



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Mensaje

Número:

Referencia: Mensaje: Parámetros epidemiológicos y sanitarios regulatorios de la emergencia COVID-19

AL HONORABLE CONGRESO DE LA NACIÓN:

Tengo el agrado de dirigirme a Su Honorabilidad con el objeto de someter a su consideración el presente Proyecto de Ley.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de Salud declaró el brote del SARS-Cov 2 (Covid-19) como una pandemia. Su propagación aumentó con gran velocidad, empeorando la situación epidemiológica a escala internacional y provocando que el mundo entero se viera en una situación de altísima gravedad sanitaria.

La velocidad en el agravamiento de la situación epidemiológica a escala internacional requirió que en nuestro país se adoptaran medidas en forma temprana para hacer frente a la emergencia. Era impostergable fortalecer el sistema sanitario que se encontraba muy debilitado y que, por lo tanto, no podría brindar las respuestas adecuadas frente a la demanda de atención médica específica de ciudadanos y ciudadanas. Por otra parte, se han adoptado medidas urgentes y anticipatorias para contener y mitigar los contagios con el fin de evitar la saturación del sistema de salud con el consiguiente aumento de la mortalidad. Todas estas medidas han sido cumplidas por la gran mayoría de argentinos y argentinas.

En este marco se dictaron los Decretos Nros. 260/20 y 297/20 por los cuales, respectivamente, se amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por la Ley N° 27.541 y se dispuso el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” durante el plazo comprendido entre el 20 y el 31 de marzo de 2020, el que fue sucesivamente prorrogado. A medida que la situación sanitaria y epidemiológica lo fue permitiendo, se fueron flexibilizando estas medidas, disponiéndose cada vez mayores aperturas de actividades en forma sucesiva, según la región.

Luego, por el Decreto N° 520/20 y sus normas modificatorias y complementarias, se dispusieron según el territorio, distintas medidas que dieron origen al “distanciamiento social, preventivo y obligatorio”, hasta el 9 de abril del corriente año inclusive.

Posteriormente, por el Decreto N° 167/21 se prorrogó la emergencia sanitaria dispuesta por la Ley N° 27.541 y ampliada por el Decreto N° 260/20, hasta el 31 de diciembre de 2021.

La velocidad en el crecimiento de los contagios a nivel internacional en el marco de la segunda ola y tercera ola de la pandemia de COVID-19 ha exhibido escenarios dramáticos en términos de consecuencias para la vida y la salud de las personas y para las economías de países con más fortalezas que el nuestro.

Cabe poner de resalto que, al día 7 de mayo de 2021, se confirmaron en el mundo 155.506.494 de casos y 3.247.228 de fallecidos y fallecidas, en un total de DOSCIENTOS VEINTITRÉS (223) países, áreas o territorios, por COVID-19.

En el contexto global, la región de las Américas representa actualmente el VEINTITRÉS POR CIENTO (23%) del total de nuevos casos a nivel mundial en la última semana y la región de Europa el VEINTE POR CIENTO (20%), y en relación con los casos acumulados, la región de las Américas comprende el CUARENTA Y UNO POR CIENTO (41%) de los casos y el CUARENTA Y OCHO POR CIENTO (48%) de las muertes totales, seguido de la Región Europea que representa el TREINTA Y CUATRO POR CIENTO (34%) de los casos acumulados y el TREINTA Y CUATRO POR CIENTO (34%) de las defunciones totales.

La situación en la región continúa siendo dispar, siendo EE.UU. y Brasil los países que lideran el total acumulado de casos de la región, donde EE.UU. es el país que más casos presenta cada 100.000 habitantes y Brasil el que más fallecidos ha tenido cada 1.000.000 de habitantes. Por su parte, México es el país que presenta la mayor letalidad en América, presentando un NUEVE COMA DOS POR CIENTO (9,2%).

También se han detectado variantes del virus SARS-CoV-2 consideradas de preocupación (VOC 202012/01, linaje B.1.1.7 identificación originaria en Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; variante 501Y.V2, linaje B.1.351, identificación originaria en Sudáfrica; variante P.1, linaje B.1.1.28, identificación originaria en Brasil) en diversos países, afectando varios continentes, por lo que se desarrollaron nuevas estrategias para disminuir la posibilidad de transmisión de estas variantes a nuestro país.

Por ello, con la publicación de la Decisión Administrativa N° 2252/20 desde el 24 de diciembre se implementaron un conjunto medidas tendientes a restringir el ingreso de personas desde otros países, a solicitar el test de PCR previo al abordaje a aeronaves, el testeo a viajeros y viajeras al ingreso al país y la obligatoriedad de realizar aislamiento durante DIEZ (10) días desde el test de PCR.

La Argentina se encuentra atravesando la segunda ola de Covid-19” desde el mes de abril de 2021 con un incremento marcado de contagios, aunque con situaciones epidemiológicas y sanitarias distintas en los diversos territorios. En efecto, desde el inicio de esta segunda ola se han verificado situaciones de aumento exponencial de los casos confirmados que ponen en importante tensión al sistema de salud, así como el riesgo de saturación y, como consecuencia, un incremento de la mortalidad si no se adoptan medidas inmediatas para prevenir estas consecuencias.

También se constata en nuestro país la transmisión comunitaria de nuevas variantes, entre ellas la VOC 202012/01 (identificación originaria en Reino Unido), variante P.1 y P.2 (identificación originaria en Brasil).

En el aglomerado urbano del AMBA, según la definición de esta región establecida en el Decreto N° 125/21, más del CINCUENTA POR CIENTO (50%) de las muestras secuenciadas correspondieron a nuevas variantes consideradas de interés y no se han reportado casos con variante 501Y.V2 (Sudáfrica).

Con relación a los contagios de Covid-19 cabe indicar que, en las últimas semanas los casos en la mayoría de los países de la región, principalmente en América del Sur, continúan en aumento, pero a una menor velocidad, con saturación de los sistemas de salud en algunos países.

En ARGENTINA la tasa de incidencia acumulada es de 6839 casos cada 100.000 habitantes, la tasa de letalidad es de DOS COMA UNO POR CIENTO (2,1%) y la tasa de mortalidad es de MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE (1467) fallecimientos por millón de habitantes.

