

**Análisis de la seroprevalencia de COVID 19 en la villa 21/24 y Zavaleta.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Noviembre 2020.**

Autores/as: Calvetti, Juan Martín, 26735236, Médico generalista; Muñoz, Emiliano, 27859585, Médico pediatra; Morales, Yaima, 19028582, Psicóloga; Pagotto, Vanina, 27402883, Médica epidemióloga; Vacchino, Diego, 24.923.403, médico clínico; Luna Lorena; Salto Julieta, 94605553, Lic. en Kinesiología y Fisiatría.

Lugar de realización: Villa 21/24 y Zavaleta.

Dirección: Osvaldo cruz 3485, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Código postal: 1437

Teléfono: 1558947425

Mail: juan calvetti@gmail.com

Fecha de realización: Noviembre 2020.

Inédito.

Tipo de trabajo y categoría temática: Epidemiología, estudio de prevalencia.

Acerca de las/os autoras/es: El equipo de investigación lo conformamos 6 trabajadores de planta de diferentes instituciones del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Somos 4 médicos/as, 1 psicóloga y 1 kinesióloga, trabajamos en el Centro de salud 8, en el área de epidemiología del Hospital Penna y en la Dirección de Salud Comunitaria del Ministerio de salud de la Ciudad.

Resumen

| |
|---|
| |
| ANÁLISIS DE LA SEROPREVALENCIA DE COVID 19 EN LA VILLA 21/24 Y ZAVALETA. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA. NOVIEMBRE 2020. |
| Calvetti, Juan Martín; Muñoz, Emiliano; Morales, Yaima; Pagotto, Vanina; Vacchino, Diego; Luna Lorena; Salto Julieta. |
| Villa 21/24 y Zavaleta.O. cruz 3485, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; 1437; 0111558947425; juan-calvetti@gmail.com |
| Trabajo de investigación, enfoque cuantitativo. |
| Trabajo inédito |
| Epidemiología |
| <p>La pandemia de COVID, en el territorio de la CABA, permitió visibilizar una vez más que las desigualdades sociales son uno de los determinantes más importantes en el proceso salud-enfermedad-atención. Analizar la seroprevalencia de COVID 19 en la población de la villa 21-24 y Zavaleta y su relación con problemáticas de salud y condiciones de vida. Estudio descriptivo, cuantitativo.</p> <p>Resultados: La seroprevalencia ponderada de COVID fue de 29,45% (n=400). Promedio de edad: 44 años; 70.93% fueron mujeres. El 50,4% tiene alguna enfermedad crónica. El 13,60% convive con una persona con discapacidad. El 23.47% refirió que tuvo cortes de agua y el 27.73% de luz. El 40% refiere que no tiene conexión de internet o es compartida.</p> <p>Conclusiones: Tuvieron más riesgo de padecer de COVID quienes tuvieron cortes de luz y de agua y quienes compartieron baño o cocina. La seroprevalencia fue 4 veces mayor que en la CABA (7,4%). Quienes tuvieron cortes de luz, de agua y compartían baño o cocina fueron los más afectados, lo que asocia a las condiciones de vida con un mayor riesgo de contagiarse. Las dificultades de conexión a internet podrían reflejar una desigualdad en el acceso a la educación virtual.</p> <p>Propuestas: Difundir los resultados a la población de villa 21/24 y a trabajadores/as de los Centros de salud. Promover trabajos que profundicen los resultados.</p> <p>Actores/trices que participaron: Epidemiología Hospital Penna, CeSAC 8, CEMAR 2, Dirección de salud comunitaria, Dirección de estadísticas y censos, ACUMAR, promotoras de salud de Villa 21/24 y Zavaleta.</p> |
| Seroprevalencia, COVID 19, desigualdad social |

Introducción

La pandemia de COVID tuvo desigualdades entre países. Esto también se traduce en el territorio de la CABA reflejando una vez más que las desigualdades sociales son uno de los determinantes más importantes en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

La Villa 21-24 y Zavaleta queda en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. En cuanto al crecimiento poblacional de la Villa 21-24 y Zavaleta, la población se triplicó en los últimos 20 años pasando de 10.822 en 1991 a 29.782 en 2010 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2012). La villa 21/24 y Zavaleta constituyen casi el 20% del total de población residente en villas y asentamientos de la ciudad. Casi la mitad de sus habitantes son población migrante proveniente de otros países: Paraguay, Perú, Bolivia y Uruguay, entre otros. Los tipos de trabajos realizados por esta población son: la construcción, el servicio doméstico, trabajadores fabriles con baja calificación (textil, confección y calzado). Un 40% de las viviendas presenta características deficitarias: piso de tierra o ladrillo suelto u otro material, no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, no disponen de inodoro con descarga de agua. También, existen viviendas precarias irrecuperables por la insuficiente calidad constructiva de sus materiales: viviendas tipo rancho, casilla, pieza en inquilinato, local no construido para habitación, vivienda móvil (Bozzola et al., 2013). No obstante estas características en común, hay situaciones heterogéneas en términos de las condiciones de vida de la población residente. La población de la Villa 21/24 presenta una alta prevalencia de anemia, enfermedades respiratorias, intoxicación por metales pesados y una “mala” salud maternal (Miller, 2014). En el catastro aparece como un espacio verde y la propiedad de la tierra no está regularizada (Bozzola et al., 2013). La villa

21-24 y Zavaleta tiene 4 centros de salud públicos dependientes del hospital Penna y un Cemar dependiente del ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Identificación, delimitación y justificación del problema

En Abril de 2020 se instaló un Detectar que depende del Cemar para realizar los testeos de covid a la población. Se realizó un trabajo conjunto entre los centros de salud, el área de epidemiología del Penna y el Cemar para intervenir en el seguimiento de las personas que tuvieron contacto estrecho con personas con covid. También, se realizó un trabajo conjunto con el comité de emergencia de villa 21-24 y zavaleta integrado por referentes de la junta vecinal, organizaciones sociales (comedores, organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales), organizaciones religiosas y las escuelas, en el que participamos los/as trabajadores/as de los centros de salud para realizar acciones en el contexto de la epidemia. De ese espacio surge la necesidad de conocer la seroprevalencia del barrio.

