

DT

Documentos de Trabajo

N° 88

Agosto 2023

LAS DIMENSIONES  
SOCIO-ESPACIALES  
DE LA SALUD EN TIEMPOS  
DE PANDEMIA

EL IMPACTO DEL COVID-19 EN EL SUR  
DEL CONURBANO BONAERENSE

María Maneiro  
Juan Pablo Borda  
Ariel Hernán Farías  
Soledad Fernández Bouzo  
(Coordinadores)



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

**IGG|GINO**  
GERMANI

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES





INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
**IIGG** | **GINO**  
**GERMANI**  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Instituto de Investigaciones Gino Germani  
Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

[www.iigg.sociales.uba.ar](http://www.iigg.sociales.uba.ar)

Los Documentos de Trabajo dan a conocer los avances de investigación de los investigadores y equipos del IIGG. Todos los trabajos son arbitrados por especialistas.

Maneiro, María

Las dimensiones socio-espaciales de la salud en tiempos de pandemia /  
María Maneiro ; Compilación de Juan Pablo Borda ; Ariel Hernán Farías ;  
Soledad Fernández Bouzo. - 1a ed compendiada. - Ciudad Autónoma de  
Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino  
Germani - UBA, 2023.

Libro digital, PDF - (Documentos de trabajo ; 88)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-950-29-1974-4

1. Sociología Urbana. 2. Desigualdad Social. 3. Salud Pública. I. Borda, Juan  
Pablo, comp. II. Farías, Ariel Hernán, comp. III. Fernández Bouzo, Soledad,  
comp. IV. Título.  
CDD 301

Agosto de 2023



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

# LAS DIMENSIONES SOCIO-ESPACIALES DE LA SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA

## El impacto del COVID-19 en el sur del conurbano bonaerense

### Resumen

La pandemia de COVID-19 supuso un quiebre de la normalidad, una irrupción que alteró las dinámicas sociales y reconfiguró las distintas instancias articuladoras del vínculo social: Estado, mercado, comunidad y familia. Movilizados por los efectos de la propagación del virus en territorios que estudiamos desde hace años, conformamos un equipo de trabajo interdisciplinar bajo el entendimiento de que las ciencias sociales pueden aportar al conocimiento y la forma de gestión política de la pandemia, ya que la incidencia y la letalidad del COVID-19 se enlazan a pautas de sociabilidad y movilidad que sólo se tornan inteligibles mediante el conocimiento riguroso.

Este documento de trabajo compila un conjunto de informes que describen la expansión del virus SARS CoV-2 en el sur del conurbano bonaerense (Región sanitaria VI) a partir de dimensiones de análisis múltiples. Para ello se articularon metodologías diversas. Nuestras preguntas requirieron la combinación del análisis estadístico, a partir de la articulación de diferentes fuentes de datos, con el estudio de casos paradigmáticos que tornaron inteligible aquello que no era posible visualizar de otra manera.

El tiempo y el espacio constituyen dimensiones articuladoras de las distintas temáticas tratadas en los informes. Se encuentra detrás del enfoque adoptado la pregunta acerca de las heterogeneidades existentes bajo el término conurbano, como forma de nombrar un espacio social altamente complejo que suele aparecer bajo una imagen monocromática en los discursos mediáticos. En relación con la dimensión temporal establecimos periodizaciones específicas que atendieron a la heterogeneidad social de los territorios bajo estudio. Respecto de la dimensión espacial, realizamos un análisis que se desplegó en tres escalas: las coronas, las jurisdicciones departamentales y los radios censales. Los hallazgos nos permitieron observar el impacto que tuvo la pandemia en las múltiples dimensiones de la desigualdad social que presenta el sur del conurbano bonaerense e, incluso en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en su conjunto.

**Palabras clave:** Sociología urbana, Desigualdad social, Determinantes sociales de la Salud, COVID-19, Área Metropolitana de Buenos Aires

# THE SOCIO-SPATIAL DIMENSIONS OF HEALTH IN TIMES OF PANDEMICS

## The impact of COVID-19 in the south of Greater Buenos Aires

### Abstract

The COVID-19 pandemic was a break from normality, an irruption that altered social dynamics and reconfigured the different articulating instances of the social bond: the state, the market, the community and the family. Mobilised by the effects of the virus spread in territories which we have been studying for years, we formed an interdisciplinary working team with the understanding that the social sciences can contribute to the knowledge and political management of the pandemic, since the incidence and lethality of COVID-19 are linked to patterns of sociability and mobility that only become intelligible through rigorous knowledge.

This working paper compiles a set of reports describing the spread of the SARS CoV-2 virus in the south of Greater Buenos Aires (Sanitary Region VI) based on multiple dimensions of analysis. For this purpose, different methodologies were used. Our questions required the combination of statistical analysis, from the articulation of different data sources, with the study of paradigmatic cases that made intelligible what was not possible to visualise in any other way.

Time and space are dimensions that articulate the different themes dealt with in the reports. Behind the approach adopted is the question of the heterogeneities that exist under the term “conurbano”, as a way of naming a highly complex social space that usually appears under a monochromatic image in media discourses. In relation to the temporal dimension, we established specific periodisations that took into account the social heterogeneity of the territories under study. As regards to the spatial dimension, we carried out an analysis that was deployed on three scales: belts, departmental jurisdictions and census radiuses. The findings allowed us to observe the impact of the pandemic on the multiple dimensions of social inequality in the south of Greater Buenos Aires and even in the Buenos Aires Metropolitan Area as a whole.

**Keywords:** Urban sociology, Social inequality, Social determinants of Health, COVID-19, Buenos Aires Metropolitan Area

# LOS AUTORES

**María Maneiro** – mariamaneiropinhero@gmail.com

Licenciada en Sociología y Magíster en Investigación en Ciencias Sociales por la UBA, Doctora en Ciencias Humanas con mención en Sociología por IUPERJ (Brasil). Investigadora adjunta en el CONICET con sede en el IIGG/UBA. Profesora adjunta a cargo del Seminario de investigación “Explorando la periferia: Sociabilidades y representaciones sociales en los barrios segregados del Gran Buenos Aires” de la Carrera de Sociología de la UBA. Se especializa en estudios sobre las formas de sostenimiento de la vida en barrios de la periferia de GBA. Ejerció la coordinación de este proyecto y la producción general de los informes.

**Juan Pablo Borda** – juanpablo\_borda@hotmail.com

Médico UNLP, especialista en Medicina General y/o Medicina Familiar. Jefe de Residentes de Medicina General y/o Medicina Familiar de HZGDA “Evita Pueblo” de Berazategui (Período 2020-2021). Médico de planta HZGDA “Evita Pueblo” de Berazategui y en Atención Primaria de la Salud en el CAPS Villa Augusta, Ezpeleta de Quilmes. Colaborador docente Práctica Final Obligatoria de Medicina de la UNLP. Docente de Medicina en la UNAJ (2019-2020). En este proyecto aportó materiales, descripciones y correcciones desde su especialidad.

**Ariel Hernán Farias** – farias.arielhernan@gmail.com

Licenciado y profesor en Sociología (UBA), Magister en Ciencias Sociales del Trabajo (UBA) y doctorando en Ciencias Sociales (UBA). Ha participado en diversos proyectos dedicados al análisis de los procesos de marginalización de la clase trabajadora y sobre las formas que asume la heterogeneidad social en diversos territorios. En este marco realizó publicaciones acerca de la heterogeneidad laboral, los procesos de estratificación socio-espaciales y las segmentaciones de la ciudadanía. En estos informes produjo insumos sobre las desigualdades socio-espaciales.

**Soledad Fernández Bouzo** – soledad.fernandezbouzo@gmail.com

Socióloga y Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Investigadora asistente del CONICET en el IIGG/FSOC UBA. Integra el Área de Estudios Urbanos. También trabaja como profesora adjunta a cargo de la materia "Teoría y praxis de los ecofeminismos. Imaginaciones socioecológicas para la postpandemia", carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. En el proyecto participó en la construcción de datos cualitativos sobre problemáticas de salud en ambientes degradados y formas de organización de los cuidados.

**Santiago Nardin** – santiagonardin@gmail.com

Licenciado en Sociología y Doctor en Ciencias Sociales por la UBA, Magíster en Estudios Urbanos (UNGS). Investigador-docente en el Instituto del Conurbano y docente en la carrera de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). En el proyecto participó en los relevamientos de noticias, publicaciones oficiales y normativa, así como en la revisión y edición de los informes.

**Diego Pacheco** – dapacheco.87@gmail.com

Licenciado en Sociología por la UBA, doctorando en Ciencias Sociales (UBA) con beca UBACyT con lugar de trabajo en el Instituto de investigaciones Gino Germani (IIGG). Es docente en el Seminario de Investigación “Explorando la periferia: Sociabilidades y representaciones sociales en los barrios segregados del Gran Buenos Aires” de la carrera de sociología de la UBA. En el proyecto desempeñó el trabajo de procesamiento y análisis de datos. Obtuvo también la beca “Fundatos II” a través de la fundación FundAr.

**Leónidas Hernán Olivera** – lholivera@gmail.com

Licenciado en Informática (UNLP). Profesional Principal en IGEVET (CONICET-UNLP). Docente en la Facultad de Informática (UNLP). Consultor en sistemas de información geográfica, modelos urbanos y territoriales y ciencia de datos para instituciones de investigación y estatales a nivel municipal, provincial y nacional. En el proyecto participó en la georeferenciación y análisis espacio-temporal de datos de casos confirmados de COVID-19.

# Índice

Prólogo .....	1
Introducción .....	7
Bibliografía .....	10
PRIMER REPORTE .....	11
Presentación de la propuesta. Objetivos y forma de trabajo.....	11
Región sanitaria VI: Contextualización del sur del GBA en el contexto histórico ...	11
Bibliografía .....	14
SEGUNDO REPORTE .....	15
Casos confirmados de COVID-19 en la Región sanitaria VI, datos y primeras líneas interpretativas.....	15
Bibliografía .....	20
Fuentes .....	20
TERCER REPORTE .....	21
Trabajadores de la Región sanitaria VI en el contexto del COVID-19 .....	21
Caracterización socio-ocupacional de la Región VI.....	21
COVID-19 en la Región VI.....	25
El COVID-19, los trabajadores esenciales y los riesgos .....	28
Palabras finales .....	32
Bibliografía .....	32
Fuentes .....	33
CUARTO REPORTE .....	34
Nuevo momento en la expansión del virus: datos, interrogantes y aportes desde las ciencias sociales .....	34
Palabras finales .....	43
Bibliografía .....	43
Fuentes .....	44
QUINTO REPORTE .....	45
Un abordaje desde el problema del diagnóstico y la atención.....	45
El diagnóstico.....	45
Los casos confirmados. Su evolución .....	49
Unidades de terapia intensiva (UTI) .....	52



Palabras finales .....	56
Bibliografía .....	57
Fuentes .....	58
<b>SEXTO REPORTE</b> .....	<b>59</b>
El COVID-19 a escala intra-municipal: el peso de las desigualdades socio-territoriales, los riesgos ambientales y la situación sanitaria en los barrios populares .....	59
Introducción .....	59
La dinámica temporal: la Región sanitaria VI en contexto .....	60
Espacialidades. Primera dinámica centro-periferia .....	63
Segunda dinámica centro-periferia .....	67
Palabras finales .....	73
Bibliografía .....	74
Fuentes .....	74
<b>SÉPTIMO REPORTE</b> .....	<b>75</b>
El COVID-19 durante el ASPO. Panorámica y análisis de la relación entre el COVID-19 y la vulnerabilidad socio-económica .....	75
La evolución del COVID-19 durante el ASPO .....	75
La Región sanitaria VI: el COVID-19 durante el ASPO.....	77
Un modelo para abordar la vulnerabilidad socio-económica a nivel territorial .....	81
El aislamiento, la asistencia en salud y el territorio: un estudio de caso a partir del Barrio La Matera .....	87
Palabras finales .....	90
Bibliografía .....	90
Ficha Técnica del trabajo de campo .....	91
<b>OCTAVO REPORTE</b> .....	<b>92</b>
El devenir de la pandemia en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Una mirada general del proceso y algunas reflexiones desde el prisma de la movilidad y las desigualdades.....	92
La pandemia.....	93
El Área Metropolitana de Buenos Aires .....	94
El AMBA ante la crisis por COVID-19.....	96
Sexo, roles de género y COVID-19 .....	104
La movilidad como muestra de organicidad del AMBA: impacto del ASPO y del DISPO.....	106
Palabras finales .....	110
Bibliografía .....	111

NOVENO REPORTE .....	113
El Plan de vacunación contra el COVID-19 en el AMBA. Un abordaje socio-territorial del proceso de aplicación .....	113
Introducción .....	113
El COVID-19 durante los años 2020-2021: los datos en el tiempo.....	114
Revisita al AMBA .....	116
El Plan Estratégico de Vacunación (PEV) desde su recepción .....	117
La vacunación y la desigualdad socio-espacial .....	121
Palabras finales .....	126
Bibliografía .....	127

# Prólogo

**Sebastián Ezequiel Sustas**

CONICET - UNPAZ / Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UBA

Los informes que se presentan compilados en esta publicación muestran el aporte de las ciencias sociales a la comprensión, análisis e identificación de desafíos de orden público enmarcados en un contexto complejo signado por la pandemia del COVID-19 y las medidas tomadas para su control y mitigación de daños a la salud por parte de los diferentes niveles de gobierno. Ofrecen una mirada centrada en una población particular: municipios que conforman la región sanitaria VI (RSVI) de la provincia de Buenos Aires.

La lectura de los informes permite reconstruir los diferentes climas sociales por los cuales hemos transitado, particularmente durante el primer año de la pandemia. También, al ser informes periódicos, permiten observar las maneras en que son analizadas las medidas tomadas por las autoridades sanitarias, y el desafío de la obtención y sistematización de datos para posteriores análisis. En conjunto ofrecen una mirada que permite observar las formas en que se expresan problemáticas emergentes y el impacto relativo de las medidas en diálogo con los conocimientos acumulados de investigaciones previas con anclaje territorial realizadas por parte de las y los investigadores que llevaron adelante la redacción de los informes.

El corpus de investigaciones antecedentes, algunas de ellas interrumpidas entonces por las limitaciones a la circulación, establecen el marco sobre el cual se presentan los análisis a nivel de la RSVI, los municipios que la componen y también algunos estudios de casos a nivel barrial. Esta perspectiva retoma una tradición de larga data en nuestra región, como lo son los estudios enmarcados en la *Medicina Social Latinoamericana*. Situar en esta perspectiva, implica la comprensión de la salud en términos complejos, superar el reduccionismo biomédico que identifica las problemáticas a nivel individual, y habilitar una lectura que incorpore diferentes niveles: además del individual, el de los grupos familiares y comunitarios y el macrosocial.

La nueva enfermedad producida por el virus SARS CoV-2 se expresa a nivel individual generando daño a la salud, donde diferentes comorbilidades y aspectos sociodemográficos pueden implicar potenciales acentuaciones de los riesgos. A nivel de los grupos familiares y comunitarios emergen una serie de dimensiones posibles de ser agrupadas en los *Determinantes Sociales de la Salud*: las características sociodemográficas agrupadas, los tipos de trabajo, sus dinámicas y marcos regulatorios, las características socio ambientales como los tipos de viviendas, el acceso a bienes y servicios estructurales (agua segura, desagote de excretas, cuartos suficientes para evitar hacinamiento, o ventanas para la circulación cruzada, entre otros), las formas de consumo y abastecimiento de productos básicos, la relación con el entorno, como así también la organización de los soportes sociales que se construyen a nivel supraindividual. Asimismo, estas dimensiones relativas a las condiciones de vida deben ser pensadas en relación con la dimensión de la circulación en y entre barrios, localidades, municipios y jurisdicciones. Finalmente, a nivel macrosocial se sitúan las

formas en que se estructuran las jerarquías sociales -con diferentes niveles de exclusión e inclusión- y el sistema político administrativo, lugar de donde emergen los ejes que delinear la gestión sanitaria de la pandemia.

En el informe se realizan descripciones orientadas a la generación de escenarios locales, permitiendo así exponer el inicio sobre el cual analizar los *Procesos de Salud Enfermedad, Atención y Cuidados* de las poblaciones que residen en los barrios y municipios de la RSVI. Quien se sumerja en la lectura puede observar una batería de indicadores de fuentes secundarias: porcentaje de hogares con pobreza estructural (vía el método de medición de Necesidades Básicas Insatisfechas), la dimensión socio-laboral a partir de tasa de empleo y de desempleo, la distribución del empleo según rama de actividad, el nivel de precariedad laboral, y el nivel de registro laboral, pobreza monetaria (medida vía el método de líneas), el índice de vulnerabilidad socio-económica, la geolocalización de barrios populares (RENABAP), indicadores sociodemográficos para dar cuenta de la estructura poblacional, indicadores ambientales y de desarrollo urbano para observar los fenómenos de gentrificación, el valor de las propiedades, y la cercanías a áreas inundables. La incorporación de estos indicadores al análisis de situación de salud a nivel poblacional, expresan los puntos de partida de los *procesos de vulnerabilidad y cuidados* que se encuentran asociados a las formas diferenciales de exposición a riesgos y daños, no solo vinculados al evento que suscitaron los informes, sino también a otros potenciales eventos de salud. Asimismo, exponen las condiciones de posibilidad -sobre todo aquellas de orden material- para el cumplimiento por parte de la población de las medidas dispuestas para enfrentar la pandemia por diferentes niveles de gobierno. La puesta en común de estos datos preexistentes permite la generación de los escenarios que enmarcan las formas emergentes de relacionarse, vivir, trabajar y existir en contextos pandémicos.

Uno de los puntos salientes de los informes es la combinación de la utilización de estas diferentes fuentes secundarias con el conocimiento del territorio por trabajos de campos previos de investigaciones que abordaron dimensiones sociosanitarias, y la incorporación de estudios de casos en barrios puntuales sobre el impacto de la pandemia y de las medidas para hacerle frente. Esta combinación permite exponer la intensificación de las desigualdades estructurales preexistentes, como así también teorizaciones sobre las heterogeneidades y desigualdades en los indicadores entre los diferentes municipios de la RSVI. En breve, indicadores que pueden ser identificados como trazadores de inequidades preexistentes que permiten enmarcar los resultados en salud.

Los informes presentan también una serie de indicadores de resultados en salud. Indicadores epidemiológicos que permiten describir el estado de situación de morbimortalidad por COVID-19 en la RSVI y en los municipios que la componen. Se realizan actualizaciones periódicas de la tasa de incidencia acumulada, de la tasa de mortalidad específica, de la tasa de letalidad, de la tasa de recuperación, el porcentaje de positividad de los test, el porcentaje de ocupación de camas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), y de cobertura de vacunación. La descripción de las dinámicas sociales, y los aspectos estructurales que las enmarcan, resulta en un diálogo fecundo que alimenta a la epidemiología moderna, la cual tiene como pilares a las ciencias sociales, la estadística y las ciencias biológicas.

La lectura de los datos epidemiológicos expone los esfuerzos por identificar periodos relativos a la circulación del virus y su incidencia en nuevos casos, como así también a los perfiles de las personas contagiadas. Este ejercicio se realiza en paralelo a las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (DNU 297/2020), el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DNU 875/2020), y otras disposiciones.

Otro punto para destacar de esta publicación remite a la geolocalización de la información empleada, la cual permite observar las dinámicas dentro de los conglomerados urbanos en análisis. Dinámicas asociadas entre jurisdicciones e información conexas que permite identificar las potenciales fuentes de contagio de las cadenas de transmisión epidemiológica en algunos estudios de casos. Asimismo, habilita el análisis de las dinámicas entre los diferentes centros y periferias, con la consecuente identificación de “zonas diferenciales de contagio”.

Las lecturas de los informes periódicos permiten exponer también hipótesis que por la tendencia de los datos de los primeros meses de la pandemia podrían no estar siendo visibilizadas. La identificación de factores de riesgo epidemiológicos -particularmente la edad- requiere ser complementada con una mirada que incorpore los procesos de determinación social de la salud. La dinámica del COVID-19 durante el 2020 -según los datos de mortalidad empleados en los estudios publicados hasta el momento- mostraron un predominio de mortalidad en personas adultas mayores, y personas con comorbilidades. Mucho queda por profundizar respecto a la forma en que aspectos que hacen a las condiciones de vida afectaron los indicadores de morbimortalidad en otros estadios de la pandemia COVID-19, más precisamente durante el 2021, y su sobreafección sobre grupos sociales vulnerables.

La clásica distinción entre *campo* y *sector de la salud* nos permite mencionar algunos elementos a considerar. Por un lado, el diálogo de la información epidemiológica con la información de condiciones de vida reactualiza la necesidad de pensar la salud en tanto campo que excede lo estrictamente sectorial, el cual requiere información de otros sistemas de información y de los marcos conceptuales para su interpretación. Por otro, los informes también brindan una serie de análisis que exponen los desafíos propios del sector salud, los cuales resultaron puntos de tensión durante la gestión de la pandemia. Así se identifican, casi al mismo tiempo que iban emergiendo, nudos críticos relativos a:

- las paradojas del contexto con base en la fragmentación y segmentación del sistema de salud nacional, evidenciando en momento iniciales de la pandemia una mayor sobrecarga de los subsistemas de seguridad social (Obras Sociales) y de la medicina prepaga,
- las dinámicas y despliegues de los dispositivos situados en los territorios para abordar la atención,
- la necesidad de actualizar los sistemas de información con datos en tiempo real con vistas a la atención (por ejemplo, relativas a la gestión de camas UTI),
- la disponibilidad de recursos: insumos físicos (para el testeo y la atención), y los humanos (las tensiones emergentes relativas a la gestión de la fuerza laboral en salud),

y los cuellos de botella emergentes para cada uno de acuerdo con las prioridades cambiantes a lo largo de la pandemia.

A modo de cierre de esta sección, consideramos que los informes aquí publicados exponen y son ejemplo de la importancia de un enfoque crítico que utilice herramientas adecuadas que combinan diferentes tipos de estrategias metodológicas con potencial para exponer las desigualdades observadas a partir de indicadores de diferentes sistemas de información y naturaleza de datos, en vistas a pensar acciones con horizonte de equidad en el campo de la salud.

## *Agradecimientos*

Todo proceso de investigación supone una producción colectiva. Atrás de cada dato, de cada reflexión y de cada lectura hubo docentes, colegas y amigos que produjeron los datos o que nos invitaron a interpelar los materiales de diversas formas. La universidad pública es el principal semillero de estas producciones colectivas, por ello nuestro mayor agradecimiento está dirigido a las instituciones en las que nos formamos y en las que trabajamos en forma cotidiana: la Carrera de Sociología y el Instituto de investigaciones Gino Germani. A ellos, también les agradecemos por difundir nuestro trabajo en las redes y en los eventos. Entre tantos colaboradores queremos mencionar especialmente los comentarios y el aliento que recibimos de parte de Ruth Sautu, María Mercedes Di Virgilio, Germán Rosati, Daniel Feierstein y Mario Pecheny.

Es importante resaltar la colaboración constante de Sebastián Sustas que, además, gentilmente se ofreció a escribir el prólogo de estos informes. Asimismo fue central la ayuda desinteresada de Manuel Riveiro a quien consultamos por mil y una dudas. Por último, también, agradecemos a Rocío Rivero.

Queremos reconocer al equipo de trabajo del Seminario de Investigación “Explorando la periferia. Sociabilidades y representaciones sociales en barrios segregados del Gran Buenos Aires” que durante el segundo cuatrimestre del año 2020 en la Carrera de Sociología, de la UBA realizó un trabajo de campo que fue retomado en uno de estos informes. Los hacedores de este trabajo son los docentes: María Maneiro; María Carla Bertotti; Santiago Nardin; Javier Nuñez; Diego Pacheco. Estudiantes: Arzamendia, Christian; Buela García, Sergio; De Francesco, María Guadalupe; Rombula, Emilio; Saldaña, Marina; Sena, Felipe; Turiansky, Natalia. Trabajo de campo realizado en el Barrio La Matera (Quilmes), entre el 3/12/2020 y el 8/12/2020.

Varios colegas fueron consultados de manera recurrente: Silvia Ferrer, médica epidemióloga, Leonardo Federico y Melina Espósito, autoridades de la Región Sanitaria Sexta, y Juliana Finkelstein de ACUMAR. A todos ellos les agradecemos la colaboración, la disposición y la apertura para nuevas formas de interpretar los datos.

Queremos agradecer a los entrevistados María Andrea Dakesian de ACUMAR y Oscar Huidobro (Federación de Cooperativas Autogestionadas de la Carne y Afines – FECACYA).

Algunos informes precisaron de colaboraciones especiales. Para el tercer informe nos ayudó Julia Soul, quien además escribió unas notas que lo reseñaron. Para el octavo informe contamos con la colaboración de Dhan Zunino y Verónica Pérez para la obtención de datos y bibliografía. Estamos enormemente agradecidos a los tres.

También fue central la ayuda de Betina Zuccino del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por el aporte de los datos geolocalizados.

A los coordinadores de la mesa "Metodologías de investigación en salud" Pablo Di Leo, Mercedes Krause, Sebastián Sustas y Ana Ariovich de las XV Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. “Escenarios para la pospandemia: nuevas subjetividades, cuidados y políticas en salud”. A ellos y a sus participantes, muchas gracias por los comentarios y las observaciones.

Finalmente, porque no hay material si no hay comunicación y red, queremos subrayar la participación de Alesia Gervasi en la difusión y la publicación de los materiales en diversos formatos. Asimismo queremos resaltar la constante colaboración de los miembros del Centro de Documentación e Información (CDI) del IIGG, Carolina Del Volder e Ignacio Mancini, los trabajadores de la Secretaría del Instituto para la divulgación institucional de los informes y, muy especialmente, el cuidado de la edición de este documento realizado por las queridísimas Rosana Abrutzky, Cristina Bramuglia y Lucía Marpegan.



## Introducción

**María Maneiro, Juan Pablo Borda, Ariel Hernán Farías y Soledad Fernández Bouzo**

El trabajo de seguimiento e investigación acerca de la incidencia del COVID-19 en la Región Sanitaria VI supuso la articulación de redes de trabajo previas y nuevas relaciones investigativas. Para llevarlo a cabo se conformó un equipo interdisciplinario. Entre sus participantes estuvieron además de los organizadores de esta publicación: Santiago Nardin, Hernán Olivera y Diego Pacheco.

Muchos de nosotros veníamos trabajando en investigaciones situadas en las zonas periféricas del Área metropolitana de Buenos Aires, centrando la mirada en los problemas habitacionales, la informalidad laboral y las dificultades socio-ambientales. El acontecimiento de la pandemia produjo un nuevo pliegue entre la emergencia sanitaria, las investigaciones que teníamos en curso y la nueva coyuntura.

La noción de acontecimiento como herramienta teórica para asir la pandemia, puede sostenerse analíticamente desde diferentes perspectivas. Retomamos los aportes de Morin en torno a esta noción. Para él los acontecimientos “están lejos de ser epifenómenos: provocan las caídas y los cambios de rumbo del torrente histórico” (Morin, 2004: 231); desde su propuesta éstos deben ser incluidos dentro de los esquemas científicos, “promoviendo una dialéctica del sistema y del acontecimiento” (Morin, 1972: 13). Nuestros conocimientos previos, por ello, asumen una nueva complejidad con este acontecimiento, que los resignifica y los pone en la mira tanto desde el plano metodológico como teórico.

Entendemos que aunque el acontecimiento, con su carácter intempestivo e imprevisto, no se explique a partir de relaciones causales y no presente regularidades o secuencias continuas, es pasible de inteligibilidad; pues, si bien entendemos que éste produce novedades, consideramos que sobre todo expone con mayor claridad elementos estructurales e históricos que veníamos estudiando. Los reportes que se presentan buscaron construir una analítica que brinde algunas pistas para comprender las formas en que se tramitó este acontecimiento y las rupturas del orden de lo cotidiano.

Ya con antelación, nuestro trabajo tenía familiaridades con los datos geolocalizados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) y otras fuentes de información, en términos de condiciones de vida, de hábitat y de asistencia ¿cómo podíamos hacer para sobreponer información acerca del devenir de la pandemia en escalas departamentales o en radios censales? En un aprendizaje continuo, a lo largo del lapso en que se desarrollan estos reportes, abordamos un laboratorio experiencial que puso en juego nuestro propio oficio

sociológico. Así también la emergencia sanitaria trastocó este acervo produciendo múltiples desplazamientos en nuestro propio hacer investigativo.