Actualmente se verifica que más del CUARENTA Y OCHO POR CIENTO (48%) de los nuevos casos corresponden al aglomerado urbano del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

En el año 2021, en relación con la evolución de la pandemia en ARGENTINA, se pueden observar los siguientes datos: de la semana epidemiológica 9 a la 10, los casos aumentaron un CINCO POR CIENTO (5%); de la semana 10 a la 11 aumentaron un ONCE POR CIENTO (11%); y de la semana 11 a la 12 aumentaron un TREINTA POR CIENTO (30%), alcanzando en algunas regiones como el AMBA, aumentos mayores al CUARENTA POR CIENTO (40%) en una semana. En las semanas 16 y 17 se observa una disminución en la velocidad del crecimiento, que se situó en el VEINTICUATRO POR CIENTO (24%).

A pesar de la ralentización del aumento de casos, la incidencia en algunos grandes aglomerados urbanos es extremadamente elevada, lo que coloca en máxima tensión al sistema de salud y genera o puede generar grave riesgo de saturación y consiguiente aumento de la mortalidad.

Este aumento en la velocidad de los contagios resulta más significativo en términos epidemiológicos y sanitarios en grandes centros urbanos, donde la densidad de población es más alta.

Es dable destacar, que al 28 de marzo del corriente año, CUARENTA Y OCHO (48) departamentos del país presentaban indicadores de riesgo elevados (Incidencia en los últimos CATORCE (14) días mayor a CIENTO CINCUENTA (150) casos cada CIEN MIL (100.000) habitantes y razón de casos mayor a 1,2), y al 15 de abril aumentaron a CIENTO CINCUENTA Y SIETE (157).

Tan solo DIECIOCHO (18) grandes aglomerados urbanos, concentraron en los últimos CATORCE (14) días el SESENTA Y SEIS POR CIENTO (66 %) de los casos.

Actualmente, CIENTO OCHO (108) departamentos que se encontraban en alto riesgo epidemiológico según la calificación establecida en la normativa vigente, pudieron estabilizar el aumento de casos, pero la mayoría de ellos manteniendo incidencias elevadas, por encima de QUINIENTOS (500) casos cada CIEN MIL (100.000) habitantes en los últimos CATORCE (14) días.

En cuanto a la mayor ocupación promedio de camas de terapia intensiva, al 7 de mayo, se destacan las provincias de RÍO NEGRO, NEUQUÉN, MENDOZA, LA RIOJA, JUJUY y SANTA FE y la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, con más del OCHENTA POR CIENTO (80%).

Por otra parte, el oxígeno líquido medicinal a granel o en tubo resulta un insumo crítico para los servicios del área de la salud en virtud de que se emplea esencialmente para el tratamiento de pacientes con síndrome respiratorio agudo afectados o afectadas por la COVID-19. En el último tiempo se ha visto notoriamente incrementada la demanda de oxígeno líquido medicinal por parte de los establecimientos del sector de la salud, producto del agravamiento de la situación epidemiológica y el consiguiente aumento de camas ocupadas, tanto en el sector público como en el sector privado.

De hecho, si se mantienen la incidencia y el ritmo de casos diarios, la demanda estimada de oxígeno se ubicará en niveles diarios muy por encima de los que se requirieron durante el año 2020, sobrepasando en un corto plazo la capacidad máxima de producción del sector, que no supera las 860 tn/día, sin posibilidades de expansión en el corto plazo.

Debido a esta situación, el Gobierno Nacional ha dispuesto, a través del Decreto N° 286/21, que se deba requerir una autorización especial para poder exportar este insumo crítico; ello, con el fin de evitar que, por falta del mismo, se llegue a afectar la atención adecuada de los y las pacientes. Asimismo, las autoridades del MINISTERIO DE DESARROLLO PRODUCTIVO, en trabajo conjunto con el MINISTERIO DE SALUD, han trabajado junto con los sectores productivos involucrados para coadyuvar a la ampliación de la capacidad de producción del sector.

Actualmente se encuentra en desarrollo la campaña de vacunación destinada a generar inmunidad adquirida contra la COVID-19 en las VEINTICUATRO (24) jurisdicciones del país, con más de DIEZ MILLONES (10.000.000) de dosis recibidas, lo que ha permitido vacunar al SETENTA Y TRES COMA UNO POR CIENTO (73,1 %) de los mayores de OCHENTA (80) años y al OCHENTA COMA TRES POR CIENTO (80,3 %) de las personas de entre SETENTA (70) y SETENTA Y NUEVE (79) años, con al menos una dosis.

El personal de salud se encuentra vacunado en un NOVENTA Y CINCO POR CIENTO (95%) con la primera dosis y en más del SESENTA POR CIENTO (60%) con la segunda dosis.

Las personas mayores de SESENTA (60) años registraron durante el año 2020 más del OCHENTA Y TRES POR CIENTO (83 %) de los fallecimientos mientras que las personas menores de SESENTA (60) años registraron más del OCHENTA Y CINCO POR CIENTO (85 %) de los casos.

Es por ello que el avance de la vacunación de personas en mayor riesgo tiene como objetivo principal la disminución de la mortalidad, no encontrándose aún establecido el rol de la vacunación en la disminución de la transmisión.

La eventual saturación del sistema de salud sumada a la creciente dificultad en el abastecimiento de insumos críticos podría conllevar a un aumento exponencial de la mortalidad, tal como se ha verificado en otros países del mundo.

Es deber del Estado Nacional velar por el derecho a la vida y a la salud. Los derechos consagrados por el artículo 14 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL resultan ser pilares fundamentales de nuestro ordenamiento jurídico y están sujetos a limitaciones y restricciones que pueden disponerse por razones de orden público, seguridad y salud pública. Así también, tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como la Convención Americana sobre Derechos Humanos establecen en sus articulados sendas limitaciones al ejercicio de los derechos por ellos consagrados, sobre la base de la protección de la salud pública (artículos 12, inciso 3 y 22, inciso 3, respectivamente).

En similar sentido, los artículos 41 y 42 de la Constitución Nacional consagran el derecho a un ambiente sano, equilibrado y apto para el desarrollo humano, así como el derecho a la salud, estableciendo la obligación de las autoridades de proveer a la protección de estos derechos.

A su turno, el art. 75 inc. 18 dispone que corresponde al Congreso Nacional proveer lo conducente a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias, mientras que, conforme el art. 75 inc. 19, debe proveer lo conducente al desarrollo humano.