Antecedentes de la investigación actual:

Por su relación con la determinación social de la salud, tenemos como estudio previo relevante el ESSECO (Estudio de Seroprevalencia de Covid 19) del Barrio 31 de la Ciudad de Buenos Aires llevado a cabo entre el 10 de Junio y el 1 de Julio de 2020, cuyo resultado fue del 53,4% (95%IC, 52.8% a 54.1%). Se utilizó la misma tecnología COVIDAR IgG (Figar et al., 2020).

Entre el 8 de septiembre y el 18 de octubre de 2020 se realizó el Estudio de Seroprevalencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires incorporando conclusiones interesantes respecto a la desigualdad entre barrios urbanizados y no urbanizados. Aquel estudio presentó un valor promedio de seropositividad de

42% para barrios vulnerables y 7.4% para el resto de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020).

Seroprevalencia de anticuerpos IgG contra el SARS-CoV-2 en personas asintomáticas y paucisintomáticas en un estudio de 5 meses en Argentina. Estudio transversal basado en la población general de Santa Fe, Argentina (muestra no probabilística) llevado a cabo entre julio y noviembre del 2020. Se realizó un seguimiento de un subgrupo de 20 personas seropositivas para analizar la persistencia de los anticuerpos IgG. Para la detección de los anticuerpos IgG contra SARS-COV-2, se empleó el kit ELISA COVID-AR IgG[®]. Resultados. Hubo 3.000 participantes. De la muestra total, sólo 8,83% (n=265) presentó una reactividad de IgG contra el SARS-CoV-2. Se observó una asociación significativa entre anticuerpos IgG positivos contra el SARS-CoV-2 y antecedente de contacto con un caso confirmado. La tasa de transmisión en el hogar fue de 30% aproximadamente (Rodeles et al., 2021).

Vigilancia y Seroprevalencia: Evaluación de anticuerpos IgG para SARS-Cov2 mediante ELISA en el barrio popular Villa Azul, Quilmes, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Estudio descriptivo de corte transversal realizado a través de una muestra probabilística sistemática. El tamaño de la muestra fue de 311 casos. La presencia de anticuerpos fue del 14,8% de los casos, la mayoría en mujeres y de 40 años que no salieron a trabajar y no utilizaron transporte público (Muñoz, 2020).

Seroprevalencia de los anticuerpos IgM e IgG del SARS-CoV-2 en una población asintomática en Sergipe, Brasil. Estudio de seroprevalencia de anticuerpos dirigidos contra el SARS-CoV-2 en una población asintomática del estado de Sergipe, Brasil. Métodos. Estudio transversal con muestreo estratificado

(por sexo y edad) que incluyó pruebas serológicas de inmunofluorescencia para IgM e IgG en muestras de 3046 individuos asintomáticos. La recolección de muestras se realizó en los mercados húmedos de las 10 ciudades más pobladas de Sergipe, Brasil. Se excluyó a los individuos sintomáticos y a los trabajadores de la salud. Se registró la presencia de comorbilidades. Resultados. De los 3 046 participantes, 1 577 (51,8%) eran mujeres y 1 469 (48,2%) varones; la edad promedio fue de 39,76 (SD 16,83) años. Se consideraron válidas 2 921 pruebas para la IgM y 2 635 para la IgG. De las muestras válidas, 347 (11,9% [CI 10,7%-13,1%]) resultaron positivas para IgM y 218 (8,3% [CI 7,2%-9,4%]) para IgG (Borges et al., 2020).

Seroprevalencia de anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 en Ginebra, Suiza (SEROCoV-POP): estudio poblacional. Seroprevalencia semanal de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 en la población de Ginebra, Suiza, durante la epidemia. Serie de 12 encuestas serológicas semanales consecutivas entre los participantes seleccionados al azar de una encuesta anterior representativa de la población y los miembros de su hogar de 5 años o más. Pruebas a cada participante para detectar anticuerpos anti-SARS-CoV-2-IgG usando un ELISA disponible comercialmente. Se estimó la seroprevalencia utilizando un modelo de regresión logística bayesiano teniendo en cuenta el rendimiento de la prueba y ajustando la edad y el sexo de la población de Ginebra. A continuación, los resultados de las primeras 5 semanas del estudio. Entre el 6 de abril y el 9 de mayo de 2020, se inscribieron a 2766 participantes de 1339 hogares, con una distribución demográfica similar a la del cantón de Ginebra. En la primera semana, la seroprevalencia estimada fue del 4,8%. La estimación aumentó a 8,5% en la segunda semana, a 10,9% en la tercera semana, 6,6% en la cuarta semana y 10,8% en la quinta semana (Stringhini et al., 2020).

Objetivos generales y específicos

Analizar la seroprevalencia de COVID 19 en la población de la villa 21-24 y Zavaleta y su relación con problemáticas de salud y condiciones de vida.

Específicos:

Analizar los aspectos sociodemográficos y condiciones de vida de la población.

Analizar las problemáticas de salud de la población.

Analizar la seroprevalencia de COVID 19 en la población.

Analizar las asociaciones entre el padecimiento del COVID 19 y los aspectos sociodemográficos, condiciones de vida y problemáticas de salud de la población.

Marco teórico

Desigualdades

Existe una gran confusión al definir los conceptos de desigualdad, diferencia e inequidad en la literatura moderna (Vieira-da-Silva & Almeida Filho, 2009). Podríamos decir que la diferencia es la variedad entre semejantes, como por ejemplo, las diferencias biológicas entre varones y mujeres. La desigualdad está relacionada con la diferencia ya que nos permite comparar entre 2 grupos diferentes, su relación con el Estado y como se distribuye el poder entre los mismos (Almeida-Filho, 1999; Hugo Spinelli, 2005). Spinelli (2005), plantea que la desigualdad puede existir ya que existe una situación diferente como es la igualdad y que ambos conceptos se encuentran relacionados ya que es posible compararlos en una situación común, el ejercicio de la ciudadanía en un Estado, por lo tanto, la inclusión o la pertenencia a ese ejercicio los hace desiguales. Para que exista una

desigualdad entre dos colectivos sociales diferentes ambos deberían pertenecer a un Estado, deberían ser identificados como ciudadanos y el Estado debería identificarlos para que sean comparados en las relaciones de la distribución de poder, como por ejemplo, las desigualdades sociales vinculadas a las clases sociales (Almeida-Filho, 1999; Hugo Spinelli, 2005).