Desde las ciencias sociales hemos mostrado que el acontecimiento de la pandemia por el nuevo SARS CoV-2 no es sólo una crisis sanitaria (Mastrángelo, 2020); tal vez, se pueda afirmar, en todo caso, que ésta es una crisis sanitaria que fundamentalmente evidencia una crisis socio-económica (Maceira *et al.*, 2020) y socio-ambiental (Seoane, 2020). En el devenir de esta pandemia las desigualdades sociales y los déficits de la democracia no sólo mostraron su relevancia como problema ético, sino que se tornaron centrales como problema de salud colectiva para la sociedad en su conjunto.

La producción de conocimiento de calidad y en tiempos oportunos emerge como un imperativo para los investigadores sociales; no obstante, las formas en que esta producción se ejecuta, en el medio de nuestras propias crisis personales, de sobrecarga de cuidados familiares y de temores varios, se entrecruzan con las dificultades que este acontecimiento generó para las instituciones públicas.

Los reportes que siguen comienzan durante el mes de abril del año 2020, a semanas del primer caso del país, reportado en la Ciudad de Buenos Aires y del decreto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), y finalizan con una primera evaluación del Plan Estratégico de Vacunación, a fines del mes diciembre del año 2021. Entendemos que esta duración posibilita un seguimiento in extenso de los momentos de emergencia, de las dificultades evidenciadas y de las iniciativas políticas para enfrentarlas.

Es central reconocer un desplazamiento que se produjo a lo largo del trabajo. Durante el primer año, los reportes dan cuenta de la espacialidad reducida a la Región Sanitaria VI (RSVI) que incluye los municipios de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes; municipios con los que ya nos encontrábamos trabajando previamente. Este recorte posibilitó, por una parte, el trabajo de pesquisa, cuando aún los datos no estaban estandarizadamente publicados y, fomentó un lazo con las autoridades de la región. No obstante, con el devenir del tiempo, entendimos –incluso para comprender mejor lo que sucedía en la RSVI– que era necesario ampliar el prisma a todo el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Por ello, los dos últimos reportes, ambos escritos en el año 2021, se abocan a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y a los 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires. Ingreseemos brevemente en el contenido de los nueve escritos.

El primer reporte describe el recorte espacial ingresando en las especificidades de la RSVI y presenta la propuesta. Allí se argumenta que las ciencias sociales pueden aportar al conocimiento y a la forma de gestión política de este momento de emergencia sanitaria en la medida en que el control de los contagios se enlaza con pautas de sociabilidad y movilidad que sólo se tornan inteligibles mediante el conocimiento riguroso.

El segundo reporte muestra una serie de líneas interpretativas embrionarias en torno a los casos confirmados de COVID-19 durante el primer mes de pandemia. Estas líneas interpelan las temporalidades y las espacialidades de las infecciones.

El tercer reporte profundiza el pliegue de clase de las infecciones por COVID-19, por ello se analizan de manera profunda los casos de trabajadores esenciales contagiados y se indagan las formas de respuesta empresarial/patronal ante los contagios.

El cuarto reporte, redactado luego de los focos evidenciados en Villa Azul e Itatí, introduce la cuestión de los “barrios populares” en la agenda de las preocupaciones socio-sanitarias y analiza específicamente el tratamiento de este foco y los primeros operativos DETeCTAr.

El quinto reporte ingresa en el problema del diagnóstico y la atención. Con este objetivo se analizan las tasas de positividad de los tests, la capacidad de atención del sistema de salud, los niveles de ocupación de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) y los aparatos de respiración mecánica.

El sexto reporte interpela el COVID-19 a escala intra-municipal indagando el peso de las desigualdades socio-territoriales, los riesgos ambientales y la situación sanitaria en los barrios populares. Este es el primer reporte que consta de datos de contagios geolocalizados y sus mapeamientos son hallazgos centrales de este proyecto.

El séptimo reporte realiza un análisis panorámico del devenir de la pandemia en la RSVI durante todo el ASPO mientras se interroga sobre las relaciones entre contagios y vulnerabilidad socio-económica e indaga las formas en que se atendió la pandemia en un efector de salud del primer nivel de atención.

El octavo reporte aborda el devenir de la pandemia en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA); con este norte propone una mirada general del proceso y algunas reflexiones desde el prisma de la movilidad y las desigualdades.

Finalmente, el noveno y último reporte describe y analiza los primeros momentos de la puesta en marcha del Plan Estratégico de Vacunación (PEV) en toda el AMBA; identifica los vacunatorios, las formas de organización de los turnos y contabiliza las socio-espacialidades que lograron una vacunación más temprana.

En aquel momento, hacia finales del año 2021 entendimos, desde nuestro equipo, que la puesta en marcha del PEV constituyó un nuevo hito para comenzar a vislumbrar un *regreso a la normalidad*. Sería inadecuado, ingresar acá el análisis acerca de si es posible pensar este momento como un regreso, como si pudiera olvidarse este tremendo proceso de crisis vivido, como así también interrogarse acerca de qué es lo que se entiende por normalidad, pero para los fines de estas palabras iniciales dejaremos estos temas en suspenso.

Para finalizar esta introducción, cabe mencionar un aspecto, tal vez irrelevante para la producción y el registro académico institucional, pero sustancial para el sostenimiento de la vida durante la pandemia y el ASPO para este colectivo de investigadores. El equipo no sólo fue un espacio de trabajo, de reflexión y de aprendizaje colectivo, fue sobre todo y más que nada uno de los sostenes del hacer investigativo y del desarrollo de lo comunitario micro-colectivo que nos cuidó, nos apoyó y nos contuvo. Quienes no perdemos los deseos y la voluntad transformadora de nuestros espacios de trabajo e investigación y propiciamos colectividades en las que se fomenten vínculos de cuidado colectivo, no podemos obviar la importancia de esta dimensión. Por todo ello,

esperamos que ustedes disfruten de estos reportes tanto como lo hemos hecho nosotros en el propio proceso de producción y realización.

## Bibliografía

Morin, E. (1972). Le retour de l'événement. *Communications*, (18). [https://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_1972\\_num\\_18\\_1\\_1254](https://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1972_num_18_1_1254)

Morin, E. (2004). *La identidad humana. El método V. La humanidad de la humanidad*. Círculo de Lectores.

Mastrángelo, A. (2020). Perspectivas socio antropológicas para el estudio local de la pandemia. *Punto Urbe. Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP*, (27). <https://doi.org/10.4000/pontourbe.9241>

Maceira, V., Vázquez, G., Ariovich, A. Creojethovic, M, Jiménez, C. (2020). Pandemia y desigualdad social. Los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo y obligatorio. *Revista de Salud Pública*, 12. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1853-810X2020000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2020000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Seoane, J. (3 de septiembre de 2020). Las alternativas socioambientales frente a la pandemia y la crisis. Discutiendo el Green New Deal. *Tricontinental*. <https://thetricontinental.org/es/argentina/despojocuaderno2-seoane/>

## PRIMER REPORTE

### Presentación de la propuesta. Objetivos y forma de trabajo

**María Maneiro, Juan Pablo Borda, Ariel Hernán Farías, Soledad Fernández Bouzo, Santiago Nardin y Leónidas Hernán Olivera**

El proyecto busca relevar, sistematizar y poner a disposición de las políticas públicas, informes geolocalizados sobre la expansión del COVID-19 en torno a una serie de condicionantes demográficos, habitacionales, ambientales, de infraestructura y movilidad. Entendemos que las ciencias sociales pueden aportar al conocimiento y la forma de gestión política de este momento de emergencia, en la medida en que el control de los contagios se enlaza a pautas de sociabilidad y movilidad que sólo se tornan inteligibles mediante el conocimiento riguroso.

### Región sanitaria VI: Contextualización del sur del GBA en el contexto histórico

Por nuestro recorrido investigativo y por cuestiones relativas a la factibilidad del trabajo, nuestro abordaje comprende la Región sanitaria VI. Ésta incluye los municipios de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes. Tales municipios no sólo constituyen una unidad administrativa, sino que conforman una particular dinámica histórica y geográfica. La región sur del conurbano ha sido habitada tempranamente de la mano de las industrias tradicionales. Más pobre que la zona norte y con un crecimiento poblacional menos explosivo que la región oeste (aunque debemos ser cuidadosos por posibles errores censales en el relevamiento del año 2010), la región sur -incluso con sus heterogeneidades- tiene rasgos en común que permiten abstraerla del conjunto metropolitano.

La Región sanitaria VI es una de las más populosas y extensas de la Provincia de Buenos Aires. El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en base a una proyección de población elaborada a partir de los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 - INDEC<sup>1</sup>, estimaba que, para julio de 2020, la región contendría 4.203.067 habitantes (sobre un total de 17.541.141 habitantes de la provincia).

---

<sup>1</sup> El Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas utilizado es del año 2010, la distancia temporal requiere de cuidados a la hora de interpretar la información. Sin embargo, consideramos que los indicadores estructurales pueden variar en el nivel, entre rondas censales, pero difícilmente se produzcan cambios considerables de un censo al otro en relación a los diferenciales. Es por ello que consideramos válida la utilización de esta fuente, que es la única disponible con esta calidad de información y nivel de desagregación, para el análisis de los procesos de estratificación socio-espacial.

En promedio, el 13,2% de la población de la región presenta al menos un indicador NBI<sup>2</sup> con significativas disparidades: Florencia Varela (20,8%) y Ezeiza (18%) registran los peores indicadores, mientras que en el otro extremo se encuentran Lanús (7,3%) y Avellaneda (7,9%). En cuanto al hacinamiento, la situación es similar en lo que respecta a la distribución entre los municipios: con un promedio del 29,9% para el total de la región, Florencia Varela (41,8%) y Ezeiza (39,8%) exponen las situaciones más graves, en tanto Lanús (21,7%) y Avellaneda (21%) registran los valores más bajos. Estos datos expresan fuertes divergencias entre los dos cordones que confluyen en la región de análisis.

Desde el punto de vista territorial, la Región VI ocupa una superficie de 1.157 km<sup>2</sup>, lo que representa el 0,4% del territorio provincial. A su vez, este territorio se encuentra densamente poblado pues contiene el 24% de la población provincial<sup>3</sup>. Las tramas habitacionales de la región son disímiles: mientras las cabeceras de partido y los centros tradicionales poseen infraestructuras desarrolladas, en las periferias se emplazan conjuntos habitacionales con escasa infraestructura; ésta se fue desarrollando -con ritmos y resultados diversos- mediante el fomentismo (Di Virgilio, Guevara y Arqueros, 2015; Segura, 2015). El reciente Registro Nacional de Barrios Populares identificó 373 barrios populares<sup>4</sup> que se distribuyen en la región de la siguiente manera: 62 en Almirante Brown, 40 en Avellaneda, 7 en Berazategui, 42 en Esteban Echeverría, 11 en Ezeiza, 70 en Varela, 20 en Lanús, 56 en Lomas de Zamora y 65 en Quilmes.

Buena parte de los municipios que analizamos se asientan sobre el territorio de la cuenca del río Matanza-Riachuelo (CMR) y sus arroyos afluentes. La población de los barrios populares en la cuenca se encuentra expuesta a enfermedades crónicas y altos niveles de contaminación que generan daños sanitarios y ambientales severos. Desde el

---

<sup>2</sup> De acuerdo con la metodología censal adoptada por el INDEC (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación, 2014), se consideran hogares con NBI a aquellos que presentan al menos una de las siguientes características:

- Vivienda inconveniente (NBI 1): es el tipo de vivienda que habitan los hogares que moran en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento o rancho.
- Carencias sanitarias (NBI 2): incluye a los hogares que no poseen retrete.
- Condiciones de Hacinamiento (NBI 3): es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar. Técnicamente se considera que existe hacinamiento crítico cuando en el hogar hay más de tres personas por cuarto.
- Inasistencia escolar (NBI 4): hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela.
- Capacidad de subsistencia (NBI 5): incluye a los hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria.

<sup>3</sup> Región VI. Sala de Situación (2020). Información pública. Fecha de consulta: 6 de abril de 2020. <http://region6.com.ar/adjuntos/sitio/sala%20de%20situacion.pdf>

<sup>4</sup> Se entiende por barrio popular a un conglomerado habitacional “donde viven al menos 8 familias agrupadas o contiguas, con más de la mitad de la población sin título de propiedad del suelo ni acceso regular a dos -o más- de los servicios básicos (red de agua corriente, red de energía eléctrica con medidor domiciliario y/o red cloacal)” (RENABAP, 2018, p. 2).

punto de vista epidemiológico, los habitantes de la CMR (sobre todo quienes residen en la cuenca media y cuenca baja, más cercanas a la desembocadura del Río de La Plata) se caracterizan por tener un perfil llamado “mosaico” debido a que en ellos se superponen problemas de salud ambiental denominados “tradicionales” con problemas llamados “modernos”. Los tradicionales están relacionados más bien con situaciones de pobreza como el saneamiento básico insatisfecho, la falta de acceso al agua segura, al servicio de cloacas; cercanía con los basurales a cielo abierto, mayor exposición a plagas urbanas, etc., mientras que los problemas llamados “modernos” se encuentran vinculados a las actividades industriales y tecnológicas y a la generación de contaminantes químicos (Ferrer, 2011). Según la mirada de médicos epidemiólogos y toxicólogos, la acumulación de daños ambientales en la salud se manifiesta de manera lenta en las personas, por lo que se torna complejo establecer con precisión la asociación entre efectos y factores de riesgo. No obstante, los mismos especialistas afirman que los impactos se reflejan en la emergencia de patologías tales como: problemas de salud asociados al agua no segura, la contaminación hídrica y el saneamiento básico insatisfecho -hepatitis A, diarreas, dengue-; problemas nutricionales, así como los asociados a la exposición a metales pesados, contaminantes químicos e hidrocarburos -anemia, recién nacidos con bajo peso, niños/as con problemas de crecimiento, problemas de aprendizaje, malformaciones congénitas, cánceres de diferente tipo, leucemias y linfomas- (Ferrer, 2011).

En relación con la atención a la salud, los entramados habitacionales bajo estudio se inscriben dentro de condiciones de infraestructura de salud estructuralmente fragmentada y sistemáticamente desfinanciada. La fragmentación se manifiesta en segmentos privatizados, corporativamente circunscriptos o previsionalmente organizados. Así, entre las modalidades prepagas de privatización del cuidado, las formas previstas en las obras sociales -que atienden sólo a los trabajadores integrados restringiendo de derechos a los trabajadores informales- y un sistema de salud para los adultos mayores (PAMI)<sup>5</sup> se contempla al 61% de la población de la región. Finalmente, más de un tercio de la población de la Región VI, el 39%, se atiende sólo en el sistema público de salud, históricamente desfinanciado y catastróficamente olvidado en los últimos años.

Para las políticas sanitarias, la actual coyuntura presenta el desafío de coordinar cada una de estas modalidades, tramitar no sólo las urgencias sino garantizar también la continuidad de la atención y de los tratamientos, equipar en tiempo récord los diversos efectores con el objeto de evitar la eclosión del sistema de salud, tratar los casos confirmados, chequear y aislar a los sospechosos, sin dejar de atender otras problemáticas de salud emergentes. Dentro de este contexto de complejidad, consideramos que el monitoreo académico tiene que ser un norte para redireccionar y mejorar las iniciativas en curso.

---

<sup>5</sup> Si bien los servicios de salud del PAMI (Programa de Atención Médica Integral de jubilados y pensionados de Argentina) son prácticamente universales para su categoría, poseen fuertes deficiencias en torno a la calidad de la prestación.

## Bibliografía

Di Virgilio, M., Guevara, T. y Arqueros Mejica, S. (2015). La evolución territorial y geográfica del conurbano bonaerense. En G. Kessler (Dir.), *El Gran Buenos Aires 6* (pp. 73-102). Unipe, Edhasa.

Ferrer, S. (2011). La Salud Ambiental como política pública saludable en una gran metrópoli, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Fundación Ambiente y Recursos Naturales, *Informe Ambiental Anual 2011* (pp- 155-176). FARN. [https://farn.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/2011\\_IAF.pdf](https://farn.org.ar/wp-content/uploads/2020/06/2011_IAF.pdf)

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias. Subsecretaría de Relaciones con Provincias (2014). *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal del año 2010*. <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>

Registro Nacional de Barrios Populares. (2018). *Relevamiento Nacional de Barrios Populares. Informe General Período 08/2016 a 12/2017*. <https://zuletasintecho.files.wordpress.com/2018/04/resumen-informe-de-gestic3b3n-renabap-ac3b10-2017-docx.pdf>

Segura, R. (2015). La imaginación geográfica sobre el conurbano. Prensa, imágenes y territorio. En G. Kessler (Dir.), *El Gran Buenos Aires 6* (pp. 129-158). Unipe, Edhasa.

Fecha de publicación original de este informe: 21/04/2020.



## SEGUNDO REPORTE

### Casos confirmados de COVID-19 en la Región sanitaria VI, datos y primeras líneas interpretativas

**Santiago Nardin, Ariel Hernán Farías, Soledad Fernández Bouzo, María Maneiro, Leónidas Hernán Olivera y Juan Pablo Borda**

Este reporte se basa en los datos de la incidencia<sup>6</sup> del COVID-19 desde el día en que se conocieron los primeros casos confirmados de la Región VI, el 12/03/2020 hasta el día 12/4/2020. Durante este primer mes se confirmaron 99 casos, es decir una media de 3,2 casos por día. Espacialmente, dichos casos, se distribuyen de la siguiente forma: Almirante Brown 7 casos, Avellaneda 18 casos, Berazategui 7 casos, Esteban Echeverría 12, Ezeiza 1 caso, Florencio Varela 9 casos, Lanús 11 casos, Lomas de Zamora 19 casos y Quilmes 16 casos<sup>7</sup>. Atentos a estos datos se puede concluir que, en este primer momento, la incidencia del COVID-19 resulta mayor en los municipios aledaños a la Ciudad de Buenos Aires y se vislumbra una disminución significativa en los municipios periféricos; no obstante Esteban Echeverría constituye la excepción a esta primera tesis, pues su incidencia es muy alta en relación a los demás municipios periféricos.

Ingresemos en la cartografía general: Avellaneda, Lanús, Quilmes y Lomas de Zamora contienen el 65% de los casos confirmados evidenciando una dinámica general acorde a la expansión territorial desde el centro hacia las periferias. Por el otro lado, Berazategui, Alte. Brown, Ezeiza y F. Varela incluyen apenas el 24% de los casos. Una mención especial merece Esteban Echeverría con 12 casos, un municipio altamente heterogéneo en términos sociales que presenta una cantidad de casos confirmados semejante a algunos ámbitos periféricos del cordón norte.

---

<sup>6</sup> [Nota de los editores] En estos informes se entiende a la incidencia como la emergencia de casos confirmados del COVID-19 en el período de estudio en relación con la cantidad de habitantes de cada jurisdicción. En los comentarios de los lectores recibimos lecturas críticas respecto de la utilización de este término en estos primeros informes cuando la información disponible era limitada y el período muy acotado.

<sup>7</sup> En esta primera etapa de la expansión del COVID-19, el análisis de los absolutos nos permite acceder al proceso de expansión vinculado con contagios fundamentalmente no comunitarios.

**Mapa 1.** Municipios según cantidad de casos confirmados. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/03/2020 al 12/4/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a materiales de prensa.

Ahora, pongamos en comparación los datos de la Región VI con los de la Provincia de Buenos Aires en conjunto y del país en su totalidad. Los casos confirmados en el país son en un 54,5% masculinos y la mediana de edad es de 45 años (Boletín Integrado de Vigilancia N°492, semana 14). A su vez, la Provincia de Buenos Aires tiene un 58% de casos confirmados de sexo masculino. El rango de edad es de 5 a 92 años, con una mediana de 47 años (Boletín Epidemiológico de la Provincia de Buenos Aires, semana 14), mientras que en los casos confirmados de nuestra región el 55% de los casos son de sexo masculino y el rango de edad es menos amplio, entre 24 y 84 años, con una mediana de 50 años.

En lo que refiere a los casos confirmados propiamente dichos, la tabla que sigue muestra los datos comparados<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Conocemos los inconvenientes de los indicadores que suponen el cálculo de relativos que se construyen con un N muy bajo. Sin embargo, consideramos necesario realizar un análisis oportuno de los datos que permita establecer primeras hipótesis en relación a la difusión del coronavirus en los territorios estudiados.

**Tabla 1.** Casos confirmados, tasa de incidencia, fallecidos y tasa de letalidad cada 100 mil habitantes. Total del país, Provincia de Buenos Aires y Región VI. 12/3/2020 al 12/4/2020

Jurisdicción	N de casos Confirmados	Tasa de incidencia (100.000 hab.)	N de casos Fallecidos	Tasa de letalidad
Total País	1975	4,4	81	4,1
Provincia de Buenos Aires	507	4,0	32	6,3
Región VI	99	2,4	6	6,1

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de prensa y de los datos publicados en el Boletín Integrado de vigilancia, N° 492, semana 14. Comprende datos hasta el día 10/04. (Se encontró una disonancia en el boletín pues mientras en la tabla de la página 31 se mencionan 81 casos, en el texto en la página 34 se mencionan 82 casos, se tomó el dato de la tabla). Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.

La Tabla 1 muestra algunas diferencias poco marcadas entre el total provincial y el regional, pero que en su matiz colocan a la región, al menos durante este período, en un nivel de menor incidencia y letalidad que la provincia en su conjunto. La brecha temporal, tal vez, constituya el elemento central de esta baja tasa de incidencia actual. Más allá de que por la escala de trabajo no se profundiza el análisis comparativo con los datos nacionales, cabe decir que la tasa de letalidad de la provincia e incluso de la región es muy superior a la tasa de letalidad nacional, e inversamente, la tasa de incidencia resulta llamativamente menor<sup>9</sup>. Esto abre interrogantes acerca de la capacidad de conocimiento de la incidencia del COVID-19 en nuestra región respecto de los casos con cuadros menos graves.

La cronología espacialmente situada de la incidencia del COVID-19 tiene aspectos particulares en la Región VI. Los primeros casos confirmados se conocieron pasados nueve días del primer caso argentino y en esos nueve días que transcurrieron desde el 3 de marzo al 12 de marzo, se encontraron las primeras noticias acerca de la “puesta a punto” del sistema de salud. Un aspecto llamativo es que este diagnóstico temprano dentro de la región se asienta en Berazategui y Almirante Brown, dos municipios del segundo cordón que luego tenderán a presentar pocos casos durante el transcurso del mes.

<sup>9</sup> Estos datos deben ser leídos con precaución ya que a lo largo de la pandemia fueron modificándose las formas de registro de los casos.

Es sabido que el COVID-19 es una enfermedad producida por el virus SARS CoV-2 con alta capacidad de transmisión interpersonal, por ello el aumento en los contagios se vincula con una modalidad de sociabilidad en movimiento; el Decreto de Necesidad y Urgencia que instituye el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (en adelante ASPO) desde el 20 de marzo de 2020 fue central para disminuir el crecimiento exponencial de la pandemia, sin embargo y a pesar de que el ASPO se dispuso para todo el territorio, se pueden encontrar divergencias en torno a las formas de crecimiento de la cantidad de contagios. Pocos días después de la confirmación de los primeros casos, la dinámica expansiva adquirió mayor virulencia, especialmente en los municipios de Lanús, Avellaneda, Lomas de Zamora y Quilmes y, también, por otra parte, en el municipio de Esteban Echeverría, que como se ha mencionado contiene una dinámica diferente. Mientras los primeros se ligan a una modalidad de sociabilidad y a una trama de movilidad relacionada con la Ciudad de Buenos Aires, Echeverría tuvo una serie de contagios enlazados a las pautas de sociabilidad de la élite. De los doce casos, cinco remiten a pobladores de countries, mientras que de los restantes no tenemos información documentada del lugar de residencia.

Antes de finalizar, caben unas palabras acerca de los fallecimientos. Como se pudo ver en la tabla, se identificaron 6 casos. Uno en Esteban Echeverría, uno en Avellaneda, uno en Almirante Brown y finalmente tres casos de fallecidos en Florencio Varela. El primer fallecido de la región es un hombre de 58 años oriundo de Florencio Varela que contrajo el COVID-19 en su trabajo, contagiándose del dueño del establecimiento que había regresado desde España días atrás; esta persona tenía antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El segundo fallecimiento por COVID-19 varelense corresponde a un hombre de 51 años con antecedentes de diabetes y obesidad. El tercer caso comprende a una mujer de 77 años que había viajado a Europa y estaba de tránsito en el municipio. El caso de Avellaneda remite a un señor de 83 años con enfermedades preexistentes. El caso de Almirante Brown corresponde a un hombre de 76 años que padecía de obesidad, EPOC y diabetes, y finalmente el caso de Esteban Echeverría refiere a un señor de 77 años que volvía de Estados Unidos. Evidentemente, con estos datos de mortalidad, los mayores interrogantes surgen en torno a los casos de Florencio Varela, no solamente por su alta tasa de letalidad (3 fallecidos de los 9 casos), sino también por la juventud de las personas fallecidas.

**Mapa 2.** Municipios según cantidad de fallecidos. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.12/03/2020 al 12/4/2020



**Fuente:** Elaboración propia a partir de materiales de prensa.

Los determinantes sociales de la salud expresan aspectos que se interrelacionan incidiendo en la salud de las personas y las poblaciones. Atendiendo a ello, cabe decir que se corrobora que el municipio con mayor tasa de letalidad, Florencio Varela, posee los peores indicadores de la región, a saber: 75% de los hogares no poseen servicios de cloacas, 41,8% de sus habitantes sufren condiciones de hacinamiento<sup>10</sup>, 23% no tiene agua potable en el hogar para beber y cocinar, 51,2% de los vecinos no posee ninguna cobertura de salud más que el sistema público, y 20,8% de personas que habitan el municipio tienen necesidades básicas insatisfechas. Sin ánimo de construir asociaciones apresuradas, entendemos que este primer acercamiento a los datos brinda algunos aspectos para continuar investigando y para repensar las políticas adecuadas de promoción de la salud en espacios sociales con altos niveles de vulnerabilidad.

<sup>10</sup> El indicador de hacinamiento está calculado en este caso con un umbral de 2 o más personas por cuarto (INDEC Censo, 2010).

## Bibliografía

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 297/2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Glosario. Variables Seleccionadas Serie B N1*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM. <https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099>.

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Boletín Integrado de vigilancia* (N° 492 semana 14). [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv\\_492\\_se14\\_o.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_492_se14_o.pdf)

Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Boletín Epidemiológico. Semana 14*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/04/Boletin-epidemiologico-SE14-2.pdf>

## Fuentes

Los datos son elaboración propia del equipo y fueron construidos en base a medios de comunicación local, informaciones de municipios y declaraciones de intendentes.

Fecha de publicación original de este informe: 23/04/2020.

## TERCER REPORTE

### Trabajadores de la Región sanitaria VI en el contexto del COVID-19

**Ariel Hernán Farías, Soledad Fernández Bouzo, María Maneiro, Santiago Nardin, Juan Pablo Borda y Leónidas Hernán Olivera**

Los efectos de la pandemia del COVID-19 se encuentran condicionados por la pertenencia de clase. Estos efectos tienen una expresión doble: por un lado, los trabajadores que realizan tareas esenciales se ven expuestos en mayor medida a la transmisión del virus. Por otro lado, las fracciones más vulnerables de la clase trabajadora se encuentran en una situación de mayor exposición a las consecuencias económicas del aislamiento<sup>11</sup>.

En este reporte se realiza una descripción de estas dimensiones de la epidemia del COVID-19 en los municipios de la Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. En primera instancia se caracteriza la estructura socio-laboral de la región, destacando aquellas actividades más afectadas a tareas esenciales y su composición de género, así como se describe la situación de los municipios en relación con las situaciones de mayor precariedad laboral y las zonas más vulnerables en términos socio-económicos. En una segunda parte se describe la propagación del COVID-19 en los municipios de la Región VI para posteriormente ingresar específicamente en el contagio de los trabajadores y las trabajadoras; finalmente se profundiza en un caso que ilustra el impacto de la enfermedad sobre ciertos territorios y actividades particulares.