Como parte de los tratados internacionales de jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22, CN), el Estado Nacional asimismo ha asumido la obligación de la protección de estos derechos que se encuentran también allí reconocidos, así como el derecho a la vida contemplado en estas normas internacionales.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos -Pacto de San José de Costa Rica- reconoce los derechos a la vida (art. 4 inc. 1) y a la integridad personal (art. 5 inc. 1). El Estado Nacional se ha comprometido, bajo esta Convención, a respetar estos derechos y garantizar su libre y pleno ejercicio (art. 1). Esta obligación de respeto y garantía importa una exigencia para el Estado Nacional.

Por su parte, el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (apart. 1). Entre las medidas que el Estado Nacional debe adoptar con el fin de asegurar la plena efectividad de este derecho se establece la relativa a la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas (apart 2, inc. c). El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos asimismo reconoce el derecho a la vida (art. 6, inc. 1).

Adicionalmente, el art. XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece el derecho de toda persona a que la salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica. Y en sentido similar, el art. 25 inc. 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.

Como intérprete de la Constitución Nacional, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha sostenido que el derecho a la vida resulta reconocido y garantizado constitucionalmente como el primer derecho de la persona humana, y que constituye un valor fundamental, con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental^[1], ello por cuanto las personas son el eje y centro de todo el sistema jurídico y, en tanto fin en sí mismo, la persona es inviolable^[2]. Del mismo modo, ha señalado que el derecho a la salud, máxime cuando se trata de enfermedades graves, se encuentra íntimamente relacionado con el derecho a la vida reconocido por la Constitución y por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22, CN)^[3].

La tutela de este derecho por parte del Estado Nacional es, por lo tanto, una manda expresa de la CONSTITUCIÓN NACIONAL^[4]. Nuestro más Alto Tribunal ha destacado que el derecho a la salud, en tanto presupuesto de una vida que debe ser protegida, es pasible del más alto grado de protección a nivel constitucional, existiendo el deber impostergable del Estado Nacional de garantizar este derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones provinciales y locales^[5].

En particular, la jurisprudencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN le reconoció al Estado Nacional atribuciones concurrentes para regular ciertas cuestiones de la salud en tanto atañen a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias (art. 75 inc. 18, CN), mandato que, luego de la reforma de 1994, fue complementado por la atribución para proveer lo conducente al desarrollo humano (art. 75 inc. 19, CN). De esta forma, la Corte Suprema de Justicia de la Nación convalidó el ejercicio de esas atribuciones federales para regular sobre la actividad farmacéutica^[6], sobre actividades relacionadas con la sangre humana^[7] y sobre los seguros de salud y obras sociales^[8], entre otras.

Las medidas adoptadas por el Estado Nacional desde la ampliación de la emergencia pública en materia sanitaria realizada mediante el Decreto N° 260/20 y prorrogada por el Decreto N° 167/21 se encuentran en consonancia

con lo establecido por el Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.

Es obligación del Gobierno Federal velar por el derecho a la vida y a la salud de los y las habitantes del país, y es exclusivamente en pos de ello, que se adoptan las medidas necesarias para estabilizar el sistema de salud y evitar su colapso.

Por ello, deben establecerse parámetros objetivos y medidas de cuidado específicas según la situación de cada zona mientras dure la emergencia sanitaria, vigente hasta el 31 de diciembre de 2021 (dispuesta por la Ley N° 27.541, ampliada por el Decreto N° 260/20, prorrogado por el Decreto N° 167/21).

El proyecto de ley que se propone está enmarcado en las normas del bloque constitucional vigente, tanto la Constitución Nacional como los tratados suscriptos por el país con igual jerarquía y que imponen la obligación del Estado Nacional de tomar medidas adecuadas para preservar la salud pública y los derechos subjetivos que de ella se derivan, como la vida, ante la situación de pandemia por Covid-19.

La propuesta legislativa constituye un conjunto organizado de normas que recogen las competencias propias de las jurisdicciones en el marco del sistema federal.

En ese contexto, el objeto del presente proyecto de ley es establecer, mientras dure la emergencia mencionada, medidas sanitarias generales de prevención que se aplicarán en todo el país, y disposiciones sanitarias locales y focalizadas de contención y disminución de contagios por Covid-19 que se corresponden con el nivel de riesgo epidemiológico y sanitario en que se encuentre cada partido, departamento o aglomerado; y también, que los Gobernadores y las Gobernadoras de Provincias, el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el PODER EJECUTIVO NACIONAL, según el caso, adopten medidas sanitarias adicionales oportunas y razonables ante la verificación de los parámetros epidemiológicos y sanitarios antes mencionados y que se establecen en el artículo 3° de la presente iniciativa.

En ese sentido, como se refiere en el artículo 4° sobre gestión de las medidas sanitarias, los Gobernadores, las Gobernadoras y el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tendrán a su cargo disponer las medidas necesarias para implementar lo dispuesto en el presente proyecto de ley como delegados o delegadas del gobierno federal, conforme lo establece el artículo 128 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL. Ello, sin perjuicio de otras medidas que deban adoptar las Provincias, la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES y los Municipios, en ejercicio de sus competencias propias.

Para que todas las medidas y facultades establecidas por el presente proyecto de ley puedan adoptarse en función de datos objetivos, según la situación de cada departamento, partido o aglomerado, se utilizarán tres indicadores: 1) la tasa de incidencia; 2) la razón del incremento de casos (asociada a los valores absolutos) y 3) la capacidad de respuesta del sistema de atención de la salud asociado con la ocupación de las camas de terapia intensiva.

Para ello, en el artículo 3°, se propone la adopción de los parámetros epidemiológicos y sanitarios que permiten determinar la situación de cada aglomerado urbano, partido y departamento para calificarlo en situación de “Riesgo Epidemiológico y Sanitario Bajo”, “Riesgo Epidemiológico y Sanitario Medio”, “Alto Riesgo Epidemiológico y Sanitario” y, respecto de los aglomerados urbanos de más de TRESCIENTOS MIL (300.000) habitantes, determinar si se encuentran o no en situación de “Alarma Epidemiológica y Sanitaria”.

