saúde EM DEBATE

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19

Evaluation of the Argentine government's response to COVID-19

Mariano Fontela[1,2], Fernando Proto Gutiérrez[3]

DOI: 10.1590/2358-28982026E311338E

RESUMEN Este artículo describe la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19 y la reacción del entorno político nacional, con el objetivo de caracterizar las principales políticas de prevención e inmunización implementadas entre 2020 y 2022 y analizar su desempeño mediante la comparación del exceso de mortalidad con otros países sudamericanos. Se realizó un estudio descriptivo-analítico basado en fuentes secundarias. Los resultados sugieren que el gobierno argentino, pese a un entorno político opositor sumamente adverso, generó consensos con sectores diversos, implementó tempranamente medidas de prevención, amplió la oferta sanitaria crítica, planificó una estrategia de inmunización satisfactoria y extendió el acceso a información. En la comparación regional, el exceso de mortalidad ubicó al país entre las respuestas gubernamentales relativamente más exitosas del subcontinente durante 2020-2022. El artículo concluye que la concertación interjurisdiccional se asocia con resultados sanitarios favorables, y ofrece evidencia para el diseño de políticas ante futuras emergencias sanitarias.

PALABRAS CLAVE COVID-19. Política de salud. Exceso de mortalidad. Evaluación de programas y proyectos de salud. Vacunación.

ABSTRACT *This article describes the Argentine government's response to COVID-19 and the reaction of the national political environment in order to characterize the main prevention and immunization policies implemented from 2020 to 2022 and analyze their performance by comparing excess mortality with other South American countries. This descriptive-analytical study was based on secondary sources. The results suggest that, despite an extremely adverse oppositional political environment, the Argentine government produced consensus with diverse sectors, implemented early prevention measures, expanded critical health-care capacity, planned a satisfactory immunization strategy, and extended access to information. In regional comparisons, excess mortality placed the country among the relatively successful governmental responses in the subcontinent in the 2020–2022 period. The article concludes that interjurisdictional coordination is associated with favorable health outcomes, and offers evidence toward designing policies for future Public Health emergencies.*

KEYWORDS *COVID-19. Health policy. Excess mortality. Program evaluation. Vaccination.*

[1] Universidad Isalud, Programa de Investigación Avanzada en Políticas de Salud (PIAPS) – Buenos Aires, Argentina. *marianofontela@hotmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM) – Buenos Aires, Argentina.

Este artículo se publica bajo una licencia abierta CC-BY, que permite el acceso gratuito, virtual y sin restricciones.

Introducción

Este artículo examina la respuesta del gobierno argentino a la COVID-19 y la reacción del entorno político nacional, con el objetivo de caracterizar las principales políticas de prevención e inmunización implementadas entre 2020 y 2022 y analizar sus resultados mediante comparaciones del exceso de mortalidad con otros países sudamericanos. No se busca atribuir, sin embargo, causalidad directa entre políticas y resultados, sino ofrecer un insumo para el debate público informado sobre qué se hizo, qué debates hubo sobre posibles alternativas y qué resultados sanitarios registró la Argentina durante ese período.

En términos metodológicos, se presenta un estudio descriptivo-analítico a partir de fuentes secundarias. La comparación regional del exceso de mortalidad se elaboró a partir de publicaciones oficiales de cada país estudiado.

El contexto previo limitó las posibilidades del gobierno argentino para dar respuesta a la COVID-19. El gobierno que finalizó en diciembre de 2019 dejó al país con inéditas dificultades de financiamiento interno y externo y con una fuerte recesión económica, a lo que se sumó una reducción del gasto público que afectó las capacidades institucionales del Estado, particularmente en las políticas de salud. Así, las consecuencias de la pandemia se sumaron a una situación socioeconómica que ya era alarmante.

A estos problemas se sumaron las características de un régimen federal de gobierno y de un sistema de salud altamente fragmentado y con grandes inequidades, así como los inconvenientes propios de un sistema político fuertemente polarizado, en el que no faltaron actitudes obstruccionistas de un sector importante de la oposición al gobierno nacional.

Sin embargo, la respuesta argentina se distinguió por la rapidez de las medidas iniciales, la concertación federal sostenida, la consulta a actores del sistema de salud y la comunidad científica, la publicación abierta de información, una ampliación inédita del acceso a cuidados intensivos y una campaña de inmunización masiva con diversidad de vacunas y alta cobertura.

Material y métodos

Este artículo resume los resultados de un estudio observacional, descriptivo-analítico y transversal que articula: una reconstrucción historiográfica de políticas nacionales y federales; un análisis de la capacidad instalada y de la ampliación de unidades de cuidados intensivos; una caracterización de la campaña de inmunización; y una comparación regional del exceso de mortalidad anual ajustado por población, complementada con la triangulación de fuentes documentales procedentes de publicaciones de los ministerios de Salud o de los institutos de estadística de cada país: Argentina (Dirección de Estadísticas e Información en Salud – DEIS)[1], Bolivia (Instituto Nacional de Estadística – INE)[2], Brasil (Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SIM-DataSUS)[3], Chile (Instituto Nacional de Estadísticas – INE)[4], Colombia (Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE)[5], Ecuador (Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC)[6], Paraguay (Instituto Nacional de Estadística – INE)[7], Perú (Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI)[8] y Uruguay (Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública – DEV-MSP)[9]. Venezuela no ha publicado aún datos oficiales completos sobre la cantidad de personas fallecidas en el período. A los fines de la estimación de los datos del conjunto de la región, los valores de Venezuela fueron estimados sobre la base de Datosmacro y Our World in Data (OWID).

