

La construcción de la agenda pública en contextos de emergencia

El caso de la pandemia de COVID-19 en Argentina



*Agostina D. Spadea**

A modo de introducción

Este artículo es el resultado del trabajo final elaborado para el seminario Agenda de Políticas Sociales de la Maestría de Política Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (cohorte 2022/2023). En el mismo desarrollaré una vinculación entre mi tema de investigación de la maestría y algunas de las ideas claves del seminario: principalmente la construcción de la agenda de la política social, el sujeto que interpela a la política, las capacidades estatales puestas en juego, el tipo de territorialidad construida y su vínculo con la cuestión de la pobreza/desigualdad. Algunos de los autores cuyas ideas me resultaron un aporte para reflexionar en este ensayo fueron Ana Arias, Claudia Danani, Oscar Oszlak, Natalia Aruguete, Andrés Solimano, François Dubet, Luis Aguilar Villanueva, entre otros.

Por último –antes de comenzar– es importante mencionar que la tesis analizará el abordaje territorial de las políticas públicas en salud durante la campaña de vacunación contra la COVID-19 en el municipio de Quilmes durante el periodo 2020-2023. Para este trabajo analizaré la irrupción de la pandemia en la agenda pública y, particularmente, la política de vacunación.

* Maestranda en Política Social (UBA). Licenciada en Trabajo Social (UBA). Docente universitaria (UNAJ). Diplomada en Atención Primaria y Salud Comunitaria (UNPAZ). Directora General de Planificación Sanitaria, Municipalidad de Quilmes.

La irrupción de la pandemia en la agenda pública

La llegada del COVID-19 fue un suceso que impactó al mundo sobre todo porque fue un hecho “inesperado”: es que, como sostiene Adriana Álvarez (2020: 1), “existía una percepción acerca de que las pandemias y/o epidemias eran acontecimientos anclados al pasado; donde ni la medicina, ni la ciencia y mucho menos la tecnología gozaba del triunfalismo actual”. A medida que el virus avanzaba y comenzaba a producir miles de muertes en Europa y Estados Unidos, esa sensación de seguridad se comenzó a desvanecer. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) fue evaluando la situación de Wuhan desde que la comisión de salud de esa ciudad notificó un conglomerado de casos de neumonía, el 31 de diciembre de 2019. Desde aquel momento comenzaron las investigaciones sobre el virus SARS-CoV-2 causante del brote que sufría la ciudad. El 13 de enero de 2020, se confirma por primera vez un caso de COVID-19 fuera de China, más específicamente en Tailandia. El caso confirmado procedía de Wuhan y se encontraba de viaje en el país. Respecto a este suceso, la OMS en un comunicado de prensa sostiene:

La detección de casos en otros países no es un suceso inesperado y confirma la importancia del control y la preparación activos en otros países, como recomienda la OMS, que ha publicado orientaciones sobre el modo de detectar y tratar a las personas que se enfermen por el nuevo virus (OMS, 13-01-2020).

Ante el avance del virus, la OMS convoca a su Comité de Emergencias el 25 de enero del 2020 para evaluar si el brote de SARS-CoV-2 se constituye como una emergencia de salud pública de importancia internacional o no; en ese momento no se llegó a un consenso. Sin embargo, con el correr de los días y el aumento de notificaciones de casos por fuera de China, el comité se vuelve a reunir el 30 de enero del 2020, cuando llegan al consenso y determinan que “el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional”. En aquel momento el informe de situación difundido por la OMS señalaba ya un total de 7818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China y 82 de ellos situados en 18 países distintos. Esto determinaba a China como un país con riesgo muy alto, pero también ponía en jaque al resto del mundo ya que se comenzaba a generar un riesgo mundial alto¹ de circulación del virus.

Con esta situación crítica, a comienzos del mes de febrero la OMS publica el primer “plan estratégico de preparación y respuesta” de la comunidad internacional, destinado a brindar ayuda principalmente a los Estados con sistemas de salud frágiles para protegerse del nuevo coronavirus. El plan traduce el conocimiento que se tenía hasta el momento en acciones estratégicas que pueden servir de guía para desarrollar las políticas nacionales e internacionales específicas para cada contexto.

¹ Las categorías “riesgo alto” y “riesgo muy alto” fueron elaboradas por la propia OMS, quienes categorizaban la situación de los distintos países del mundo, según la cantidad de contagios.