Se recoge la realidad epidemiológica y sanitaria de los “aglomerados urbanos” de más de TRESCIENTOS MIL (300.000) habitantes, a los fines exclusivos del presente proyecto de ley, en el entendimiento de que no resulta posible soslayar la evidencia de la importancia de lo que sucede en ellos para adoptar medidas útiles para

preservar la salud y la vida de la población. En efecto, los datos científicos sobre los contagios y sobre los sistemas sanitarios resultan concluyentes respecto de que los grandes aglomerados urbanos son una unidad epidemiológica y sanitaria. En esos aglomerados, como han mostrado exhaustivamente las ciencias sociales, las personas trabajan en un municipio, viven en otro y realizan actividades económicas, sociales y de todo tipo en otras jurisdicciones colindantes. El virus no reconoce límites políticos y el sistema sanitario tampoco, porque si se saturan establecimientos en una parte del aglomerado las personas requieren atención en las restantes o en otros departamentos o partidos del mismo aglomerado. Los aglomerados urbanos constituyen unidades epidemiológicas inescindibles y por lo tanto resultaría ineficaz adoptar medidas para mitigar contagios en el marco de una pandemia sin tener en cuenta esa realidad.

En las situaciones de riesgo epidemiológico y sanitario bajo o medio resulta suficiente que las autoridades jurisdiccionales adopten las medidas previstas por el presente proyecto de ley y las adicionales dictadas por ellas. Cuando el riesgo sanitario aumenta resulta imperioso adoptar medidas para el aglomerado urbano, partido o departamento, tanto por parte de los gobernadores como por parte del Poder Ejecutivo Nacional en las condiciones establecidas en este proyecto, que estarán bajo continua evaluación.

Además, a los fines del presente proyecto, se adoptan medidas específicas que serán de aplicación para los grandes aglomerados urbanos, departamentos o partidos de más de TRESCIENTOS MIL (300.000) habitantes, en tanto estos califiquen en situación de ALARMA EPIDEMIOLOGICA Y SANITARIA en los términos establecidos en el artículo 3°, los que serán publicados en la página oficial del Ministerio de Salud de la Nación

En atención a lo expuesto, se propone un esquema organizado con criterios federales, que otorga previsibilidad a la ciudadanía y a las autoridades, y que prevé una forma escalonada de adopción de medidas adecuadas con el fin de prevenir el crecimiento de las curvas de contagios y las graves consecuencias que ello conlleva, en los distintos lugares del país, según su calificación epidemiológica y sanitaria.

En el artículo 4° se fijan las bases de delegación legislativa en los términos del artículo 76 de la Constitución Nacional, para los específicos casos en que se prevé su intervención, especialmente en las situaciones de Alto Riesgo Epidemiológico y Sanitario, y de “Alarma Epidemiológica y Sanitaria” de aglomerados urbanos de más de 300.000 habitantes. Estas bases se enmarcan en la obligación del Estado de preservar la vida y la salud de la población y de la necesidad de adoptar medidas adecuadas, razonables, temporarias y oportunas para cumplir con esa obligación.

El Título II del presente proyecto propone las medidas sanitarias de prevención general que deben regir en todo el país; son similares a las que se adoptan en todos los países afectados por la pandemia, han sido recomendadas por la OMS y gozan de consenso científico. Tienen en miras la prevención de la propagación del virus SARS-CoV-2 y su cumplimiento debe sostenerse en el tiempo, lo que implica que reclaman no solo la responsabilidad individual sino también la colectiva. Entre otras medidas de prevención general se contempla la ventilación constante de los ambientes, el respeto a las medidas de distanciamiento físico (mantener una distancia segura entre personas), el lavado de manos frecuente y la utilización de tapabocas/barbijo.

En el mismo Título se propicia la adopción de otras medidas generales como la necesidad de que todas las actividades se realicen con el cumplimiento del respectivo protocolo; el fomento del teletrabajo; los cuidados de la higiene y la salud en los ámbitos laborales; las dispensas del deber de asistencia al trabajo para las personas que se encuentran en mayor riesgo, en los términos definidos por la autoridad sanitaria nacional y medidas especiales para el sector público nacional respecto del teletrabajo.

El Título III establece las normas aplicables a los partidos y departamentos que se encuentren en situación de Riesgo Epidemiológico y Sanitario Bajo y se hace referencia a las medidas de prevención general establecidas en el Título II, antes detalladas.

En el Título IV se establecen las normas aplicables a los partidos y departamentos que se encuentren en situación de Riesgo Epidemiológico y Sanitario Medio. Allí, además de las medidas de prevención general, rige la suspensión de los viajes grupales turísticos y de grupos en general (jubilados, estudiantiles, etc.). Estas actividades son consideradas particularmente riesgosas por la gran interacción y circulación de gente que conllevan, conviviendo en diversas situaciones, en lugares cerrados compartidos. En nuestro país se han verificado diversas situaciones que han demostrado que estas actividades resultan propicias para expandir los contagios del virus SARS-CoV-2 y por lo tanto, esta suspensión se mantiene para los partidos que se encuentren en situación de Mediano Riesgo o en situación de Alto Riesgo o de Alarma, conforme lo establece el artículo 6°.

La misma restricción regirá respecto de las actividades y reuniones sociales en domicilios particulares de más de 20 personas, salvo que se establezca una medida más gravosa en el futuro, en el marco del presente proyecto de ley.

En esas zonas, los Gobernadores y las Gobernadoras de provincias y el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según el caso, tendrán a su cargo disponer medidas temporarias y focalizadas respecto de la realización de determinadas actividades, por horarios y por zonas en atención a las condiciones epidemiológicas y sanitarias y para mitigar los contagios, en el ámbito de su competencia y para la menor unidad geográfica posible.

Las medidas podrán ser dispuestas por un plazo máximo de vigencia de VEINTIÚN (21) días corridos y, antes de finalizado el plazo de su vigencia, será necesario realizar una evaluación para decidir la necesidad o no de su continuidad, o para adoptar otras medidas adicionales o distintas, atendiendo a la eficacia demostrada para mejorar en forma adecuada la situación epidemiológica y sanitaria.

De este modo se propone un esquema de medidas temporarias que deben ser evaluadas en su eficacia para disponer su prórroga, su suspensión, o su reemplazo, según el caso.