### Caracterización socio-ocupacional de la Región VI

Los partidos del conurbano bonaerense se caracterizan por poseer indicadores sociales deficitarios en relación con los promedios nacionales. Para el segundo semestre de 2019, la incidencia de la pobreza alcanzaba al 40,5% de su población, 5 puntos porcentuales (p.p.) por encima del promedio nacional (INDEC, 2020a). A su vez, para el cuarto trimestre de 2019, la tasa de empleo era del 41,8%, 1,2 p.p. menos que el promedio nacional, y la desocupación del 10,8%, 1,9 p.p. más que el promedio nacional (INDEC, 2020b). Estos indicadores dan cuenta de la existencia de desacoples entre los requerimientos de fuerza de trabajo del proceso de

---

<sup>11</sup> A posteriori de la publicación de los reportes la asociación entre incidencia y letalidad del COVID-19 y desigualdades socioeconómicas han sido estudiadas para diversas regiones. Ver, entre otros: Arceo Gómez, Campos Vázquez, Esquivel, Alcaraz, Martínez y López, 2022; Canales, 2021.

acumulación y las necesidades vinculadas con la reproducción de la vida en condiciones dignas.

Sin embargo, lo que se presenta fundido en el gris de un número, oculta la existencia de heterogeneidades profundas. Las formas socio-laborales y de reproducción de la vida predominantes son muy distintas entre el norte, el oeste y el sur, entre los distintos cordones, y entre las centralidades y periferias de los municipios.

¿Cuáles son los efectos de la pandemia sobre la clase trabajadora? ¿Qué heterogeneidades se observan? ¿Qué sectores poseen mayores vulnerabilidades? Los datos disponibles nos permiten dar respuestas parciales y provisionarias a estas preguntas.

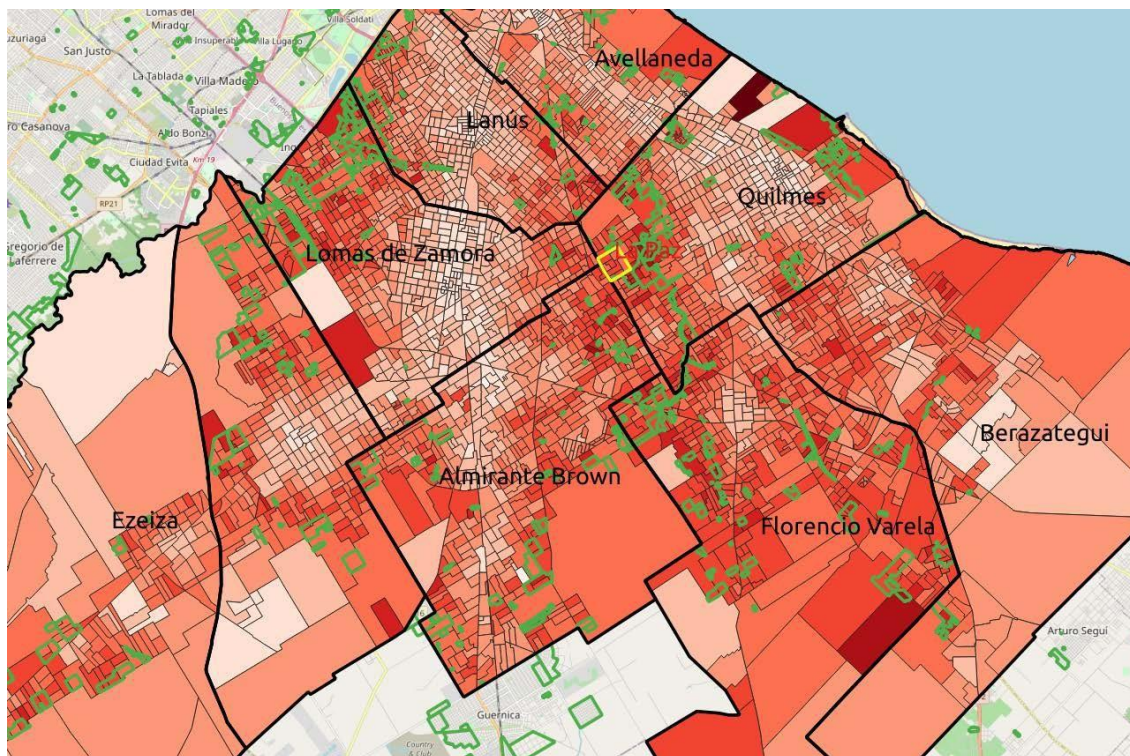
El índice de vulnerabilidad socio-económica<sup>12</sup> permite aproximarnos a los matices y gradientes que se presentan en la Región VI. Este índice varía entre 0 y 1, siendo los valores más altos los que expresan una mayor vulnerabilidad. Se observa un predominio de situaciones críticas en el segundo cordón del conurbano en relación al primero, destacándose el municipio de Florencio Varela como el más vulnerable. A su vez, se presenta una superposición entre los barrios populares (diferenciados con verde) y los valores más altos de la escala. Por otro lado, se vislumbran centralidades en los distintos municipios, con corredores de baja vulnerabilidad y periferias con valores altos. También, se destacan las fuertes heterogeneidades existentes en los partidos de Lomas de Zamora y Quilmes con zonas definidas con valores críticos, contrapuestas a amplias zonas que presentan una baja vulnerabilidad. Por último, se destaca en amarillo el barrio La Paz del que se hará mención al finalizar este reporte (Mapa 1).

---

<sup>12</sup> Este índice combina los siguientes indicadores: porcentaje de Jefes de Hogar con estudios hasta Primario Completo; porcentaje de población desocupada de 60 años o menos; y porcentaje de población inactiva de 60 años o menos (INDEC, 2015).



**Mapa 1.** Índice de vulnerabilidad socio-económica según radio censal y barrios populares del RENABAP. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. Año 2010



**Fuente:** Elaboración propia en base datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM y datos del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP).

Estas divergencias expresadas en el espacio constituyen un conocimiento relevante para comprender las condiciones en las que las clases populares de los municipios estudiados llevan adelante la cuarentena. Las fracciones marginalizadas en torno a los derechos poseen menores recursos materiales para realizar los cuidados requeridos, menores recursos económicos para sostener el aislamiento, a la vez que padecen barreras de accesibilidad a los servicios de salud y la asistencia del Estado.

En relación con los efectos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) sobre la clase trabajadora, las actividades declaradas como esenciales se presentan como un ámbito de mayor exposición. En particular, las actividades vinculadas con la salud son las que denotan mayores tasas de contagio. Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, alrededor de un 16% de los infectados e infectadas se desempeñan en dicho sector. En este sentido se evidencia una importante sobrerrepresentación, ya que alrededor de un 6% de la población ocupada se dedica a dicha actividad. En la Región sanitaria VI, que constituye nuestro objeto de pesquisa, un 5,4% de la población se encuentra ocupada en la rama de la salud humana y los servicios sociales, con una participación femenina del 55%. Por otro lado, los servicios de seguridad también se encuentran entre las actividades esenciales, estos representaban un 4% de la población ocupada. Finalmente, por las características de las actividades y las condiciones en las que

se llevan adelante, las actividades de producción de alimentos también se encuentran expuestas, e incluyen a un 0,5% de los ocupados (INDEC, 2015).

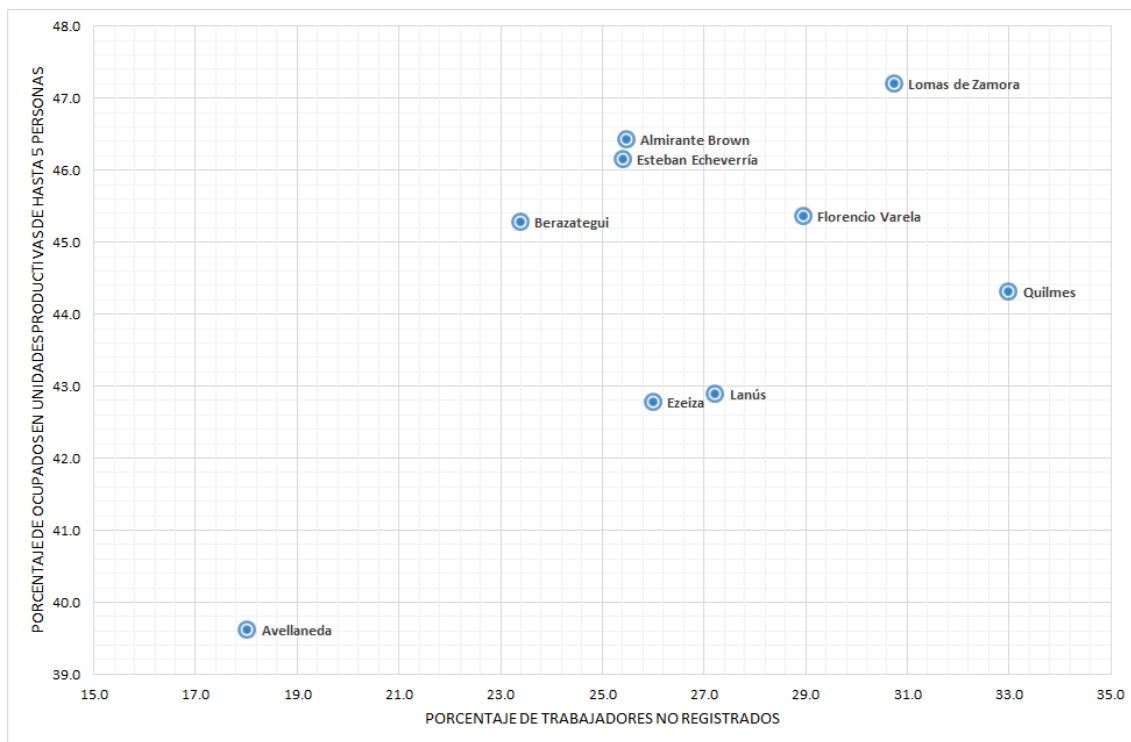
A su vez, en relación con los efectos económicos de la pandemia se pueden construir hipótesis a partir de las diferencias entre los municipios. Como indican los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida en Aislamiento (Schteingart, Trombetta y Civale, 2020), los efectos económicos difieren notablemente entre las categorías ocupacionales: alrededor de un 4% de los asalariados registrados se encuentran en condiciones de vulnerabilidad<sup>13</sup>, mientras que entre los asalariados no registrados alrededor de un 75% se encuentra en esa situación y alrededor de un 80% en el caso de los cuentapropistas.

La inserción en unidades productivas menores a 5 personas y el no registro en la Seguridad Social son indicadores que permiten aproximarnos a la precariedad e inestabilidad de los puestos de trabajo. En la Región sanitaria VI se observan diferencias entre los municipios en relación con estos indicadores. Avellaneda presenta una mejor situación relativa, mientras que Lomas de Zamora exhibe las peores condiciones. A su vez, Almirante Brown y Esteban Echeverría tienen valores elevados en relación con la inserción en unidades productivas pequeñas. Por otro lado, Florencio Varela también presenta valores elevados, a lo que se añade que es el municipio con la tasa de empleo más baja de la región. Finalmente, Quilmes posee los peores valores en lo que refiere al empleo no registrado (Gráfico 1). Consideramos central hacer hincapié en estas situaciones, pues son los trabajadores de los municipios con los peores indicadores quienes ven profundizados los efectos económicos negativos de la pandemia.

---

<sup>13</sup> El concepto de vulnerabilidad usado por los investigadores que desarrollaron la encuesta refiere a: no estar trabajando; estar trabajando menos; tener que reconvertirse; realizar teletrabajo en un hogar con niños y siendo único adulto en el hogar (Schteingart, D., Trombetta, M. y Civale, M. (2020).

**Gráfico 1.** Porcentaje de ocupados en unidades productivas de hasta 5 personas y porcentaje de trabajadores no registrados, según municipio. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. Año 2010



**Fuente:** Elaboración propia en base a Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

En síntesis, esta caracterización general permite dar cuenta de las heterogeneidades que se expresan entre espacios, actividades y municipios. En los próximos apartados avanzaremos sobre la expansión reciente del COVID-19 en la región, y en el análisis de casos de contagio en ciertas actividades.

## COVID-19 en la Región VI

En la Región sanitaria VI se confirmaron desde el inicio de la pandemia 447 casos<sup>14</sup>, un promedio de 8,3 casos por día. Este lapso puede segmentarse en tres períodos: el comprendido entre el primer caso y la finalización de primera fase del ASPO el día 11/04/2020, el segundo período del ASPO que concluyó el 24/04/2020 y la tercera fase que terminó el 06/05/2020. El primer período contiene 97 casos y supone un desarrollo embrionario de contagios, fuertemente amesetados a partir del ASPO. El segundo momento trae consigo una expansión

<sup>14</sup> El período de análisis comprende desde el primer caso conocido (producido el día 12/03/2020) hasta el 06/05/2020 (fecha de cierre de este reporte).

limitada de los casos, éstos ascienden a 135 (con un índice de crecimiento de sólo 39 puntos -tomando la primera fase como base). Finalmente, el tercer período contiene 214 casos (con un índice de crecimiento de 58,5 en relación a la segunda fase). Si bien el crecimiento de los casos es sostenido, se encuentra dentro de los parámetros de control esperados.

La media de casos por municipio en la región es de 49,5 por municipio, aunque existen heterogeneidades entre ellos. Se observa un pico superior en Quilmes - con 91 casos, hasta la fecha de cierre de este reporte- y un límite inferior en Esteban Echeverría con sólo 26 casos (Tabla 1)<sup>15</sup>.

En los medios de comunicación se ha hecho hincapié en el crecimiento abrupto de los casos en el municipio de Quilmes y, tal como se ha mencionado, el número de casos es evidentemente mayor a los de los demás partidos. Sin embargo, es menester comprender esa cifra dentro del peso relativo que tiene en la población municipal. La Tabla 1 muestra que en relación con la tasa de incidencia cada 100.000 habitantes hay municipios que lo superan.

---

<sup>15</sup> [Nota de los editores] Hasta la finalización de este reporte, lamentablemente los datos públicos no permitían un acercamiento con menor nivel de agregación. Sin embargo, cuando estábamos terminando su redacción, se publicaron datos geolocalizados de los casos en la Provincia de Buenos Aires. Este insumo colaboró sustancialmente en el avance del conocimiento para los reportes subsiguientes.

**Tabla 1.** Casos confirmados, fallecimientos, población distrital y tasas de incidencia y de mortalidad cada 100 mil habitantes. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/03/2020 al 06/05/2020

Municipios	N confirmados	N fallecidos	Población	Tasa de incidencia (100.000 hab.)	Tasa de mortalidad (100.000 hab.).
Almirante Brown	54	3	597969	9,0	0,5
Avellaneda	56	3	356392	15,7	0,8
Berazategui	34	3	365771	9,3	0,8
Esteban Echeverría	26	1	370900	7,0	0,3
Ezeiza	44	0	219031	20,1	0,0
Florencio Varela	43	3	517082	8,3	0,6
Lanús	46	1	462827	9,9	0,2
Lomas de Zamora	52	2	648312	8,0	0,3
Quilmes	91	4	664783	13,7	0,6
Total	446	20	4203067	10,6	0,5

**Fuente:** Elaboración propia en base a medios de comunicación local, informaciones de municipios y declaraciones de intendentes. Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

En esta misma tabla se puede observar que la mayor tasa de incidencia cada 100 mil habitantes se presenta en Ezeiza. Estos datos permiten concluir que, para el momento de cierre de este reporte, Ezeiza, Avellaneda y Quilmes son los municipios que tienen tasas cada 100 mil habitantes mayores. Dentro de este marco general serán justamente Quilmes y Ezeiza los dos municipios que expresan, tal como se describe en el apartado que sigue, nichos específicos de vulnerabilidad (documentada) para los trabajadores de actividades esenciales.

## El COVID-19, los trabajadores esenciales y los riesgos

El control de la pandemia supuso un quiebre en las formas de desarrollo de la vida de la población. Enormes contingentes de trabajadores comenzaron a realizar sus actividades desde sus hogares, comprometiendo la distancia entre las actividades domésticas y las laborales. Muchos otros, trabajadores informales, cuentapropistas, etc. dejaron de trabajar, vieron mermadas sus actividades y diezmados sus ya magros ingresos. El Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), que consta de un bono de \$10.000 argentinos (poco menos de 140 dólares estadounidenses) para los hogares sin ingresos, si bien colabora en la reproducción de la vida, no logra suplir de manera completa las necesidades dinerarias de los sectores afectados. La red de organizaciones sociales cumple un papel fundamental llevando adelante ollas populares, merenderos y otras actividades de asistencia que, sin embargo, no responden a todas las enormes carencias de los trabajadores sin ingresos. Los impactos socio-económicos de este proceso exceden las posibilidades de análisis de este reporte y, sin dudas, aún no son conocidos en su magnitud por los investigadores.

Los trabajadores de las actividades esenciales son quienes más riesgos padecen en la vida cotidiana. La medición de dichos riesgos resulta difícil con la limitada publicación de datos que proveen las instituciones de salud, sin embargo, nuestros registros lograron identificar contagios laborales en un 10% de los casos confirmados (sabemos que contamos con un subregistro significativo, no obstante, con los datos construidos avanzaremos en ciertas descripciones).

Estos casos contienen especificidades que permiten clasificarlos de la siguiente manera: el grupo mayoritario, como era esperable, lo conforman los trabajadores de la salud; un segundo grupo de trabajadores contagiados lo encontramos en el municipio de Ezeiza y comprende a trabajadores de la Policía de Seguridad Aeroportuaria (PSA) y, por último otro núcleo de trabajadores infectados se encuentra en la industria de la carne, específicamente en trabajadores del frigorífico El Federal, situado en el municipio de Quilmes. A su vez identificamos cuatro casos de choferes (dos provenientes de Brasil y dos de corta distancia) y, también, casos aislados de policías, trabajadores municipales, albañiles, entre otros.

Profundicemos la descripción en los tres conjuntos de trabajadores mencionados. Comencemos por los trabajadores de la salud. Ya al comienzo de este reporte se mostraron los datos generales de trabajadores del sector, su feminización y los altos niveles de contagio. Estos datos nos alertan en torno a una interseccionalidad<sup>16</sup> entre los riesgos de clase y la vulnerabilidad de género, pues

---

<sup>16</sup> El concepto de interseccionalidad tiene larga data, desde los primeros usos de Crenshaw en la década de 1980 (Crenshaw, 2012). Más allá de los matices entre diversas formas de comprenderlos y utilizarlos, lo común es que busca aprehender la experiencia simultánea y enraizada de múltiples formas de desigualdad en la experiencia de vida de las mujeres.

así como sucede con los cuidados domésticos, el cuidado de los enfermos también está altamente feminizado.

En nuestros registros hemos logrado identificar 15 casos de trabajadores de salud infectados en la Región VI; éstos no se circunscriben a un período determinado ni a un territorio o institución específicos, sino que se distribuyen en los diversos municipios y se extienden a todo el período. Entre ellos cabe destacar el fallecimiento de un médico de 62 años que trabajaba en Quilmes y residía en Berazategui; con este caso, el riesgo de muerte perdió su carácter fantasmático y adquirió total veracidad. A su vez, de los 15 trabajadores de la salud registrados 11 son mujeres, cifra que da cuenta de que en el territorio bajo análisis también se evidencia la feminización de los cuidados evocada a nivel nacional<sup>17</sup>. Asimismo, entre los casos de nuestras bases, las profesiones identificadas son la enfermería y la bioquímica. Sin tener posibilidades de profundizar en el análisis, cabe decir que la escasez de elementos de protección personal (EPP) y el pluriempleo<sup>18</sup> constituyen aspectos centrales para comprender la dinámica de estos contagios y la transmisión del virus.

El contagio colectivo producido entre los trabajadores de la PSA se conoció el día 27/04/2020 e involucra a 11 casos registrados. Estos trabajadores tienen entre 40 y 50 años, sus cuadros fueron leves y sus evoluciones positivas. Se han registrado, también, contagios estrechos con familiares con similares características. A su vez, informes posteriores publicados por medios de comunicación local expresaron otros posibles contagios acaecidos entre estos trabajadores que, sin embargo, por falta de precisión no pudieron ser sumados a nuestros registros.

Vayamos ahora al último caso que se ha de presentar. En éste se vincula la vulnerabilidad de clase en su faceta laboral y territorial. Los trabajadores de la carne que tenemos registrados desarrollan sus trabajos en el frigorífico El Federal. Éste se encuentra situado en el barrio La Paz, lindando entre Almirante Brown, Quilmes y Lomas de Zamora. Los casos de COVID-19 del frigorífico comienzan con el contagio de un veterinario de 55 años, trabajador de SENASA, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria. Su caso se confirma el 16/4/2020 y el trabajador muere pocos días después, el 21/4/2020. Confirmado el primer caso, la planta debería haber puesto en marcha el protocolo de seguridad - conociendo la cercanía corporal que produce la línea mecánica de las reses, los vestuarios, los comedores, etc. Sin embargo, la empresa continuó abierta y

---

<sup>17</sup> Mónica Abramzón (2005) refiere a este proceso de feminización de determinadas ramas de la atención en salud. En su estudio concluye que la medicina estuvo masculinizada hasta la década de 1980 y la enfermería feminizada (con una leve tendencia inversa en las últimas dos décadas).

<sup>18</sup> Según se afirma un estudio reciente de CICOP (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires) y la UNDAV (Universidad Nacional de Avellaneda), realizado a partir de entrevistas a trabajadores de la salud, el 45% de los trabajadores tienen otro empleo remunerado; a su vez, el 49% de los entrevistados refirió un promedio de 49 a 60 horas semanales de trabajo, y un 20.2% más de 60 horas semanales (Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2019).

presionó a los trabajadores para continuasen las actividades<sup>19</sup>. En este contexto, dentro de la planta se constataron 9 casos confirmados. Tenemos registro de tres de estos casos que se confirman entre el 22/04/2020 y el 24/04/2020<sup>20</sup>; estos tres trabajadores son de género masculino y tienen entre 40 y 55 años. Tras ello fueron los vecinos del barrio los que se movilizaron para solicitar la clausura de la planta. Pese a ello, la patronal reabrió de facto el frigorífico, lo que llevó a la detención de su dueño y a una segunda clausura. Esta situación de irresponsabilidad empresarial generó no solo contagios entre los trabajadores y sus familias (pues, una tercera fase de contagios -registrada en nuestra base de datos- se produce con los familiares de los trabajadores entre los días 04 y 05/05/2020) sino, también, una ola de preocupación en el vecindario.

---

<sup>19</sup> Se debe recordar el conflicto por el cierre de la planta frigorífica llamada Penta y las situaciones de represión de las protestas por la defensa de la fuente de trabajo. Doscientos cuarenta trabajadores de Penta no recibieron su salario desde el 20/03/2020, 450 fueron despedidos y el día 10/04/2020 fueron reprimidos cuando reclamaban una solución. Al momento del cierre de este reporte, el conflicto no había sido resuelto.

<sup>20</sup> Los casos que constan en nuestra base corresponden a trabajadores que residen en Florencio Varela y Berazategui. El municipio de Quilmes no brinda precisiones sobre el trabajo o la localidad de los casos confirmados.



**Mapa 2.** Detalle del Barrio La Paz y otros Barrios Populares aledaños. Localización del frigorífico El Federal, Quilmes.



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM y datos del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP).

Entre los días 05/05/2020 y 06/05/2020, la municipalidad de Quilmes realizó un operativo llamado DETeCTAr<sup>21</sup> que midió puerta a puerta la situación de salud de los vecinos del barrio La Paz y aledaños; este operativo tuvo el objeto de lograr la identificación precoz de casos de COVID-19 en los barrios populares. Dentro de esta iniciativa, se identificó un caso positivo que se sumó a otro conocido días antes en un barrio marginalizado colindante, llamado La Matera (Mapa 2)<sup>22</sup>. Al momento del cierre de este reporte, la preocupación por las formas de prevención del contagio en los barrios populares tomaba la tapa de los diarios.

<sup>21</sup> [Nota de los editores] El programa DETeCTAr constituye el dispositivo de testeo para el Coronavirus en territorio argentino. Este dispositivo asumió dos modalidades, operativos móviles puerta a puerta y puntos fijos. Para más precisiones sobre los dispositivos nacionales, se puede consultar el trabajo de Ariovich, Chiara, Cosacov, Crojethovic, Gorrochategui, Jiménez, Llaó, Maneiro (2022).

<sup>22</sup> El día 13/05/2020, cuando estábamos finalizando de redactar este reporte, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publicó una serie de mapas en los cuales se geolocalizan casos confirmados de COVID-19. Esto nos permitió ver 6 casos confirmados en este territorio.

## Palabras finales

Este tercer material elaborado por nuestro equipo mostró algunas aristas de los riesgos que están afrontando los trabajadores esenciales, y las transversalidades que se evidencian en relación con vulnerabilidades sociales y de género. Conocer con rigurosidad la situación es un primer paso para aminorar los riesgos. Esperamos colaborar con ello.

## Bibliografía

Abramzón, M. (2005). *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*. Organización Panamericana de Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6243/2005-ARG-recursos-humanos-salud.pdf;sequence=4>

Arceo-Gomez, E. O., Campos-Vazquez, R. M., Esquivel, G., Alcaraz, E., Martínez, L. A., y Lopez, N. G. (2022). The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico. *The Lancet Regional Health*, 6.

Ariovich, A., Chiara, M., Cosacov, N., Crojethovic, M., Gorrochategui, J., Jiménez, C., Llaó, M. y Maneiro, M. (2022). Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos. (Documento de Trabajo nro. 3: Proyecto PISAC-COVID-19-00021: “La implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID-19: una mirada desde las relaciones intergubernamentales y las redes de políticas”). ANPCyT. <https://tripcovidigg.sociales.uba.ar/publicaciones/>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 297/2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Canales, A. (2021). La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). *Notas de población*, (111), 13-42. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46553>

Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires CICOP (2019). *Desgaste psicofísico en los trabajadores de la salud*. <https://cicop.org.ar/documentos/desgaste-psicofisico-en-lasos-trabajadores-de-la-salud/>

Crenshaw, K. (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color. En R. Platero Méndez (Ed.), *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 87-122). Bellaterra. [https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2017/03/Intersecciones\\_Cuerpos\\_sexualidades\\_encrucijada.pdf](https://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2017/03/Intersecciones_Cuerpos_sexualidades_encrucijada.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020a). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos*. Segundo semestre de 2019 (Informes técnicos vol. 4, no. 59). INDEC. [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph\\_pobreza\\_02\\_195EFE752E31.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_195EFE752E31.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020b). *Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH). Cuarto trimestre de 2019 (Informes técnicos vol. 4, no. 53)*. INDEC. [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado\\_trabajo\\_eph\\_4trim19EDC756AEAE.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_4trim19EDC756AEAE.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). *Proyecciones de población. Programa de Análisis Demográfico*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-119>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM*. [https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&\\_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099](https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099)

Schteingart, D., Trombetta, M. y Civale, M. (2020). Informe: Encuesta de Condiciones de Vida en Aislamiento. [https://www.researchgate.net/publication/343190019\\_Informe\\_Encuesta\\_sobre\\_Condiciones\\_de\\_Vida\\_en\\_Aislamiento](https://www.researchgate.net/publication/343190019_Informe_Encuesta_sobre_Condiciones_de_Vida_en_Aislamiento)

## Fuentes

Los datos son elaboración propia del equipo y fueron construidos en base a noticias oficiales, medios de comunicación local, informaciones de municipios y declaraciones de intendentes.

Fecha de publicación original de este informe: 14/05/2020.

## CUARTO REPORTE

### Nuevo momento en la expansión del virus: datos, interrogantes y aportes desde las ciencias sociales

**Leónidas Hernán Olivera, Soledad Fernández Bouzo, María Maneiro, Santiago Nardin, Juan Pablo Borda y Ariel Hernán Farías**

Este reporte se basa en los datos de la expansión del COVID-19 desde el día en que se conocieron los primeros casos confirmados de la Región VI, el 12/03/2020 hasta el día 01/06/2020. Durante estos ochenta y un días registramos 2168 casos confirmados. La gravedad de la situación de la región -que presenta la mayor tasa de incidencia de la provincia<sup>23</sup>- justificó una intervención estatal de emergencia. El evento de los barrios populares Azul-Itatí ha sido objeto de tratamiento periodístico y configuró aspectos centrales del debate público<sup>24</sup>. En este reporte, abordaremos la situación de Azul e Itatí, pero haciéndola inteligible dentro de un marco más amplio que la contornea.

Aquí describiremos la incidencia del COVID-19 en la Región sanitaria VI, caracterizaremos a la población afectada en términos sociodemográficos, identificaremos la particularidad de cada uno de los partidos que la componen y esbozaremos una periodización posible. Posteriormente abordaremos elementos de relevancia para comprender las condiciones para el contagio y la gravedad que podría tener la enfermedad en los diferentes espacios sociales que componen la región. Estos dos elementos nos llevarán a profundizar una serie de aspectos. Por un lado, es necesario ubicar los “barrios populares” en general y específicamente aquellos que están siendo objeto de programas especiales de emergencia sanitaria para aproximarnos a los procesos más complejos como el que se suscitó en Villa Azul-Itatí. Por otro lado, precisamos interrogarnos acerca de las particularidades de estos entramados en los diferentes espacios sociales que componen la región.