El período en el que se hicieron las comparaciones de mortalidad incluye los años 2020 a 2022, durante los cuales las diferencias en la cantidad de fallecimientos podrían atribuirse principalmente a la pandemia. También se agregó al análisis el último año con datos disponibles, 2023, para verificar la validez del criterio de identificación del período en estudio.

Los cálculos se realizaron comparando, en cada país, la variación porcentual de cada año

respecto de la cantidad de fallecimientos registrada en 2019. Este criterio subestima la leve tendencia ascendente en la mortalidad que venían mostrando los países sudamericanos en los años previos.

El indicador 'exceso de mortalidad' refleja mejor la eficacia del sistema de salud para enfrentar la pandemia que el indicador más frecuentemente utilizado, 'mortalidad por COVID-19', no solo por los eventuales subregistros de este último, sino también porque el primero incorpora efectos indirectos de la pandemia, tales como la falta de atención a otras enfermedades o los fallecimientos por causas externas.

Resultados y discusión

El contexto previo a la pandemia

El 10 de diciembre de 2019, Alberto Fernández asumió como presidente de la Nación Argentina, luego de triunfar en las elecciones ante su predecesor, Mauricio Macri. En la segunda mitad de 2019 se había agravado la crisis económica y social, lo que explica algunas de las principales dificultades que debió enfrentar el gobierno para dar respuesta a la pandemia: el porcentaje de personas pobres pasó del 26% en la segunda mitad de 2017 al 36% dos años después[10]; la variación interanual del Índice de Precios al Consumidor (IPC) pasó del 25% al 52% entre diciembre de 2017 y noviembre de 2019[11]; en particular, la variación interanual del componente Salud del IPC llegó al 72% en noviembre de 2019; los diez medicamentos éticos más dispensados en Argentina aumentaron su precio entre diciembre de 2015 y diciembre de 2019 más del doble que la remuneración promedio del sector privado[12]. Además, mientras otros gobiernos pudieron apelar a la existencia previa de fondos anticíclicos –como Chile– o al endeudamiento interno o externo, el gobierno de Macri había agotado la posibilidad de tomar deuda del Estado nacional, al haber incrementado la deuda externa bruta total en cuatro años de 149.000 a 228.000 millones de dólares, y la deuda del gobierno nacional de 70.000 a 124.000 millones de dólares: un aumento del 78%[13].

En 2018, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) había sido degradado a 'Secretaría de Estado' y varios de sus principales programas fueron gravemente desfinanciados, especialmente los orientados a la población más vulnerable[14]. El gasto devengado del MSAL respecto del gasto total del Estado nacional en 2015 representaba el 2,4%; en 2016 y 2017 bajó a 2,0%; se redujo en 2018 a 1,5%, en parte porque el programa 'Atención médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas' dejó de depender jerárquicamente del MSAL; y en 2019 cayó al 0,8% del gasto público total nacional[15]: una disminución del 75% en cuatro años.

Particularmente importante fue la reducción del gasto orientado a la población de menores recursos. Por ejemplo, el gasto en 'Estrategias en Salud Familiar y Comunitaria' cayó del 6® al 1® del gasto público total entre 2015 y 2019; y el programa Remediar, que garantiza el acceso gratuito a medicamentos esenciales para personas sin cobertura de seguridad social, registró una caída del 53% entre 2015 y 2019[16]. En septiembre de 2019, ministros y ministras de Salud de 14 provincias firmaron un documento exigiendo al Gobierno Nacional que asumiera "su responsabilidad" frente al "abandono" de los programas nacionales; la falta de provisión de "leche, vacunas, medicamentos, insumos, drogas oncológicas, reactivos, antirretrovirales, entre otros"; la cobertura de personas con discapacidad; y el "aumento explosivo de precios de medicamentos"[17].

Entre otros efectos indeseados de esta política de ajuste, entre 2015 y 2019 la Tasa de Mortalidad Infantil solamente se redujo un 5%, el peor desempeño desde 1983. Tales fueron las condiciones en que el nuevo gobierno debía enfrentar los desafíos de la pandemia.

Las prioridades de la política de salud

Apenas asumido, el presidente Fernández restituyó el rango del Ministerio de Salud y asignó sus prioridades: rectoría del sistema de salud, federalismo y concertación social (*tabla 1*); integración de los subsistemas de salud (*tabla 2*); ampliación de derechos; y planificación del talento humano (*tabla 3*).

