo que la mayoría de los entrevistados pertenecen a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se ubica el daño futuro hacia los niños, el desprecio por la educación y el uso político de esta medida aunque también figura la prevención. No obstante estas representaciones, la medida fue amparada en evidencias que asumen que el cierre de escuelas previene el contagio de la COVID-19. Existe suficiente bibliografía que respalda estas afirmaciones (FAIk et al., 202) (Zimmerman et al., 2021) (Auger et al., 2020) (Walsh et al., 2021) (Masekela R, Wessels AJ, 2020) (Vermund S, Pitzer V.; 2020) (Gurdasani et al., 2021)

En la primera periferia se observan ideas sobre el atraso de los niños ante el cierre de escuelas, la inequidad, la extensión de la cuarentena y el miedo. Parecería existir evidencia que apoya la relación entre la apertura escolar, los aumentos de casos y enfermedad, sin embargo las opiniones tuvieron un tinte más político que científico debido al debate que se produjo en los medios de comunicación.

Tabla 6: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “cierre de escuelas”

<= 2.94 Rangs > 2.94	
Zone du noyau	Première périphérie
<p> daño futuro-52-2.8 desprecio por la educación-44-2.9 uso político-41-2.7 pérdida educación-35-2.6 aprender experiencia-32-2.9 prevención-27-2.8 virtualidad-18-2.6 horrible-12-2.8 tristeza-10-2.5 </p>	<p> atraso-56-3.1 inequidad-55-3.2 extensa-34-3.4 incoherencia-33-3.2 tecnología-26-3.7 miedo-19-3.2 </p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p> no cultura-9-2.4 malo-8-2 desprecio_educación-7-2.6 innecesario-7-2.4 peor_medida-4-1 inoperancia-4-2 encierro-4-2.8 falta_de_educacion-4-2.2 pobreza-3-2.7 aburrimiento-3-2.7 soledad-3-2.3 Larreta-3-2.3 triste-3-2.3 virtual-3-2 educacion-2-2 educación-2-1.5 correcto-2-2.5 desacuerdo-2-1.5 polemico-2-1.5 decadencia-2-1 falta_de_aprendizaje_-2-1.5 necesario-2-1 raro-2-2.5 depresión-2-2 extrañar-2-2 </p>	<p> computadora-6-3.2 dificultad-6-3.3 zoom-6-3 abusivo-6-3.8 falta_de_trabajo_-5-4 falta_de_trabajo-5-3.4 aislamiento-3-3 niños-3-3.3 prevencion-3-3 virtualidad_-3-3.3 futuro-3-3.3 -3-5 alumnos-3-3 politica-3-3 peligroso-2-3.5 perdida_de_conocimientos-2-4 necesario_-2-3 incomodidad-2-4 restricciones-2-4.5 docentes-2-3 falta_de_atención_-2-4.5 conectividad-2-3.5 protocolo-2-3 malestar-2-3 aburrimiento_-2-3 distanciamiento-2-4 dificil-2-3 </p>

Fuente: Elaboración propia.

Las representaciones sobre el cierre de escuelas en mujeres fueron mayormente comprensivas que en varones sobre la asunción de esta medida ya que plasmaron ideas sobre prevención mientras que los hombres resaltan atributos negativos sobre el cierre, acompañados de algunas asociaciones con prevención.

Los menores de sesenta años no percibieron tanto como los mayores los efectos de la manipulación política de esta medida aunque todos se quejaron de este efecto político (menor y mayor nivel educativo).

Cierre de bares y restaurantes

El cierre de bares y restaurantes ha sido una medida obligatoria que tiene como eje el logro de la implementación del **distanciamiento social y la restricción de movimiento**, como mencionamos anteriormente pueden considerarse como la mejor opción de las NPI en cuanto tienen un efecto demostrado en la interrupción del ciclo de infecciones relativamente efectivo. Sin embargo, estas medidas tan radicales tienen consecuencias adversas de mucho costo social y económico. Esto surge claramente en el núcleo central de la representación, donde aparecen palabras como pérdida de trabajo, pérdida de empresas, extenso, tristeza, pobreza aunque aparecen también el reconocimiento de la medida como cuidado, necesario, prevención. En la primera periferia surgen asociaciones como perjuicio, aprender, uso político, preocupación, deudas.