En el Título V se establecen las normas aplicables a los partidos y departamentos que se encuentren en situación de Riesgo Epidemiológico y Sanitario Alto. Para estos lugares y con el fin de contener la curva de contagios y de prevenir el desborde del sistema de salud, se establece la restricción de circular para las personas, entre las CERO (0) horas y las SEIS (6) horas del día siguiente, previéndose a dicho fin que los locales gastronómicos deban permanecer cerrados entre las VEINTITRÉS (23) horas y las SEIS (6) horas del día siguiente, salvo en la modalidad de reparto a domicilio; y también en la modalidad de retiro, siempre que esta última se realice en locales de cercanía. Esta medida, que demuestra haber dado resultados positivos en el tiempo que estuvo vigente en las anteriores semanas, se vincula con la necesidad de reducir la circulación de personas y desalentar encuentros sociales en lugares cerrados que facilitan los contagios.

Asimismo, se dispone la reducción al TREINTA POR CIENTO (30%) de aforo en los espacios cerrados de los comercios y locales gastronómicos y, en el mismo sentido, se dispone la suspensión de la práctica de actividades deportivas en lugares cerrados, de actividades de casinos, bingos, discotecas y salones de fiestas; la suspensión de reuniones sociales en domicilios particulares y la realización de todo tipo de eventos sociales, culturales, religiosos y recreativos en lugares cerrados que impliquen la concurrencia de personas.

Del mismo modo se dispone la suspensión de los cines, teatros, clubes, gimnasios, centros culturales y otros establecimientos afines, salvo que funcionen al aire libre.

En los lugares que verifican una situación de Alto riesgo epidemiológico se agrega la limitación a las reuniones sociales en domicilios particulares debido a que son momentos en los cuales se observa una mayor relajación del cumplimiento de las normas de cuidados, la inexistencia de protocolos para dichos encuentros y la imposibilidad de fiscalización.

Se destaca, una vez más, que en estos casos se verifica un alto número de casos confirmados y un crecimiento de los mismos, lo que significa un importante número de contagios y tensión al sistema de salud, y por lo tanto es necesario prevenir situaciones más graves, que provoquen la saturación del sistema y el aumento de la mortalidad.

En este contexto, los Gobernadores y las Gobernadoras de Provincias y el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en atención a las condiciones epidemiológicas y sanitarias, tendrán a cargo la adopción de medidas adicionales a las previstas en el presente proyecto, que dispongan restricciones temporarias y focalizadas, en el ámbito de sus competencias, y para la menor unidad geográfica posible, respecto de la realización de determinadas actividades, por horarios o por zonas, con el fin de disminuir y contener los contagios por Covid-19, en virtud de la evaluación sobre su pertinencia de la autoridad sanitaria Provincial o de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, según corresponda.

Estas medidas podrán ser dispuestas por un plazo máximo de vigencia de VEINTIÚN (21) días corridos y, antes de finalizado el plazo de su vigencia, deberá realizarse una evaluación para decidir la necesidad o no de su continuidad, o para adoptar otras medidas adicionales o distintas, atendiendo a la eficacia demostrada para mejorar en forma adecuada la situación epidemiológica y sanitaria.

En atención al riesgo que se observa en estos casos se prevé que, si los parámetros de riesgo epidemiológico y sanitario no hubieren presentado evoluciones favorables al momento de evaluar las medidas adoptadas, queda facultado el PODER EJECUTIVO NACIONAL para adoptar restricciones adicionales, proporcionadas y razonables, previa consulta con el Gobernador, la Gobernadora o el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según corresponda, y siempre que cuente con la intervención de la autoridad sanitaria nacional que fundamente la razonabilidad de la medida sanitaria a adoptar.

En estos casos se prevé un plazo de VEINTIÚN (21) días corridos máximo para que las autoridades locales implementen medidas adecuadas y obtengan resultados para mejorar la situación epidemiológica y sanitaria. Si esta evaluación no lograra los resultados esperados, queda facultado el PODER EJECUTIVO NACIONAL para adoptar medidas adicionales con el fin de preservar la vida y la salud de las personas. También estas medidas deberán ser evaluadas en sus resultados y deberán ser temporarias.

En el Título VI se establecen las normas aplicables a los aglomerados urbanos, departamentos o partidos de más de TRESCIENTOS MIL (3000.000) habitantes en situación de Alarma Epidemiológica y Sanitaria.

En estos casos nos encontramos ante situaciones muy graves, donde se encuentran fuertemente amenazadas la vida y la salud. Aquí se hace necesario adoptar medidas para prevenir una situación de colapso del sistema sanitario que parece muy cercana, además de orientarse a disminuir los casos de Covid-19 y, en consecuencia, las pérdidas de vidas.

La gravedad de la situación indica que las medidas adoptadas por las autoridades competentes hasta el momento parecen no haber alcanzado los resultados esperados y debe trabajarse con la máxima dedicación para prevenir una situación que puede generar un aumento de la mortalidad. Debemos tener presente que, en estos casos, además, ya se verifica un muy alto número de contagios que, de por sí, conlleva un incremento en la cantidad de fallecimientos y de agravamiento de las condiciones de salud de la población.

Es muy importante no naturalizar un alto número de contagios y de personas fallecidas en forma diaria, por lo irreparable de estos sucesos y, además, debe tenerse presente que la habitualización genera un relajamiento respecto del cumplimiento de las medidas de cuidado, lo que lleva a un agravamiento de la situación ya de por sí suficientemente preocupante.

En los lugares en situación de ALARMA EPIDEMIOLÓGICA Y SANITARIA rigen las medidas previstas para los lugares de alto riesgo epidemiológico y sanitario y se agregan, además, otras disposiciones que apuntan a los mismos objetivos ya señalados.

Estas medidas alcanzan actividades que movilizan numerosas personas o se desarrollan en espacios cerrados. Ambos motivos elevan el riesgo de transmisión del virus SARS-CoV-2 y su suspensión, además, también coadyuva a la disminución de la circulación de personas y, por lo tanto, del virus.

Los bares, restaurantes y locales comerciales podrán atender a sus clientes y clientas hasta las DIECINUEVE (19) horas con el objetivo de que las personas que se encuentran en ellos puedan llegar a sus hogares antes del horario previsto para la restricción de la circulación. En el horario autorizado para su funcionamiento, los locales gastronómicos podrán atender a sus clientes y clientas exclusivamente en espacios habilitados al aire libre.

No obstante, se autoriza a los locales gastronómicos (restaurantes, bares, etc.) a brindar servicios con posterioridad a las DIECINUEVE (19) horas, exclusivamente con la modalidad de entrega a domicilio (“Delivery”) y también retiro por el local (“Take Away”); en este último caso respecto de establecimientos de cercanía.