Tabla 1. Políticas de rectoría del sistema de salud del gobierno argentino

Reposición y ampliación de programas desmantelados por la gestión anterior orientados a la población más vulnerable;
Restablecimiento del Consejo Federal de Salud (COFESA) como órgano rector del sistema;
Recuperación de la capacidad operativa y de rectoría de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) y de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), que tuvieron una importancia determinante en la pandemia;
Fortalecimiento de las políticas de géneros y diversidades, salud sexual y reproductiva, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades no transmisibles y salud mental;
Fuerte incremento de las transferencias a las provincias, que se destinaron, entre otras cuestiones, a la compra estratégica de servicios de salud para la población con cobertura pública exclusiva, lo que luego incluyó las internaciones por COVID-19.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Acciones del gobierno argentino para la integración de los subsistemas de salud

Coordinación de recursos en testeos, atención, tratamientos e internación, para fortalecer el acceso equitativo para toda la población;
Incorporación en 2020 de 4.026 camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), lo que implicó un aumento del 46% en la capacidad instalada de todo el sistema de salud;
Centralización de la compra y la prohibición temporaria de exportación de respiradores para garantizar la racionalidad y la equidad en su distribución;
Gestión coordinada de recursos entre el sector público, el privado y la seguridad social para el monitoreo de recursos críticos de internación que permitió acceder en tiempo real al nivel y la evolución de la ocupación de camas UCI en cada establecimiento de salud del país, identificando a los que funcionaban al máximo de sus capacidades y a los que podían recibir nuevos pacientes;
Equipamiento a todas las provincias con secuenciadores portátiles y termocicladores que desarrollaron la capacidad de secuenciación genómica.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3. Políticas de talento humano del gobierno argentino durante la pandemia

Rápido lanzamiento de medidas de bioseguridad a cumplimentar por los establecimientos;
Provisión de insumos y equipamiento de protección personal para reducir la cantidad de trabajadoras y trabajadores de la salud infectados por COVID-19;
Formación integral de decenas de miles de profesionales de Enfermería;
Creación de instancias de formación continua con especificidad temática y epidemiológica en los ámbitos laborales.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Acciones del gobierno argentino al inicio de la pandemia

Concertación permanente con las 23 provincias y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) para la toma de decisiones y la cooperación técnica;
Realización de reuniones del COFESA durante la pandemia con una periodicidad mínima semanal;
Gran cantidad de viajes de autoridades y profesionales del Estado Nacional a todas las provincias;
Toma de la inmensa mayoría de las medidas de prevención e inmunizaciones con pleno acuerdo político y técnico de todas las jurisdicciones y respetando las recomendaciones de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn);
Trabajo colaborativo en mesas de coordinación intersectoriales que incluyeron obras sociales nacionales y provinciales, empresas de medicina prepaga, cámaras de prestadores privados y representantes de productores de insumos claves;
Consultas frecuentes a organizaciones y comités de especialistas y representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes;
Publicación inmediata de información sanitaria, priorizando el uso de formatos abiertos;
Pagos extraordinarios a 665.000 trabajadoras y trabajadores de la salud del sector público, privado y de la seguridad social abocados al manejo de casos relacionados a la pandemia.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la ampliación de derechos, si bien no fue determinante para la gestión de la pandemia, se destacaron el impulso a la sanción de leyes tales como la de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); la creación del 'Plan Mil Días' para la protección integral de la salud de personas gestantes y de niñas y niños en los primeros tres años de vida; la ampliación de la provisión de medicamentos esenciales; la desinstitucionalización en salud mental; y la ampliación de programas de salud sexual, que favoreció un fuerte descenso de la fecundidad adolescente.

La gestión de la pandemia

El gobierno argentino tomó rápidamente medidas de prevención con el objetivo de atenuar las consecuencias de un sistema de salud fragmentado y descentralizado (*tabla 4*). El MSAL coordinó recursos críticos y preparó al sistema para la prevención y la atención de la COVID-19. Para ello, se priorizó al sector público y a las regiones de menores recursos, con el propósito de lograr niveles inéditos de calidad y equidad en el acceso a la atención[18]. En los primeros meses de 2020, las acciones del gobierno nacional se centraron en medidas de prevención de contagios, en el fortalecimiento del sistema de salud y en la mitigación del impacto económico y social de la pandemia.

El MSAL organizó varias medidas de preparación antes de la llegada de los primeros casos positivos de COVID-19 al país, tales como la recuperación de la capacidad de la ANLIS y de la red de laboratorios, los controles en puntos de ingreso de viajeros, la preparación de las guardias hospitalarias y la ampliación de las UCI. La ANLIS tuvo un rol central mediante diagnósticos de SARS-CoV-2, capacitación, descentralización, equipamiento, insumos y validación de técnicas, kits diagnósticos y cabinas de bioseguridad. Promovió el desarrollo científico y la transferencia de tecnología al sector público y privado. E inició un cambio de paradigma organizacional a partir de la relación con provincias y municipios, organismos internacionales e instituciones pares de otros países; con el sector de ciencia, tecnología e innovación nacional e internacional; y con universidades y el sector productivo privado. Se incorporaron más de 130 laboratorios a la Red Nacional de Virosis Respiratorias con capacidad de procesar muestras. Desde el inicio de la pandemia, la ANLIS descentralizó los testeos y capacitó a todas las jurisdicciones para que pudieran realizar diagnósticos, evitar

desbordes en la capacidad diaria de testeo y garantizar la cobertura en todo el territorio nacional. También logró la secuenciación del genoma completo de las variantes de SARS-CoV-2 que circularon por la Argentina, lo que permitió asegurar el diagnóstico, complementar la vigilancia epidemiológica y contribuir al desarrollo de una vacuna representativa.