Tabla 7: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “cierre de bares y restaurantes”

Zone du noyau	Première périphérie
<p>pérdida_trabajo-46-2.7 pérdida_empresas-45-2.4 extenso-41-2.7 cuidado-37-2.9 distanciamiento-37-2.7 indiferencia-22-2.4 necesario-15-1.9 prevención-14-2.4 pobreza-11-2.5 tristeza-11-2.6 aburrimiento-10-2.4 prevención-10-2.7 innecesario-10-2.3</p>	<p>perjuicio-46-3.2 aprender_experiencias-35-3.1 uso_político-26-3.4 preocupación-24-3.5 dudas_impacto_salud-20-3.4 falta_criterio-20-3.5 precaución-18-4.2 desempleo-14-3.1 daño_económico-11-3.3</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>ilógico-7-2.9 diferencia-6-2.5 delivery-6-2.5 fuente_de_trabajo-5-2.8 hambre-5-2.8 bien-5-1 economía-5-2.6 falta_de_trabajo-4-2.8 esta_bien-3-1 aislamiento-3-2.7 triste-3-2 cuidarse-2-2.5 quiebra-2-1.5 bailar-2-2.5 quedarse_en_casa-2-1.5 desempleo_2-2 diversión-2-1.5 bronca-2-2.5 alcohol-2-1.5 correcto-2-1.5 problemas_economicos-2-2 estar_en_casa-2-2.5 jóvenes-2-2.5 perdida-2-2.5 perfecto-2-1 juntadas-2-2.5 perdida_de_trabajo-2-1</p>	<p>pérdida_empresa-8-4.1 acatamiento-7-3.1 sociabilidad-7-4 comida-7-3.9 leyes-7-3.6 trabajo-5-3 soledad-5-3.6 pérdida_negocio-5-3.6 crisis-4-3.2 encierro-4-3 amigos-4-3.5 distanciamiento_social-3-3.7 aburrido-3-3 dinero-3-3 noche-3-3.7 libertad-2-4.5 enojo-2-3 protocolos-2-4.5 cierre-2-5 barbijo-2-3.5 salud_mental-2-5 medidas-2-4.5 falta_de_entretenimiento-2-3.5 cierres-2-3.5 incumplimiento-2-4 aire_libre-2-3 aislamiento_2-4 seguridad-2-4 restricciones-2-5 salidas-2-4.5 nueva_normalidad-2-4.5 entretimiento-2-3</p>

Fuente: Elaboración propia.

Los varones evocaron palabras que aluden a la pérdida económica mientras que las mujeres incluyen el cuidado y lo extenso que fue. Los mayores de 60 años vivenciaron con mayor fuerza la pérdida de empleos mientras que los jóvenes aludieron a la pobreza, tristeza y aburrimiento. Los de menor nivel educativo se preocuparon más por la economía y los de mayor nivel por lo extenso de la medida y el distanciamiento que significaba.

Campaña de vacunación.

Las representaciones sobre la campaña de vacunación se asemejan más al discurso de los medios de comunicación (ver alguna noticia para citar) que a la realidad, ya que resaltan el destiempo, siendo la Argentina, uno de los países que inició más tempranamente la misma, siendo que en el Reino Unido se comenzó a aplicar la primer vacuna del mundo el día 8 de diciembre de 2020²⁸ y en Argentina fue aprobada por ANMAT el día 22 de diciembre la vacuna Sputnik V para ser aplicada el día 29 de diciembre su primera dosis a un argentino.

Tal vez el destiempo aluda a la brecha entre que inició la enfermedad y se produjo la vacuna. Por otro lado, al asociar con campaña de vacunación se hace presente la prevención, aunque también el miedo, la confusión, lo difícil y la complejidad. Parecería ser que la campaña generó miedo y sentimientos poco agradables en las personas que asociaron más que necesidad de prevención. En la primera periferia ya se observa el uso político de la misma y las dudas que vinieron con las vacunas a aplicar, también las diferencias (parecería ser entre espacios políticos o entre laboratorios desarrolladores), la ansiedad, el caos y una falta de coordinación.