Whitehead (1992) plantea que existen siete “factores determinantes” de las diferencias en salud: 1) la variabilidad biológica; 2) la libre elección de un comportamiento que dañe la salud; 3) la ventaja transitoria de un grupo que adopta un comportamiento que promueve la salud sobre otro hasta que este tenga los medios para nivelarse rápidamente con el anterior; 4) cuando la elección de los estilos de vida se encuentran restringidos y un comportamiento daña la salud; 5) exposición a condiciones desfavorables para la salud; 6) un inadecuado acceso a los servicios de salud; 7) la relación entre la selección natural o la movilidad social y la salud. Las categorías 4, 5 y 6 y, en algunas ocasiones, también la 7 son consideradas como potencialmente evitables, por lo tanto, desigualdades en salud (Whitehead, 1992). Las desigualdades en salud reflejan, fundamentalmente, las desigualdades sociales.

Modelos asistenciales

Los modelos asistenciales son combinaciones de tecnologías¹ utilizadas en las intervenciones sobre problemas y necesidades sociales de salud (Paim, 2006, 2008). Coexisten diferentes modelos que se relacionan e interactúan en el campo de la salud. Los modelos dominantes podrían ser el modelo médico

¹ Tecnologías: “refiere a las relaciones que se establecen en el interior del proceso de trabajo entre la actividad operante y los objetos de trabajo, a través de los momentos del proceso de acuerdo a los objetivos y las finalidades del mismo” (Mehry, 2006, p. 66 apud Mendes Gonçalves, 1994, p. 18).

hegemónico centrado en la atención de enfermedades y el modelo sanitarista en donde priman las campañas, los programas y la vigilancia epidemiológica. Estos modelos se encuentran en crisis ya que se institucionalizan en políticas y prácticas sociales y se distancian de los intereses y necesidades de la mayoría de la población (Paim, 2008). Un modelo alternativo implicaría reorganizar los servicios de salud comenzando por reconocer y conocer los problemas de salud y sus determinantes sociales y culturales. Este modelo debe privilegiar la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños teniendo en cuenta las dimensiones sociales y culturales para el cuidado de la salud de las personas y grupos poblacionales (Paim, 2006, 2008).

Paim (2006, 2008) propone a la vigilancia sanitaria como una de las estrategias para la intervención, las describe como un conjunto de tecnologías dirigidas a proteger los medios de vida² y a satisfacer las necesidades sociales en un contexto determinado. Las situaciones de vulnerabilidad nos indican amenazas o deterioros de esos medios de vida. El conjunto de tecnologías que nos permitan luchar contra las vulnerabilidades encontradas tienen que ser pensadas interdisciplinariamente al interior de las instituciones y asociarlas con otras tecnologías disponibles para reorganizar los servicios de salud. La “vigilancia de la salud” combina acciones de promoción, prevención y curación e interviene de manera intersectorial sobre el territorio con la forma de operaciones (Paim, 2006).

² Medios de vida son una parte de las necesidades sociales, ya que son consumidos e incorporados en el proceso productivo, ej: energía, nutrientes, medicamentos, tecnologías, ambiente (Paim, 2001a; 2006b).

Derechos

Tanto los derechos a la salud como a la educación son considerados derechos prestación o positivos. Son aquellos que los Estados deben ofrecer pero que en épocas liberales se suele aducir falta de recursos para no cumplirlos. Son derechos de segunda generación. Rovere (1999) menciona el concepto de equidad por detrás del concepto de derecho a la salud enumerando tres tipos de equidades: 1. Equidad en la atención, 2. Equidad en la distribución de los riesgos y 3. Equidad en la distribución del saber y del poder en salud. Respecto a la segunda equidad refiere a los riesgos de enfermar, de discapacitarse o de morir por causas evitables. La palabra evitable es la clave de la lógica del derecho: un daño inevitable no configura derecho, mientras que un daño que es evitable pero no se evita, sí, porque hay un derecho que se está rompiendo.

Materiales y métodos

Realizamos un estudio descriptivo, corte transversal, cuantitativo. Nuestra unidad de análisis fueron personas mayores de 18 años que viven en Villa 21/24 y Zavaleta y que no tuvieron un resultado de COVID positivo en el último año.

Muestra: estratificada por conglomerados y aleatorizada. Se estratificó por radio censal y se tomó a cada manzana como un conglomerado, a su vez, se aleatorizó la vivienda por la cual se iniciaban las encuestas de esa manzana y de ahí se contaban diez viviendas para la siguiente encuesta y así sucesivamente. Cada manzana tenía asignada un equipo de trabajo organizado por pares de promotoras y promotores de la salud de los centros de salud y de ACUMAR.

Cada equipo partía desde un punto de la manzana asignada para arribar a la vivienda asignada. Se debía recorrer la manzana bordeando el costado derecho de la misma hasta volver al punto de inicio.

Gráfico 1. Ejemplo cartográfico de un radio censal en naranja, con su punto de inicio y su hoja de ruta.



Fuente: elaborado por el Instituto de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda y Finanzas, Ciudad de Buenos Aires.

Se realizó una entrevista por vivienda a quienes fueran mayores de 18 años y no hayan tenido diagnóstico positivo o detectable de covid 19. La/el primer/a candidata/o a ser entrevistada/o era quien cumplía primero años en el año calendario.

El estudio fue realizado en noviembre de 2020, a 5 meses del pico en la semana epidemiológica 25, gracias al exhaustivo trabajo de promotores y promotoras de salud.

Se decidió una N muestral de 400 viviendas con un Intervalo de Confianza (IC) del 95% y un margen de error del 5%.

En Argentina contamos desde Mayo 2020 con la producción nacional del test "COVIDAR IgG", desarrollo liderado por científicos del CONICET y del Instituto Leloir, que permite determinar si una persona tiene anticuerpos contra el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y utilizado con criterio epidemiológico permite evaluar la evolución de la pandemia de COVID-19.

La muestra se realizó con el equipo Serokit mediante punción capilar en el pulpejo de un dedo de la mano, se depositó la muestra en un tubo capilar de transporte y se derivó la muestra al laboratorio de Virología del Hospital de Niños Ricardo Gutierrez para ser procesada. Las características de rendimiento del kit indican una sensibilidad del 75% después de 7 días desde el inicio de síntomas y 95% después de 21 días, comparado contra RT-PCR con una especificidad del 100% (Figar et al., 2020).