En la ANMAT, la revisión del marco regulatorio contribuyó a que el sistema de salud no colapsara ni hubiera desabastecimiento de insumos críticos. La ANMAT también creó equipos multidisciplinarios para la fabricación de productos destinados a enfrentar la pandemia, agilizando procedimientos y trámites. Argentina, junto con Brasil, fue seleccionada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) para integrar la plataforma regional de producción de vacunas de ARNm y otras tecnologías sanitarias para la COVID-19.

Al igual que el resto de los países del mundo, el gobierno argentino, en acuerdo con todas las provincias y la CABA, dispuso restricciones a la circulación y a los contactos entre personas, para mitigar la propagación de la COVID-19 y generar el espacio temporal necesario para fortalecer el sistema de salud. A fin de garantizar el funcionamiento de las actividades esenciales –como el acceso a alimentos o medicamentos–, se dictaron varias medidas de excepción que se actualizaron en cada región o localidad, atendiendo a la situación epidemiológica y sanitaria. Estas medidas fueron producto de un consenso inédito entre los diferentes niveles del Estado, en un trabajo colaborativo con todas las provincias y sus municipios, lo que resulta particularmente destacable en un sistema de gobierno federal en el cual las autoridades de los gobiernos subnacionales provienen de distintos partidos políticos, a lo que se suma la particular situación de creciente hostilidad observada en la política partidaria argentina en las últimas décadas.

Las políticas sanitarias implementadas impidieron la saturación de las camas de UCI, por la doble estrategia que supusieron las medidas de prevención y el aumento de su cantidad. En los inviernos anteriores se había reportado reiteradamente una escasez de camas en establecimientos públicos y, con frecuencia, los medios de comunicación masiva publicaban fotos de pacientes atendidos en los pasillos. Argentina pasó de tener 18,8 camas de UCI para adultos cada 100.000 habitantes en 2019 a 27,5 en 2020, uno de los valores más altos de la región, y el porcentaje correspondiente al subsistema público se incrementó del 28% al 40%, lo que equilibró su participación en el sistema de salud: según el Censo de 2022, el 39% de la población no tenía cobertura de obra social o prepaga[19].

El MSAL promovió la reconversión de la industria textil para producir equipos de protección personal e impulsó la producción de respiradores; además, adquirió y distribuyó ecógrafos, bombas de infusión, monitores, desfibriladores, oxímetros, insumos y elementos de protección personal. En 2020 se construyeron 12 Hospitales Modulares de Emergencia que incorporaron 874 camas en zonas densamente pobladas, y se enviaron a las provincias más desprotegidas 1.289 profesionales voluntarios y voluntarias de Clínica Médica, Cardiología, Neumonología, Terapia Intensiva de Adultos y Pediátrica, Emergentología, Pediatría y Medicina General o Familiar[18].

Las autoridades del MSAL negociaron con las diferentes empresas y países que elaboraban vacunas contra la COVID-19. El 29 de diciembre de 2020, el personal de salud que se encontraba en mayor nivel de exposición comenzó a ser vacunado. Los preparativos logísticos, de equipamiento y capacitación se habían iniciado meses antes: 150 profesionales viajaron a las 24 jurisdicciones para ello. El MSAL elaboró un padrón geolocalizado de centros de vacunación según la concentración de la población. En función de la disponibilidad gradual de vacunas, vinculada con las dificultades mundiales de escalado y producción, se consensuaron criterios de prioridad con todas las provincias. Fue la campaña de inmunización más grande de la historia, organizada con una celeridad

inédita. "Para el último día de 2021, el 90% de la población mayor de 50 años contaba con el esquema de vacunación completo y más de 5 millones de personas habían recibido su tercera dosis"[20], superando ampliamente la meta propuesta por la OMS. La vacunación masiva conllevó un estudio permanente de la seguridad de cada vacuna y de la combinación de distintas marcas; el análisis de eventos atribuibles a vacunación; y la adaptación de los registros informáticos para que pudieran soportar la carga de datos. Por primera vez se nominalizó a toda la población vacunada en el registro, lo que permitió elaborar un certificado de vacunación nacional que favoreció la movilidad local e internacional de personas.

Por último, con el objetivo de coordinar las capacidades del sistema científico y tecnológico, apenas iniciada la pandemia, se promovieron desarrollos e innovaciones tecnológicas nacionales, entre otras: dos kits serológicos y tres de detección molecular de virus; un suero terapéutico hiperinmune; telas antivirales para barbijos; y la regulación del uso de plasma de pacientes recuperados con fines terapéuticos.