También se suspende el funcionamiento de ferias, tanto en espacios abiertos o cerrados, shoppings y centros comerciales; y la práctica de deportes grupales de contacto al aire libre.

En este contexto, resulta necesario, además de la adopción de las medidas mencionadas, suspender en los lugares en situación de alarma epidemiológica y sanitaria, las clases presenciales en todos los niveles y en todas sus modalidades y las actividades educativas no escolares presenciales, salvo la escolaridad de los y las estudiantes con discapacidades que asisten a establecimientos de educación de la modalidad de educación especial, en los términos previstos en este proyecto.

Es importante destacar que, en momentos de alta circulación del virus, la reducción transitoria de la circulación de personas relacionadas con las actividades de educación presencial, coadyuva a ralentizar la velocidad de transmisión del virus. Se trata de situaciones en las que se verifica un número extremadamente alto de casos y se hace imperioso prevenir la saturación del sistema de salud que se encuentra altamente tensionado en estos lugares.

Por ello, el cambio en la modalidad del dictado de clases, de presencial a virtual, ha sido una medida dispuesta exclusivamente para partidos, departamentos y grandes aglomerados urbanos que funcionan como una unidad epidemiológica y que por sus características demográficas tienen gran cantidad de circulación de personas, lo que constituye un aspecto relevante respecto de la facilidad de que se produzcan contagios.

Conforme se ha verificado en la primera ola de Covid-19, esos aglomerados urbanos posteriormente expanden los contagios al resto de los departamentos y partidos con menor densidad de población.

Es de destacar que esta medida se ha adoptado en diversos países ante parámetros sanitarios y epidemiológicos mucho menos preocupantes que los que se verifican en los lugares calificados como en situación de alarma

epidemiológica y sanitaria.

El objetivo de mantener la presencialidad en la actividad educativa se da en todas las situaciones, a excepción de situación Alarma Epidemiológica y Sanitaria donde efectivamente se constata la posibilidad de saturación del sistema de salud y, además, el alto número de contagios incrementa el número de personas fallecidas. Este proyecto de ley pretende contener y mitigar la propagación de la epidemia de COVID-19 con la finalidad de preservar la salud pública, con el fin de que sean adoptadas las medidas proporcionadas a la amenaza que se enfrenta, en forma sectorizada, razonable y temporaria.

Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el Consejo Federal de Educación el día 4 de mayo de 2021 por Resolución CFE N° 394. La razonabilidad de establecer en esas situaciones extremas la virtualidad para las clases se basa en los datos objetivos que muestran el impacto que tiene la actividad presencial en la movilidad y circulación en los aglomerados urbanos. Según la propia definición de circulación comunitaria del SARS-Cov-2 en contextos con ese tipo de transmisión, no es factible establecer el origen de cada uno de los casos confirmados.

Frente a esta situación también se propone ampliar el horario de restricción de la circulación de personas desde las VEINTE (20) horas hasta las SEIS (6) horas del día siguiente, con el objetivo de proteger la salud pública y evitar situaciones que puedan favorecer la propagación del virus SARS-CoV-2. Esta restricción atenderá las excepciones razonables y necesarias. Por un lado se pretende restringir al máximo la circulación de personas, y por lo tanto del virus, facilitando la realización de la mayor cantidad posible de actividades económicas que permitan a las personas ganar su sustento y, al mismo tiempo, evitar salidas y situaciones que, en muchos casos, se constituyen en focos de contagios que se expanden rápidamente.

El transporte público de pasajeros, en estas situaciones de Alarma Epidemiológica, quedará reservado para los trabajadores y las trabajadoras afectados y afectadas a las actividades, servicios y situaciones comprendidas en los términos del artículo 11 del Decreto N° 125/21 o en aquellos supuestos en los cuales expresamente se hubiera autorizado su uso, así como para las personas que deban concurrir para la atención de su salud, o tengan turno de vacunación, con su acompañante, si correspondiere.

En forma similar a la prevista para las situaciones calificadas en Alto Riesgo, aquí también se prevé que las autoridades provinciales o el Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopte medidas adicionales a las previstas en la presente ley, siempre con un plazo máximo de VEINTIÚN (21) días y con el mismo sistema de evaluación de resultados ya explicado.

Para las situaciones de Alarma Epidemiológica y Sanitaria, y en atención a los riesgos cercanos que significan mayor riesgo para la salud y la vida de las personas, se faculta al PODER EJECUTIVO NACIONAL, también previa consulta con el Gobernador o la Gobernadora de la provincia respectiva, o del Jefe de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, según el caso, a adoptar medidas, temporarias y adecuadas, por un plazo máximo de VEINTIÚN (21) días para evaluar sus resultados, con el fin de determinar la necesidad de su prórroga, suspensión, modificación, o la aplicación de otras medidas.

El Título VII establece disposiciones locales y focalizadas de contención para departamentos o partidos de menos de 40.000 habitantes.

Se regula por separado la situación de estos departamentos o partidos debido a que, por el número de su población, las evaluaciones epidemiológicas o sanitarias pueden arrojar diagnósticos erróneos o confusos. Se trata de lugares donde, con una intervención oportuna, resulta posible detectar los contagios, identificar los contactos estrechos y disponer los aislamientos pertinentes. En estas condiciones quienes se encuentran en mejor situación

para adoptar medidas son las autoridades locales, y ello queda así previsto en la norma propuesta.

En todos los casos las medidas a adoptar serán temporarias, adecuadas y tendrán una vigencia máxima de VEINTIÚN (21) días corridos, para evaluar sus resultados.

El Título VIII regula temas de monitoreo de la evolución epidemiológica y sanitaria, fiscalización y controles que deberán cumplirse en el marco de la presente ley.

También se prevé garantizar que las personas, en sus últimos días de vida, puedan ser acompañadas por sus seres queridos, lo que se contempla en el artículo 25.

En los artículos 29 y 30 se legisla respecto de fronteras y del ingreso de personas al país y se establecen requisitos y excepciones, así como se prevé la delegación de facultades al PODER EJECUTIVO NACIONAL para prorrogar restricciones y medidas para el ingreso al país. En efecto, estas situaciones son dinámicas y necesitan normas que atiendan a las nuevas condiciones que se presenten, especialmente vinculadas a la situación epidemiológica internacional.