---

<sup>23</sup> Como se verá en la Tabla 1 la tasa de incidencia total de la región es de 51,6 cada 100 mil habitantes, mientras que para el día 30/05/2020 la tasa de incidencia de la provincia en su conjunto era de 36,6 cada 100 mil habitantes (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Boletín Epidemiológico, 2020a, Semana 23).

<sup>24</sup> Desde el punto de vista del tratamiento mediático, observamos un cambio en los criterios de noticiabilidad; así, las coberturas periodísticas que inicialmente se orientaban a reponer la mayor cantidad de información posible sobre las personas enfermas (modo de contagio, residencia, condiciones laborales, composición familiar, etc.), con el propósito de brindar una cobertura que diera cuenta de cierta intimidad (el “¿Quiénes son?” podríamos decir), mutaron hacia un tratamiento con eje en la evolución de la cantidad de infectados (“¿Cuántos son?”). Este cambio implicó mayores dificultades en los registros que llevamos adelante.

La media de casos por día fue de 26,8. Sin embargo, tal como argumentaremos en este reporte, entendemos que esa cifra debe comprenderse a partir de la segmentación en dos períodos diferentes. Uno que se extiende desde el primer caso hasta el 18/05 y el segundo período que comienza el día 19/05 y aún se encontraba en proceso de desarrollo cuando se cerraron los datos en los que se basa el presente informe. Espacialmente, dichos casos, se distribuyen de la siguiente forma: Almirante Brown 230 casos, Avellaneda 341 casos, Berazategui 145 casos, Esteban Echeverría 134 casos, Ezeiza 134 casos, Florencio Varela 173 casos, Lanús 271 casos, Lomas de Zamora 237 casos y Quilmes 500 casos. Atentos a estos datos se puede inferir que la dupla Avellaneda y Quilmes constituye actualmente el nudo de mayor incidencia del COVID-19 en la región bajo análisis.

Ingresemos en la cartografía general: Avellaneda y Quilmes contienen el 38,8% de los casos confirmados de la región, evidenciando una dinámica doble en la cual se intersecta la movilidad centro-periferia y la transmisión horizontal dentro de los entramados sociales barriales. En un grupo intermedio en torno a la cantidad absoluta de casos confirmados podemos encontrar los partidos de Lanús, Lomas de Zamora y Almirante Brown, estos tres contienen el 34% de los casos. Finalmente, aquellos con menor cantidad absoluta de casos son Ezeiza, Florencio Varela, Esteban Echeverría y Berazategui con el 27,2% de los casos confirmados. Esta demarcación de tres capas evidencia que la dinámica centro-periferia sigue operando en la delimitación de zonas diferenciales de contagio.

**Tabla 1.** Casos confirmados, fallecimientos, altas, población distrital, casos cada 100 mil habitantes, tasa de recuperación, tasa de letalidad, y mortalidad cada 100 mil habitantes, por municipio. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 1/6/2020

Municipios	Casos confirmados	Fallecidos	Altas	Población	Casos cada 100.000 hab.	Tasa de recuperación	Tasa de letalidad	Mortalidad cada 100.000 hab.
Almirante Brown	230	9	40	597969	38,5	17,4	3,9	1,5
Avellaneda	341	7	48	356392	95,7	14,1	2,1	2,0
Berazategui	145	4	34	365771	39,6	23,5	2,8	1,1
Esteban Echeverría	134	0	38	370900	36,1	28,4	0,0	0,0
Ezeiza	134	1	58	219031	61,2	43,3	0,8	0,5
Florencio Varela	176	6	48	517082	34,0	27,3	3,4	1,2
Lanús	271	3	54	462827	58,6	19,9	1,1	0,7
Lomas de Zamora	237	5	33	648312	36,6	13,9	2,1	0,8
Quilmes	500	6	77	664783	75,2	15,4	1,2	0,9
Total	2168	41	430	4203067	51,6	19,8	1,9	1,0

**Fuente:** Elaboración propia en base a medios de comunicación local, informaciones de municipios, declaraciones de intendentes y datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010a).

En torno a los datos sobre expansión de los casos de COVID-19, la Tabla 1 confirma, aunque con ciertos matices, la tipología que presentamos mediante los datos absolutos. La magnitud de los contagios sigue teniendo en el punto más alto a los municipios de Avellaneda y Quilmes, pero en relación a la población, es en Avellaneda -y no Quilmes- donde se registra la tasa de incidencia más alta de la Región sanitaria VI. En lo que refiere a este dato, el partido de Ezeiza mostró

una dinámica particular, pues a pesar de tener una cantidad de casos semejante a los municipios de su cordón (más alejados del centro), y dada su baja densidad poblacional, presenta datos relativos por encima de sus vecinos. En el tercer informe vinculamos los casos confirmados en dicho municipio con un nudo de contagio específico entre los trabajadores de la Policía de Seguridad Aeroportuaria. Pese a esta excepción, la dinámica centro-periferia sigue mostrándose correcta para interpretar la expansión de los casos confirmados de COVID-19.

Un párrafo especial merecen los datos de recuperación. Otra vez es Ezeiza el caso más discordante por su alta tasa de pacientes recuperados. La dinámica de sus contagios puede estar explicando la particularidad (Gráfico 1). Los restantes municipios más lejanos también constan de cifras mayores a los municipios del primer cordón. Entendemos que la aceleración pronunciada de los contagios en la última fase del período de estudio, que tuvo mayor expresión en los municipios centrales, constituye un elemento para entender las diferentes tasas relativas de recuperación.

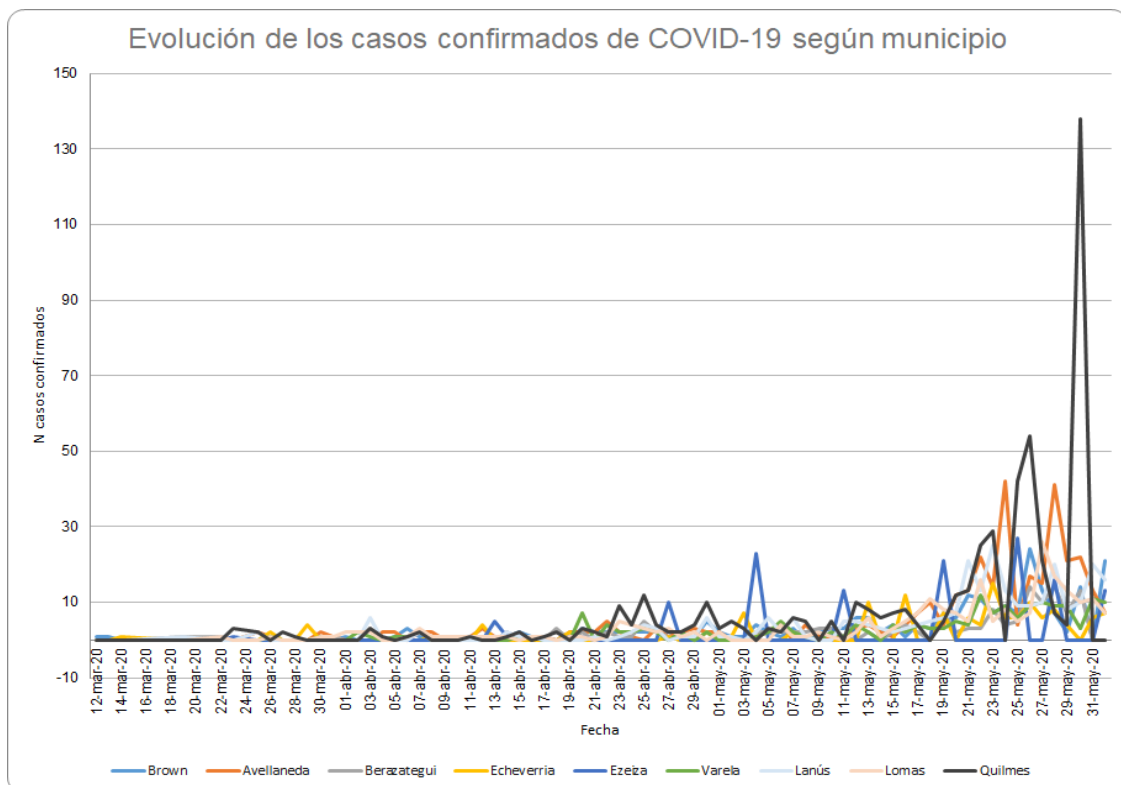
Si nos aproximamos a los datos acerca de los fallecidos, la situación es diferente. En primera instancia no se constata una dinámica que emule la expansión centro-periferia, sino que los casos poseen una dispersión que trasciende esa lógica, y eso sucede tanto para los datos absolutos como para los relativos en torno a la población total distrital. Sin embargo, si miramos con detenimiento las tasas de letalidad, podemos divisar una lente interpretativa. Esta tasa refiere a la relación entre los casos confirmados de contagio del virus y la cantidad de personas fallecidas, y en los datos que hemos construido se muestra una significativa elevación de dichas tasas en municipios más periféricos; entre ellos la relevancia de Almirante Brown y Florencio Varela merece una atención especial, evidenciando una tendencia contraria a la que referimos en torno a la expansión del virus. Dicho en otros términos, con los datos disponibles se puede concluir que a pesar de que el peso absoluto y relativo de los casos de enfermos de COVID-19 en los municipios periféricos es menor que en los partidos más cercanos a las centrales, la proporción de fallecidos entre los enfermos es mayor.

Este dato parece ser relativamente independiente de la edad. Por ejemplo, si comparamos los datos de Lanús y de Florencio Varela, localidades que brindan mayor calidad de datos de las personas contagiadas de COVID-19, sólo el 6,5% de los contagiados de Florencio Varela tienen 65 años o más, mientras que en Lanús el 11,3% son adultos mayores y sin embargo la tasa de letalidad de Florencio Varela es de 3,41 por cada cien casos confirmados de COVID-19 mientras que la de Lanús es de 1,11 (volveremos a abordar las características de las personas fallecidas más abajo). Diversos aspectos pueden influir en esta diferencia, pero una hipótesis plausible se encuentra en la influencia de los determinantes sociales y económicos de la salud, como así también la disponibilidad y la calidad de la atención.

Antes de seguir profundizando en esta línea, nos detendremos en las fases que está atravesando la Región VI y precisaremos cómo se está desarrollando en los diversos partidos.



**Gráfico 1.** Distribución temporal de los casos confirmados por partido. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 1/6/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a medios de comunicación local, informaciones de municipios y declaraciones de intendentes y datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El Gráfico 1 permite observar la dinámica de expansión del COVID-19. El primer aspecto a considerar es la aceleración del crecimiento a partir del día 19/05/2020. Es este día que corta la fase embrionaria y contenida de la expansión, para evidenciarse un crecimiento ampliado del virus en la región. Los datos que se presentan en la Tabla 2 son contundentes, pues se pasa de una media de 11 casos por día a casi 102 casos diarios. El aumento estuvo, indudablemente, ligado al foco Azul-Itatí que mencionaremos más adelante, y permite explicar por qué alrededor del 70% de los casos confirmados en ambos municipios se producen en el segundo período.

Sin embargo, esta progresión de casos excede este espacio social puntual y tiene correlato expansivo en todos los municipios de la región: Lanús presenta un mayor crecimiento y contiene más de un 72% de los casos en el segundo período; Ezeiza, por su parte, registra una dinámica de crecimiento más expandido en el tiempo<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Ezeiza publica sus casos con una periodicidad semanal que sesgan el registro, por un aspecto extrínseco a la dinámica del contagio.



**Tabla 2.** Cantidad de casos confirmados por período. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 1/6/2020

Período	Casos confirmados	Días	Promedio diario
12/03 al 18/05	741	67	11,1
19/05 al 01/06	1427	14	101,9

**Fuente:** Elaboración propia en base a medios de comunicación local, informaciones de municipios y declaraciones de intendentes y datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Ambos períodos no sólo expresan divergencias cuantitativas, sino también parciales modificaciones en el perfil de los contagiados. Uno de los elementos de interés, que podría dar cuenta de un proceso exitoso relacionado con el ASPO, se expresa en una tendencia a la disminución de la edad mediana de los contagiados. Si bien los datos etarios sólo fueron publicados en nuestras fuentes en un 37% de los casos, encontramos una tendencia que también está documentada en otros niveles de aproximación. Según nuestros datos, durante el primer período la mediana se encontraba en los 41 años de edad, mientras en el segundo período se halla en los 38 años<sup>26</sup>. Dos aspectos parecen incidir en esta modificación etaria: el éxito en la producción de aislamiento y protección de los adultos mayores, como así también una modificación en el tipo de contagio, cuya génesis fue fundamentalmente importada y actualmente es de contacto estrecho y comunitario.

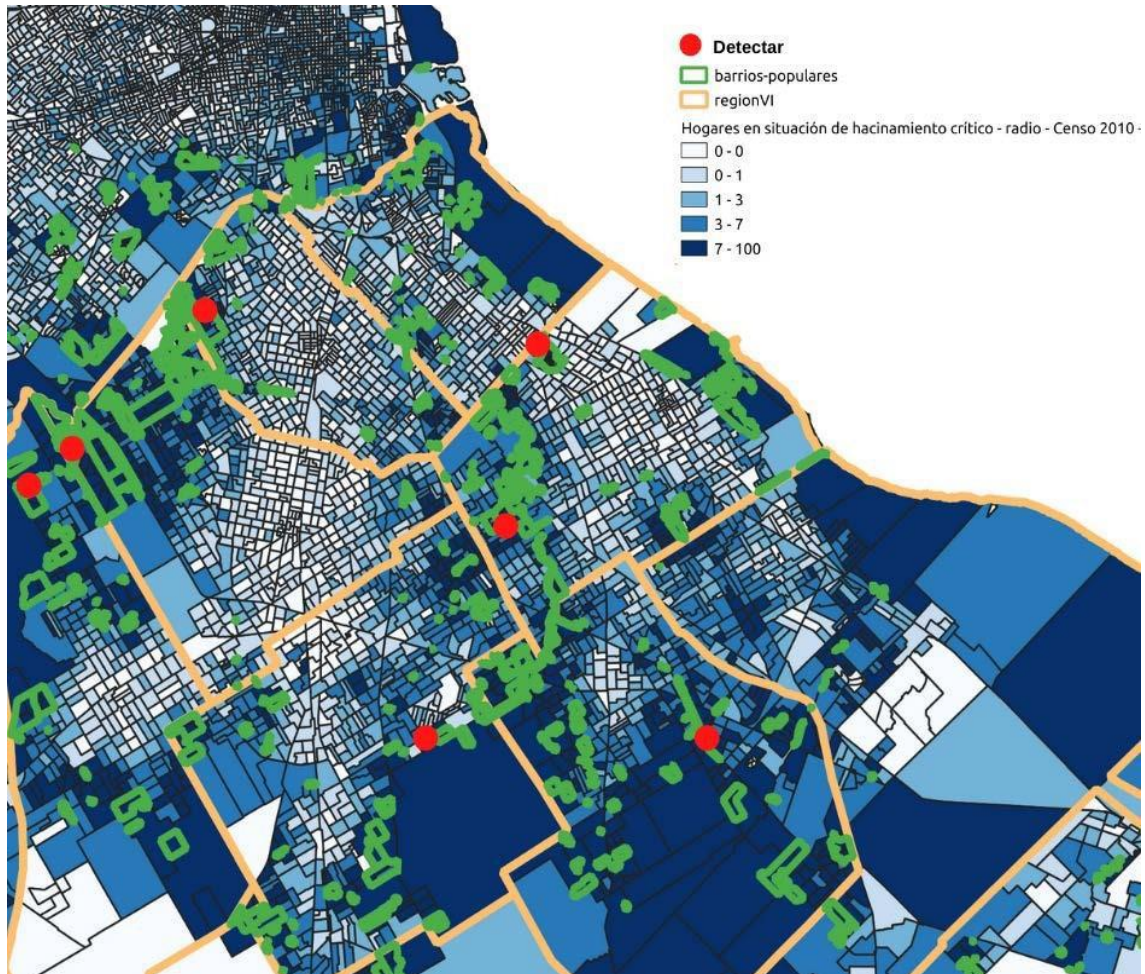
No obstante, como ya se ha mencionado, existen otros aspectos relevantes para comprender la dinámica de los contactos; desde el día 12/05/2020 el Ministerio de Salud de la Nación dispuso tomar en consideración para la determinación de un caso sospechoso el hecho de habitar un barrio popular<sup>27</sup>. Si bien no entra en la definición, nuestra pesquisa mostró una relevante superposición entre barrios

<sup>26</sup> Según datos del Sistema Nacional de Vigilancia en la Región VI, hasta el 18/05/2020 la mediana de edad de casos confirmados era 37 años, y del 19/05/2020 al 1/06/2020 bajó a 34 años. Consideramos que nuestra base posee un sesgo particular por tener faltantes de datos en general y tener completos los datos etarios de los fallecidos. Sea como fuere, la tendencia que muestran nuestros datos parece ser correcta (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Boletín Epidemiológico, 2020a, Semana 23).

<sup>27</sup> Para el Ministerio de Salud de la Nación la definición de caso sospechoso varió a lo largo del tiempo. Fueron cambios anunciados y publicados en la página oficial: [https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/definicion-de-caso#:~:text=Todo%2ocaso%2osospeso%2ode%2oCOVID,reversa%2o\(RT%2DPCR\)](https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/definicion-de-caso#:~:text=Todo%2ocaso%2osospeso%2ode%2oCOVID,reversa%2o(RT%2DPCR)). Como ya hemos mencionado en un reporte anterior, la definición de “barrio popular” fue tomada del Registro Nacional de Barrios Populares y comprende aquellos entramados habitacionales en los cuales la mitad de la población no cuenta con título de propiedad, ni acceso a dos o más servicios básicos. De esta forma, hemos podido observar la clara relación existente entre el aumento de casos y los focos de contagio en barrios populares.

populares del RENABAP y condición de hacinamiento crítico<sup>28</sup>. Según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para el día 26/05/2020 el 14% de los casos confirmados habitaban barrios populares.

**Mapa 1.** Barrios populares, hacinamiento y geolocalización de Operativos DETeCTAr.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.*, del Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) y de medios de comunicación local, informaciones de municipios y/o declaraciones de intendentes.

Revisemos la visible superposición entre los barrios populares y los hogares con hacinamiento crítico. La existencia de una mayor proporción de hogares hacinados en los barrios populares se pone claramente de manifiesto en la representación cartográfica. La preocupación sanitaria ante las olas de contagios y las dificultades para el ejercicio de aislamientos preventivos adecuados se expresó en iniciativas de políticas públicas diversas. El programa “Barrio cuida al

<sup>28</sup> El INDEC (2010b) define hogares con hacinamiento crítico a aquellos con más de tres personas por cuarto (sin considerar la cocina y el baño).

Barrio”, aún no solidificado en los municipios de la Región sanitaria VI -al cierre de este reporte- promueve postas comunitarias de cuidado vecinal y una modalidad de gestión del aislamiento de tipo comunitario. El programa “Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Terreno de Argentina” (DETeCTAr), procura identificar y aislar casos sospechosos de manera temprana; en esta región, centralmente, en barrios populares. En la letra oficial se aduce que el programa “realiza un despliegue territorial con promotoras y promotores de salud, enfermeros y profesionales, que van casa por casa, dialogan con los vecinos y le toman la temperatura corporal. En caso de detectar fiebre, se les pide completar un cuestionario para identificar si esa patología es compatible con el COVID-19. Si se define como caso sospechoso, se le realiza el hisopado correspondiente a fin de confirmar o descartar el diagnóstico, y se lo traslada a un centro de salud, donde permanece internado hasta obtener el resultado” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020b)<sup>29</sup>.

La ejecución de este tipo de operativos tiene su hito de inicio en la región en el Barrio La Paz (San Francisco Solano, Quilmes) de la mano del escándalo mediático acaecido luego del brote de contagios en el Frigorífico “El Federal” durante los primeros días del mes de mayo<sup>30</sup>. Pocos días después este formato de identificación territorial de casos sospechosos se replica en otro barrio cercano, llamado La Matera. Posteriormente, desde el inicio de lo que nosotros entendemos como un nuevo momento en la fase de expansión del COVID-19 hasta el cierre de los datos de este reporte (como se puede ver en el Mapa 1) se llevaron adelante operativos DETeCTAr, además de los mencionados, en Lomas de Zamora (Santa Catalina, Libertad y 3 de Enero, Villa Fiorito), en Almirante Brown (Don Orión), en Florencio Varela (Villa del Plata y Perón, Bosques) y en Esteban Echeverría (9 de Abril, Luis Guillón). Es sabido que los operativos continuaron luego del cierre de este trabajo, no obstante, resulta evidente la brecha en torno a la magnitud del problema y las iniciativas en curso.

La experiencia en Azul-Itatí merece un párrafo especial. Estos dos barrios conforman un entramado residencial antiguo artificialmente dividido por una autopista construida durante la última dictadura. El segmento sur quedó con el tradicional nombre de Itatí y es el más extenso y densamente poblado. El

---

<sup>29</sup> Cabe una mención al formato con el cual se llevan a adelante los operativos; es sabido el enorme compromiso, altamente feminizado, de las organizaciones sociales y las instituciones locales, que están poniendo su labor cotidiana para el cuidado del barrio. No obstante, la protección hacia las cuidadoras es deficitaria y expresa precariedades significativas que ponen en peligro a las referentes sociales y al quehacer cotidiano. Acerca de estas cuestiones, se pueden consultar los siguientes artículos periodísticos basados en esta misma investigación: Soul, J. (2 de junio de 2020). Aislamientos, Pobrezas y Emergencias: ¿Qué nos enseña la Sociología sobre la Pandemia en el Sur del Conurbano? ANRED y “Hay que intentar que en los barrios populares las políticas sean situadas, de cuidado, y alimentación” (1 de junio de 2020). Notas Periodismo Popular.

<sup>30</sup> Hacia finales del mes de abril y comienzos del mes de mayo fallece un trabajador del frigorífico y se producen tres olas de contagios mientras la patronal busca por diferentes medios no cerrar la planta. Este acontecimiento fue desarrollado en el tercer reporte de nuestro equipo.

segmento norte, conocido como Azul, es espacialmente más acotado, y alberga a 2.118 personas que comprenden 837 hogares (Informe Censo Villa Itatí-Villa Azul, 2018). De ellos, menos del 5% poseen cloacas y si bien el 91% poseen acceso a la red de agua potable, la escasa presión dificulta el uso cotidiano, como así también las extensiones clandestinas disminuyen la potabilidad del agua. El 71% de sus viviendas están construidas por materiales no sólidos (Informe Censo Villa Itatí-Villa Azul, 2018). El día 20/05/2020, a poco de la escalada de los casos que inauguran lo que dimos en llamar el segundo período de expansión del virus, comienza a ejecutarse el operativo DETeCTAr en Villa Itatí; los vecinos de Azul solicitan ser atendidos y apenas comenzado el testeo se constata un foco altamente desarrollado que dio como resultado, según los medios locales, 80% de positividad. En este contexto, las autoridades sanitarias deciden aislar a los casos confirmados -para evitar la continuidad de la propagación- y cerrar las fronteras del barrio mediante un operativo llevado a cabo por las fuerzas de seguridad. Al cierre de este informe el barrio tenía confirmados 276 casos; la magnitud de los contagios expresa, contundentemente, lo tardío del operativo. Ante tal escenario, el cierre represivo del entramado barrial posibilitó una barrera respecto de Itatí y los datos actuales muestran el éxito de esta iniciativa límite. No obstante, la remisión a la estrategia represiva constituye una decisión política indeseable, que demarca su adecuación reproduciendo de manera ampliada una ecología urbana con desigualdades naturalizadas<sup>31</sup>.

Lo antedicho no debe ocultar la heterogeneidad intra e inter-municipios y la necesidad de atender a estas particularidades. En partidos densamente poblados se contraponen urbanizaciones formales y tradicionales, y periferias informales y hacinadas. Este es el caso de Avellaneda, Quilmes, Lanús y Lomas de Zamora. Con zonas divergentes en cuanto a densidades poblacionales, pervivencia de espacios periurbanos, grandes extensiones de los tradicionales loteos y barrios populares hacinados podemos encontrar a Almirante Brown y Berazategui. Finalmente, con enormes espacialidades periurbanas, en las cuales se alojan barrios populares con estructurales carencias encontramos a Florencio Varela, y con mayores polaridades a Echeverría y Ezeiza, partidos en los que se instauran importantes entramados habitacionales privados, de media-alta gama. Cada una de estas mallas de urbanización comprenden situaciones y movilidades diversas que nos interrogan acerca de las formas del contagio desiguales. Barrios populares en espacios lindantes con lo periurbano pueden tener menores incidencias en la generalización del contagio, pero posiblemente mayores dificultades para su correcta atención, y de la mano de ellos, potenciales riesgos de salud para sus habitantes. Sin posibilidades aún de afianzar estas hipótesis, los diferenciales en las tasas de letalidad abren este espacio de reflexión que no debe ser soslayado.

---

<sup>31</sup> Esta idea retoma elaboraciones de Segura y Pinedo (2020).

## Palabras finales

Atentos a esta preocupación destinamos este párrafo final a la descripción general de los fallecidos de la región. Según nuestros datos, y tal como consta en la Tabla 1, tenemos documentados 41 fallecidos, lo que implica un promedio de un fallecimiento cada dos días, durante el período de análisis. La distribución sexual de los fallecidos mantiene similar proporción respecto de la Provincia de Buenos Aires; el 60% de los fallecidos son hombres.

La mediana de edad es de 78 años, con una significativa dispersión etaria. Los casos extremos los componen dos vecinos del partido de Almirante Brown: una joven de 25 años con enfermedades preexistentes y un hombre de 95 años. De los 31 casos con datos de edad, 12 refieren a personas menores a 65 años. 8 de ellos habitan los municipios más alejados de la región.

¿Habrá alguna relación sistemática entre la mayor tasa de letalidad y los espacios territoriales más periféricos? Estos datos habilitan una serie de interrogantes en torno a la relación mortalidad/ edad y la relevancia de los factores biomédicos y no biomédicos. Estos aspectos seguirán siendo indagados en los próximos reportes.

## Bibliografía

Pinedo, J. y Segura, R. (2020). Espacios, velocidades y senderos. Sobre algunas dinámicas espaciales de la pandemia. *Escenarios*, (32). <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/10843/9699>

“Hay que intentar que en los barrios populares las políticas sean situadas, de cuidado, y alimentación”. (1 de junio de 2020). *Notas Periodismo Popular*. <https://notasperiodismopopular.com.ar/2020/06/01/hay-que-intentar-que-en-los-barrios-populares-las-politicas-sean-situadas-de-cuidado-y-alimentacion/>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 297/2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010a). Proyecciones de población. Programa de Análisis Demográfico. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-119>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010b). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Glosario. *Variables seleccionadas Serie B N 1*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM*. <https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=>

MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&\_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099

Soul, J. (2 de junio de 2020). Aislamientos, pobreza y emergencias: ¿Qué nos enseña la sociología sobre la pandemia en el sur del conurbano? *ANRED*. <https://www.anred.org/2020/06/02/aislamientos-pobrezas-y-emergencias-que-nos-ensena-la-sociologia-sobre-la-pandemia-en-el-sur-del-conurbano/>

Ministerio de Economía. Subsecretaría de Política y Coordinación Económica. Dirección Provincial de Estadística. (2018). *Informe Censo Villa Itatí- Villa Azul. Provincia de Buenos Aires*. [http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Informe\\_Censo\\_Villa\\_Itat%C3%AD\\_-\\_Villa\\_Azul\\_1.pdf](http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Informe_Censo_Villa_Itat%C3%AD_-_Villa_Azul_1.pdf)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020a). *Boletín Epidemiológico. Semana 23*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/06/Boletin-EPI-SE22.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020b). *La Provincia puso en marcha un operativo de monitoreo en tiempo real de los barrios populares*. [https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/noticias/la\\_provincia\\_puso\\_en\\_marcha\\_un\\_operativo\\_de\\_monitoreo\\_en\\_tiempo\\_real\\_de\\_los](https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/noticias/la_provincia_puso_en_marcha_un_operativo_de_monitoreo_en_tiempo_real_de_los)

Registro Nacional de Barrios Populares. (2018). *Relevamiento Nacional de Barrios Populares. Informe General Período 08/2016 a 12/2017*. <https://zuletasintecho.files.wordpress.com/2018/04/resumen-informe-de-gestic3b3n-renabap-ac3b10-2017-docx.pdf>

## Fuentes

Los datos son elaboración propia del equipo y fueron construidos en base a datos de la dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de la Salud, Área de Vigilancia, la Sala de situación de monitoreo de COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires, los medios de comunicación.