Queda claro que la campaña de vacunación fue otro de los componentes de la pandemia que fue manipulado políticamente, en especial en lo que refiere a laboratorios para comprarles las dosis (tipos de vacunas compradas), también fue objetivo de campañas mediáticas que generaron que sea la primera vez en la historia de la Salud Pública, que se exija una marca o laboratorio por sobre otro. La vacuna siempre fue una herramienta de prevención que nadie cuestionó su efectividad, salvo los movimientos antivacunas y quedó en el centro de la discusión el tipo de vacuna, el país de proveniencia, el porcentaje de efectividad de los estudios y la adhesión a ideas políticas que se asociaron a laboratorios productores “*amigos*” y “*enemigos*”.

²⁸ <https://www.france24.com/es/europa/20201208-covid-19-reino-unido-inicio-vacunaci%C3%B3n>

Tabla 7: Análisis prototípico de las evocaciones sobre “campana de vacunación”

<= 2.98 Rangos > 2.98	
Zone du noyau	Première périphérie
<p>destiempo-61-2.9 prevención-44-2.5 miedo-42-2.9 confusión-40-2.7 compleja-32-2.9 difícil-20-2.8 gobierno-10-2.4 propaganda-8-2 política-8-1.6</p>	<p>uso_político-51-3.1 dudas-51-3 diferencias-42-3.3 ansiedad-26-3.3 caos-20-3.4 falta_coordinacion-17-3.4 vacunatorio_vip-15-3.2 desorganizada-9-3.3</p>
Elements contrastés	Seconde périphérie
<p>clara-7-2.7 vacuna-6-2.7 publicidad-6-2.8 cuidado-5-2.5 organizada-5-1.8 política-4-1.8 lenta-4-2.8 información_correcta-4-2.5 masiva-4-2.5 necesaria-4-2 falta_preparación-3-1.3 desastrosa-3-1 bueno-3-1 politizado-2-2 desinformación-2-1.5 falta_personal_capacitado-2-2.5 activa-2-1 vacunación-2-1.5 trabajo-2-2.5 fuerte-2-1.5 carteles-2-2.5 correcto-2-1.5 dolor-2-2 provincia-2-1.5 organización-2-1.5 lunos-2-2.5 Alberto_Fernández-2-1.5 información-2-2 poca_información-2-2 ayuda-2-2 información_correcta_2-2</p>	<p>desarrollar_mejor_solución-7-4.1 salud-7-3.3 espera-6-3.5 capacitar_población-6-3.8 vacunación_a_tiempo-6-3 --6-4.7 pésima-5-3.2 esperanza-5-3.6 adultos_mayores-4-3 efectiva-4-3.2 televisión-3-3.7 vacunas-3-3 uso_político-3-5 solidaridad-2-3.5 cartel-2-3 campana_politica-2-3 hospital-2-5 sociedad-2-3 dosis-2-4.5 barbijo-2-4 protección-2-4 prevención-2-4 efectividad-2-3.5 lentitud-2-3.5 mayores_de_edad-2-3 jeringa-2-3 blanco-2-3 Información-2-3 anti_vacunas-2-3 polemica-2-5 eficiente-2-3 seguridad-2-4.5</p>

Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres evocaron mayoritariamente contenidos relacionados con la prevención mientras que los varones se preocuparon por cuestiones de interpretación del tiempo de llegada de las vacunas, parecería que los hombres hicieron lecturas más políticas que las mujeres, sobre este tópico.

Los mayores de 60 años estaban más expectantes de la llegada de la vacuna y parecería que con mayor ansiedad y por lo tanto hablaron del destiempo mientras que los menores asociaron con la politización de la campaña.