Como se puede observar en el Anexo A, se encuentra la encuesta realizadas en las viviendas que se tomaron como muestra. Dentro de las variables que consideramos se encuentran: sociodemográficas, síntomas de covid y testeos previos a la entrevista, contacto estrecho con persona con covid y lugar de contacto, problemáticas de salud y condiciones de vida.

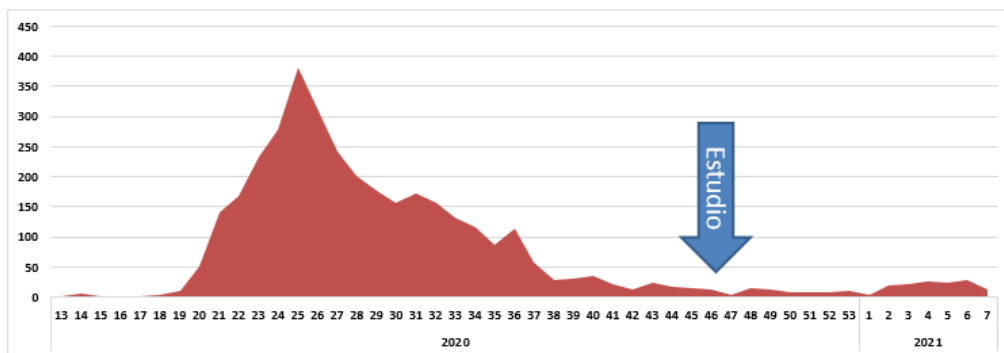
Consideraciones éticas

Trabajo aprobado por el comité de ética del ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Resultados

400 personas presentaron los criterios de inclusión para responder a la entrevista lo que representan a su vez 400 viviendas ya que se entrevistaba una persona por vivienda. El pico máximo de personas contagiadas por COVID se dio en la semana epidemiológica 25 (entre el 22/6/20 y el 28/6/20) como podemos observar en el gráfico 2, las entrevistas se realizaron unas 20 semanas después (flecha del gráfico), entre la semana 46 y 47 que corresponde a las fechas entre el 21/9/20 y el 3/10/20.

Gráfico 2. Incidencia de COVID por semana epidemiológica de la población de Villa 21/24 y zavaleta, CABA, Argentina, entre marzo de 2020 y febrero de 2021.

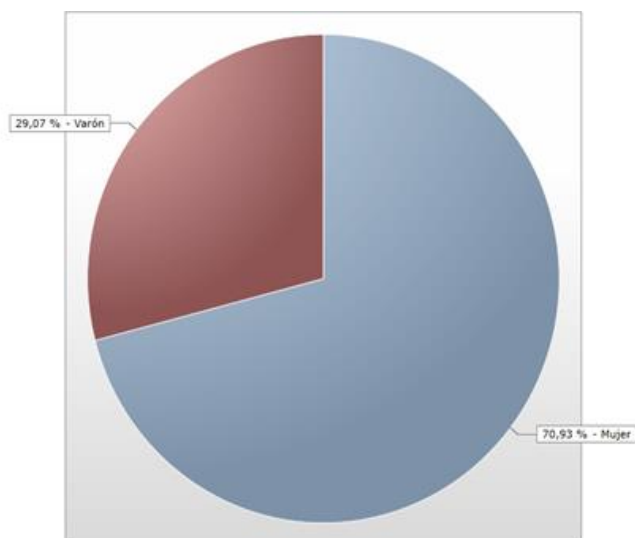


Fuente: elaboración propia con datos del equipo de epidemiología del Área Programática del Hospital Penna.

Aspectos sociodemográficos y de condiciones de vida

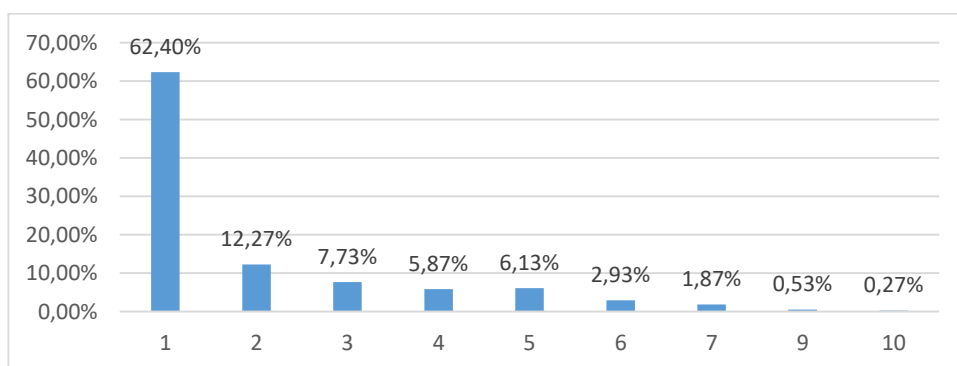
El promedio de edad de los/as entrevistados/as fue de 44 años (rango 18-89). El 70,93% de las/os entrevistados/as fueron mujeres (gráfico 3). El 98,93% contestaron que tenían documento de origen argentino y el 1,07% restante de origen paraguayo. En el 37,60% de las viviendas respondieron que conviven 2 o más familias en la misma vivienda (gráfico 4) y en el 22,40% de las viviendas más de 1 familia comparte el baño y/o la cocina.

Gráfico 3. Proporción de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según sexo, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

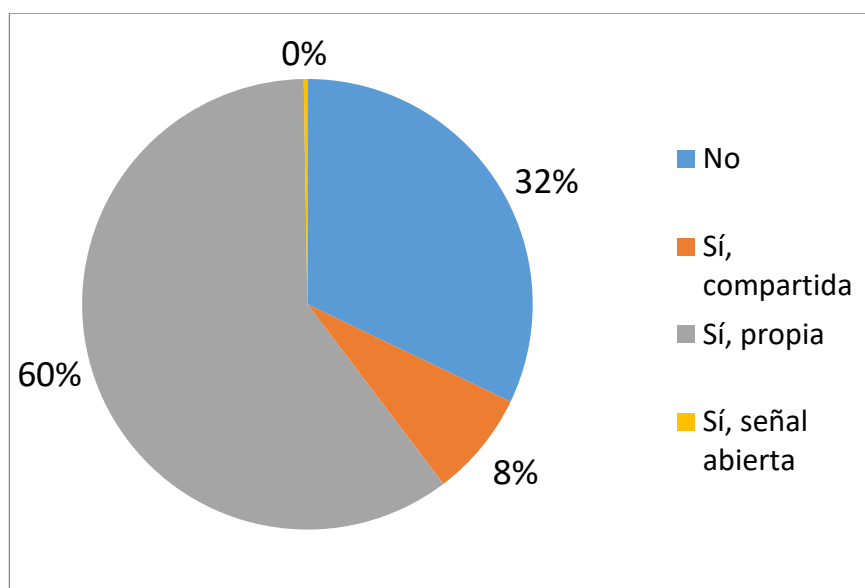
Gráfico 4. Proporción de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según cantidad de familias que conviven en la vivienda, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