La pandemia de desinformación

Las decisiones sanitarias del gobierno argentino fueron objeto de fuertes críticas por parte de un sector de la oposición política y de los medios de comunicación masiva. En particular, un sector de la oposición con fuerte participación en los medios proponía eliminar las restricciones a la circulación y reemplazarlas por una 'búsqueda activa de casos' y una protección específica para 'los grupos de riesgo'. No fueron actitudes aisladas de grupos minoritarios. Entre otros, se destacaron las críticas públicas formuladas por el predecesor y por el sucesor del presidente Fernández: Macri y Javier Milei. Supuestamente, estas medidas alternativas habrían sido más afines a las tomadas en otros países de la región cuya gestión era considerada ejemplar, aunque no se fundamentaron en estudios comparativos ni en evidencia validada mediante algún método científico y, como se verá más adelante, solían asumir una premisa falsa: que la Argentina realizaba menos pruebas diagnósticas que otros países de la región. Tampoco estas manifestaciones críticas llegaron a expresar con claridad de qué manera se habría podido realizar tal protección específica en un país con las características geográficas y demográficas de la Argentina, y mucho menos pudieron justificarse por los resultados sanitarios que una u otra estrategia habría producido.

Esas acciones contribuyeron a disminuir la adhesión de una parte de la población a las políticas de prevención, con lo cual es razonable asumir que pudieron ser causas concurrentes en una fracción de las muertes ocurridas durante la pandemia. Contrasta, por ejemplo, la experiencia de Chile, donde el gobierno nacional aplicó restricciones similares y no recibió críticas semejantes. De hecho, algunos analistas postularon que los países con una fuerte polarización política "son los que peor llevan la pandemia"[21]. En la Argentina circuló una enorme cantidad de noticias falsas referidas a la eficacia de la gestión del MSAL. Algunas fueron divulgadas por medios de comunicación masiva y otras circularon a través de las redes sociales virtuales. Su amplia difusión coincidió en el tiempo con el aumento de la opinión negativa de un sector de la población sobre la efectividad de las medidas de prevención, así como con la disminución de la adhesión de ese mismo sector a esas medidas sanitarias. El mayor incumplimiento se verificó entre las y los jóvenes.

Un ejemplo fue el lobby realizado por algunos dirigentes opositores a favor de la empresa Pfizer, que incluyó una inédita campaña de desacreditación de las vacunas de otros laboratorios cuya única peculiaridad fue haber provisto al Estado argentino de vacunas que competían con aquella, a pesar de que la propia Pfizer declaró públicamente que no tenía capacidad para proveer la totalidad de las vacunas en las cantidades y los tiempos en que las necesitaba la población argentina.

Las noticias falsas operaron a favor de intereses asociados a lo que la OPS ha llamado 'infodemia'[22]. En la Argentina, la gestión del sistema sanitario no pudo mantenerse al margen del campo de la competencia política, lo que condujo a todo el sistema de salud a un estado de dependencia y debilitamiento por la disputa coyuntural entre intereses partidarios. Hubo varias noticias falsas ampliamente difundidas en medios de comunicación masiva. No es objeto de este texto describir hasta qué punto fueron erradas o malintencionadas esas comunicaciones: en otros trabajos las hemos analizado detalladamente[23], aunque dirigentes y medios de comunicación las siguen repitiendo aún en 2026. Solo referiremos las que pudieron tener eventuales consecuencias en los resultados sanitarios.

Por ejemplo, varios medios y dirigentes afirmaron que hubo 'afinidades ideológicas' en la compra de la vacuna Sputnik V, que supuestamente no era suficientemente segura o efectiva. Si se compara el caso argentino con el de otros dos gobiernos de la región que reflejaban una ideología diferente, el sitio ourworldindata.org (OWID) muestra la preferencia de Chile por Sinovac (65%) y de Brasil por Pfizer (50%). Ningún dirigente opositor acusó a Sebastián Piñera de haber tenido afinidad ideológica con el Partido Comunista Chino. Lo mismo puede decirse de Estados Unidos y de los países europeos: en la mayoría de ellos, más del 90% de las vacunas compradas fueron de una o dos marcas. Al 31 de diciembre de 2022, según OWID, el 26% de las vacunas administradas en la Argentina correspondía a Sinopharm; el 24%, a Oxford/AstraZeneca; el 18%, a Sputnik V; el 17%, a Pfizer/BioNTech; el 14%, a Moderna; y el 1%, a CanSino. Resultaría imprudente inferir la existencia de un sesgo ideológico a partir de estos porcentajes.

Otro tópico desinformativo postula una supuesta insuficiencia en la realización de pruebas diagnósticas, por ejemplo en comparación con Chile. En el sitio de OWID se registra que, durante la pandemia, en Chile se aplicaron, en promedio, 1,9 pruebas por persona, mientras que en la Argentina ese valor fue de 0,8 por persona. Sin embargo, es difícil estimar la cantidad real de pruebas aplicadas, debido a que durante varios meses en la Argentina no se cargó en el sistema la mayor parte de los testeos con resultado negativo. Ello puede comprobarse al comparar la positividad de los resultados de las pruebas, que en la Argentina fue, en promedio, 2,5 veces mayor que en Chile. Dado que ambos países tuvieron tasas de mortalidad y de letalidad relativamente similares, esta diferencia en la positividad se explica porque en la Argentina la cantidad real de testeos fue muy superior a la registrada en las bases de datos.