Los entrevistados de mayor nivel educativo priorizaron la prevención mientras que los de menor nivel tuvieron mayor miedo, dudas y percibieron que la campaña no se correspondió con el tiempo de la enfermedad, aunque también el otro grupo hace alusión a esto.

1.6 CONCLUSIONES

En las evocaciones sobre pandemia y prevención se observa, a partir de los datos analizados, que la pandemia generó miedo a la muerte aunque también despertó el interés por el cuidado y la prevención. Los varones vivenciaron mayoritariamente el miedo a la muerte mientras que los jóvenes sintieron encierro y miedo y los de menor educación vivieron mayor angustia que los de mayor nivel educativo.

Todos los entrevistados sabían cómo se previene la enfermedad y coinciden en que las medidas de prevención, además de otros componentes, eran para prevenir y cuidar a las personas. Las mujeres evocaron mayor adaptación a las medidas de prevención y mayor adhesión a la prevención que los varones. Los menores de 60 años tenían conciencia que la prevención pasaba por el distanciamiento social y esto es un gran valor construido para esta y otras enfermedades, mientras que los mayores aluden a la prevención como a esas acciones hacia sí mismos sin pensar en los otros, tal vez bajo la creencia de que son ellos el objetivo de la enfermedad grave. Los de mayor educación, evocaron la vacuna y el aire libre como medidas preventivas priorizadas.

En cuanto a la distancia social, fue observada la vivencia de una estrategia de cuidado aunque con sus consecuencias de miedo y dificultad. Los varones lo aceptaron menos que las mujeres. Se observa que los varones poseen mayor rebeldía ante nuevas formas de vínculos sociales que el colectivo femenino de la muestra, y esto tiene que ver con historias culturales sobre la necesidad de adaptación en cada género. Los mayores de 60 años hablan de nuevos

aprendizajes y los entrevistados de menor nivel educativo se refirieron a las dificultades que generó esta situación.

En cuanto a las evocaciones sobre la cuarentena, se observa que la misma fue vivida como un sinónimo de pandemia aunque una fue el problema y otra la solución o respuesta social. Tal vez, al ser la primera pandemia donde se plantea la necesidad de realizar una cuarentena, en los últimos siglos, esto quedó asociado semánticamente. La gripe aviar fue otra pandemia del siglo XXI aunque no se habló de cuarentena.

En la cuarentena, fueron destacados problemas de salud mental y el uso político que se hizo de la misma en el contexto de la puja bipartidaria que se vive en la Argentina. Los menores, considerados con menor susceptibilidad para una forma grave de la enfermedad, enfatizaron el aburrimiento que les generó la misma mientras que los mayores se centraron en la politización al igual que los de menor nivel educativo. Los de mayor nivel educativo, la relacionaron con el encierro.

Fue destacada la capacidad preventiva del uso de barbijo aunque también su incomodidad. No se relaciona el uso del mismo con la necesidad de cuidar a otros y esto indicaría una falta de empatía que se condice con las opiniones sobre otras medidas. Parecería que ante el miedo, los entrevistados se recluyeron en sí mismos y perdieron de vista la dimensión colectiva del cuidado.

El cierre de escuelas se plantea como la medida más injusta y politizada, siendo que existe literatura científica sobre la enfermedad que la recomendaría. Esta medida también fue un núcleo de disputa política partidaria en la Argentina que se vió reflejado en los medios de comunicación.

Los mayores de 60 años, se quejaron de la politización de esta y otras medidas como la campaña de vacunación.

El cierre de bares fue vivido como un evento que generó pérdidas económicas y no se observan significados relativos a la prevención o cuidado. Las personas entrevistadas evalúan esta y otras medidas sin poseer formación en epidemiología ni evidencias científicas sobre lo que opinan. Se inclinan por la economía como si fuera una medida por fuera del cuidado.

Existe cierta autorización para opinar de criterios basados en evidencias sin haber leído y constatado esas evidencias. Los varones se preocuparon más por la política y la economía y las mujeres por la prevención y cuidado y esto tiene como trasfondo patrones culturales patriarcales.