Finalmente se prorroga la vigencia de los protocolos ya aprobados, considerando incorporados a los mismos las medidas más restrictivas, en su caso, que se hubieren adoptado o se adopten en el marco de esta ley.

Asimismo, por el objeto y el marco normativo de este proyecto de ley, se establece que la misma es de orden público y la vigencia, en cumplimiento con el artículo 76 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL es temporaria y regirá mientras esté vigente la emergencia sanitaria, que, a la fecha, rige hasta el 31 de diciembre de 2021.

Se ha detallado hasta aquí el marco normativo, el objeto, la estructura y las medidas previstas en el proyecto de ley que se propone.

Sabemos que nos encontramos en una pandemia de enorme gravedad que ha cobrado muertes en la mayor parte del mundo, además de las consecuencias económicas, sociales, y en todas las esferas de la vida de las personas, también en el ámbito privado.

La situación es muy seria y debe enfrentarse con la responsabilidad y la coordinación que se les exige a las autoridades electas en todas las jurisdicciones. Lo mismo sucede en el mundo.

Frente a la pandemia del Covid-19 la comunidad científica en general, la Organización Mundial de la Salud y diversos gobiernos en diferentes regiones han actuado con miras a preservar el funcionamiento adecuado del sistema de salud y privilegiando el bien jurídico “vida”.

En ese contexto existe un consenso científico que fue aceptado y adoptado por numerosos países de la región y del mundo y que se verifica en el sentido y en la fundamentación de las medidas adoptadas en el marco de la pandemia, que para reducir los contagios es necesario reducir la circulación de personas y también que los lugares cerrados y sin ventilación, así como los lugares donde se producen aglomeraciones de personas, son más propicios para facilitar los contagios.

Ese principio de reducción de la circulación y de la necesidad de reducir al máximo la interacción de personas en espacios cerrados ya ha sido extensamente aludido en los Decretos de Necesidad y Urgencia dictados por el PODER EJECUTIVO NACIONAL que recibieron tratamiento en el Congreso de la Nación en el marco de la Ley N° 26.122, así como en innumerables normas y comunicaciones de las diversas autoridades Provinciales y de

la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

Las diversas medidas previstas en esta ley, en cada lugar según sus modalidades, han sido adoptadas por países como Chile, Uruguay, México, Francia, Italia, España, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Finlandia, Israel, Bélgica, Suiza, entre otros.

Estas medidas fueron implementadas para frenar el aumento indiscriminado de contagios en los diversos momentos en que la situación exigió su adopción, debido al recrudecimiento de los índices de contagiosidad y mortalidad.

Países como Alemania, Francia, España, Italia, Bélgica y Países Bajos, entre tantos otros, tomaron la decisión de cerrar sus fronteras, prohibiendo el ingreso de personas de zonas afectadas por las nuevas cepas del coronavirus. En igual sentido, países como Alemania, Francia y España, recurrieron durante los meses más duros, en donde la incidencia semanal superaba un determinado número de nuevos casos cada 100.000 habitantes, toques de queda (Alemania, Países Bajos y España), cuarentenas o internación (Francia) y/o diferentes acciones de confinamiento que en mayor o menor medida propiciaron la no salida de los hogares para la gran parte de la población.

Esa clase de iniciativas siempre fueron complementarias a una serie de restricciones -como el cierre casi total de los comercios, el uso restrictivo del transporte público y la suspensión de clases presenciales- vigentes en aquellos países durante varios meses. En Francia las restricciones se han endurecido en los 16 departamentos más afectados, incluida París. En esos departamentos, solo se permitió la apertura de los negocios esenciales. Se prohibieron también los desplazamientos salvo por motivos profesionales o imperiosos. Se cerraron bares, restaurantes y locales de ocio al igual que teatros y cines, desde el mes de octubre hasta el mes de mayo del corriente año. Este nuevo confinamiento conllevaba el cierre de los centros escolares.

En Italia se propuso desde el 15 de marzo y hasta el 6 de abril, que todas las regiones que superaran la incidencia semanal de 250 nuevos casos cada 100.000 habitantes pasaran a ser "zona roja", denominación con la que se han delimitado las zonas de mayores restricciones. En aquellas se prohíben los viajes a otras regiones, toda la educación pasa a ser a distancia y cierran todas las tiendas no esenciales y restaurantes. La medida afectó a unos 42 millones de habitantes de una decena de regiones, incluida Lacio, donde se encuentra Roma. El resto del país fue calificado en la "zona naranja" de riesgo intermedio, en los que también se limitan los desplazamientos.

Como se lo ha mencionado, en España se declaró el "Estado de alarma" que se encuentra en vigor hasta el 9 de mayo de 2021. Todas las personas a partir de los 6 años se encuentran obligadas al uso de barbijo en la vía pública, en espacios al aire libre y en cualquier lugar cerrado de uso público. Así también, en su ciudad capital funciona una restricción a la circulación de 23 a las 06 horas, con cierre de cines, teatros y comercios a partir de las 22 hs., los bares y restaurantes a las 23 y se limitaron a 4 personas, las reuniones en espacios públicos cerrados (6 al aire libre). Se prohibió invitar personas no convivientes a las casas. Además se establecieron diferentes restricciones de circulación entre todas sus regiones.

En Bélgica el repunte de las cifras ha llevado a endurecer las medidas hasta finales del mes de abril del corriente año. Las reuniones al aire libre fueron limitadas a cuatro personas y las tiendas no esenciales se mantuvieron cerradas, así como los negocios de contacto. Se decidió un receso en todos los niveles educativos, excepto guarderías. Además se ha retrasado el levantamiento que estaba previsto de algunas restricciones, como la prohibición de eventos al aire libre. Después de cinco meses de cierres, los restaurantes, bares, gimnasios volvieron a abrir sus puertas.

En Países Bajos se ha anunciado que, debido al deterioro de la situación epidemiológica, no era posible

flexibilizar las restricciones. El toque de queda (que comienza una hora después, a las 10 p.m.) y otras medidas destinadas a contener el coronavirus se extendieron durante tres semanas más a las inicialmente previstas, finales del mes de abril. Teatros, cines, salas de conciertos y restaurantes llevan meses cerrados en el país. También se recomendó que las personas no viajen al extranjero hasta el 15 de mayo.