Fecha de publicación original de este informe: 17/06/2020



## QUINTO REPORTE

### Un abordaje desde el problema del diagnóstico y la atención

**Juan Pablo Borda, María Maneiro, Leónidas Hernán Olivera, Ariel Hernán Farías, Soledad Fernández Bouzo y Santiago Nardin**

El presente reporte aborda la expansión del COVID-19 en la Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires desde la fecha de emergencia del primer caso confirmado, el día 12 de marzo de 2020, hasta el día 17 de julio de 2020, fecha en que terminó una nueva fase del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO).

Este trabajo enfoca el proceso de seguimiento de la pandemia, situando la lente en la cuestión del diagnóstico, preocupados por la alta tasa de positividad sostenida en el tiempo. En este sentido, en primer lugar, se desarrollan las particularidades del testeo segmentando la información por espacios sociales y períodos diferenciales.

En segundo término, se realiza una descripción del devenir de los casos en la región comparando las tasas de incidencia, de mortalidad y de letalidad de cada uno de los municipios, explorando hipótesis que den cuenta de las divergencias halladas. Seguidamente, se describe la evolución de los fallecidos, por cordones y por períodos.

En tercer lugar, se enfocan las modalidades de atención del sistema de salud. Se rastrean las iniciativas realizadas por el gobierno provincial para la puesta a punto del sistema público, se identifican los avances en la capacidad de camas en las unidades de atención crítica según datos poblacionales. Se brindan datos en torno a la segmentación por sistemas en sectores de cuidados críticos y respecto del uso de asistencia respiratoria mecánica. Asimismo, se muestran estimaciones acerca del uso de las camas críticas para la atención del COVID-19 en la Región sanitaria VI.

Finalmente, se brindan una serie de reflexiones acerca de los datos relevados y los riesgos previstos.

### El diagnóstico

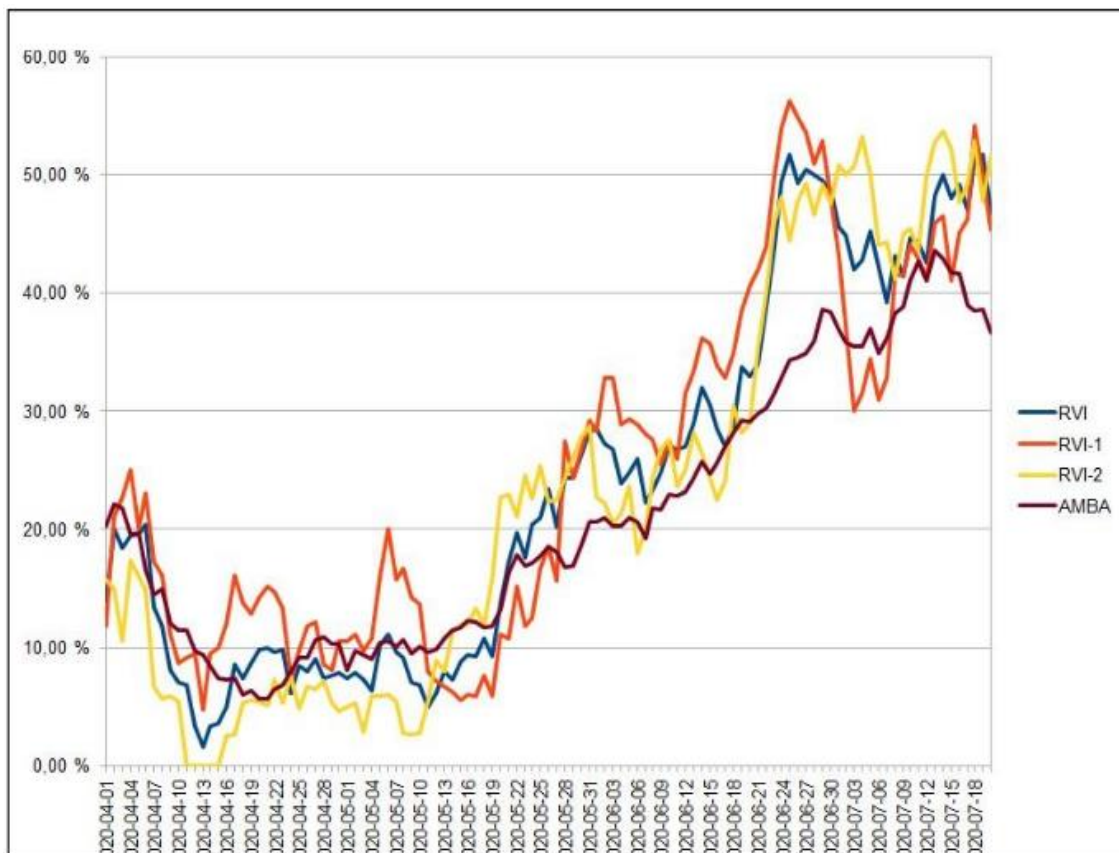
El 29 de abril de 2020 el Comité Asesor para temas sobre el COVID-19 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publicó un consenso en el cual se retoman las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud del día 20 de ese mismo mes. Este consenso afirma que “lo importante no es la cantidad absoluta de diagnósticos realizados sino la proporción entre los estudios realizados y los casos positivos encontrados, lo cual podría resultar un buen

indicador de la situación epidemiológica de cada lugar. En este sentido, se indica que una relación de hasta el 10% de positividad sobre testeos totales estaría dentro de un padrón adecuado para el control y seguimiento de la pandemia” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020, p. 4).

La tesis que se vincula con esta afirmación es que en torno a cada caso confirmado se deben rastrear y diagnosticar todos los contactos estrechos hasta que se llegue a que sólo el 10% de las personas testeadas tengan un resultado positivo. Este itinerario garantizaría el conocimiento precoz de los contagios y el cuidado de los allegados a un caso confirmado.

Puesto que a posteriori de este consenso no se produjeron nuevos protocolos que den cuenta de una variación acerca de las recomendaciones respecto de la tasa de positividad, asumimos que continúa vigente dicho lineamiento. ¿Qué sucede, entonces, con las tasas de positividad de los testeos en la Región sanitaria VI?

**Gráfico 1.** Tasa de positividad en AMBA, Región sanitaria VI, 1° cordón y 2° cordón. 12/3/2020 al 17/7/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. (Período 12/05/2020-20/07/2020, día de actualización 22/07 excluyendo los casos del 21 y 22 para disminuir el sesgo de casos sospechosos).

El Gráfico 1 muestra la evolución de la tasa de positividad en el AMBA (40 partidos sin CABA), en la Región sanitaria VI y en los municipios que componen el 1° y 2° cordón dentro de esta región (RVI-1 + Quilmes y RVI-2 respectivamente).



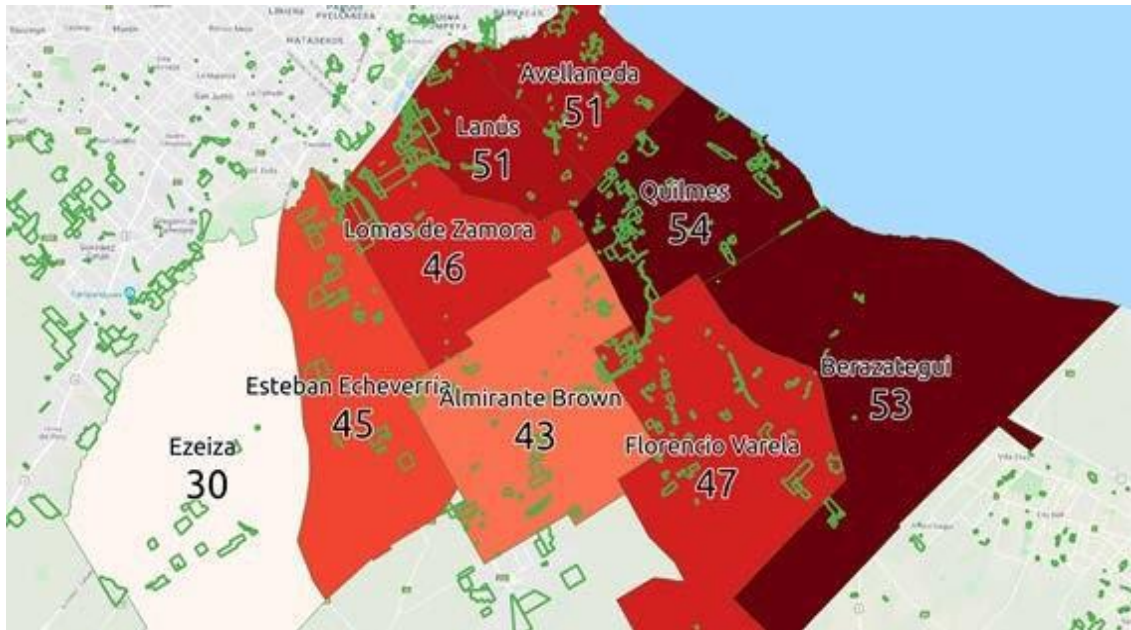
El primer aspecto a considerar es la dinámica relativamente espejada en los diversos niveles respecto de todo el proceso de análisis. Es decir, más allá de divergencias en las magnitudes, los procesos de alza, de baja y los momentos amesetados se muestran con relativa similitud en los diversos niveles jurisdiccionales analizados.

En torno a los distintos niveles es menester reconocer que desde finales de abril el primer cordón de nuestra región de estudio se presenta como el espacio social con mayor tasa de positividad y que para comienzos de junio la región en su conjunto supera la tasa de positividad de todo el AMBA.

En la dinámica de la positividad se distinguen tres momentos. Un primer momento de alza, en el cual la positividad asciende hasta el 20% en el AMBA al comenzar el ciclo de estudio; un segundo momento que remite a la baja y el amesetamiento de la positividad en torno al 7 y al 13% según los niveles, y un tercer momento de ascenso sostenido. Este tercer momento comienza durante los últimos días de mayo, cuando se conoce el brote en el barrio Azul (Quilmes-Avellaneda) y se extiende hasta la actualidad. Ya en ese momento (analizado en nuestro cuarto reporte) entendíamos que se abría un nuevo período respecto a la incidencia del virus en esta región de estudio (volveremos a ello en el siguiente apartado).

Durante los primeros días del mes de junio teníamos la hipótesis acerca de que la puesta en marcha de los operativos DETeCTAr podría haber influido en el alza de la positividad, no obstante la detección temprana debería haber llevado a una posterior baja de los testeos positivos. A dos meses de comenzado este tercer período y viendo que la tasa de positividad continúa en aumento, entendemos que son aspectos ligados a la logística los que pueden estar influyendo en el importante subtesteo evidenciado.

**Mapa 1.** Tasa de positividad por municipios. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 18/07/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Día 18/07). Geolocalización de Barrios populares del RENABAP.

Una fotografía geolocalizada del día 18/07, fecha de finalización del ASPO estricto, muestra la gravedad del problema del subtesteo en los nueve departamentos que componen la Región sanitaria. Con una amplitud de 11 puntos Almirante Brown presenta una positividad de 43 puntos y Quilmes de 54. Todos ellos denotan cifras escalofriantes en torno a la magnitud de personas presumiblemente contagiadas sin diagnósticos. Claramente no es un problema de un municipio, sino un desafío para la región en su conjunto. A su vez, la superposición de este aspecto con las dificultades habitacionales que tienen los barrios populares hace plausible una evolución de los contagios de las personas sin diagnóstico ni atención (sobre este tema, ver anteriores reportes).

Conversaciones con profesionales de la salud y reportes sindicales expresaron los siguientes aspectos para referirse al problema del subtesteo. La incapacidad de dar respuesta en tiempo y forma para la realización de las tomas se genera tanto por falta de insumos como de personal capacitado para la realización de las mismas (es decir, si bien hubo una política activa de fortalecimiento de la capacidad diagnóstica por parte del estado nacional, como así también de descentralización de los laboratorios, esta política tuvo un cuello de botella durante el proceso de estudio<sup>32</sup>), lo anterior produce un atraso en el retorno con los resultados. Es por todo lo anterior que reconocemos la centralidad del trabajo profesional para el desarrollo adecuado de las tareas de diagnóstico y seguimiento, y si bien los insumos han comenzado a ponerse a disposición, aún

<sup>32</sup> Ver datos en el DNU N° 605/2020.

nos encontramos preocupados por un enfoque algo sesgado hacia la relevancia de los insumos físicos no humanos. Seguramente necesitaremos más tiempo para poder comprender en profundidad cuáles son los aspectos que intervienen en este crecimiento sostenido de la positividad. Por ahora quedan varios interrogantes sin responder.

## Los casos confirmados. Su evolución

Más allá de las preocupaciones en torno a la tasa de positividad, el incremento de los casos confirmados ha sido sostenido en el tiempo y aún muestra una curva de crecimiento preocupante. Es cierto que de la mano de las medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) se ha logrado ralentizar el crecimiento y, por ello, limitar el ascenso exponencial de los casos confirmados. En este apartado del reporte nos aproximamos a su distribución temporal y espacial.

La media de casos por día fue de 161,6. Sin embargo, entendemos que esa cifra esconde magnitudes que remiten a tres períodos diferentes. Uno que se extiende desde el primer caso hasta el 16/05, el segundo período que comienza el día 17/05<sup>33</sup> y se extiende al 21/06, y el tercer momento que se inició el 22/06, aún se encuentra en desarrollo para el momento en que se cerraron los datos en los que se basa este informe.

El primer período, con una media de 16 casos diarios, marca el comienzo de los contagios en la región; durante este primer momento se produjeron 34 fallecimientos por COVID-19. El segundo período es el que remite a un fuerte crecimiento de la curva, ascendiendo a una media de 226 casos diarios; dentro de estas fechas se producen 116 fallecimientos por COVID-19. Finalmente, el tercer período -aún en curso- expresa un crecimiento relativo menor de la cantidad de casos confirmados con una media de 480 casos diarios y 401 fallecimientos en poco más de tres semanas.

Es menester comentar que el visible aplanamiento de la curva de casos confirmados no debe hacernos llegar a conclusiones simples que pueden ser equivocadas. En primera medida, dicho aplanamiento se produce bajo cifras significativamente altas evidenciando picos levemente mayores a medida que transcurre el tiempo; en segundo lugar, existe un atraso en la recepción del resultado del testeo (entonces una gran cantidad de casos aún están consignados como sospechosos y por ello no se contabilizan en nuestra base); asimismo, en tercer término, también se constata algún atraso en la carga de los datos. Por todo ello debemos ser muy prudentes en relación con este posible achatamiento. Sea como fuere, el crecimiento de la cantidad de casos confirmados ha sido muy significativo y el incremento de fallecidos es verdaderamente relevante.

---

<sup>33</sup> A medida que se conocen nuevos datos, incluso antiguos, se revisa la periodización. Esta tiene una diferencia de dos días con la que se presentó en el reporte pasado.

**Gráfico 2.** Distribución de los casos confirmados según fecha. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 17/7/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. (Período 12/05/2020-20/07/2020, día de actualización 22/07 excluyendo los casos del 21 y 22 para disminuir el sesgo de casos sospechosos).

Espacialmente, los casos confirmados se distribuyen de la siguiente forma: Avellaneda 4078 casos, Berazategui 2201 casos, Almirante Brown 3372 casos, Esteban Echeverría 1937 casos, Ezeiza 948 casos, Florencio Varela 2640 casos, Lanús 3999 casos, Lomas de Zamora 4438 casos y Quilmes 5862 casos. La dinámica centro-periférica continúa mostrándose potente a la hora de comprender los datos. Avellaneda, Lomas de Zamora, Lanús y Quilmes muestran las cifras más altas tanto en términos absolutos como relativos a la población. El caso de Avellaneda vuelve a adquirir primacía y muestra contundentes señales preocupantes con casi 1144 contagiados por cada 100 mil habitantes.

El segundo cordón de departamentos muestra cifras tanto absolutas como relativas menores, la posible asincronía respecto de cada uno de los cordones vuelve a ser una interpretación posible. Dentro de este conjunto de municipios, Berazategui y Almirante Brown tienen los datos relativos más altos, aunque se evidencia una cercanía con los demás partidos de este cordón; los casos con menor incidencia son Ezeiza y Esteban Echeverría. El caso de Ezeiza merece una atención especial, pues en los comienzos de este proceso había mostrado una serie de casos ligados al trabajo en el aeropuerto cuyos contagios lograron controlarse.

**Tabla 1.** Casos confirmados, fallecimientos, población distrital y tasas de letalidad y mortalidad, por municipio. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 17/7/2020

Municipios	Casos confirmados	Fallecidos	Población	Tasa de incidencia cada 100 mil hab.	Tasa de letalidad	Mortalidad cada 100 mil hab.
Almirante Brown	3372	50	597969	563,9	1,5	8,4
Avellaneda	4078	66	356392	1144,3	1,6	18,5
Berazategui	2201	33	365771	601,7	1,5	9,0
Esteban Echeverría	1937	22	370900	522,2	1,1	5,9
Ezeiza	948	8	219031	432,8	0,8	3,7
Florencio Varela	2640	38	517082	510,6	1,4	7,4
Lanús	3999	75	462827	864,0	1,9	16,2
Lomas de Zamora	4438	80	648312	684,6	1,8	12,3
Quilmes	5862	79	664783	881,8	1,4	11,9
Total	29475	451	4203067	701,3	1,5	10,7

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010). (Período 12/05/2020-20/07/2020, día de actualización 22/07 excluyendo los casos del 21 y 22 para disminuir el sesgo de casos sospechosos).

Con el crecimiento de la cantidad de casos confirmados, ciertamente, se abren nuevas demandas al sistema de salud. De los 451 casos de pacientes fallecidos, 164 pasaron por una unidad de terapia intensiva, mientras que 287 personas que cursan la enfermedad o se recuperaron también utilizaron unidades de cuidados críticos, esto suma 432 personas que han necesitado de cuidados intensivos por COVID-19. La perspectiva de demanda creciente de cuidados críticos nos hace interrogar acerca de la infraestructura disponible y los usos estimados.

## Unidades de terapia intensiva (UTI)

Las unidades de terapia intensiva son espacios de cuidados críticos; estos están pertrechados por una serie de atributos de infraestructura específicos e instrumentales por cama que se disponen para tal fin; asimismo suponen la capacidad de personal idóneo para el manejo correcto del instrumental y los cuidados necesarios. Hace casi una década que la especialidad médica de terapia intensiva, por su complejidad y escaso reconocimiento, tiene pocos adeptos entre los profesionales de la salud; a su vez el sector necesita de profesionales tales como enfermeros, kinesiólogos, etc. con capacitación específica y, no menos importante, personal auxiliar idóneo<sup>34</sup>. Este aspecto relativo a los trabajadores, que no podrá ser profundizado en este reporte, resulta de enorme importancia en un contexto en el cual el propio personal de la salud tiene riesgos severos de infectarse de COVID-19 y por ello de quedar excluidos para ejecutar su labor.

En lo que respecta a la disponibilidad de camas, la información encontrada resulta errática. Según datos del Ministerio de Salud de la Provincia del año 2018, referidos a la cantidad de camas críticas preexistentes a la pandemia, la Región VI contaba con 137 camas de terapia intensiva para adultos sobre un total de 835 distribuidas en toda la Provincia de Buenos Aires (ver desagregación de esta información por municipio en la tabla siguiente).

---

<sup>34</sup> La normativa que rige las Unidades de Terapia Intensiva se puede ver en la Resolución N°748/2014.

**Tabla 2.** Camas de terapia intensiva del sistema público de salud para adultos en según municipios. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. Año 2018

Municipio	Camas UTI 2018	Camas UTI 2020	Camas cada 100 mil ha.	Población mayor de 12 años
Almirante Brown	13	24	8,02	461.154
Avellaneda	24	sin datos	8,27	290.103
Berazategui	8	16	8,48	283.143
Esteban Echeverría	8	41	17,39	281.847
Ezeiza	7	23	18,51	162.105
Florencio Varela	47	32	20,72	381.348
Lanús	12	sin datos	3,17	379.055
Lomas de Zamora	8	54	12,04	515.019
Quilmes	10	24	6,49	523.915
Total	137	214	10,71	3.277.690

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. 2018 y fuentes periodísticas, página del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y declaraciones de intendentes en torno a las inauguraciones de nuevas camas. Población estimada en base a las proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010) y distribución etaria en base a Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.*

Ahora bien, estos datos distan de la información actual brindada por el Ministerio. Según el “Informe de camas. Coronavirus (Covid 19)” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 30 de marzo de 2020) la cantidad de camas críticas para adultos disponibles en la Región era de 90. Por ese entonces, la pandemia recién comenzaba a expandirse en el AMBA y se proyectaba para la Región un incremento de 226 camas adicionales (192 sin necesidad de realizar obras y 34 desarrollando obras de infraestructura).

Según el reporte diario del Ministerio de Salud de la Nación del día 23 de junio de 2020, el Ministerio de Obras Públicas de la Nación construyó 12 hospitales modulares en todo el país, de los cuales 4 fueron instalados en municipios que pertenecen a la región bajo estudio: Quilmes, Florencio Varela, Alte. Brown y Lomas de Zamora. En promedio, cada uno de los hospitales modulares sumaron 24 camas críticas a las ya existentes, lo que para la región representa un total de 96 camas adicionales. A su vez, según información periodística se sumaron nuevas camas a los hospitales provinciales; entre ellos se han registrado 16 camas para el Hospital Evita Pueblo de Berazategui, 30 para el Hospital Gandulfo de Lomas de Zamora, 23 para el Hospital Eurnekián de Ezeiza, 41 para el Hospital

Bicentenario y Santamarina de Esteban Echeverría, 8 para el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela, todo lo cual suma 118 camas adicionales.

La rapidez y la envergadura de las obras es un aspecto relevante a la hora de realizar un balance de las posibilidades que brindó el ASPO. La capacidad de ralentizar la curva posibilitó una significativa transformación en la capacidad hospitalaria de cuidados intensivos.

Revisando los datos provistos en la tabla y recordando las funciones de las regiones sanitarias, es claro que cada municipio no debe pensarse en forma aislada, sino que supone un entramado institucional interjurisdiccional. Es en este marco que, por ejemplo, el Hospital de Alta Complejidad del Cruce, situado en Florencio Varela, no constituye apenas una institución de este departamento, sino que responde a una demanda de la región en su conjunto. Sin embargo, y atentos a las dificultades de acceso a los datos, preocupa la incerteza en torno a la cantidad real de camas en los municipios de Lanús y Avellaneda (estimamos que nos faltan datos), puesto que a, su vez, forman parte de los departamentos con mayor incidencia del COVID-19. Dentro de este arco de preocupaciones, la baja tasa de camas por habitante en Quilmes también sería un aspecto a atender, tomando en consideración la gravedad de la situación del partido. Para finalizar, en torno a este tema cabe agregar que sólo 4 de los nueve departamentos de la región contienen, al menos en el sector público, una tasa superior a las 10 camas por cada 100 mil habitantes; esto evidenciaría que, sin desmerecer los avances producidos durante estos meses, aún queda otro trecho por avanzar.

Ya se ha dicho que 432 pacientes que residen en los municipios de la Región sanitaria VI con diagnóstico confirmado de COVID-19 han necesitado utilizar los recursos de una UTI. Estos constituyen el 1,5% de los casos totales confirmados. Sobre ellos: ¿Cuán relevante ha sido el sector público para la provisión de este tipo de atención? Como puede verse en la tabla 4, un 33,7% de los pacientes que necesitaron cuidados intensivos lo hicieron en el sector público mientras que el 62,3% fue usuario del sistema privado y/u obras sociales.

En torno a los casos, es menester reconocer que la variedad de situaciones que presentan los pacientes en cuidados intensivos dificulta la descripción general. Un indicador de los cuadros más complejos dentro de las UTIs, y del cual se tienen registros, se puede encontrar en el uso de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM). Según los datos disponibles, el 38% de los pacientes de las UTIs precisaron ARM. A su vez, el 53,4% de estos pacientes que precisaron ARM se encontraban internados dentro del sector público.



**Tabla 3.** Composición sectorial de los pacientes en unidades de terapia intensiva (UTI) y uso de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 17/7/2020

Sector	UTI	ARM
Sector público	163 37,7%	87 53,4%
Sector privado y obras sociales	269 62,3%	76 46,6%
Total	432 100,0%	163 100,0%

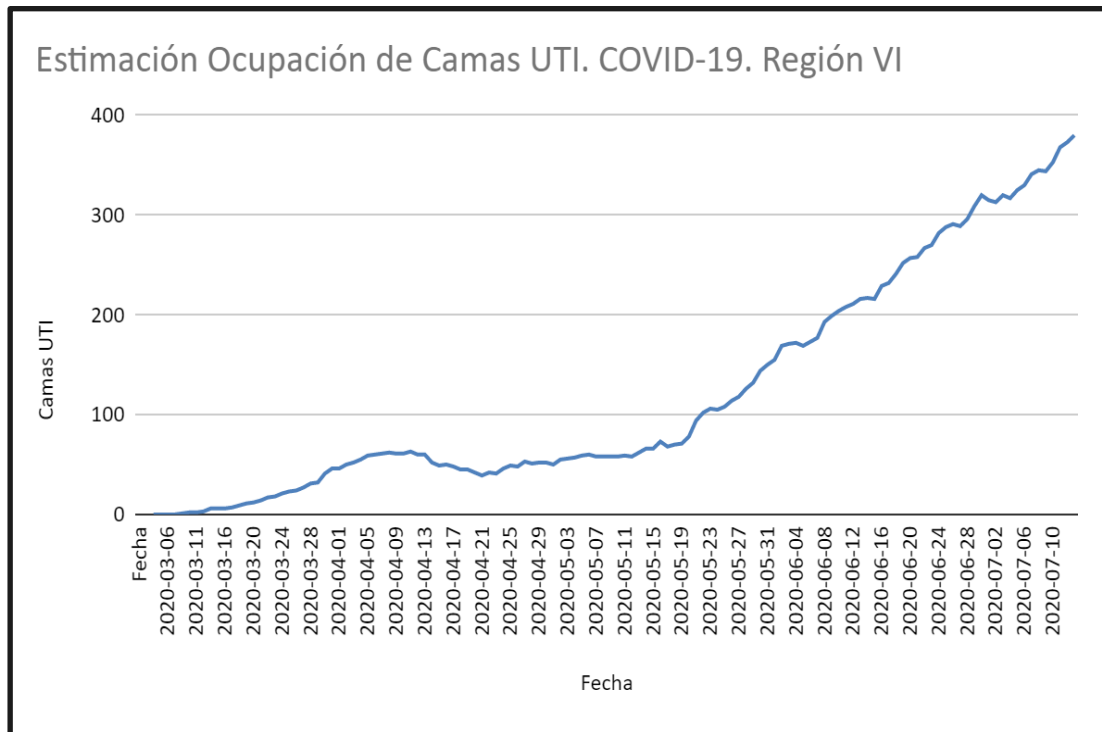
**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. (Período 12/05/2020-20/07/2020, día de actualización 22/07 excluyendo los casos del 21 y 22 para disminuir el sesgo de casos sospechosos).

La Tabla 3 muestra un dato de interés: si bien la distribución porcentual de la ocupación de las camas de UTI entre los pacientes infectados por el SARS CoV-2 muestra una proporción sectorial cercana a la que posee la población en su conjunto (el 36% de la población no posee otro servicio de salud que aquel que brinda el sistema público<sup>354</sup>), la proporción de pacientes que deben utilizar ARM crece en el sector público. Es así como mientras que ingresan a las UTI del sector público el 37,7% de los pacientes que necesitan cuidados críticos, el 55,4% de los que precisan asistencia respiratoria mecánica se atienden en el sistema público; tal segmentación evidencia que es este el sistema que acoge a los cuadros más severos -tal vez, con detección más tardía-. A su vez, es el sistema público el que recibe a los pacientes que necesitan un período más extenso de permanencia en las UTIs.

Acerca de este último punto, y aunque por todo lo antes mencionado respecto de la pluralidad de situaciones -en términos cualitativos y de gravedad-, se ha podido saber que los cuadros que suscitan la necesidad de ARM pueden llegar a extender su estadía en las UTIs entre 4 y 6 semanas; con esta duración estos casos marcarían el límite máximo general de permanencia. Tomando en consideración la variabilidad, a partir de los datos provistos por las instituciones de salud, nuestro equipo ha arribado a una estimación de una duración media de 15 días de permanencia en las unidades de terapia intensiva. Dicha estimación posibilitó la representación gráfica de uso de UTIs en la Región sanitaria VI, tal como se puede observar en el gráfico 3.