Se afirmó, también, que el gobierno argentino instaló 'la cuarentena más larga del mundo', lo que oculta que, a 22 días de iniciadas las primeras restricciones, comenzó un proceso gradual de aperturas según el riesgo epidemiológico y sanitario de cada región y se habilitó a los gobiernos provinciales a establecer excepciones. De esta manera, se oculta que en otros países tomados como 'modelo a imitar' hubo, en varios momentos, restricciones más rigurosas. Además, se suele hacer referencia a un supuesto mayor perjuicio de tal 'cuarentena' sobre la actividad productiva en la Argentina que en otros países, omitiendo los efectos acumulados de la crisis sanitaria y económica en que ya estaba el país desde 2018 y sin advertir que la actividad económica se deterioró incluso en los países en los que hubo escasa o nula coordinación nacional en la gestión de la pandemia.

Las medidas de prevención adoptadas por el gobierno nacional tuvieron carácter dinámico, en virtud de la evolución de los contagios y los aportes científicos, y tuvieron inicialmente un elevado porcentaje de consenso social y cumplimiento, pese a que hubo protestas puntuales en las que participaron dirigentes opositores, ampliamente cubiertas por los medios de comunicación masiva. A fines de 2020 se observó un creciente nivel de incumplimiento de las medidas de prevención: sería difícil establecer en qué medida se debió a un agotamiento

involuntario de la población, a las dificultades económicas o a la hostilidad de dirigentes y medios opositores. A partir de 2021, a medida que fueron ingresando vacunas, la estrategia sanitaria combinó restricciones decrecientes a la circulación con un esquema creciente de inmunización masiva.

La mortalidad por COVID-19

Una última noticia falsa muy difundida es la que postula que la gestión de la pandemia en la Argentina fue fallida porque habría generado una elevada mortalidad: hay dirigentes políticos que aún hoy mencionan la cifra de 130.000 personas fallecidas como si fuera prueba suficiente de una gestión sanitaria supuestamente mala. Una forma más razonable de evaluarla es comparar la tasa de mortalidad con otros países de la región, pues así se relaciona el dato con la cantidad de habitantes de cada país. Según el sitio OWID, finalizado el año 2022, la tasa de mortalidad por COVID-19 en la Argentina era superada en más de un 10% por la de Estados Unidos, Gran Bretaña, Chile o Brasil, países que en diversos momentos de la pandemia fueron considerados 'modelos' por dirigentes opositores.

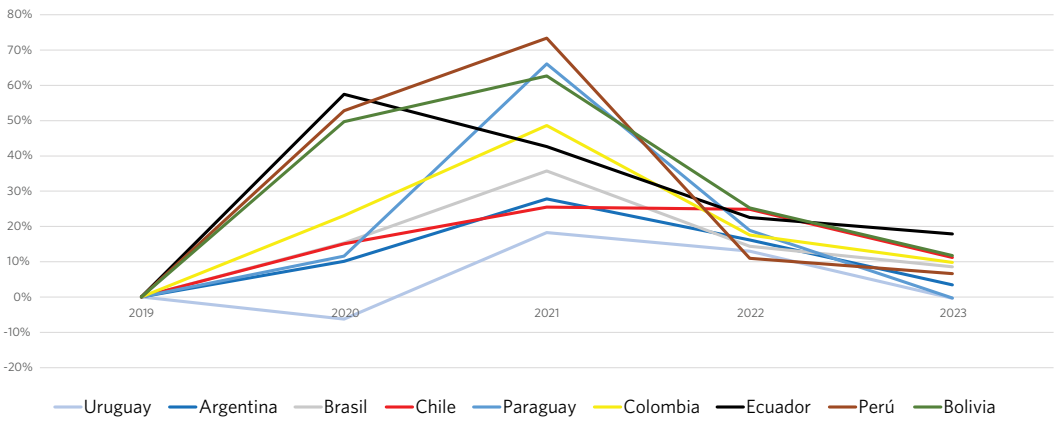
Sin embargo, es posible atender al argumento de que la pandemia no solo generó muertes directas por COVID-19, sino también indirectas, que deberían ser consideradas para realizar una evaluación más completa de la respuesta de los gobiernos. La revista 'The Lancet' publicó en 2024 un artículo con estimaciones mundiales de mortalidad por COVID-19 en 204 países y territorios y 811 localidades subnacionales, usando 22.223 fuentes de datos de registro civil, muestreos, encuestas, censos y otras fuentes[24]. El exceso de mortalidad fue definido como la mortalidad por todas las causas menos la mortalidad que se esperaría si la pandemia no hubiera ocurrido, según las tendencias históricas. Esa diferencia de fallecimientos se atribuye a la pandemia en su conjunto, tanto por la infección por SARS-CoV-2 como por otros factores. Mientras que en el mundo el exceso de mortalidad en 2020 y 2021 fue estimado en 104 por cien mil habitantes, en la Argentina el valor fue inferior: 85, igualado por el conjunto de Europa Occidental y superado incluso por los países 'de altos ingresos'. En América Latina y el Caribe hubo un exceso de 199 muertes por cien mil habitantes, más del doble que en la Argentina. Si bien hubo países de alto nivel de ingresos que mostraron resultados óptimos en este indicador, hubo otros que superaron en exceso de mortalidad a la Argentina: Estados Unidos (159), Italia (138), Portugal (105), España (103), Gran Bretaña (102), Canadá (95) y Holanda (92). En América Latina, los mejores resultados se observaron en Uruguay (49), Costa Rica (74) y Panamá (81). Mostraron un mayor exceso de mortalidad que la Argentina: Chile (103), Paraguay (111), Brasil (136), Colombia (170), Venezuela (222), Ecuador (258), México (261), Cuba (265), Bolivia (419) y Perú (427). El estudio concluye destacando que la mortalidad durante la pandemia no estuvo asociada únicamente al nivel de desarrollo de cada país, ya que 'los esfuerzos de vacunación, las políticas públicas y los cambios de comportamiento individual influyeron en la gravedad de la pandemia en todos los países y territorios'.