La campaña de vacunación tuvo una fuerte asociación con la política y con lo que los medios hegemónicos han transmitido ya que se observan discursos de mayor proximidad con las noticias que con la historia real de la campaña. Argentina fue uno de los primeros países de la región en implementarla, no obstante, se argumenta que fue a *destiempo*. Tal vez, ese destiempo alude a una ansiedad por la brecha de tiempo entre los casos y la vacunación y esta podría ser otra interpretación.

Los varones menores de 60 años y de menor nivel educativo han sido quienes mayormente han asociado la campaña con la politización de la misma.

Si la campaña fue fuertemente asociada con la dimensión política del Gobierno, la vacuna parecería que quedó limpia del velo de lo político ya que la misma se asocia con esperanza aunque al mismo tiempo, con miedo.

Aparece como una queja, la falta de elección del laboratorio desarrollador aunque nunca fue una elección, en la historia de la salud pública, la marca de la vacuna. El miedo a la misma, si bien existe y se concreta en grupos antivacunas, no fue un elemento que apareciera en el núcleo central.

1.6 Bibliografía

- Abric J-C. Las representaciones sociales: aspectos teóricos [Internet]. Prácticas sociales y representaciones. 2001. 140 p. Available from: <https://campus.fundec.org.ar/admin/archivos/ABRIC-practicas-sociales-y-representaciones-5-16.pdf>
- Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce during the COVID-19 Global Epidemic. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;323(15):1439–40.
- Andrade EDO. Lexical analysis of the code of medical ethics of the Federal Council of Medicine. Rev Assoc Med Bras. 2016;62(2):123–30.
- Auger KA, Shah SS, Richardson T, Hartley D, Hall M, Warniment A, et al. Association between Statewide School Closure and COVID-19 Incidence and Mortality in the US. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;324(9):859–70.
- Ascuntar JM, Gaviria MB, Uribe L, Ochoa J. Fear, infection and compassion: social representations of tuberculosis in Medellín, Colombia, 2007. INT J TUBERC LUNG DIS [Internet]. 2010 [cited 2019 Aug 12];14(10):1323–9. Available from: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/iuatld/10273719/v14n10/s16.pdf?expires=1565646163&id=0000&titleid=3764&checksum=CA4862C95B2EB67F4081F91590714201>
- Banco Mundial. PROTECCIÓN PARA LAS PERSONAS Y LAS ECONOMÍAS: POLÍTICAS INTEGRADAS EN RESPUESTA A LA COVID-19.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 3a reimp. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Carlos F, Campos C De. Planejamento e avaliação das ações em saúde.
- Célia De Freitas M, Ferreira MA, Mc F, Ferreira MA. Old age and elderly people: social representations of adolescent students. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 12];21(3):750–7. Available from: www.eerp.usp.br/rlae
- Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person

- transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020;1973–87.
- Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020.
- Doogan C, Buntine W, Linger H, Brunt S. Public perceptions and attitudes toward covid-19 nonpharmaceutical interventions across six countries: A topic modeling analysis of twitter data. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):1-11. doi:10.2196/21419
- Falk A, Benda A, Falk P, Steffen S, Wallace Z, Høeg TB. COVID-19 Cases and Transmission in 17 K–12 Schools — Wood County, Wisconsin, August 31–November 29, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(4):136–40.
- Gurdasani D, Alwan NA, Greenhalgh T, Hyde Z, Johnson L, McKee M, et al. School reopening without robust COVID-19 mitigation risks accelerating the pandemic. *Lancet*. 2021;397(10280):1177–8
- Haug N, Geyrhofer L, Londei A, et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nat Hum Behav*. 2020;4(12):1303-1312. doi:10.1038/s41562-020-01009-0
- Hick JL, Biddinger PD. Novel Coronavirus and Old Lessons - Preparing the Health System for the Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 May 14;382(20):e55.
- Hick JL, Biddinger PD. Novel Coronavirus and Old Lessons - Preparing the Health System for the Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 May 14;382(20):e55.; Ranney ML, Griffith V, Jha AK. Critical supply shortages - The need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. Vol. 382, *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society; 2020. p. E41.; Adams JG,