<sup>35</sup> Estos datos generales pueden encontrarse en el primer reporte de nuestro equipo.

**Gráfico 3.** Estimación de ocupación de camas de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 17/7/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. (Período 12/05/2020-20/07/2020, día de actualización 22/07 excluyendo los casos del 21 y 22 para disminuir el sesgo de casos sospechosos).

En sintonía con las preocupaciones de las autoridades sanitarias, la curva ascendente en la ocupación de camas de Unidades de Terapia Intensiva es sostenida y duradera. El relajamiento del ASPO, incluso comprendiendo las causas que lo motivaron, no parece ser promisorio enfocado desde este ángulo de atención. Es cierto que, tal como se puede ver en los boletines epidemiológicos de la Provincia de Buenos Aires, otras enfermedades de tipo estacional han sido menos relevantes durante este año de la mano del mismo proceso de aislamiento, de allí que la disponibilidad de uso para el SARS CoV-2 sea relativamente mayor. No obstante, el objetivo de que el sistema no se sature aún sigue siendo una meta que no se tiene que descuidar.

## Palabras finales

Para finalizar, y a modo de preocupación por los tiempos venideros, nos interesa dejar planteados algunos interrogantes que surgen del análisis de los aspectos abordados.

Por un lado, si tenemos presente que la tasa de positividad en la región está muy por encima de las recomendaciones sanitarias, cabe preguntarse en primera instancia por el tipo de estrategias que se adoptarán para el diagnóstico, la

atención y el seguimiento de los casos, en un contexto en el que, además -según noticias periodísticas acerca de la situación en el AMBA publicadas para el momento de cierre del reporte- existe una preocupación creciente por la escasez de los insumos y recursos para el diagnóstico.

Por otro lado, si nos detenemos en el aumento significativo de los contagios, de los casos críticos, y de los fallecimientos, particularmente a los municipios del primer cordón más Quilmes, es menester atender de manera especial a la dinámica centro-periferia y abocarse a una distribución de recursos que posibilite la contención del contagio en esta sub-porción de la región estudiada.

Por ese motivo, otra de las preocupaciones que surgen de este reporte tiene que ver con las capacidades reales que tiene el sector público de la salud en ese primer cordón para brindar atención en lo que sigue, sobre todo en el caso de los municipios que presentan mayores niveles de contagio, letalidad y mortalidad.

Finalmente, la dinámica actual de la pandemia se caracteriza por el aumento constante de la ocupación de las camas en las UTIs. Si bien la información recabada permite ver un incremento significativo de los recursos para la atención de los casos críticos, no existen indicadores claros que den cuenta de la capacidad estatal para dotar dichas camas de personal de salud idóneo. Esta quizás sea una de las mayores inquietudes, si tenemos en consideración que luego del 17 de julio de 2020 las medidas de ASPO se flexibilizaron en el país (DNU N° 605/2020). El cuidado de los trabajadores de la salud constituye un aspecto central no sólo por razones éticas sino también por motivos estrictamente sanitarios.

## Bibliografía

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 297/2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 605/2020. Distanciamiento social, preventivo y obligatorio. Régimen aplicable. Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/232234/20200718>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Proyecciones de población. Programa de Análisis Demográfico. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-119>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Información en Salud, Subsecretaría de Planificación y Contralor Sanitario. (2018). *Camas Críticas 2018-2020*.

<https://catalogo.datos.gba.gob.ar/id/dataset/camas-criticas/archivo/f89ab59e-3d2f-4e33-b8e8-bf52c3a8d108>

Informe de Camas. CORONAVIRUS (Covid-19). 30 de marzo de 2020. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <https://drive.google.com/file/d/1BSgv9uUFq3nPVIrjhH-mbOxaar689SIL/view>

Martínez, C. (2020). Enfermedades del financiamiento de la salud pública del Conurbano Bonaerense. En Observatorio del Conurbano, *Serie Especial COVID-19. La gestión de la crisis en el Conurbano Bonaerense* (pp. 42-47). Universidad Nacional General Sarmiento. [http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/FINAL\\_COVID.pdf](http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/FINAL_COVID.pdf)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Consenso del Comité Asesor para temas sobre COVID-19 del Ministerio de Salud de la PBA. Diagnóstico y Vigilancia. 29 de abril de 2020.* <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/docs/efectores/CONSENSO%20DIAGNOSTICO%20COVID19.pdf>

Resolución N° 748/2014. Directrices de Organización y funcionamiento de Unidades de Cuidados Intensivos. 29 de mayo de 2014. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-748-2014-230534/texto>

## Fuentes

Los datos son elaboración propia del equipo y fueron construidos a partir de la base COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. (Período 12/05/2020-20/07/2020, día de actualización 22/07 excluyendo los casos del 21 y 22 para disminuir el sesgo de casos sospechosos). Las actualizaciones de las camas de Unidades de Terapia Intensiva del año 2020 fueron reconstruidas en base a noticias oficiales, medios de comunicación local, informaciones de municipios y declaraciones de intendentes.

Fecha de publicación original de este informe: 30/07/2020

## SEXTO REPORTE

# El COVID-19 a escala intra-municipal: el peso de las desigualdades socio-territoriales, los riesgos ambientales y la situación sanitaria en los barrios populares

**Soledad Fernández Bouzo, Ariel Farías, Leónidas Hernán Olivera, María Maneiro, Juan Pablo Borda y Santiago Nardin**

### Introducción

¿Qué ha venido sucediendo con la pandemia en la Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires? Hace ya cinco meses comenzamos a producir estos reportes con esta pregunta en mente. Los cinco informes previos mostraron diversas aristas y momentos en el proceso de expansión de la pandemia. El presente reporte, cuyos datos incorporan los casos confirmados hasta el día 22/08/2020, es el primero que presenta materiales geolocalizados del devenir de la región, permitiendo una mayor complejidad respecto de las unidades de análisis. En primer término, se desarrollará la dinámica temporal para luego abordar unidades espaciales con diverso nivel de abstracción: un nivel de agregación supra-municipal, el nivel municipal y un nivel intra-municipal, con diversos referentes empíricos.

Los hallazgos de este trabajo son múltiples, el primero de ellos es que pudimos reconocer tres momentos diferenciados: el primero contiene los casos primitivos; el segundo incluye el empinamiento de la curva; y el tercero muestra una curva relativamente amesetada de los casos confirmados que no parece haber finalizado para el 22/08/2020, fecha en la que terminan los registros empíricos en los que se basa este trabajo. No obstante, durante este último momento lo que sí se ha constatado, y se desarrollará en el reporte, es una pérdida relativa de relevancia del AMBA en relación a los casos del país en su conjunto.

Asimismo, el reporte actual, complejiza la idea -correcta, aunque parcial- de la expansión del virus desde el centro hacia las periferias. La complejiza, en primer lugar, porque la dualidad entre la primera y la segunda corona ya resulta una categorización poco sensible para comprender la zona intermedia; los municipios de Quilmes y de Almirante Brown emergen con particularidades poco asimilables a cada una de estas coronas; y, en segundo lugar, porque las características etarias de los fallecidos de los municipios más lejanos poseen particularidades que tienen que ser tomadas en consideración de forma especial.

Finalmente, este reporte muestra hallazgos inéditos, éstos remiten a una segunda dinámica centro-periferia que evidencia la desigualdad intra-municipal de los

casos confirmados; aquí se perciben las cabeceras de partido y localidades consolidadas de la región sanitaria relativamente sanas y periferias intra-municipales fuertemente alcanzadas por el virus; estas periferias son los espacios en los que se ubican los barrios populares; tales barrios se sitúan en suelos degradados y contienen altas tasas de hacinamiento crítico y, como lo muestra la cartografía que presentamos, son los que condensan las mayores proporciones de casos confirmados de COVID-19.

## La dinámica temporal: la Región sanitaria VI en contexto

Para el momento en que escribimos este reporte parecería que las medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) decretadas el 20 de marzo de 2020 habrían dejado de tener relevancia, sin embargo, para el 22 de agosto del corriente, fecha en la cual finalizan los registros que utilizamos para este reporte, las restricciones a la circulación -incluso algo flexibilizadas- eran fundamentales.

¿Qué supusieron estas medidas? Ellas ralentizaron el crecimiento de los casos y, por ello, fueron centrales para evitar el ascenso exponencial de los contagios; la progresiva flexibilización de este aislamiento acaecida en el AMBA se interrumpió cuando el día 26 de junio de 2020 se decidió volver a estrechar la circulación, retornando a la fase más restrictiva. El fundamento de esta medida se debió a la preocupación por el desborde sanitario en semanas epidemiológicamente complejas (según los boletines epidemiológicos, la última semana de junio y las dos primeras de julio constituyen, históricamente, el momento de mayor cuello de botella para el sistema sanitario debido al aumento anual de casos por enfermedades respiratorias de origen infeccioso).

En este apartado analizaremos la evolución de los casos confirmados de COVID-19 en el país en su conjunto, en la Región Metropolitana de Buenos Aires y en la Región sanitaria VI. Con estos datos se espera conocer la dinámica en los diversos niveles e indagar posibles periodizaciones. El gráfico 1 muestra la evolución de los casos confirmados a nivel nacional, en el AMBA y en la Región sanitaria VI. A partir del análisis exhaustivo de la Región sanitaria VI proponemos una periodización que comprende tres momentos diferenciados.

El primero de ellos se extiende desde el primer caso hasta el día 16/05/2020, el segundo se extiende desde el 17/05/2020 hasta el 25/07/2020 y el tercer momento, desde el 26/07/2020 hasta el día 22/08/2020.

Adentrémonos, brevemente, en las características de cada uno de estos momentos en el espacio bajo análisis. Con una media de 16,6 casos diarios, el primer momento se caracteriza por el comienzo de los contagios marcado por una primacía de los casos importados, donde aún no se constata transmisión comunitaria.

El segundo período remite a un fuerte ascenso de la curva; es durante este momento que la media asciende a 525,8 casos diarios. Dentro de este período el COVID-19 se extiende con vehemencia fuera de los núcleos urbanos, se evidencia una primera dinámica centro-periferia a partir de la cual la enfermedad ingresa a

los barrios populares y se generaliza con rapidez el contagio (este aspecto lo denominaremos segunda dinámica centro-periferia y se trabajará en profundidad en el tercer apartado de este reporte).

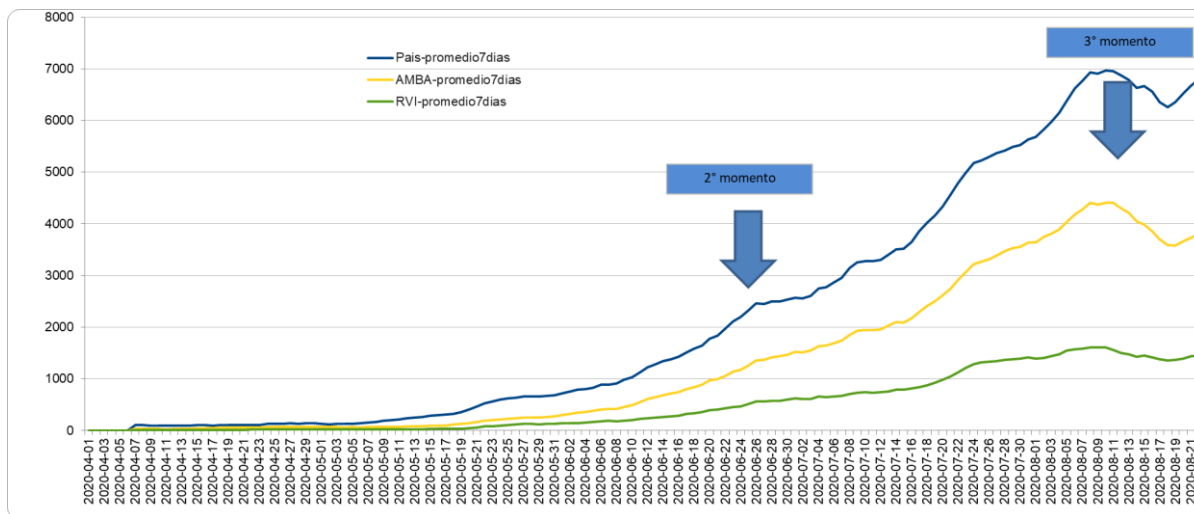
Finalmente, el tercer período expresa un amesetamiento en cifras muy altas de contagios confirmados; durante este momento la media diaria asciende a 1527,4 casos.

La retracción a un ASPO más estricto durante el final del segundo período, en un momento de significativo aumento en la cantidad de casos, emerge como un elemento de peso para comprender el notorio aminoramiento del ascenso de los casos confirmados en un segmento de la curva, aunque esta conclusión no debe llevar a inferencias simples. En primera medida, dicho aplanamiento se produce bajo cifras significativamente altas mostrando picos levemente mayores a medida que transcurre el tiempo y, en segundo lugar, existe un atraso en la recepción de los resultados de los testeos (entonces una gran cantidad de casos aún están consignados como sospechosos y por ello no se contabilizan en la base). Sea como fuere, el crecimiento de la cantidad de casos confirmados es más que significativo y el incremento de la cantidad de fallecidos es muy relevante<sup>36</sup>; es durante este período que el sistema de salud presenta tensiones en algunos de sus efectores con altas tasas de ocupación en las Unidades de Terapia Intensiva que tienden a relajarse recién para finales de agosto (ver reporte 5).

---

<sup>36</sup> La cifra de fallecidos ha sido un tema de polémica puesto que las modalidades de registro de las muertes son engorrosas y en un momento crítico del sistema de salud se evidenciaron importantes atrasos. Esto hace que deban tomarse con precaución las cifras que se presentan. Con el objeto de disminuir este sesgo trabajamos con datos acerca de procesos sucedidos con un mes de antelación.

**Gráfico 1.** Distribución temporal de los casos confirmados. País, AMBA y Región sanitaria VI. 12/03/2020 al 20/08/2020



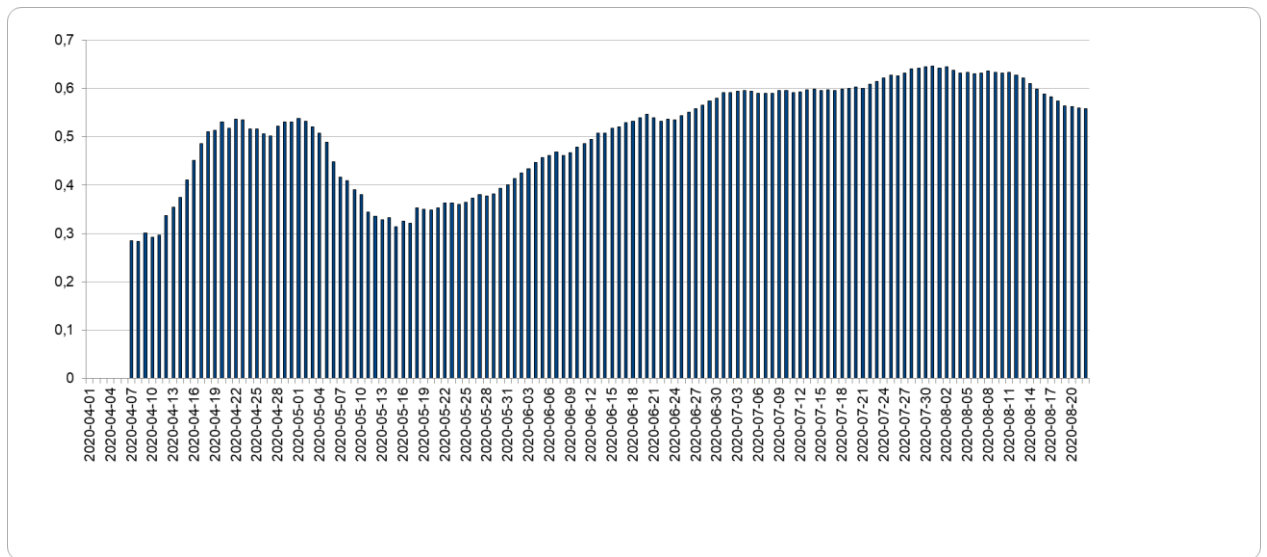
**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 12/05/2020–22/08/2020, día de actualización 22/09).

¿La periodización presentada es adecuada para pensar los otros niveles? ¿Las curvas que representan los casos confirmados a nivel nacional y para el AMBA contienen similares tendencias? Una primera mirada parecería confirmar la similitud general en torno a las tendencias en los diversos niveles. Sin embargo, por la magnitud, el empujamiento de las curvas se vuelve mucho más visible a medida que subimos de nivel socio-espacial. A su vez, el tercer período contiene algunos rasgos particulares que diferencian nuestra región de las otras; mientras la Región VI muestra un achatamiento, tal como fue mencionado anteriormente, en el AMBA y en el país en su conjunto la curva parece seguir subiendo, aunque de manera zigzagueante. Todo indica que habrá que esperar a tener nuevos datos para poder conocer con mayor nivel de certeza las características de este tercer período evidenciado.

Otro aspecto a considerar es la relevancia del AMBA en relación al total de casos del país. El gráfico 2 muestra la proporción que asumen los casos en la Región Metropolitana respecto de la totalidad de los casos a nivel nacional. Allí se pueden observar algunas divergencias internas: un primer momento en el cual los casos confirmados tienen una gran relevancia en el AMBA (mientras predominan los casos importados), preponderancia que se aminora de la mano de la transformación del tipo de contagios. A posteriori de este descenso, durante el segundo momento asciende significativamente la relevancia del AMBA: su densidad poblacional se impone frente a un virus altamente contagioso. Esta suba posee dos momentos internos: uno de mayor elevación y otro con una suba moderada, este segundo tiempo dentro de este período comienza a finales del mes de junio. Finalmente, desde comienzos del mes de agosto emerge una nueva tendencia en la que primero se ameseta y luego decrece la relevancia del AMBA; en los reportes siguientes habrá que chequear -con nuevos datos- la consistencia de esta afirmación.



**Gráfico 2.** Distribución temporal de los casos confirmados. Proporción AMBA / Total País. 12/03/2020 al 20/08/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 12/05/2020–22/08/2020, día de actualización 22/09/2020).

## Espacialidades. Primera dinámica centro-periferia

En este apartado analizamos los casos confirmados de COVID-19 en dos escalas de análisis: la municipal y la que refiere a las coronas y/o diversos niveles de distancia con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La primera supone la división jurisdiccional y es la que emerge de los datos que proveen las instituciones de salud, la segunda responde a un nivel de agregación que brinda otro espacio de inteligibilidad respecto de los datos inter-municipales.

Los casos confirmados se distribuyen de la siguiente forma: Quilmes tiene la cifra absoluta más alta con 15314 casos confirmados, le sigue Lomas de Zamora con 11294, luego Almirante Brown con 10468, Lanús con 10468 y Avellaneda con 9626 casos confirmados. En un rango más bajo se suman Florencio Varela con 7298 casos, Berazategui con 5910, Esteban Echeverría con 5696 y, finalmente, Ezeiza con 2562 casos confirmados.

La dinámica centro-periférica se muestra adecuada a la hora de comprender los datos. Avellaneda, Lomas de Zamora y Lanús evidencian las cifras altas, aunque Quilmes y Almirante Brown también tienen cifras altísimas. En términos relativos es Avellaneda el municipio con más casos confirmados, aunque Quilmes y Lanús también adquieren primacía y denotan señales preocupantes con casi 1150 contagiados por cada 100 mil habitantes. Es así como sólo Lomas de Zamora tiene, dentro de este conjunto de municipios, datos algo inferiores.

Entre los municipios más lejanos Almirante Brown posee los datos absolutos más altos, seguido por Florencio Varela, Berazategui y Esteban Echeverría. Cabe decir que, a pesar de su exorbitante cifra absoluta, en términos relativos Almirante Brown evidencia una cercanía con los demás partidos de este cordón; el distrito con menor incidencia es Ezeiza. El municipio de Ezeiza merece una atención especial, pues en los comienzos de este proceso había mostrado una serie de casos ligados al trabajo en el aeropuerto cuyos contagios lograron controlarse.

**Tabla 1.** Casos confirmados, fallecimientos, población distrital y tasas de letalidad y mortalidad por departamento. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/03/2020 al 20/08/2020

Municipios	Casos confirmados	Fallecidos	Población	Tasa de incidencia (100.00 o hab.)	Tasa de letalidad	Tasa de mortalidad (100.00 o hab.)	Mediana Edad. Casos confirmados	Mediana Edad. Fallecidos	Fallecidos < 65 años	% fallecidos < 65 años
Almirante Brown	10468	335	597969	1750,6	3,2	56,0	38	69	131	39,1
Avellaneda	9626	277	356392	2701,0	2,9	77,7	37	73	87	31,4
Berazategui	5910	175	365771	1615,8	3,0	47,8	38	70	55	31,4
Esteban Echeverría	5696	139	370900	1535,7	2,4	37,5	37	68	65	46,8
Ezeiza	2562	55	219031	1169,7	2,2	25,1	35	68	23	41,8
Florencio Varela	7298	185	517082	1411,4	2,5	35,8	37	67	89	48,1
Lanús	10207	310	462827	2205,4	3,0	67,0	38	72	88	28,4
Lomas de Zamora	11294	285	648312	1742,1	2,5	44,0	39	73	93	32,6
Quilmes	15314	408	664783	2303,6	2,7	61,4	37	70	139	34,1
Total	78375	2169	4203067	1864,7	2,8	51,6	38	71	770	

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. Población estimada en base a las proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

Con algunas salvedades –vinculadas con los municipios de Almirante Brown y Quilmes, que no componen la primera corona- los casos confirmados y los indicadores ajustados por el peso poblacional municipal muestran una posible segmentación entre coronas. Mientras la primera expresa, salvo excepciones, mayores cifras tanto absolutas como relativas en todas sus modalidades, la segunda corona de departamentos muestra en términos generales, cifras menores.

La dinámica centro-periferia también se puede observar en los datos acerca de los fallecimientos. En este punto Quilmes aparece con el número absoluto más alto, aunque acorde a la población las cifras más prominentes las tienen los departamentos de Avellaneda y Lanús. Por su parte, Almirante Brown alcanza una cifra absoluta de fallecimientos muy alta pero no es tan alta su tasa de mortalidad; mientras que las cifras de Lomas de Zamora son algo más bajas y también lo es su tasa de mortalidad.

Berazategui, Florencio Varela y Esteban Echeverría tienen cifras absolutas y relativas a su población, menores; Ezeiza, finalmente, sobredimensiona esta divergencia con cifras absolutas y relativas mucho menores aún.

En resumen, se puede decir que si bien existen diferencias significativas entre municipios que exceden la dinámica centro-periferia, habría elementos que posibilitarían pensar en un eje de lectura que los asocia. Este, no obstante, no se liga –como si se observaba en los anteriores reportes- a la diferencia polar entre cordones, sino que expresa tres niveles disímiles: la primera corona, la segunda corona cercana (Almirante Brown y Quilmes) y la segunda corona lejana (Berazategui, Florencio Varela, Esteban Echeverría y Ezeiza).

La tabla 2 es muy elocuente al respecto: con cifras poblacionales que dividen a este conjunto de municipios casi en tercios, el primer cordón y el segundo cordón cercano tienen mayores tasas de incidencia y de letalidad, pero sobre todo una tasa mucho más alta de mortalidad, mientras que los municipios del segundo cordón revelan menos casos confirmados y una mortalidad 20 puntos menor<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Una vez más se debe recordar el retraso en el registro y la información de los fallecidos que puede estar signando los datos.

**Tabla 2.** Casos confirmados, fallecimientos, población y tasas de letalidad y mortalidad cada 100 mil habitantes, por nivel de cercanía a la ciudad. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 12/3/2020 al 20/08/2020

Cordón	Casos confirmados	Confirmados %	Población	Población %	Tasa de incidencia (100.00 o hab.)	Fallecidos	Fallecidos %	Tasa de letalidad	Tasa de mortalidad (100.00 o hab.)
Primer cordón	31127	39,7	1467531	34,9	2121,1	872	40,2	2,8	59,4
Segundo cordón cercano	25782	32,9	1262752	30,0	2041,7	743	34,3	2,9	58,8
Segundo cordón lejano	21466	27,4	1472784	35,0	1457,5	554	25,5	2,6	37,6
Total	78375	100,0	4203067	100,0		2169			

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. Población estimada en base a las proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010). (Período 12/05/2020-20/08/2020, día de actualización 22/09/2020).

Ya se mencionó que las espacialidades condensan entramados sociales disímiles. Los municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora e, incluso, Quilmes y Almirante Brown que, a pesar de no ser limítrofes con la ciudad, contienen los núcleos habitacionales más consolidados. Estos desarrollaron un poblamiento más temprano, poseen mayor densidad poblacional y presentan una infraestructura más robusta. A su vez, estos tienen, no sólo una mayor cercanía física con la CABA, sino una cotidianeidad de movilidad que los relaciona de forma más estrecha.

Sin embargo, no todos los hallazgos dejan en una situación relativa mejor a los municipios más lejanos. A la hora de leer los datos es importante una revisita a la distribución etaria de los habitantes. Los municipios del primer cordón e incluso del segundo cordón cercano, han asentado su población tiempo atrás y desde hace varias décadas no han tenido procesos significativos de crecimiento demográfico -lo que los diferencia fuertemente del resto de los municipios de la segunda corona-. Este asentamiento poblacional temprano tiene su correlato en la pirámide de población.

¿Es relevante tomar nota de las distribuciones jurisdiccionalmente desiguales en torno al peso demográfico de los adultos mayores? Sociedades con pirámides divergentes en su composición etaria y por sexo tienen riesgos distintos en torno

a la pandemia que estamos analizando. Esta relectura de los datos muestra algunas facetas que matizan y brindan nuevas coloraciones a los datos presentados previamente. Ingresemos en ellos: en principio, los municipios que componen la primera corona tienen un porcentaje más elevado de población con edades avanzadas, superando en los tres casos el 10% de la población, en el otro polo Esteban Echeverría, Ezeiza y Florencio Varela tienen 7% o menos de su población de 65 años o más. La diversidad demográfica de los municipios es expresiva de los riesgos diferenciales. Esta heterogeneidad demográfica tiene correlato, por un lado, como ya se dijo, en menores tasas de mortalidad; sin embargo, también expresa una población fallecida mucho más joven. Es especialmente llamativo que, como se puede ver en la tabla 1, el 41,8% de los fallecidos de Ezeiza, el 46,8% de Esteban Echeverría y el 48,1% de Florencio Varela sean menores de 65 años.

## Segunda dinámica centro-periferia

La jurisdicción departamental, como se ha visto, posibilita conocer algunos aspectos que permiten una aproximación al desarrollo de la pandemia. No obstante, el proceso no planificado de urbanización metropolitano trajo consigo relevantes divergencias entre los aspectos físicos-materiales y las estructuras demográficas que quedan oscurecidas bajo el nivel de agregación municipal. Cada municipio, por el contrario, si se desagrega en unidades de menor nivel, presenta un complejo caleidoscopio. Estas unidades son los radios censales.

El radio censal comprende un segmento espacial de aproximadamente 300 viviendas y constituye el menor nivel de agregación de este tipo de datos, mediante la geolocalización y la reagregación logramos la comprensión de dinámicas estructurales de territorios sociales determinados.