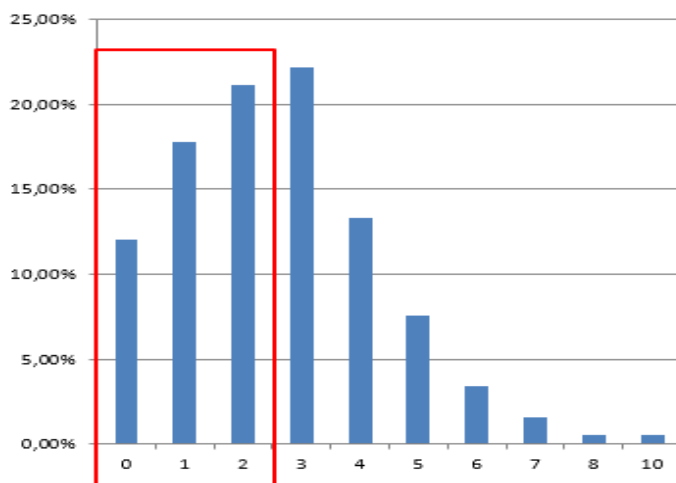
Con respecto a las condiciones de vida se indagó sobre provisión de agua, luz e internet a las viviendas. El 96,80 % respondió que tiene agua de red, pero el 23.47% refiere que tuvo cortes de agua en el último mes y el 25.60% refiere que tuvo que acumular agua en recipientes en el último año para su consumo cotidiano por falta de presión o cortes en la vivienda. El 99.20% respondió que tiene luz de red, pero el 27.73% tuvo algún corte de luz en el último mes. Por último, evaluamos la conexión a internet (gráficos 5 y 6), el 40% refiere que no tiene conexión o que la tiene que compartir y el 50% tiene menos de 2 dispositivos para conectarse a internet.

Gráfico 5. Porcentaje de la población entrevistada de Villa 21/24 y zavaleta según conexión a internet, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6. Porcentaje de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según cantidad de dispositivos de conexión a internet, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

Problemáticas de salud

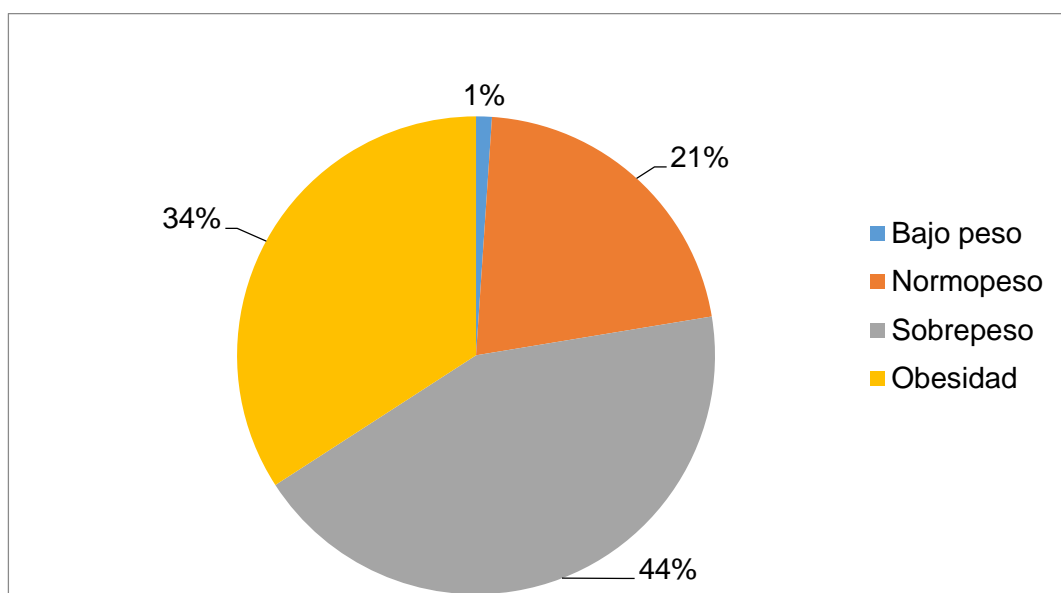
En relación a las problemáticas de salud encontramos que el 50,4 % de las personas encuestadas tenían alguna enfermedad crónica no transmisible siendo el tabaquismo (22,67%) y la hipertensión (18,67%) las más frecuentes (cuadro 1). En cuanto a sobrepeso y obesidad encontramos que el 78% de la población se encontraba en alguna de estas 2 categorías (gráfico 7).

Cuadro 1. Porcentaje de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según cantidad de dispositivos de conexión a internet, CABA, Argentina, septiembre 2020.

| Enfermedad | Prevalencia |
|-------------------------------|-------------|
| Fumador/a | 22,67% |
| Hipertensión | 18,67% |
| Diabetes | 10,67% |
| Otra enfermedad crónica grave | 10,13% |
| Enfermedad cardiovascular | 5,87% |
| Enfermedad pulmonar crónica | 5,87% |
| Cáncer | 0,27% |

Fuente: elaboración propia.