- Walls RM. Supporting the Health Care Workforce during the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2020;323(15).
- Ismail SA, Saliba V, Lopez Bernal J, Ramsay ME, Ladhani SN. SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: a prospective, cross-sectional analysis of infection clusters and outbreaks in England. *Lancet Infect Dis.* 2021;21(3):344-353.
doi:10.1016/S1473-3099(20)30882-3
- Lynn Eaton, "Covid-19: WHO warns against 'vaccine nationalism' or face further virus mutations", *The BMJ*, vol. 372, núm. 292.
- Matzinger P, Skinner J. Strong impact of closing schools, closing bars and wearing masks during the COVID-19 pandemic: results from a simple and revealing analysis. Published online 2020.
- Masekela R, Wessels AJ. Controversies and challenges with COVID-19 in children: Why are they less susceptible and should they be at home rather than in school? *African J Thorac Crit Care Med.* 2020;26(3):72.
- Ramirez, G. (1990). La Representación Social del Enfermo Mental. . *Psicología de la Salud. Aportaciones desde la Psicología Social.* SEDAL., 297-316.
- Oliveira AC de, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a Pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução. *Texto Context - Enferm.* 2020;29:1–15.
- Oliveira AC de, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a Pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução. *Texto Context - Enferm.* 2020;29.
- OMS. Recomendaciones sobre el uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. *Organ Mund la salud.* Published online 2020:1-5.
<https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/331789>
- Privor-dumm LA, Poland GA, Barratt J, et al. Disposable face masks and reusable face coverings as non-pharmaceutical interventions (NPIs) to prevent transmission of SARS-CoV-2. 2020;(January).
- Qualls N, Levitt A, Kanade N, et al. Morbidity and Mortality Weekly Report

- Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza-United States, 2017 Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board. *Recomm Reports*. 2017;66(1):1-34. <http://www.cdc.gov/mmwr/cme/conted.html>.
- Ranney ML, Griffeth V, Jha AK. Critical supply shortages - The need for ventilators and personal protective equipment during the Covid-19 pandemic. Vol. 382, New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society; 2020. p. E41.
- Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Vol. 109, Journal of Autoimmunity. Academic Press; 2020.
- Shimizu HE, Silva JR e, Moura LM de, Bermúdez XPD, Odeh MM. A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(9):2899–910. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201500902899&lng=pt&tlng=pt
- Souza MAR de, Wall ML, Thuler AC de MC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 Oct 4;52:e03353.
- Teslya A, Pham TM, Godijk NG, Kretzschmar ME, Bootsma MCJ, Rozhnova G. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. *PLoS Med*. 2020;17(7):1-21. doi:10.1371/journal.pmed.1003166
- Vermund S, Pitzer V. Asymptomatic transmission and the infection fatality risk for COVID-19: Implications for school reopening *Sten*. Oxford Univ Press. 2020;1–35.
- Villegas-Chiroque M. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *Rev Exp Med*. 2020;6(1):3–4.

- Villegas-Chiroque M. Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *Rev Exp Med*. 2020;6(1).
- Wachelke J, Contarello A. Italian students' social representation on aging: an exploratory study of a representational system [Internet]. Vol. 24, *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2012 [cited 2019 Aug 12]. Available from: www.scielo.br/prc
- Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol Teor e Pesqui*. 2011;27(4):521–6.
- Walsh S, Chowdhury A, Braithwaite V, Russell S, Birch J, Ward J, et al. Do school closures and school reopenings affect community transmission of COVID-19? A systematic review of observational studies. *medRxiv* [Internet]. 2021;2021.01.02.21249146. Available from: <https://doi.org/10.1101/2021.01.02.21249146>
- Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *J Med Virol*. 2020 Apr 1;92(4).
- Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas em Psicol*. 2016;24(3):1139–52.
- Zimmerman KO, Akinboyo IC, Brookhart MA, Boutzoukas AE, McGann K, Smith MJ, et al. Incidence and Secondary Transmission of SARS-CoV-2 Infections in Schools. *Pediatrics*. 2021;e2020048090.