Si bien este era el contexto mundial en Argentina por aquel entonces, el coronavirus no era un tema de agenda gubernamental. La epidemia despertaba mucho interés en la agenda pública pero los actores del gobierno local no lo percibían como la problemática sanitaria más importante para abordar. En este sentido, se puede ver con claridad lo que Aguilar Villanueva (1992) retoma de los especialistas Roger Cobb y Charles Elder (1972, 1976, 1984), que es la existencia de dos tipos de agendas: “la primera agenda es llamada “sistémica”, “pública”, “constitucional”; la segunda, “institucional”, “formal o “gubernamental”. La primera está integrada por todas las cuestiones que los miembros de una comunidad política perciben comúnmente como merecedoras de la atención pública y como asuntos que caen dentro de la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental existente. Toda comunidad política, local, estatal y nacional, tiene su propia agenda sistémica. El segundo tipo de agenda es la institucional, gubernamental o formal, la cual puede ser definida como “el conjunto de asuntos explícitamente aceptados para consideración seria y activa por parte de los encargados de tomar las decisiones” (p. 32).

Recordemos las palabras de aquel entonces del ministro de Salud de la Nación, la máxima autoridad sanitaria del país, es decir, el principal tomador de decisiones del gobierno nacional:



Fuente: Portal de Noticias “Infobae”, febrero de 2020.

La construcción de la agenda es un proceso muy complejo en el que intervienen numerosos actores, en algunas cuestiones los gobiernos son inmediatamente sensibles y se muestran preocupados en su resolución, pero en otras instancias se perciben indiferentes. En este momento en particular, la Argentina venía atravesando en materia de salud un brote significativo de dengue por lo que la agenda gubernamental se centraba en esta problemática, ya que la epidemia del coronavirus era percibida como un problema más lejano. El armado de la agenda gubernamental es lo que Aguilar Villanueva (1992) llamó como “la más importante de las decisiones de un gobierno”, ya que define la elección de sus asuntos y prioridades de acción:

el proceso de elaboración de la agenda es el momento en que el gobierno define si decidirá o no sobre un determinado asunto, en el que delibera y decide intervenir o bien decide no intervenir, aplazar su

intervención. Se trata entonces de la decisión que compromete o no a actuar al gobierno y, en consecuencia, a poner o no en marcha toda su maquinaria de información; análisis, concertación, legislación, movilización, operación. Es la crucial decisión de decisiones (pp. 28-29).

Sin embargo, este aplazamiento duró poco, ya que finalmente el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró a la nueva enfermedad causada por el coronavirus (COVID-19) como una pandemia, debido a los niveles alarmantes de contagios, a su rápida propagación y a su gravedad creciente. Para ese entonces, el mundo ya contaba con más de 118.000 casos confirmados en 114 países y 4291 fallecidos producto de esta nueva enfermedad. A partir de esta definición, en nuestro país se comenzaron a articular acciones para gestionar la pandemia, derivadas principalmente de las recomendaciones generales realizadas por la OMS. De esta manera la pandemia se constituyó como lo que Aguilar Villanueva (1992) denominó como “mecanismos de disparo” y la Organización Mundial de la Salud como aquel actor social que se encarga de convertir estos acontecimientos sociales en una problemática y ofrece sus primeras definiciones; es lo que el autor llama los “iniciadores”. A este proceso se suma la idea de que

cuanto más amplio sea el público al que se ha expandido una cuestión, mayor será la probabilidad de que presione efectivamente al gobierno y se coloque en la agenda formal. En efecto, si la cuestión ha logrado difundirse entre los ciudadanos de la comunidad política local o nacional, cuenta entonces con toda la fuerza para levantar una presión masiva sobre el gobierno y exigir se le preste seria atención y se analice la manera de atenderla (p. 36).

Como bien sabemos, la definición del problema delimitará el tipo de intervención que se llevará a cabo, en este caso el gobierno nacional desarrolló el Plan Operativo de Preparación y Respuesta al COVID-19 basándose en las recomendaciones y en la información que emitía la Organización Mundial de la Salud; allí determina su objetivo principal que es poder contener la propagación del virus en el territorio nacional, y específicamente desarrollar las acciones sanitarias que permitan detectar oportunamente los casos iniciales, brindarles tratamiento y asistencia a las personas contagiadas.