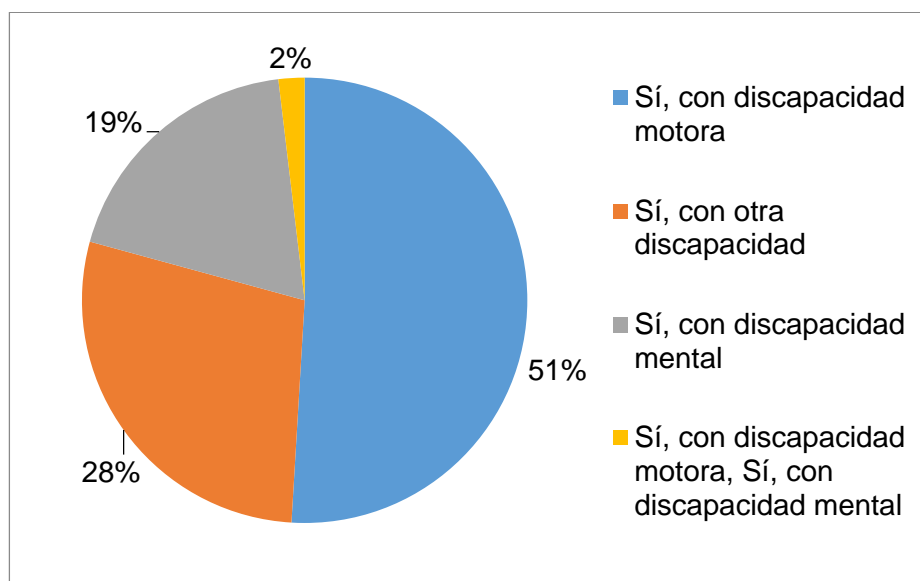
Gráfico 7. Porcentaje de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según categoría de peso, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

El 13,60% respondió que hay alguna persona con discapacidad en la vivienda, de los cuales el 51% correspondía a discapacidad motora (gráfico 8). El 1,83% respondió que hay alguna persona electrodependiente en la vivienda.

Gráfico 8. Porcentaje de la población que respondió que convive con alguna persona con discapacidad entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según tipo de discapacidad, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

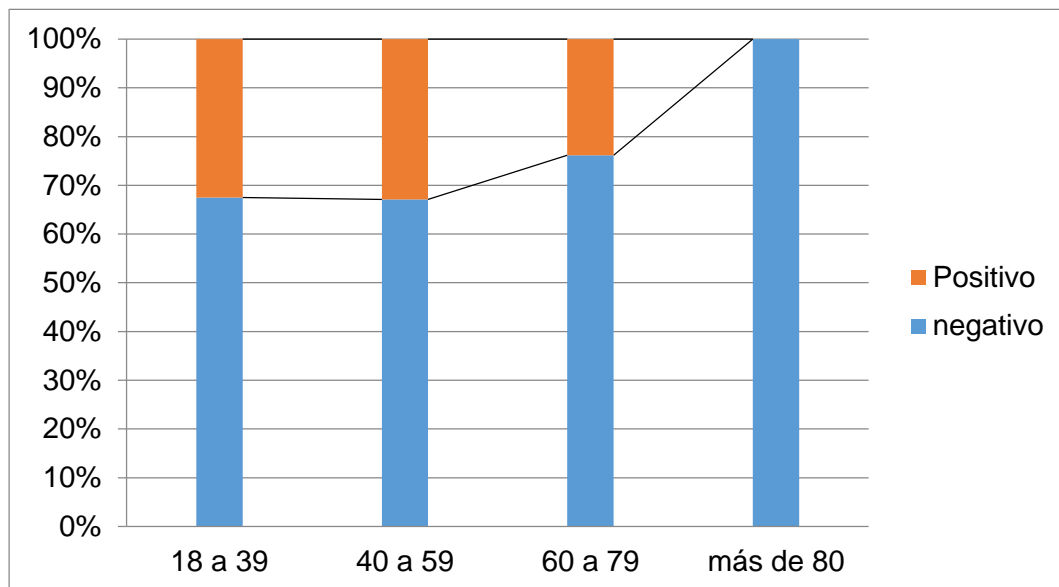
Asociaciones con el padecimiento de COVID

Por último, presentamos los resultados de las serologías hechas en las viviendas. El 29,45%³ (IC95% 28,89 - 30,00) tuvo un resultado positivo para

³ Este resultado es la prevalencia ponderada de la población. El factor de expansión de cada persona encuestada fue determinado por la Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

anticuerpos contra COVID 19. Pudimos observar también que la positividad de los resultados disminuye a partir de los 60 años de edad (gráfico 9).

Gráfico 9. Índice de positividad de la población que respondió que convive con alguna persona con discapacidad entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según rango etario, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, realizamos el análisis multivariado ponderado de las variables: contacto con una persona con COVID, cortes de agua o luz y resultado de la serología. Encontramos que las personas que habían tenido contacto con una persona con COVID y que habían tenido cortes de agua y/o luz en el último mes tendían una mayor probabilidad de tener un resultado positivo para serología de COVID 19 (odds ratio: 1,59; IC 95% 1,50 – 1,68; $p < 0.05$) al igual que las personas que habían tenido contacto y que compartían baño y/o cocina (odds ratio: 1,44; IC 95% 1,35 – 1,53; $p < 0.05$) (ver anexo B).

Discusión

Encontramos que en 1 de cada 3 viviendas viven más de 2 familias y que en 1 de cada 5 comparten baño y cocina. Además, si bien la cobertura de red eléctrica y de agua fueron altas, los cortes fueron muy frecuentes, se dieron en casi en 1 de cada 4 de las viviendas, y el 25% refirió que tuvo que acumular agua en recipientes para consumo familiar. Todas estas condiciones dificultan las posibilidades de la población para realizar las medidas de distanciamiento, aislamiento e higiene necesarias para disminuir el riesgo de COVID. Esto se refleja en el hecho de que 1 de cada 3 personas tuvieron un resultado positivo en la serología de COVID, que fue 4,5 veces mayor al compararlo con el resto de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020). También pudimos observar una asociación entre haber tenido un resultado positivo en la serología de COVID y haber contacto estrecho con una persona con COVID en viviendas con cortes de agua y/o luz y en viviendas que comparten baño y cocina 2 o más familias.

Cuando comparamos los resultados con el estudio de la villa 31 y el de los barrios vulnerables hecho en la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020; Figar et al., 2020) pudimos observar que la prevalencia era menor. Esto se podía estar relacionando con que la distancia entre el pico de casos y el estudio fue mayor, consecuentemente podría haber un mayor porcentaje de seronegativización. Pero, también, consideramos que las medidas de protección que se llevaron adelante desde el comité de emergencia de villa 21-24 y Zavaleta pudieron mediar en esta diferencia, por ejemplo: las organizaciones sociales se dividieron el territorio para asistir adultos mayores y personas con factores de riesgo y les llevaban la medicación y los bolsones de comida para que no tuvieran que movilizarse. Los centros de salud y el CEMAR armamos una red

de acompañamiento de contactos estrechos y de asistencia a familias en aislamiento por contacto estrecho articulando con el Instituto de la Vivienda de la Ciudad quienes proveían de bolsones de comida e higiene a las familias, entre otras.