Por último, estas estimaciones son consistentes con los datos oficiales de los gobiernos de los países de la región, incluidos también los años 2022 y 2023, cuyos datos ya están disponibles, excepto en Venezuela y Paraguay. De acuerdo con las estadísticas vitales de los países sudamericanos, el promedio anual de exceso de mortalidad durante el período 2020-2022 fue de 24% respecto del año 2019. Sin embargo, si bien la pandemia ya se consideraba superada en 2023, ese año el exceso de mortalidad en la región fue de 10% respecto del mismo año base, 2019, lo que indica que aún no se habían recuperado los resultados en salud previos a la pandemia. El cálculo se realizó cotejando el promedio de variación porcentual de cada año en comparación con la cantidad de fallecimientos registrados en 2019. Durante 2019 hubo 2,6 millones de personas fallecidas en Sudamérica, y el promedio anual de fallecimientos entre 2020

y 2022 fue de 3,2 millones, lo que representa una diferencia promedio de 630.000 muertes anuales, que podrían ser atribuibles directa o indirectamente a la pandemia, ya sea porque la causa fue la COVID-19 –identificada o no– o porque hubo alguna otra causa relacionada con la pandemia, por ejemplo: falta de acceso a atención médica por otras enfermedades o accidentes. En este sentido, el indicador exceso de mortalidad parece reflejar mejor la eficacia del sistema de salud ante la pandemia que la variable mortalidad por COVID-19, no solo por los eventuales subregistros, sino también por los efectos indirectos de la pandemia. En 2023, el último año del cual existen estadísticas oficiales en la mayoría de los países de la región, se estimó la cantidad total de fallecimientos en 2.855.000, lo que representaría unas 260.000 muertes más que en 2019. En este incremento también incide el crecimiento poblacional, pero de manera poco significativa.

De todas formas, el exceso de mortalidad durante los años de pandemia mostró fuertes variaciones entre países. Tal como muestra el *gráfico 1*, si se excluye a Venezuela por falta de datos, en Sudamérica el país donde hubo menor exceso de mortalidad en el período 2020-2022 fue Uruguay, con solo un 8% de promedio anual, seguido de Argentina (18%), Chile y Brasil (22%), Colombia (30%), Paraguay (32%), Ecuador (41%) y Perú y Bolivia (46%). Si se incluyen los datos de mortalidad del año 2023 en esta comparación, el orden de resultados entre países casi no cambia, aunque hubo diferencias relevantes entre algunos de ellos: siempre tomando como año base 2019, en 2023 los países sudamericanos con menor exceso de mortalidad fueron Uruguay y Paraguay (0%), Argentina (3%), Perú (7%), Brasil (9%), Colombia (10%), Chile (11%), Bolivia (12%) y Ecuador (18%).

Gráfico 1. Exceso de mortalidad en países sudamericanos, 2020-2023



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales de fuentes oficiales de Argentina (DEIS), Bolivia (INE), Brasil (SIM-DATASUS), Chile (INE), Colombia (DANE), Ecuador (INEC), Paraguay (INE), Perú (INEI) y Uruguay (DEV-MSP).

Conclusiones

Una revisión de las políticas implementadas por el gobierno argentino durante la pandemia y de los resultados sanitarios obtenidos permitirá optimizar la respuesta de los futuros gobiernos ante eventos de similar gravedad. En este sentido, es difícil estimar hasta qué punto pudo haber tenido impacto en los resultados sanitarios el hecho de que la gestión de la pandemia por parte del gobierno argentino se haya iniciado en el marco de una crisis económica y social, y luego haya quedado atravesada por disputas partidarias. Particularmente difícil será determinar en qué medida el hostigamiento que sufrieron las autoridades sanitarias y el cuestionamiento sistemático a sus decisiones provocaron un mayor incumplimiento de las medidas de prevención y, en consecuencia, una mayor cantidad de internaciones y fallecimientos.