La política de abordaje de la pandemia en nuestro país

La pandemia del COVID-19 fue un hecho nuevo que irrumpió en nuestras vidas y, a su vez, tiene una característica que ninguna otra pandemia tuvo: la contemporaneidad con las redes sociales e internet. La multiplicidad de información hizo que en cualquier parte del mundo se viva la pandemia “en vivo y en directo”, enterándonos casi de inmediato de los casos que se propagaban en China y en distintas partes del mundo. Este hecho también fue crucial a la hora del armado de la agenda, ya que los medios jugaron un rol muy importante imponiendo temas. Como sostiene Aruguete (2017),

a los medios se les suele atribuir un rol predominantemente pasivo: el de agencias de información neutrales que proveen un foro para que otros actores expresen sus ideas. Pero no son neutrales; son actores políticos con intereses y metas genuinos que interactúan con otros, en un proceso de conflictividad y negociación permanente que involucra la generación de sentidos públicos. Su actuación, entonces, será coherente con los rasgos de la sociedad en la que se inserten y, dentro de esta, con el vínculo que establezcan con quienes participen de esa comunidad (p. 38).

Estos actores sociales son muy fuertes y logran imponer temas en la agenda pública; en nuestro país, por ejemplo, cuando se definieron zonas en donde se aplicó el aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) –con una situación epidemiológica crítica que comenzaba a escalar en el país– jugaron un papel central en el acatamiento de la política en un primer momento, pero luego también fueron un actor central en la discusión de quienes no consideraban que fuese una buena estrategia de contención del virus.

Otra característica principal de esta pandemia tuvo que ver con la incertidumbre generalizada. Como sostuvo Adriana Álvarez (2020), “Vacilación, indecisión, contradicciones, son algunos de los factores que están presentes a la hora de describir la etiología de la enfermedad, las características y el comportamiento del virus, los tratamientos y hasta la tan ansiada vacuna” (p. 7). Como describe la autora, la incertidumbre fue protagonista de esta pandemia, y marcó un rol central en las acciones realizadas para combatirla, tiñéndose de acciones y contraacciones sin un rumbo fijo. Como mencionamos antes, la definición del problema da cuenta de las acciones que se pueden desplegar para abordarlo; en este caso en particular, el problema se iba redefiniendo en base a las nuevas definiciones epidemiológicas que se obtenían según los nuevos datos descubiertos del virus. Pero también se redefinían a partir de los nuevos problemas que causaba la propagación del virus en nuestro territorio: de esta manera se pensaban, por ejemplo, acciones específicas para las personas que vivían en barrios populares o para las mujeres víctimas de violencia de género que muchas veces debían someterse al aislamiento en sus casas con sus propios agresores, etc. Estas cuestiones se ponían en agenda gracias a la puja de distintos actores sociales que visibilizaban las consecuencias que vivían distintos sectores de nuestra sociedad, producto de las medidas tomadas para contener la propagación del virus.

El sujeto de la política

Tanto el abordaje de la pandemia, en general, como la política de la vacunación contra la COVID-19, en particular (que se constituye como tema central de investigación de mi tesis, y es parte de las acciones desplegadas por el Estado para la gestión de la pandemia en nuestro país), fue una política íntegramente universal. Retomando a Claudia Danani (2017),

hablamos de universalismo para aludir a una concepción (en el caso de las políticas sociales, de la protección social), según la cual todos aquellos que participan de una categoría social son alcanzados –incluidos– por igual. Así, el discurso universalista está dirigido a “todos” pero no a un todos empírico, sino a un “todos” en tanto sujeto (un sujeto que se constituye por la propia interpelación) (p. 86).

Las políticas universales, entonces, se asocian fuertemente con la noción de ciudadanía, con la noción de derechos sociales.

Particularmente, si bien la política de vacunación COVID-19 estaba destinada para todas las personas del país, cada provincia fue implementando la inmunización de forma escalonada según la disponibilidad de vacunas en el país. Pero también, esta escasa disponibilidad hizo que en distintas localidades se adoptara un sujeto destinatario distinto: la persona residente en esta localidad. De esta manera, por ejemplo, la Ciudad de Buenos Aires solo vacunaba a las personas con domicilio en Capital Federal. En cambio, en la provincia de Buenos Aires se entendió a la vacuna como una “vacuna federal” por lo que se propició la inoculación de personas residentes y no residentes de la provincia de Buenos Aires. De esta manera vemos cómo el sujeto de la política puede variar dependiendo también de la definición y caracterización que se tenga del problema.