Conclusiones

Como pudimos observar en los resultados se refuerza la relación entre las condiciones de vida, la desigualdad social y la desigualdad de enfermar. La articulación entre los diferentes efectores de salud y la participación de los/as trabajadores/as de salud en espacios de trabajo comunitarios contribuyó a mitigar la epidemia de COVID, especialmente en personas mayores de 60 años, en villa 21/24 y Zavaleta.

Propuestas

Difundir los resultados a la población de villa 21/24 y a trabajadores/as de los Centros de salud. En nuestro caso ya realizamos reuniones con los/as referentes barriales para difundir los resultados y con los/as trabajadores/as de los centros de salud.

Promover trabajos que profundicen los resultados. Al ser un estudio descriptivo aparecieron varias hipótesis para profundizar.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva:

Consideramos que este trabajo es relevante ya que fue planificado con referentes barriales a partir de un espacio de trabajo en común, fue diseñado de manera interdisciplinaria y llevado adelante por las promotoras de salud que viven en el barrio. La experiencia de esta investigación y la participación de la comunidad en la confección nos enriquece la mirada sobre el proceso salud-enfermedad-

atención. El trabajo territorial fue fundamental para poder llevar adelante esta investigación y la articulación con actores/trices ministeriales nos permitió acercar las políticas al territorio. Los resultados se deben considerar en su contexto socio-cultural aunque nos permite repensar la relación entre el COVID y las condiciones de vida.

Bibliografía

Almeida-Filho, N. (1999). Desigualdades de salud en funcion de las condiciones de vida: Analisis de la produccion cientifica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. *Desigualdades de salud en funcion de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada*, 153-153.

Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista: Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Borges, L. P., Martins, A. F., Melo, M. S. de, Oliveira, M. G. B. de, Neto, J. M. de R., Dósea, M. B., ... Souza, D. R. V. de. (2020). Seroprevalence of SARS-CoV-2 IgM and IgG antibodies in an asymptomatic population in Sergipe, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.108>

Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.

Czeresnia, D., Freitas, C. M. de, & García de la Santa, C. (Eds.). (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (1. ed). Buenos Aires: Lugar Ed.

Dirección General de Estadísticas y Censos, M. de H. y F., CABA. (2020). *Encuesta de Seroprevalencia de COVID-19. Ciudad de Buenos Aires. Informe de*

Resultados 1501. Recuperado de

https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/11/ir_2020_1501.pdf

Figar, S., Pagotto, V., Luna, L., Salto, J., Manslau, M. W., Mistchenko, A. S., ... Quirós, F. G. B. de. (2020). Community-level SARS-CoV-2 Seroprevalence Survey in urban slum dwellers of Buenos Aires City, Argentina: A participatory research. *MedRxiv*, 2020.07.14.20153858.

<https://doi.org/10.1101/2020.07.14.20153858>

Hugo Spinelli. (2005). Condiciones de salud y desigualdades sociales: Historias de iguales, desiguales y distintos. En M. C. Minayo & C. Coimbra, *Críticas e Atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. (pp. 315-332). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1979). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach* (3d ed). Huntington, N.Y: R. E. Krieger.

Merhy, E. E., & Vega, L. I. N. D. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Muñoz, L. (2020). *Surveillance and Seroprevalence: Evaluation of IgG antibodies for SARS-Cov2 by ELISA in the popular neighborhood Villa Azul, Quilmes, province of Buenos Aires, Argentina*. Recuperado de

<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/ppcovidwho-4606>

Paim, J. S. (2006). Vigilancia de la salud: De los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En D. Czeresnia, C. M. de Freitas, & C. García de la Santa (Eds.), *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (1. ed). Buenos Aires: Lugar Ed.

Paim, J. S. (2008). Modelos de atencao a saude no Brasil. En L. Giovanella (Ed.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 547-573). Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde.

Pinheiro, R., & Travassos, C. (1999). Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 15. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300005>

Rodeles, L. M., Peverengo, L. M., Benítez, R., Benzaquen, N., Serravalle, P., Long, A. K., ... Vicco, M. H. (2021). Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG in asymptomatic and pauci-symptomatic people over a 5 month survey in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.66>

Rovere, M. (1999). *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Spinelli, H. (2004). *Salud colectiva: Cultura, instituciones y subjetividad : epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Vieira-da-Silva, L. M., & Almeida Filho, N. de. (2009). Equidade em saúde: Uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(suppl 2), s217-s226. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>

Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

Stringhini, S., Wisniak, A., Piumatti, G., Azman, A. S., Lauer, S. A., Baysson, H., ... Guessous, I. (2020). Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): A population-based study. *The Lancet*, 396(10247), 313-319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31304-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31304-0)

Anexos

A. ENCUESTA



Estudio de Seroprevalencia
COVID-19 CABA.
ESECO202 - Cuestionario SPA

🏠 DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Área _____ Barrio _____ Comuna _____ Fracción _____ Radio _____ Manzana _____ Casa/Enc. _____
Calle _____ Nro. _____ Piso _____ Dpto. _____ Hab. _____ Torre/Cuerpo _____

👤 DATOS DEL RELEVADOR

Apellido y Nombre _____ N° _____

(CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - LEY 17.622)

"Artículo 18: Las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial, ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieren."

📅 DATOS DE LA VISITA

F1

Visitas efectuadas a la vivienda

| N° | FECHA | HORA | OBSERVACIONES |
|----|----------|------|---------------|
| 1 | / / 2020 | | |
| 2 | / / 2020 | | |
| 3 | / / 2020 | | |
| 4 | / / 2020 | | |
| 5 | / / 2020 | | |
| 6 | / / 2020 | | |
| 7 | / / 2020 | | |
| 8 | / / 2020 | | |

Observaciones

DV1

¿Puede realizar la entrevista? 1. Si 2. No → DV3

DV2

Fecha de la entrevista _____ / _____ / 2020

DV4

¿Alguna persona de esta vivienda fue diagnosticada con COVID-19 positivo hace menos de 14 días? 1. Si → FIN DE LA ENTREVISTA 2. No

DV5

¿En esta vivienda vive y está presente alguna persona de 18 años o más? 1. Si → CP 2. No → FIN DE LA ENTREVISTA

DV3

¿Por qué motivo no pudo realizar la entrevista?