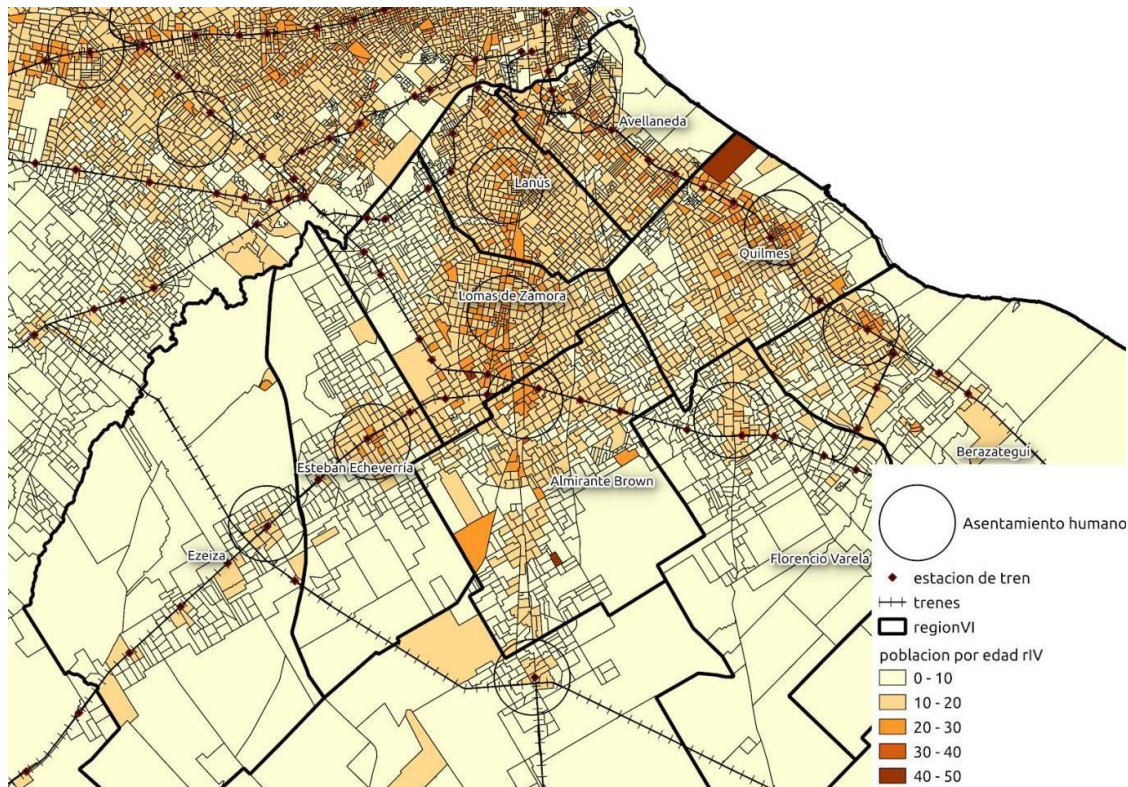
En términos generales, el núcleo de las urbanizaciones en los municipios de la región se produjo siguiendo la traza ferroviaria, tal como se puede ver en el mapa 1, específicamente en torno a las estaciones de tren. Este núcleo histórico de las urbanizaciones del sur del conurbano bonaerense se caracteriza por tener mayores niveles de planificación y de infraestructura. A su vez, suelen ser los territorios cercanos a las estaciones los que poseen un precio del suelo urbano más alto (junto con las urbanizaciones cerradas), habilitando procesos de gentrificación. Habitan estos territorios las fracciones más antiguas de los municipios y los sectores de poder adquisitivo medio y alto que acceden a propiedades con mayor valor de mercado.

Con esta evidencia presentamos una cartografía de dos mapas. El Mapa 1 geolocaliza el porcentaje de adultos de 65 años y más según radio censal, la red ferroviaria y las cabeceras de partido. En este mapa podemos ubicar los espacios sociales en los cuales se configuran las urbanizaciones tradicionales consolidadas ligadas a la red ferroviaria.

Revisemos la red ferroviaria que contiene la “columna” de la urbanización en la región; resulta clarificador notar la co-presencia de una mayor proporción de adultos mayores por radio censal en todas las zonas de las estaciones y, en

general, en todas las cercanías a la red ferroviaria. A su vez, de la mano de esta red, se constituyeron las cabeceras de partido; éstas no sólo contienen las instituciones de administración municipal, sino también las zonas de emplazamiento comercial, las instituciones bancarias, las urbanizaciones más sólidas y las instituciones de servicios de salud mejor abastecidas y de mayor complejidad. Cabe reconocer, asimismo, la sobrerrepresentación de personas de 65 años o más en los municipios más cercanos a la Ciudad de Buenos Aires, va disminuyendo paulatinamente a medida que nos vamos acercando a los municipios del segundo cordón y sus zonas más periféricas.

**Mapa 1.** Porcentaje de personas de 65 años o más según radio censal. Red ferroviaria metropolitana y cabeceras de partido.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM* y el Instituto Geográfico Nacional.

En claro contrapunto con la zonificación anterior, en las periferias de los municipios, a la vera de los arroyos, se evidencian los porcentajes más altos de hacinamiento crítico de toda la región (ver mapa 2). Se trata de áreas inundables con suelos degradados ambientalmente -por ello de bajo valor económico en el mercado-, con entramados habitacionales de infraestructuras deficientes, que surgen de ocupaciones de tierras vacantes ante el déficit de políticas habitacionales planificadas. En dichas zonas, como se puede ver en el mapa 2, predominan los barrios populares, formas de construcción del espacio urbano protagonizadas por adultos jóvenes provenientes de las clases populares, con mayor proporción de niñas y niños a cargo. En términos relativos, el segundo cordón posee una mayor extensión de este tipo de asentamientos urbanos y aún

tiene una activa dinámica de crecimiento demográfico acorde a esta modalidad de construcción de hábitat popular. En el momento de fundación estos barrios se caracterizan por condiciones infraestructurales deficitarias, con proporciones de adultos mayores bajas, mientras que, a medida que transcurre el tiempo, y con divergencias en torno de cada caso, las poblaciones van creciendo y la infraestructura barrial se extiende.

Como se ha mencionado previamente, en estos asentamientos los contagios se produjeron con mayor velocidad y afectaron a una parte importante de la población. Recordemos que uno de los casos con mayor resonancia mediática tuvo que ver con Villa Azul, un barrio popular ubicado en el límite entre Avellaneda y Quilmes.

En conversaciones con una referente del área de salud que participó del operativo para contener los contagios, pudimos repasar los desafíos y dificultades que se le presentaron a la gestión estatal al momento de atender la crisis sanitaria en estas urbanizaciones informales. En primer lugar, el dispositivo DETeCTAr en los dos barrios de referencia se vio desbordado ante las demandas que obligaron a extenderlo, con la emergencia de diversas protestas que incluyeron cortes de calles. Durante esos días se constituyó un Comité Operativo de Emergencia integrado por las áreas municipales de Salud, Seguridad y Desarrollo Social, con asistencia del gobierno provincial, y fue este comité quien resolvió el aislamiento social comunitario bajo la custodia de la Policía Bonaerense.

De acuerdo con la entrevistada, el balance de este caso deja una serie de reflexiones referidas a la drasticidad de la medida; las exigencias de recursos materiales y humanos para sostener los 15 días de aislamiento estricto; las dificultades para asegurar contactos con los enfermos leves derivados a centros extra-hospitalarios; el surgimiento de situaciones imprevistas que reclamaban la concurrencia de otros organismos públicos (banca pública, correo, ministerio de trabajo, entre otros). Con todo ello, para la referente, si bien los resultados en términos de reducir sensiblemente la circulación del virus deben ser ponderados positivamente, los costos organizativos y la demanda de recursos hizo muy difícil su sostenimiento y ello explica por qué esta experiencia no se ha replicado en otros barrios que atravesaron situaciones de alta circulación del virus.

En nuestro cuarto reporte ya dijimos que, ante tal escenario, el cierre represivo del entramado barrial supuso una situación límite que en términos prácticos alcanzó el objetivo de limitar la expansión del virus. No obstante, retomando las palabras de Segura y Pinedo (2020), sostenemos que “la remisión a la estrategia represiva constituye una decisión política indeseable, que demarca su adecuación reproduciendo de manera ampliada una ecología urbana con desigualdades naturalizadas”.

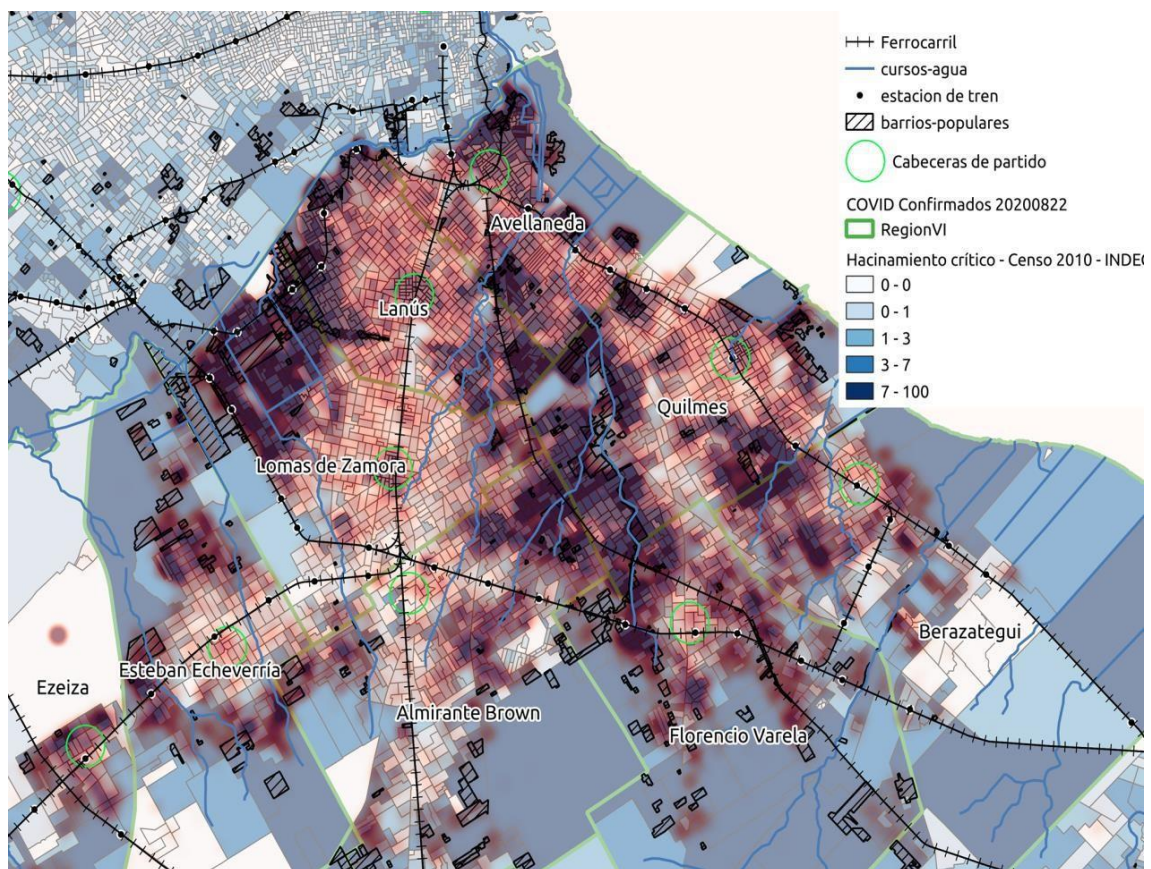
Dejando momentáneamente la cuestión alarmante de los barrios populares -que retomaremos a posteriori-, es preciso reconocer que los municipios de la segunda corona evidencian cortes en la mancha urbana que merecen ser atendidos. Berazategui, Florencio Varela, pero sobre todo Ezeiza y Esteban Echeverría tienen un segmento territorial extenso que constituye la bisagra entre lo urbano y lo



rural: lo periurbano. Este territorio se encuentra en proceso de disputa con los grandes consorcios inmobiliarios para la promoción de urbanizaciones cerradas para estratos sociales de alto nivel adquisitivo. Ahora, ¿los datos referidos a la densidad poblacional a escala municipal serán un indicador de lo que sucede en estos espacios o impedirán identificar desigualdades de relevancia bajo una media que eclipsa diferencias intra-municipales? Entendemos que, tal como se puede evidenciar en el mapa 2, la respuesta más adecuada es la segunda: los promedios son poco sensibles a las distribuciones con extremos marcados y no describen adecuadamente estas realidades. Una estructura demográfica compleja, dinámica y en tensión aparece oscurecida tras la cifra unitaria de los municipios.

Ahora, ¿reconocer diferencias entre el espacio urbano consolidado, los barrios periféricos con altas tasas de hacinamiento y el espacio periurbano es relevante para entender la propagación del SARS CoV-2? El mapa 2 presenta el mayor hallazgo del equipo de trabajo. Este mapa expone con gran claridad la magnitud diferencial de los casos confirmados en las zonificaciones mencionadas.

**Mapa 2.** Mapa de calor de casos confirmados de COVID-19. Geolocalización de barrios populares y hacinamiento crítico por radios censales.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM*, de la base correspondiente a la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección de Información en Salud, UAIS (2020) “Casos Confirmados de COVID-19 en la Provincia de Buenos Aires” Partidos de la Región sanitaria VI» Julio de 2020. (21 de julio de 2020) y el Instituto Geográfico Nacional.



El mapa muestra que las cifras de casos confirmados de COVID-19 que se presentan bajo agregación municipal esconden situaciones polarmente disímiles. Cabeceras con una cantidad confirmada de casos baja a pesar de su mayor densidad poblacional, y periferias altamente afectadas por los contagios. La desigualdad de condiciones de vida, de degradación ambiental, de infraestructura general deficiente y accesibilidad reducida a servicios de salud de calidad y complejidad adecuada, muestran una yuxtaposición cabal con la magnitud del contagio pandémico. La crisis sanitaria, socioambiental y habitacional se intersectan fuertemente.

Las áreas rojas denotan la cercanía espacial de una gran cantidad de puntos de contagio. Las zonas territorialmente degradadas, con altos niveles de hacinamiento, frecuentemente cercanas a los arroyos -cuyas dinámicas hidrográficas responden a su vez a las problemáticas de las cuencas del río Matanza-Riachuelo y el río de La Plata-, adquieren una enorme centralidad. El mapa muestra con claridad la intersección entre barrios populares y hacinamiento crítico. A su vez, la zona noroeste de Lanús y Lomas de Zamora, en las cercanías al río Matanza-Riachuelo y la zona lindante con los arroyos Las Piedras y San Francisco, se ve tomada en el mapa por una tonalidad violácea oscura que se produce por la combinación del color rojo que representa la mancha de la mayor proporción de casos confirmados, con la coloración azul oscura que da cuenta de la mayor proporción de hogares con hacinamiento crítico.

Detengámonos en estos espacios residuales de la urbanización. Ya mencionamos los que se sitúan al noroeste de los partidos de Lanús y Lomas de Zamora en un espacio socioambiental complejo, a la vera del Riachuelo; pero también se puede mencionar la manera en que se ve alcanzada, por ejemplo, la zona de Villa Inflamable, una localidad lindante al Polo Petroquímico de Dock Sud hacia el este de Avellaneda, conocida por los problemas históricos de riesgo ambiental que afectan la salud de la población (Auyero y Swistun, 2008). En términos generales, se destaca el enorme espacio residual que se emplaza entre los dos ramales de la red ferroviaria, espacio en el que se encuentran los límites de los municipios primero de Lanús y Avellaneda y luego de Lomas de Zamora, Almirante Brown y Quilmes, para finalmente ingresar en el interior de Florencio Varela. Ese ámbito, emplazado entre los arroyos San Francisco y Las Piedras, una zona a la que clásicamente se la reconoce por las ocupaciones de tierras, por los basurales y las inundaciones, en el contexto actual se erige como espacio de propagación y densificación de la infección por COVID-19.

Con todo, es preciso señalar que estos territorios marginalizados no son similares entre sí. Muchos de ellos han sido ocupados varias décadas atrás y -aunque con demorados y zigzagueantes procesos- fueron logrando tener una infraestructura básica consolidada, mientras que los entramados habitacionales populares más nuevos aún tienen infraestructuras básicas tremendamente deficitarias.

Desde el equipo construimos un índice de situación sanitaria que mide las condiciones de las instalaciones de agua y de cloacas. La tabla 3 muestra que

existe una fuerte disparidad respecto de las situaciones sanitarias de los barrios populares en la región.

**Tabla 3.** Barrios populares según índice sanitario por municipio (absolutos y porcentajes). Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires

Municipios	Situación sanitaria (N)			Total (N)	Situación Sanitaria (%)			Total (%)	Situación Sanitaria (%)			Total (%)
	Regular	Mala	Muy mala		Regular	Mala	Muy mala		Regular	Mala	Muy mala	
Almirante Brown	0	14	54	68	0,0	20,6	79,4	100,0	0,0	7,5	38,8	17,0
Avellaneda	13	27	4	44	29,5	61,4	9,1	100,0	17,1	14,5	2,9	11,0
Berazategui	2	5	1	8	25,0	62,5	12,5	100,0	2,6	2,7	0,7	2,0
Esteban Echeverría	5	19	22	46	10,9	41,3	47,8	100,0	6,6	10,2	15,8	11,5
Ezeiza	0	3	10	13	0,0	23,1	76,9	100,0	0,0	1,6	7,2	3,2
Florencio Varela	6	41	26	73	8,2	56,2	35,6	100,0	7,9	22,0	18,7	18,2
Lanús	6	13	2	21	28,6	61,9	9,5	100,0	7,9	7,0	1,4	5,2
Lomas de Zamora	31	18	11	60	51,7	30,0	18,3	100,0	40,8	9,7	7,9	15,0
Quilmes	13	46	9	68	19,1	67,6	13,2	100,0	17,1	24,7	6,5	17,0
Total	76	186	139	401	19,0	46,4	34,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Fuente:** Elaboración propia con datos de la base RENABAP (2018).

El primer hallazgo encontrado es que ninguno de los barrios populares tiene una situación adecuada: ninguno de ellos posee servicios adecuados de agua corriente y servicio público de red de cloacas. Ahora, dentro de situaciones y/ o condiciones que van de regulares a muy deficitarias se puede ver que algunas de estas divergencias se condicen con la primera dinámica centro-periferia, pues es evidente que los municipios del primer cordón poseen condiciones sanitarias menos deficitarias. Así, las peores condiciones se encuentran en municipios del segundo cordón; entre ellos es Almirante Brown el que expresa mayor cantidad de barrios en situación sanitaria muy grave. Con índices menos críticos, pero aún muy elevados, encontramos a Esteban Echeverría y a Florencio Varela. Llamativamente, aunque sin ánimo de brindar asociaciones apresuradas, debemos recordar que son estos tres municipios los que tienen las menores medianas de edad respecto de los fallecimientos por COVID-19.

El déficit sanitario en los barrios populares ha sido un problema postergado por el Estado durante décadas. Hoy, en el contexto de la pandemia, junto al hacinamiento crítico, es una variable que exige un análisis pormenorizado para comprender el desarrollo de los contagios y la letalidad del virus en un territorio de por sí heterogéneo.

## Palabras finales

Llegados a esta instancia, la novedad para el presente reporte es que hemos podido acceder a información de mayor calidad con un menor nivel de agregación, gracias a la articulación con las áreas de información estadística de la zona analizada.

En ese sentido, una de las primeras conclusiones que podemos esbozar es que si bien el corte por municipios nos posibilita entender aspectos centrales vinculados con la evolución de la pandemia y la segmentación por cercanía-lejanía a la Ciudad de Buenos Aires, la desagregación por radios censales desarma estos recortes y evidencia una dinámica centro-periferia contrastante. Ya no es sólo el centro que irradia el COVID-19, el cual, a su vez se expande por coronas, sino que la irradiación produce efectos enormemente diferenciados según las condiciones de vida, de infraestructura, habitabilidad y exposición a los riesgos ambientales. Es por ello que la resonancia del virus no decrece a medida que nos alejamos del centro -lo que podría haber sido una conclusión apresurada-, sino que se magnifica en los espacios marginalizados de distintos barrios populares, evidenciando cabeceras relativamente libres del virus y periferias fuertemente afectadas por los contagios al interior de cada municipio.

Lo antedicho nos permite reflexionar sobre las modalidades de intervención planteadas como políticas de atención y seguimiento de la pandemia en los barrios populares, pues a pesar de la pérdida relativa del peso del AMBA en relación a los casos del país en su conjunto, son estos últimos los mayormente afectados por las condiciones socio-territoriales deficitarias, la injusta distribución de los riesgos ambientales y la situación sanitaria en general.

La experiencia indica que han existido iniciativas que supusieron enormes recursos estatales, en cierta medida coerción y tensión en la población (tal como se dejó ver en el abordaje de Villa Azul, caso analizado en profundidad en reportes anteriores y revisitado en este). En lo sucesivo consideramos que el diseño de las políticas debería poder prescindir de estrategias represivas límite, al tiempo que orientarse fuertemente a contrarrestar las brechas socio-espaciales y ambientales bajo principios de cuidado y bienestar para la población en las diversas etapas del proceso de intervención.

## Bibliografía

Auyero, J. y Swistun, D. (2008). *Inflamable, estudio del sufrimiento ambiental*. Paidós.

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 297/2020. Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Glosario. Variables seleccionadas Serie B N 1*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM*. [https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&\\_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099](https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099)

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Boletín Epidemiológico de la Provincia de Buenos Aires. Semana 25*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/06/Bolet%C3%ADn-EPI-SE25.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Boletín Epidemiológico de la Provincia de Buenos Aires. Semana 26*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/07/Bolet%C3%ADn-EPI-SE26.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2020). *Boletín Epidemiológico de la Provincia de Buenos Aires. Semana 27*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/07/Boletin-EPI-27.pdf>

Segura, R. y Pinedo, J. (27 de mayo de 2020). Distanciamiento social y desacoples urbanos. *La Tecla Eñe* <https://lateclaenerevista.com/distanciamiento-social-y-desacoples-urbanos-por-ramiro-segura-y-jeronimo-pinedo>

## Fuentes

República Argentina. Ministerio de Salud. COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 12/05/2020–22/08/2020, día de actualización 22/09).

Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección de Información en Salud, UAIS, 2020. “Casos Confirmados de COVID-19 en la provincia de Buenos Aires” Partidos de la Región sanitaria VI» Julio de 2020. (21 de julio de 2020) y el Instituto Geográfico Nacional.

Fecha de publicación original de este informe: 30/09/2020

## SÉPTIMO REPORTE

### El COVID-19 durante el ASPO. Panorámica y análisis de la relación entre el COVID-19 y la vulnerabilidad socio-económica

**Ariel Hernán Farías, Soledad Fernández Bouzo, María Maneiro, Santiago Nardin, Juan Pablo Borda, Leónidas Hernán Olivera y Diego Pacheco**

Con este reporte cerramos el año de trabajo en torno a la evolución del COVID-19 en la zona sur del conurbano bonaerense. Los límites temporales de este informe se sitúan en todo el proceso de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio -ASPO- (desde el 20/03/2020 hasta el 9/11/2020).

En un primer apartado, presentaremos la evolución de los casos de COVID-19 en el país, el AMBA y la Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires y veremos cómo se van diferenciando las curvas entre estos espacios sociales. Respecto de la Región sanitaria VI, también revisaremos los datos totales acerca de la evolución de la pandemia, tanto en términos generales como municipales, por un lado, y mediante una lectura periodizada de los datos de la región, por el otro. En un tercer apartado, y tal como dejamos asentado en informes previos, describiremos la manera en que las situaciones de vulnerabilidad se yuxtaponen a las modalidades de evolución del virus; aquí construiremos y presentaremos una aproximación a la vulnerabilidad socio-económica que permite identificar distintos estratos socio-espaciales y considerar si existen relaciones entre esta vulnerabilidad y la penetración del virus. Finalmente, describiremos los efectos de la vulnerabilidad social y las formas de gestión sanitaria, a partir del estudio del caso de un barrio popular ubicado en la localidad de San Francisco Solano: La Matera.

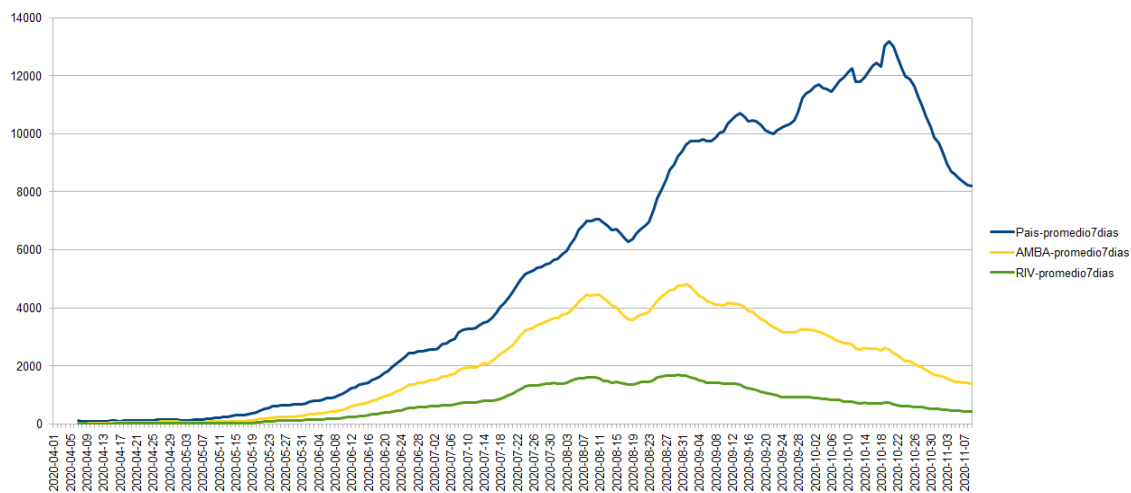
### La evolución del COVID-19 durante el ASPO

Como fuimos analizando en los reportes pasados, hasta el segundo mes del invierno los casos confirmados de COVID-19 se centraban en el AMBA. La relevancia demográfica de este espacio hizo que las curvas que representan la evolución de la incidencia del virus fueran relativamente espejadas respecto del país en su conjunto. Sin embargo, como se puede observar en el Gráfico 1, hacia los últimos momentos del ASPO estas tomaron direcciones inversas. Mientras en el país en su conjunto continuó una línea ascendente que muy posteriormente comenzó a descender, en el AMBA y en

la Región sanitaria VI la caída de los casos fue pronunciada durante el último mes invernal y la primavera<sup>38</sup>.

Las diversas temporalidades acordes a una dinámica centro-periferia, que hemos desarrollado en nuestro propio territorio social, evidencian, aquí una nueva magnitud. Es decir, tiempos asincrónicos en la ojiva ascendente y descendente, se enlazan a la cercanía o lejanía a los centros urbanos: mientras los espacios sociales más próximos tienen un comienzo de ciclo ascendente anterior y más pronunciado, las periferias poseen ciclos que comienzan a ascender menos violentamente y con posterioridad.

**Gráfico 1.** Distribución temporal de los casos confirmados de COVID-19. Región sanitaria VI, AMBA y Total País. 1/04/2020 al 9/11/2020



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/04/2020 al 9/11/2020, día de actualización 22/12/2020).

En los apartados que siguen se analizará el devenir de este ciclo ascendente y descendente con el objeto de colaborar en la reflexión acerca del proceso completo de expansión del COVID-en la región durante el ASPO.

<sup>38</sup> La evolución diferencial de los diversos espacios sociales del país y su vínculo con las políticas implementadas fue objeto de indagación del Proyecto PISAC-COVID-19-00021: “La implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID-19: una mirada desde las relaciones intergubernamentales y las redes de políticas”. ANPCyT. <https://tripcovidigg.sociales.uba.ar/publicaciones/> En publicaciones en curso se interpela la paradójica relación entre el DISPO y el crecimiento de los casos comunitarios en Córdoba y Santa Fe.

## La Región sanitaria VI: el COVID-19 durante el ASPO

La distribución municipal de los casos confirmados de COVID-19 muestra asimetrías. Tal como se puede observar en la Tabla 1, los municipios más cercanos a la ciudad y la segunda corona evidencian las cifras más altas de contagios: Almirante Brown, Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes, muestran mayores valores absolutos, mientras Berazategui, Florencio Varela, Esteban Echeverría y Ezeiza expresan valores nominales menores. Es sabido, sin embargo, que estos números deben ser leídos a la luz de la proporción de población total, pero eso será analizado en segundo término.

La Tabla 1, asimismo, posibilita una mirada periodizada del proceso global. Estos municipios mencionados en primer lugar son también los que tuvieron un desarrollo más temprano en la aparición multiplicada de los contagios, mostrando una ojiva más pronunciada desde los primeros meses de este ciclo. En contrapunto, los municipios más lejanos, aún en el último período, muestran una disminución de la cantidad de casos de mayor intensidad, dando cuenta de esta dinámica más tardía en la evolución de los momentos de la curva.

En la tabla se verá marcado con rojo el momento de mayor cantidad de casos, con verde el de menor número de contagios y en amarillo los municipios que en su primera o última fase tienen datos que llaman la atención (por estar por encima de la proporción general de la región). Los datos siguen, entonces, esta pauta que se condensa en la dinámica de cercanía-lejanía a la ciudad, salvo en el primer momento del municipio de Ezeiza que –por ser receptor de vuelos internacionales– evidenció una particularidad específica.