Sin embargo, hay evidencia suficiente como para desestimar la mayor parte de los cuestionamientos formulados al respecto por dirigentes de la oposición política y mediática. Someterlos a una contrastación con datos validados y disponibles es relevante, debido a que aún hoy se repiten esos cuestionamientos sin correcciones mínimamente razonables, cuando ya han pasado más de cinco años desde el inicio de la pandemia. No se trata solamente de una revisión historiográfica, pues las lecciones aprendidas sobre la pandemia de COVID-19 permitirán afrontar con mayor eficacia futuras crisis sanitarias, y resulta difícil comprender cabalmente tales lecciones si se siguen repitiendo opiniones desinformadas o falaces.

Contribuciones de autoría

Fontela M (0000-0003-3449-5809)* y Proto Gutiérrez F (0000-0003-1140-3502)* contribuyeron por igual al manuscrito. ■

Referencias

1. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (AR). Estadísticas Vitales. Información Básica. 2018-2023. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2019-2024.

2. Instituto Nacional de Estadística (BO). Número de defunciones por año de registro, según departamento de registro y sexo del fallecido, 2010-2023. La Paz: INE; 2025.

3. Sistema de Informações sobre Mortalidade (BR). Painel de Monitoramento da Mortalidade CID-10. 2018-2023. Brasília, DF: DATASUS, Ministério da Saúde; 2019-2025.

4. Instituto Nacional de Estadísticas (CL). Boletín estadísticas vitales. Cifras provisionales. 2018-2023. Santiago de Chile: INE; 2019-2025.

5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (CO). Sistema de Información y Consulta de Estadísticas Vitales. 2018-2023. Bogotá: Dirección de Censos y Demografía; 2019-2025.

6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (EC). Registro estadístico de defunciones generales. Quito: INEC; 2025.

7. Instituto Nacional de Estadística (PY). Estadísticas Vitales 2023. Asunción: INE; 2025.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Defunciones inscritas, según departamento de inscripción, 2015-2023. Lima: INEI; 2019-2024.

9. Departamento de Estadísticas Vitales (UY). Estadísticas Vitales 2024. Datos preliminares. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 2025.

10. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Pobreza e indigencia. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2016 a segundo semestre de 2024. Buenos Aires: INDEC; 2025.

11. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Índices y variaciones porcentuales mensuales e interanuales según divisiones de la canasta, bienes y servicios, clasificación de grupos. Diciembre de 2016-julio de 2025. Buenos Aires: INDEC; 2025.

12. Centro de Profesionales Farmacéuticos de la República Argentina. Informe de precios de medicamentos período 2015-2019. Buenos Aires: Ceprofar; 2019.

13. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Deuda externa bruta por sector institucional y concepto, a valor de mercado. Buenos Aires: INDEC; 2025.

14. Moreira MR, Fontela M. Trayectorias e hibridismo en el sector salud: el sistema de salud argentino en el período 2016-2019. Movimiento. 2022;43:5-13.

15. Presupuesto abierto [Internet]. Buenos Aires: Presupuesto abierto; 2025. Gastos por jurisdicción; 2025 [acceso en 2025 ago 30]. Disponible en: https://www.presupuestoabierto.gob.ar

16. Programa Remediar [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025. Indicadores de Gestión; 2025 [acceso en 2025 ago 30]. Disponible en: https://sir-medicamentos.msal.gov.ar

17. Gobierno de Santa Cruz (AR). Las provincias le exigen a Nación que tome medidas urgentes en materia sanitaria [Internet]. Río Gallegos: Gobierno de Santa Cruz; 2019 [acceso en 2026 jun 17]. Disponible en: https://lu14.santacruz.gob.ar/las-provincias-le-exigen-a-nacion-que-tome-medidas-urgentes-en-materia-sanitaria/

18. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Borrador de Informe de Gestión 2019-2023. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023.

19. Instituto Nacional de Estadística y Censos (AR). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos: salud y previsión social. Buenos Aires: INDEC; 2023.

20. Ministerio de Economía (AR). Resumen Cuenta de Inversión 2021 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Economía; 2022 [acceso en 2026 jun 17]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/contaduria_resumen_2021-v4.pdf

21. Ferrer S. La polarización política y social amenaza la lucha contra la pandemia. Sinc [Internet]. 2020 oct 22 [acceso en 2025 ago 30]. Disponible en: https://www.agenciasinc.es/Reportajes/La-polarizacion-politica-y-social-amenaza-la-lucha-contra-la-pandemia

22. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. Santiago de Chile: OPS; 2025.

23. Proto Gutiérrez F, Fontela M. Epistemología política de la infodemia. Buenos Aires: Arkho; 2024.

24. GBD 2021 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950-2021, and the impact of the COVID-19 pandemic. Lancet. 2024;403(10440):1989-2056. DOI: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00476-8

Recibido en 19/11/2025
Aprobado en 27/01/2026
Conflicto de intereses: inexistente
Disponibilidad de datos: los datos de la investigación se encuentran en el propio manuscrito
Apoyo financiero: no hubo

Editor responsable: Marcelo Moreira Rasga, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Estratégia Fiocruz para a Agenda (EFA 2030), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7851702065010431, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3356-7153, e-mail: rasgamoreira@gmail.com