1. La vivienda está deshabitada

2. La vivienda está demolida

3. La vivienda se usa solo los fines de semana o muy esporádicamente

4. La vivienda está en construcción y allí no vive nadie

5. La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial

6. En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada

7. Los habitantes de la vivienda están ausentes

8. Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados

9. Otras causas

 ↳ Especifique _____

HABITANTES DE LA VIVIENDA

F2

CP ¿Cuántas personas viven habitualmente en esta vivienda?

| | P1 | P2 | P3 | P4 |
|----|---|---|--|--------------------------------------|
| | Por favor, nombre todas las personas que habitan esta vivienda, empezando por usted. No olvide bebés y niños. | Sexo (declarado por el encuestado/a) | ¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento? Si tiene menos de un año anotar 0 | ¿cuál es el próximo en cumplir años? |
| 1 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 2 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 3 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 4 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 5 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 6 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 7 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 8 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 9 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |
| 10 | | 1. Varón <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> | | |

FORMULARIO INDIVIDUAL

F3

P12 Nombre de la persona seleccionada _____

SP1 ¿La persona seleccionada está presente? 1. Sí → S1
2. No

SP2 N° celular: _____

SP3 Teléfono fijo: _____

SP4 Pactar cita: _____ / ____ / 2020
_____ hs. → **VOLVER A VISITAR**

SP6 Retomar la entrevista 1. Sí
2. Ausente reiterado
3. Rechazo → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S1 ¿La persona seleccionada aceptó firmar el consentimiento? 1. Sí 2. No → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S2 ¿La persona seleccionada aceptó contestar el cuestionario? 1. Sí 2. No → **FIN DE LA ENTREVISTA**

S3 ¿La persona seleccionada aceptó realizarse el test? 1. Sí 2. No → **FIN DE LA ENTREVISTA**

D1 ¿Alguna vez le hicieron la prueba para ver si estaba infectado/a con COVID-19 con una muestra de la garganta o la nariz? 1. Sí 2. No → D6

D2 ¿Cuántas pruebas le hicieron? 1. Una
2. Más de una → D3 ¿Cuántas?

D4 ¿Hace cuánto le hicieron la última prueba? 1. Menos de 14 días
2. 14 días o más

D5 ¿Cuál fue el resultado de la última prueba? 1. Positivo → **VERIFIQUE SI D4 = 1 (menos de 14 días) FIN DE LA ENTREVISTA**
2. Negativo
9. No sabe

D6 En los últimos dos meses, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas...
1. fiebre? 1. Sí 2. No
2. escalofríos? 1. Sí 2. No
3. cansancio intenso? 1. Sí 2. No
4. dolor de garganta? 1. Sí 2. No
5. tos? 1. Sí 2. No
6. sensación de falta de aire al respirar? 1. Sí 2. No
7. dolor de cabeza? 1. Sí 2. No
8. náuseas o vómitos o diarrea? 1. Sí 2. No
9. pérdida súbita de sentido del olfato o gusto? 1. Sí 2. No

Si respondió 1. Sí a alguno de los síntomas en D6:

D7 ¿Seguís sintiendo alguno de esos síntomas en las últimas 2 semanas? 1. Sí 2. No

Estudio de Seroprevalencia 21.24 - Encuesta de Hogares

CÓDIGO DE MUESTRA -

1. ¿Qué cantidad de familias viven en la vivienda?
- 1
 2
 3
 __
2. ¿Qué cantidad de familias comparten baño y/o cocina?
- 0
 1
 2
 __
3. ¿Hay servicio de agua de red (agua corriente)?
- Sí
 No
4. ¿Hay servicio de energía eléctrica por red domiciliaria?
- Sí
 No
5. Cortes de agua en el último mes:
- 0
 1
 2
 __
6. Cortes de luz en el último mes:
- 0
 1
 2
 __
7. ¿Tuvieron que acumular agua en recipientes en el último año?
- Sí
 No
8. ¿Hay personas con discapacidad en la vivienda?
- Sí, con discapacidad motora
 Sí, con discapacidad mental
 Sí, con otra discapacidad
 No
9. ¿Hay alguna persona con algún problema de salud que dependa de la electricidad para vivir?
- Sí
 No
10. ¿Cuenta con conexión a internet desde su hogar?
- Sí, propia
 Sí, compartida
 Sí, señal abierta
 No
11. ¿Con cuántos dispositivos para conectarse a internet cuentan en la casa (computadora, tablet, teléfono celular, etc.)?
- 0
 1
 2
 __

B. RESULTADOS DE ANÁLISIS MULTIVARIADO PONDERADO

Cuadro A. Frecuencia absoluta ponderada de la relación entre haber tenido contacto con una persona con COVID, haber tenido corte de agua y/o luz y el resultado de la serología de la población encuestada de Villa 21/24 y Zavaleta, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, septiembre 2020.

| ¿Tuvo contacto con persona con COVID? | Corte de luz y/o agua | Resultado IgG | | Total |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------|----------|-------|
| | | Negativo | Positivo | |
| No | No | 9254 | 3202 | 12456 |
| | Si | 4789 | 2562 | 7351 |
| Si | No | 2915 | 1010 | 3925 |
| | Si | 808 | 529 | 1337 |
| Total | | 17766 | 7303 | 25069 |

Fuente: elaboración propia.

Cuadro B. Frecuencia absoluta ponderada de la relación entre haber tenido contacto con una persona con COVID, comparten baño y/o cocina y el resultado de la serología de la población encuestada de Villa 21/24 y Zavaleta, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, septiembre 2020.

| ¿Tuvo contacto con persona con COVID? | Comparten baño y/o cocina | Resultado IgG | | Total |
|---------------------------------------|---------------------------|---------------|----------|-------|
| | | Negativo | Positivo | |
| No | No | 10444 | 4428 | 14872 |
| | Si | 3599 | 1336 | 4935 |
| Si | No | 3557 | 830 | 4387 |
| | Si | 166 | 709 | 875 |
| Total | | 17766 | 7303 | 25069 |

Fuente: elaboración propia.