La territorialidad puesta en juego en la política de vacunación COVID-19

La OMS recomendó la vacunación contra la COVID-19 como la herramienta fundamental de prevención. El organismo sostuvo que la inmunización era la mejor forma para lograr limitar tanto los efectos sanitarios como económicos sufridos por la pandemia. Por este motivo desde las primeras recomendaciones emitidas el organismo promovió la necesidad de que todos los países del mundo sumaran esfuerzos en la búsqueda de la vacuna para combatir el virus SARS-CoV-2.

En la actualidad hay diez vacunas contra COVID-19 aprobadas por la Organización Mundial de la Salud, para las que ha emitido recomendaciones para su uso y que son producidas por los siguientes fabricantes: Pfizer/BioNTech, AstraZeneca/Oxford, Janssen, Moderna, Sinopharm, Sinovac, Bharat, Novavax, Casino y Valneva. La OMS sigue evaluando otras vacunas en ensayos clínicos y preclínicos. Además, la autoridad nacional regulatoria (ANR) de algunos países autorizó el uso de otras vacunas contra COVID-19 en su territorio, como, por ejemplo, en nuestro país se aprobó la utilización de la vacuna Sputnik V y fue la primera vacuna en adquirirse e inocularse en todo el territorio nacional.

El desarrollo de vacunas eficaces y seguras en un corto plazo, su adquisición, distribución y administración supuso un reto sin precedentes a nivel mundial. El avance en la inmunización era el objetivo principal de todos los países, ya que suponía la reducción de la incidencia de la enfermedad, las hospitalizaciones y las muertes relacionadas con la COVID-19. De esta manera, entonces, el mundo

lograría restablecer de manera gradual una nueva normalidad en su funcionamiento, retornando a sus actividades habituales.

Para lograr esta nueva normalidad no bastaba solo con el desarrollo de la vacuna, también fue necesario discutir el acceso justo y equitativo a ellas, para que todos los países las reciban y puedan desplegar acciones para inmunizar a su población comenzando principalmente por los grupos más vulnerables.

El Ministerio de Salud de la Nación, como organismo rector del sistema de salud argentino, ha diseñado el Plan Estratégico para la Vacunación contra la COVID-19 en Argentina, teniendo en cuenta la información y las recomendaciones de organismos internacionales vigentes al momento del inicio de la inmunización. Todos los lineamientos del plan se fueron actualizando a medida que iban avanzando los conocimientos sobre nuevos resultados de ensayos clínicos de vacunas presentadas a ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) y sobre los nuevos conocimientos que se iban generando en el mundo sobre el coronavirus. La estrategia nacional se encuadró en un marco ético que tenía como premisa la equidad, una base técnica sólida, una coordinación participativa y multisectorial. Con estos principios rectores la estrategia de vacunación en Argentina buscó garantizar la disponibilidad de vacunas en todo el territorio nacional, para cubrir a toda la población objetivo de manera gratuita, equitativa e igualitaria.

Teniendo como prioridad generar accesibilidad a la vacunación, en la provincia de Buenos Aires la política de la vacunación se complementó con un fuerte anclaje territorial. Entendemos por estrategias territoriales a las formas de dar respuesta situada a las realidades diversas de los territorios, retomando el concepto de Catenazzi (2015), quien propone la categoría gestión de la proximidad para interpretar las demandas sociales territorializadas en el marco de relaciones de proximidad y conectividad, y de trabajar en la identificación de territorios pertinentes de políticas públicas. Entonces, la dimensión territorial no es

simplemente un ámbito de implementación de políticas, sino también una forma de la política y las políticas, y su apelación como adjetivo (políticas territoriales, actores territoriales, etc.) no solo hace mención a una escala o a una referencia geográfica sino también política. Lo territorial es también una lógica, un conjunto de intereses, una manera de pensar la acción (Arias, 2013: 1).

Se debe necesariamente, entonces, pensar esa acción teniendo en cuenta no solo la dimensión social del territorio, sino también su dimensión cultural y política.