En el ámbito regional, nuestro continente no ha sido la excepción a toda esta batería de medidas restrictivas que han implementado los diferentes estados como herramienta útil y relevante disponible para combatir la pandemia oportunamente declarada por la OMS.

En ese sentido, países como Ecuador han enfrentado una situación muy crítica, advertida por su Comité de Operaciones de Emergencias (COE) nacional, en donde 16 de las 24 provincias están desde hace varias semanas en "emergencia sanitaria grave", que dio lugar al dictado del Decreto Ejecutivo N° 1921, mediante el cual se declaró el estado de excepción desde las 20:00 hs. hasta las 23:59 hs. y desde el 23 de abril hasta del 20 de mayo del 2021 por calamidad pública en 16 provincias. En igual sentido, se suspendieron las clases presenciales y se prohibieron los eventos masivos.

En Uruguay, entre otras medidas, se determinó este año suspender las clases presenciales desde marzo hasta mayo; también se procedió al cierre de las oficinas gubernamentales, gimnasios, bares, comercios no esenciales y free shops, se prohibieron los eventos sociales y se restringió la circulación entre las 0 y las 6:00 hs., todo ello con el fin de reducir la movilidad y los altos índices de contagios allí existentes.

En Chile, el gobierno estableció cuarentenas según riesgo epidemiológico, que llevaron a la suspensión de las clases presenciales hasta el mes de mayo de 2021 a más de la mitad de los establecimientos educativos del país. En igual sentido, se estableció el toque de queda de 21:00 a 5:00 hs. y sólo se habilitó el funcionamiento de supermercados y comercios esenciales, entre otras tantas medidas.

En México, la Secretaría de Educación Pública (SEP) suspendió las clases para 33 millones de estudiantes, del 20 de marzo al 20 de abril, una medida que luego se prolongó 10 días más hasta el 30 de abril del corriente año. En igual sentido se suspendieron todas las actividades laborales no esenciales y en espacios públicos como parques, centros comerciales, playas o centros deportivos y religiosos (con ciertas reaperturas).

Para finalizar, se debe destacar que todas las medidas mencionadas han tenido en miras provocar la reducción y el desaceleramiento de las curvas de contagio, con el claro objetivo de salvaguardar la vida de las personas ante la situación de extrema gravedad acontecida en el mundo entero.

En este sentido, se debe mencionar el caso paradigmático de Alemania que registró el 30 de abril de 2021 la incidencia de contagios más baja en más de dos semanas, algo que los expertos atribuyen en gran parte a las restricciones impuestas en todo el territorio durante un lapso prolongado de tiempo. Dicho país ha logrado bajar durante varios días consecutivos el promedio semanal de casos de Covid-19 por 100.000 habitantes, que se situó en 153, la cifra más baja registrada desde mediados del mes de abril del corriente año, cuando tuvo el mismo valor, según el último balance del organismo federal de vigilancia epidemiológica Instituto Robert Koch (RKI). Allí se impuso un toque de queda entre las 22:00 y las 5:00 hs, el cierre de centros de recreación, comercios y la suspensión de eventos deportivos en zonas con más de 100 nuevos casos por cada 100.000 habitantes por semana, además del cierre de espacios culturales, las restricciones de contacto y, cuando la tasa de incidencia superó los 200 casos por cada 100.000 habitantes, la suspensión de la presencialidad en los institutos educativos.

Las actividades que implican un significativo aumento de la circulación de las personas, así como aquellas que se realizan en espacios cerrados, mal ventilados o que implican aglomeraciones y no permiten respetar las medidas

de distanciamiento y el uso adecuado de barbijo, conllevan alto riesgo de transmisión del virus SARS-CoV-2.

Las medidas adoptadas por cada jurisdicción deben tomar en cuenta el cuidado de su población y de manera solidaria el impacto sobre el resto de los habitantes del país. Conforme se ha verificado en la primera ola de Covid-19, los aglomerados urbanos posteriormente expanden los contagios al resto de los departamentos y partidos con menor densidad de población.

En efecto, no se trata solo de la salud de cada una de las personas obligadas a cumplir las medidas de protección sanitaria dispuestas en forma temporaria, sino de la totalidad de los y las habitantes en su conjunto, ya que la salud pública, por las características de contagio del virus SARS-CoV-2, depende de que cada ciudadano y ciudadana cumpla con ellas, como la forma más eficaz para cuidarnos como sociedad.

La razonabilidad de las medidas, en suma, se funda en el conocimiento científico disponible y en la experiencia internacional, que ha probado las formas de transmisión del virus y por lo tanto se ha concluido que la ausencia de medidas de prevención y, en ciertos contextos, omitir medidas idóneas para reducir la circulación de personas, incrementa seriamente el riesgo de contagio.

Ante una pandemia que ha producido tanto daño a las personas y a las sociedades, la protección de la vida y de la salud pública es un deber del Estado Nacional y de cada una de las autoridades en un país federal. El establecimiento de parámetros objetivos y de medidas estipuladas para cada nivel de riesgo en el contexto de emergencia constituyen un marco necesario. En este proyecto de ley se busca no sólo dar razonabilidad a medidas temporarias y localizadas. También tiene por finalidad preservar la mayor cantidad de actividades posible sin incrementar los riesgos epidemiológicos y sanitarios. El inmenso trabajo de fortalecimiento del sistema de salud realizado desde marzo de 2020 y que continúa en la actualidad ha generado mejores condiciones para la atención de cada persona que lo necesite. Ahora bien, tanto desde la ética del cuidado, como desde la preservación de la economía, la educación y todas las actividades sociales, resulta crucial mitigar el impacto de la pandemia.

En la medida que se logren los objetivos buscados, continúe la campaña de vacunación, demos cumplimiento a las normas de cuidado y a las medidas temporarias que se adopten, necesarias para mejorar las condiciones sanitarias y evitar consecuencias muy gravosas, con mayor rapidez se recuperarán las condiciones habituales para el desarrollo integral de la vida de nuestra población.

Saludo a Su Honorabilidad con mi mayor consideración.

[1] Fallos: 316:479.

[2] Fallos: 329:4918; 338:1110.

[3] Fallos: 328:4640.

[4] Fallos: 330:4647.

[5] Fallos: 321:1684; 323:1339; 324:3569; 326:4931; 328:1708; 338:1110.

[6] Fallos: 308:943 y 333:1279, voto del juez Maqueda.

[7] Fallos: 315:1013.

[8] Fallos: 320:786.