En momentos en donde era necesaria una cobertura amplia de forma rápida, el gobierno provincial apostó fuertemente a una política de vacunación muy robusta, ampliando su capacidad estatal propiciando una respuesta centrada en el acceso a la salud generando operativos territoriales descentralizados en los distintos barrios de la provincia. Como sabemos, históricamente las personas más pobres acceden menos al sistema de salud; este despliegue territorial vino a intentar reparar esta brecha,

procurando generar una igualdad de posiciones para garantizar el mayor acceso posible de todas las personas. Para pensar esta política podemos retomar los postulados de Dubet (2012), quien sostiene que en las sociedades democráticas hay una tensión fundamental entre la afirmación de igualdad fundamental de todos los individuos y las reales desigualdades vinculadas al “normal” funcionamiento de las sociedades modernas. Para ello se piensan dos grandes soluciones: “la igualdad de posiciones y la igualdad de oportunidades. En ambos casos, se trata de reducir ciertas desigualdades sociales con el propósito de volverlas aceptables, si no perfectamente justas, en la sociedad en que vivimos” (p. 1).

Sin embargo, propiciar estas soluciones responde expresamente a una voluntad política:

la posibilidad de que el Estado contribuya a la reducción de la pobreza y la desigualdad dependerá de su capacidad para recaudar ingresos que se puedan destinar al gasto social; de su capacidad de gestión de políticas sociales, y de la voluntad política de las autoridades de mejorar la situación de los grupos más pobres y desfavorecidos de la sociedad (Solimano, 2005: 46).

Resta, entonces, pensar la necesidad de un Estado robusto que mejore sus capacidades estatales en pos de mejorar el acceso a la salud en este caso, no solo en momentos críticos como lo fue la emergencia sanitaria, sino también en el resto de sus políticas públicas desarrolladas en busca de favorecer el acceso al sistema de salud de toda la población.

A modo de cierre

Como vimos a lo largo de este ensayo, la pandemia del COVID-19 puso en tensión todo el aparato estatal desde el comienzo en su forma de definir el problema, en su forma de ingresarlo a la agenda pública pero también de ampliar sus propias capacidades para poder dar respuesta. Un ejemplo claro del despliegue de las capacidades estatales fue la política de vacunación. Su capilaridad territorial permitió achicar brechas históricas en el acceso al sistema de salud de la población. Pero estas acciones fueron parte de un contexto atípico: la emergencia sanitaria más importante de las últimas décadas. Nos queda la tarea de profundizar su estudio para analizar las capacidades instaladas que dejó la pandemia en nuestro Estado, para de esta manera propiciar el armado de futuras políticas públicas universales en materia de salud pública.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Villanueva, L. (1992). Estudio Introductorio. En *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Álvarez, A. (2020). La historia del COVID 19 en tiempos del Coronavirus. Un ensayo inconcluso. *Pasado Abierto*, 6(11). Recuperado de <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/pasadoabierto/article/view/4215/4257>
- Arias, A. (diciembre de 2013). Lo territorial en el territorio de la Argentina. Connotaciones históricas, políticas y culturales de lo social de los territorios. *Margen*, 71. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen71/arias.pdf>
- Aruguete, N. (2017). Agenda building. Revisión de la literatura sobre el proceso de construcción de la agenda mediática. *Signo y Pensamiento*, XXXVI(70), 38-54. Recuperado de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/50545/CONICET_Digital_Nro.b8c9da85-60c2-4b0a-9573-2de35b4e4f12_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Catenazzi, A. y Da Representação, N. (2015). Acerca de la gestión de la proximidad. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (orgs.), *Gestión de la Política Social. Conceptos y herramientas*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Danani, C. (2017). Políticas sociales universales: una buena idea sin sujeto. Consideraciones sobre la pobreza y las políticas sociales. *Revista Sociedad*, 37, Facultad de Ciencias Sociales - UBA.
- Dubet, François (mayo-junio de 2012). Los límites de la igualdad de oportunidades. *Revista Nueva Sociedad*, 239. Recuperado de <https://nuso.org/articulo/los-limites-de-la-igualdad-de-oportunidades/>
- OMS (13 de enero de 2020). Declaración de la OMS sobre el nuevo coronavirus detectado en Tailandia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/13-01-2020-who-statement-on-novel-coronavirus-in-thailand>
- Solimano, A. (diciembre de 2005). Hacia nuevas políticas sociales en América Latina: crecimiento, clases medias y derechos sociales. *Revista CEPAL*, 87.