**Tabla 1.** Distribución de casos según municipios por períodos estacionales. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 1/04/2020 al 9/11/2020

Municipio	Otoño	Invierno 1	Invierno 2	Invierno 3	Primavera	Total
Almirante Brown	1111 5,8	3548 18,5	6406 33,4	6024 31,4	2086 10,9	19175 13,8
Avellaneda	1687 10,5	3409 21,3	5134 32,1	4375 27,3	1413 8,8	16018 11,6
Berazategui	586 5,6	2286 21,8	3345 31,9	3071 29,3	1210 11,5	10498 7,6
Esteban Echeverría	593 5,4	1922 17,5	3500 31,8	3569 32,4	1424 12,9	11008 7,9
Ezeiza	380 7,1	806 15,1	1563 29,3	1754 32,9	829 15,6	5332 8,0
Florencio Varela	748 5,8	2628 20,4	4352 33,7	3667 28,4	1514 11,7	12909 3,9
Lanús	1342 7,8	3989 23,1	5609 32,5	4709 27,2	1638 9,5	17287 9,3
Lomas de Zamora	1381 7,1	4227 21,6	6234 31,9	5446 27,9	2254 11,5	19542 12,5
Quilmes	2025 7,5	5526 20,6	9043 33,7	7523 28,0	2758 10,3	26875 19,4
Total	9853 7,1	28341 20,4	45186 32,6	40138 29,0	15126 10,9	138644 100,0

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 12/03/2020– 09/11/2020, día de actualización 22/12/2020).

Entrando con más detalle a las cifras no sólo nominales sino también relativas a la población, encontramos que la primera corona posee números más altos de incidencia: los casos de Lanús y Avellaneda confirman esta tendencia; no obstante el municipio de



Lomas de Zamora, que también se encuentra dentro de este conjunto de departamentos, se mostraría como un caso excepcional.

En torno al segundo cordón cercano, los casos de Almirante Brown y de Quilmes adquieren primacía preocupante. Todos los indicadores son altos en el municipio de Quilmes, lo cual nos llevó a elegir un barrio socio-económicamente vulnerable de este municipio para realizar un estudio cualitativo más profundo acerca de su devenir en la pandemia.

A su vez, las tasas de mortalidad y de letalidad de Almirante Brown son superiores a la media de la región. Finalmente, si bien el segundo cordón lejano muestra tasas inferiores, la tasa de letalidad berazateguense no deja de brindar una señal de alarma y, a pesar de que el ASPO se haya cerrado, la dinámica más tardía de estos municipios y las demoras en las cargas y sistematización de los datos, nos hacen ser cautos y aguardar datos más consolidados.

**Tabla 2.** Casos confirmados, fallecimientos, población distrital y tasas de letalidad y mortalidad por municipio. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 1/04/2020 al 9/11/2020

Municipio	Casos confirmados	Fallecidos	Población	Tasa de incidencia (100.000 hab.)	Tasa de letalidad	Tasa de mortalidad (100.000 hab.)
Almirante Brown	19175	819	597969	3206,7	4,27	137,0
Avellaneda	16018	635	356392	4494,5	3,96	178,2
Berazategui	10498	422	365771	2870,1	4,02	115,4
Esteban Echeverría	11008	405	370900	2967,9	3,68	109,2
Ezeiza	5332	164	219031	2434,4	3,08	74,9
Florencio Varela	12909	459	517082	2496,5	3,56	88,8
Lanús	17287	660	462827	3735,1	3,82	142,6
Lomas de Zamora	19542	457	648312	3014,3	2,34	70,5
Quilmes	26875	1008	664783	4042,7	3,75	151,6
Total	138644	5029	4203067	3298,6	3,63	119,7

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 12/03/2020– 09/11/2020, día de actualización 22/12/2020). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

Para terminar este apartado acerca del devenir de la pandemia en la Región sanitaria VI hemos segmentado los datos por períodos. Tal como en la tabla anterior, pero aquí en la tabla 3 nos interrogamos acerca de las continuidades y divergencias de una serie de dimensiones en torno a la atención médica que se suscitaron durante el proceso pandémico en el ASPO.

Un elemento sobresaliente es la sobrerrepresentación del sistema público de salud para la atención de estos casos; si bien los datos regionales mostraban que el 40% de la población no contaba con otra protección de salud más que el sistema público, en todo el proceso, más de 75.700 pacientes recurrieron a estos servicios, constituyendo casi el 55% de los casos confirmados. Esta proporción resulta mayor en los períodos en los cuales la curva está en sus picos, es decir, entre el primer y segundo mes de la temporada invernal. Este dato puede ser indicador de la centralidad del sistema público de salud durante todo el proceso y de la sobrerrepresentación de población sin protección de salud entre los casos confirmados, aunque no se puede dejar de mencionar la precariedad e insuficiencia de datos que refieren a los servicios privados, lo que puede hablar de un subregistro de casos en ese subsistema.

**Tabla 3.** Casos confirmados, fallecidos, sistema público, utilización de Terapia Intensiva y asistencia mecánica por períodos. Región sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires. 1/04/2020 al 9/11/2020

Período	N confirmados	Fallecidos	Tasa de letalidad	Sistema Público	% Sistema Público	UTI	%	Asistencia Mecánica	%
Otoño	9853	473	4,8	5304	53,8	227	2,7	86	0,9
Invierno 1	28341	1269	4,5	15826	55,8	413	1,5	179	0,6
Invierno 2	45186	1329	3,4	25283	56,0	448	1,0	211	0,5
Invierno 3	40138	1460	3,6	21585	53,8	419	1,0	203	0,5
Primavera	15126	498	3,3	7741	51,2	155	1,0	63	0,4
Total	138644	5029		75739	54,6	1662		742	

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 12/03/2020– 09/11/2020, día de actualización 22/12/2020).

La tabla 3 también evidencia otros datos de relevancia. La relativa tendencia a la baja y posterior estabilización del uso de servicios de terapia intensiva y equipamiento de asistencia mecánica respiratoria constituye un elemento de importancia. La puesta a punto de una infraestructura adecuada durante los primeros meses del ASPO optimizó

la respuesta del sistema de salud. Además, seguramente, el mejor conocimiento de la enfermedad aumentó la precisión y promovió un uso adecuado de los recursos. La posibilidad de seguimiento en la internación general e incluso las variadas formas de seguimiento de los casos ambulatorios promovieron una heterogeneidad de respuestas que tienen en estos casos complejos apenas una proporción minoritaria.

## Un modelo para abordar la vulnerabilidad socio-económica a nivel territorial

Uno de los emergentes de las investigaciones que abordaron los efectos sociales de la pandemia del COVID-19 fue que intensificó desigualdades estructurales preexistentes. Esto se evidenció en la expulsión del mercado de trabajo de millones de trabajadoras y trabajadores precarios. Los sectores con menor estabilidad laboral y de ingresos fueron los que tuvieron mayores dificultades para adoptar las medidas de aislamiento de forma estricta dado que la reproducción material de la vida requería de la vuelta a la circulación social para la obtención de recursos (Merklen, 2005; Rodríguez de la Fuente, 2021). A su vez, como describimos en reportes previos, existe una correlación significativa entre vulnerabilidad económica y vulnerabilidad habitacional, lo que genera que se sume a la carencia de recursos dinerarios, el habitar en viviendas con niveles de hacinamiento y déficit habitacional altos.

Para ilustrar el impacto de la pandemia sobre las formas de reproducción de la vida, presentamos datos de la Encuesta Permanente de Hogares para el Aglomerado de 24 partidos del Gran Buenos Aires. Entre el primer y segundo trimestre de 2020, la población económicamente activa cayó 11 puntos porcentuales (p.p.), la tasa de empleo, 12 p.p. y la desocupación se incrementó 2,8 p.p. Nunca en la historia estadística argentina se produjo una caída trimestral de la actividad y el empleo de esta magnitud. Con respecto a la tasa de pobreza, se verifica un aumento de 15 p.p. entre trimestres (del 40% al 55%). En relación a la indigencia, el salto también es abrupto, teniendo en cuenta que se trata de población que no logra cubrir las necesidades básicas alimentarias con sus ingresos (incluidos subsidios estatales). El incremento es de 5 puntos porcentuales (del 11% al 16%). Y cuando se observa lo ocurrido con la población infantil, los datos son aún más dramáticos: la pobreza aumentó del 56% al 70% y la indigencia del 17% al 21%. Es decir, 7 de cada 10 niños y adolescentes no tuvieron recursos para satisfacer sus necesidades básicas, y 2 de cada 10 vivieron en hogares sin dinero suficiente para alimentarse.

Con estos datos alarmantes nos propusimos aproximarnos a la vulnerabilidad socio-económica (específicamente en relación con los recursos dinerarios) y mapear distintos estratos socio-espaciales a nivel de radio censal. Esta aproximación nos permite sintetizar la influencia de un conjunto de variables en la conformación de perfiles sociales que se concentran en ciertos territorios sociales y observar la relación entre la vulnerabilidad socio-económica y la expansión del COVID-19.

Para la construcción de los estratos socio-espaciales tomamos como unidad de análisis a los radios censales y seleccionamos las siguientes variables como proxys de vulnerabilidad a nivel de radio:

- Porcentaje de jefes de hogar, hasta 60 años de edad, con nivel educativo hasta primario completo: el nivel educativo del jefe de hogar es un proxy del nivel de ingresos y de inserciones precarias en el empleo. Elevados porcentajes de jefes de hogar con nivel educativo hasta primario completo suponen la existencia de bajos niveles de ingresos y de situaciones inestables en relación al empleo.
- Tasa de desocupación de la población menor a 61 años: una tasa de desocupación elevada supone la existencia de dificultades de inserción en el empleo.
- Tasa de inactividad de la población menor a 61 años: dado que la principal fuente de recursos dinerarios es la ocupación, una tasa de inactividad elevada supone una situación vulnerable en relación a la obtención de ingresos.
- Tasa de empleo de la población menor a 61 años: en contraposición a la variable anterior, una tasa de empleo alta refleja que la situación del radio es mejor en relación a la obtención de ingresos por la vía de la ocupación.
- Porcentaje de la población de 65 años y más: dado que la cobertura previsional en la Argentina llega a la gran mayoría de la población de adultos mayores, y se trata de recursos dinerarios no afectados por la pandemia, un elevado porcentaje de adultos mayores supone una situación de cierta estabilidad de ingresos en el contexto de pandemia.

Para describir la interdependencia de estas variables se utilizaron una serie de técnicas estadísticas que permitieron construir estratos socio-espaciales conformados por radios con características similares entre sí y diferentes al resto. Las técnicas utilizadas se retoman del trabajo canónico –en relación con los procesos de estratificación socio-espacial– de Torres (1993) *El Mapa Social de Buenos Aires*. Esto permite aproximarnos a la heterogeneidad socio-espacial de la Región VI a partir de la combinación de un conjunto de atributos.

En relación con las características y el peso de los distintos estratos de radios presentamos los datos de la Tabla 4, resaltando en celeste aquellos valores que reflejan una situación positiva y en naranja, aquellos que expresan una situación negativa. Como se observa, la intensidad de las condiciones de vulnerabilidad-estabilidad difieren en contenido e intensidad entre los estratos, lo que hace a una segmentación mucho más específica de la realidad social de estos conjuntos de radios.

En relación a la descripción de los estratos observamos los siguientes aspectos destacados:

Estrato socio-espacial 1: incluye al 14,4% de los radios de la región. Es el estrato con mayor estabilidad económica; posee una tasa de empleo promedio muy elevada y un muy bajo porcentaje de jefes de hogar con nivel educativo hasta primario completo, es el estrato con el porcentaje más alto de adultos de 65 años y más. La estabilidad de los ingresos previsionales y la mejor situación en relación a la inserción en el empleo, permiten asumir que este estrato se encuentra en mejores condiciones en el contexto de pandemia.

Estrato socio-espacial 2: contiene al 8,5% de los radios de la región. Sus características son muy similares a las del estrato 1, pero en una escala menor.

Estrato socio-espacial 3: en este se ubican el 3,2% de los radios y posee características muy definidas y particulares. Su rasgo destacado es que se trata de radios con las tasas más altas de desocupación y tasas bajas de empleo. El resto de las variables poseen valores en torno a la media. En un contexto de contracción del mercado de trabajo un estrato con una parte importante de la población desocupada presenta una situación de vulnerabilidad. Dicha situación puede ser más coyuntural que en otros radios que presentan rasgos más arraigados.

Estrato socio-espacial 4: este incorpora al 15,9% de los radios. Los valores de este estrato se encuentran cercanos a la media de la región. El atributo diferencial más destacado es el bajo porcentaje de jefes de hogar con nivel educativo hasta primario completo.

Estrato socio-espacial 5: este contiene al 13,6% de los radios y combina un alto porcentaje de jefes de hogar con nivel educativo bajo, con un bajo porcentaje de población de 65 años y más. El resto de los valores se encuentran cercanos a la media, pero estos dos atributos lo tornan potencialmente vulnerable ante contextos de retracción del empleo, particularmente con una contracción mucho más intensa del sector informal.

Estrato socio-espacial 6: este contiene al mayor número de radios, el 22,8% del total. Su característica principal es el nivel alto de jefes de hogar con hasta primario completo, pero esto se combina con niveles elevados de desocupación y una tasa de empleo menor a la media. Por sus características se trata de un estrato con un alto nivel de vulnerabilidad socio-económica.

Estrato socio-espacial 7: este incluye al 21,6% de los radios y presenta las mayores condiciones de vulnerabilidad. Posee la media de jefes de hogar con hasta primario completo más alta, la tasa de inactividad más alta y el menor porcentaje de adultos de 65 años y más. Este estrato es el que presenta las peores condiciones en relación con la estabilidad de los ingresos tanto por la vía del empleo como previsional.

**Tabla 4.** Media de las variables seleccionadas, cantidad y porcentaje de radios censales, por estrato socioespacial. Región sanitaria VI. Año 2010

Estrato socioespacial	Jefe hasta primario completo	Tasa de desocupación	Tasa de inactividad	Tasa de empleo	Porcentaje de 65 y más	Cantidad de radios censales	Porcentaje de radios censales
1	10,0	4,0	17,7	79,0	18,5	521	14,4
2	14,6	7,1	20,2	74,1	18,3	305	8,5
3	37,8	12,9	25,0	65,4	12,2	115	3,2
4	22,1	5,7	22,0	73,6	14,6	574	15,9
5	49,3	4,5	24,9	71,7	6,0	492	13,6
6	42,2	9,3	26,1	67,0	9,3	821	22,8
7	53,5	7,5	28,1	66,5	5,8	779	21,6
Total	35,3	6,8	24,0	70,9	11,1	3607	100,0

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.*

La descripción de estos estratos nos permite comprender los territorios sociales y las vulnerabilidades en el contexto de pandemia. Es necesario destacar que se desplegaron políticas de transferencias de ingresos que permitieron morigerar el impacto de los efectos socio- económicos de la pandemia. Sin embargo, el carácter estructural y masivo del fenómeno no permitió sostener la reproducción de la vida sólo con esos recursos. Las estrategias de vida y el cuidado de la salud se tensionan ante el carácter heterogéneo de la sociedad. En el territorio dicha heterogeneidad se expresa espacialmente (Mapa 1).

En nuestro sexto reporte, la desagregación de los datos de casos confirmados de COVID-19 nos había permitido dar cuenta de la existencia de yuxtaposiciones entre el déficit habitacional – medido a partir del hacinamiento crítico– y la intensidad de contagios. A partir de los datos construidos para este reporte, sumamos dimensiones relativas a la vulnerabilidad socio-económica –vinculada a la estabilidad de los recursos dinerarios–, que muestran también una dinámica diferencial entre coronas y cabeceras y periferias.

Las zonas en color azul y celeste representan a los estratos de radios con mejores condiciones socio-económicas, mientras que las zonas con distintas tonalidades de naranjas dan cuenta de estratos más vulnerables (Mapa 1). En primera instancia se observa el contraste entre las cabeceras expandidas de Lanús, Lomas de Zamora, Avellaneda y Quilmes, con preeminencia de estratos socio-espaciales de mejores condiciones, frente a las centralidades reducidas de los municipios de Almirante Brown, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza y Berazategui.

Pero ¿cómo se manifiesta la heterogeneidad social en términos de la expansión de la enfermedad? En el Mapa 1 la condensación de una mancha gris oscura representa las zonas de mayor incidencia, y las tonalidades tendientes a transparentes, menor intensidad en la expansión del virus. Esto evidencia la existencia de una condensación de déficits socio-económicos, ambientales y habitacionales en las periferias de los municipios, que son coincidentes con las zonas de mayor incidencia del COVID-19.

Nuevamente, nos encontramos con centralidades, densamente pobladas, con mayores recursos de infraestructura, habitadas por fracciones sociales de ingresos medios y altos, y periferias con déficits infraestructurales, habitadas por fracciones sociales de recursos bajos e inestables. Adentrémonos con mayor detalle en las características económicas de estas zonas vulnerables y su vínculo con las dinámicas de circulación social.

En la zonificación de los estratos, más allá de los límites municipales, se presentan tres espacios sociales con déficits e inestabilidad de recursos económicos y características específicas en relación a la cercanía-lejanía con núcleos comerciales y productivos importantes, cercanía-lejanía a espacios periurbanos y rurales, cercanía-lejanía a zonas de entramados infraestructurales consolidados:

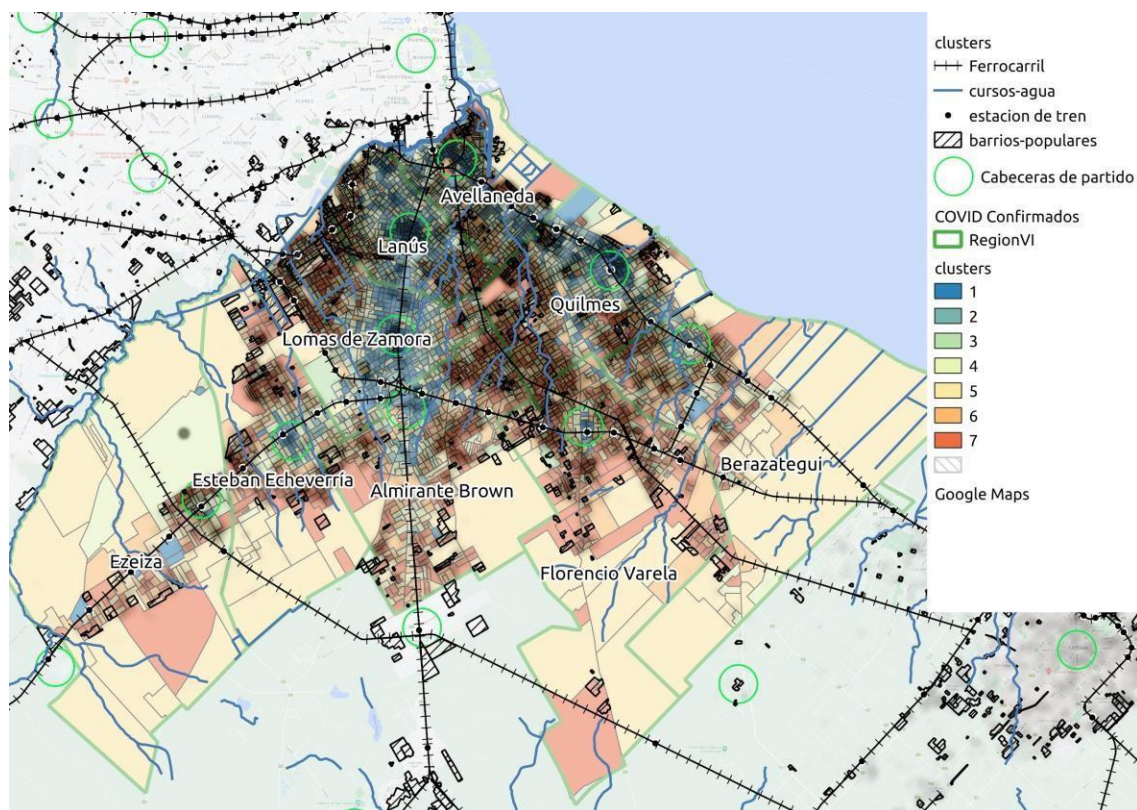
La zona noroeste de Lanús y Lomas de Zamora, cercanas al río Matanza-Riachuelo: en esta zona se emplazan barrios populares de larga data, ubicados en localidades con gran densidad de déficits yuxtapuestos, como Villa Fiorito e Ingeniero Budge. Estos barrios poseen amplios núcleos comerciales cercanos, con espacios de venta ambulante en las cabeceras de Lanús y Lomas de Zamora, a la vez que lindan con las comunas del sur de la CABA, como vía de ingreso a la periferia de la estructura productiva de la Ciudad de Buenos Aires (servicio doméstico, trabajos de mantenimiento, venta ambulante, cartoneo, etc.). La pandemia afectó las dinámicas periferia-centro que sostenían estas economías vulnerables. Las estrategias de supervivencia de estas zonas requieren necesariamente de la caza de recursos en otros espacios sociales. Como se observa en el Mapa 1, esta zona presenta una gran intensidad de contagios.

La zona del enorme espacio residual que se emplaza entre los dos ramales de la red ferroviaria, espacio en el que se encuentran los límites de los municipios de Lanús y Avellaneda y luego de Lomas de Zamora, Almirante Brown y Quilmes, para finalmente ingresar en el interior de Florencio Varela. En estas zonas conviven los desplazamientos hacia los núcleos comerciales de las cabeceras de partidos, junto con una dinámica periferia-periferia. La gran feria de la localidad de Solano (Quilmes/Florencio Varela), y el circuito de ferias de Ardigó, Bosques, Zeballos (Florencio Varela) y Ezpeleta (Quilmes) son ilustrativos de lógicas de una economía popular que posee autonomía relativa en relación a los núcleos productivos y comerciales de la región. Los recursos desplegados por el Estado hacia los sectores informales permitieron sostener el aislamiento por un periodo de tiempo. Sin embargo, dado que la cantidad de recursos no fue suficiente para garantizar la supervivencia, estos espacios volvieron a adquirir un rol central en las economías de las fracciones sociales vulnerables de estas zonas. Esta es la zona de mayor densidad de contagios de la región, en donde la mancha se extiende de forma continua por un

territorio que atraviesa las fronteras municipales. El estudio de caso que presentamos en el siguiente apartado es expresión de este tipo de emplazamientos.

En las zonas lindantes al periurbano de Berazategui, Florencio Varela, Almirante Brown, Esteban Echeverría y Ezeiza existe un predominio de estratos socio-económicos con recursos bajos. Sin embargo, las actividades para la reproducción de la vida conjugan la circulación hacia las cabeceras, con actividades como la producción frutihortícola, forestal, floricultura e incluso la ganadería, que por sus características, no suponen una gran densidad de contactos. Como ejemplos de estas actividades tenemos a la producción de flores en las zonas periurbanas de Florencio Varela, la producción agrícola en la localidad del Pato (Berazategui), la producción forestal y de floricultura en la localidad de Ministro Rivadavia (Almirante Brown), y los entramados de agricultura familiar en las periferias del partido de Esteban Echeverría. En estos casos, se observa que a pesar de tratarse de estratos socio-económicos de bajos recursos, no presentan gran densidad de contagios.

**Mapa 1.** Mapa de calor de casos confirmados de COVID-19. Geolocalización de barrios populares y estratos socio-espaciales por radios censales.



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM*, de la base correspondiente a la Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección de Información en Salud, UAIS (2020). “Casos Confirmados de COVID-19 en la provincia de Buenos Aires” Partidos de la Región sanitaria VI» Julio de 2020. (21 de julio de 2020) y el Instituto Geográfico Nacional.



La construcción de estratos socio-espaciales nos permitió aproximarnos a las características socio-económicas de las zonas de la Región VI y construir hipótesis más precisas acerca de la relación entre estrategias de supervivencia e intensidad en la expansión del COVID-19. En el próximo apartado analizamos en profundidad un barrio popular ubicado en el estrato socio-económico 7, el más desaventajado en relación a la posibilidad de sostener recursos dinerarios durante la pandemia.

## El aislamiento, la asistencia en salud y el territorio: un estudio de caso a partir del Barrio La Matera

Con el objetivo de describir las situaciones de vulnerabilidad que expresan los estratos socio-espaciales, analizamos el caso del barrio popular La Matera, emplazado en la localidad de San Francisco Solano. En la descripción cualitativa del caso desplegamos a su vez la yuxtaposición de los déficits económicos, infraestructurales y sanitarios.

La Matera surge en el año 2000 a raíz de una ocupación de una serie de terrenos en los cuales había sido emplazado un plan de viviendas fallido. Este barrio contiene muchos de los aspectos que caracterizan a las nuevas ocupaciones de tierras; a medio término entre los legados de las ocupaciones tradicionales y las formas organizadas por “punteros” territoriales, las nuevas ocupaciones son un objeto de investigación aún en ciernes (Nardin, 2021). Este barrio se emplaza en una zona degradada e inundable, y físicamente posee grandes deficiencias infraestructurales: no tiene asfaltos, las calles se anegan, no tiene tendido eléctrico formal, no posee servicios de cloacas, ni red de gas y el transporte público sólo lo circunda en las lejanías. La Matera es un barrio mediáticamente presente, este aparece frecuentemente como un espacio social de morada de “delincuentes” y como una vecindad “violenta”. Excede las posibilidades de este reporte referirnos a las continuidades y las brechas que se generan entre las representaciones sociales, los datos estadísticos y la experiencia nativa, pero sea como fuere, La Matera es un barrio vulnerable, con déficits estructurales y con asistencias estatales fuertes pero fragmentarias (Maneiro, 2022).

Para este estudio de caso entrevistamos a tres referentes del Centro Integración Comunitaria (CIC). La elección de la muestra fue intencional y supuso el ingreso al entramado del barrio a partir de “informantes claves” vinculados a la atención de la salud. Es decir, mediante la perspectiva de sujetos que, entroncados en la trama barrial, poseen una mirada particular: la bisagra entre ser vecinos del barrio y ser trabajadores del centro de salud constituye un aspecto de enorme potencia.

Entremos en la situación social del barrio desde la perspectiva de los entrevistados. “En el barrio, la mayoría de los hogares tiene jefatura femenina, somos mujeres solas con chicos pequeños” nos dice Wendy, empleada administrativa del CIC. “Trabajan, sobre todo, como empleadas domésticas, pero se paró todo por no poder viajar”, “Ahora hay muchos emprendimientos, más que nada de cocina, yo misma soy costurera, trabajo de 8 a 17 en el CIC y después soy costurera porque no alcanza la plata”. Carolina, otra trabajadora del CIC, comentaba en la misma tónica “Los hombres trabajan en la construcción, pero se paró mucho... ahora nos ayudamos entre todos, con changas”.

“Muchos cobraron el IFE, primero el problema fue conectarse para hacer los trámites, pero después algunos vecinos con internet comenzaron a hacer los trámites y, después las últimas cuotas ya las limitaron”. José, el enfermero del CIC, nos decía “lo que pasa es que acá casi nadie trabaja en blanco, y entonces fue tremenda la cuarentena”. “Bajaron módulos de alimentos, sí, nosotros articulamos con desarrollo social, pero no alcanza, fue duro”. La emergencia de la precariedad laboral y la falta de seguridades económico-sociales constituye el punto de partida de la descripción del barrio que proveen nuestros entrevistados (sobre este tema ver Soldano, Villarroel, 2020).

La Matera fue uno de los barrios que más tempranamente tuvo casos positivos de COVID-19. El primer contagio suscitó un gran despliegue mediático porque los vecinos apedrearon la casa de la pareja contagiada, la señora –una adulta mayor– logró sobreponerse al virus y, felizmente, sobrevivió. La Matera, también, fue el segundo barrio de Quilmes en llevar adelante el programa DETeCTAr. El CIC participó de esta iniciativa de detección temprana junto con miembros del comité de crisis, con ellos no sólo se lograron identificar casos sino trabajar territorialmente la información acerca de cómo prevenir el contagio y qué hacer en caso de tener síntomas.

Según los datos que nos leen los entrevistados “hasta el 2 de diciembre se realizaron 965 hisopados en el CIC, 395 correspondientes al área programática de La Matera”. Ciertamente la demanda de diagnóstico por laboratorio fue uno de los principales cuellos de botella en relación a la atención de la pandemia, ya en el quinto reporte abordamos las tasas de positividad y reflexionamos sobre los aspectos que dificultan el diagnóstico oportuno. Este aspecto aparece, en palabras de Carolina, de la siguiente manera: “esto hizo por un momento que colapsara todo el sistema y los resultados tardaban mucho, más de una semana o quince días. El paciente en ese momento ya tenía el alta y recién se le estaba notificando de que era positivo”. Dicha cuestión, tal vez, sea la más compleja en términos estrictamente sanitarios respecto de los dichos de los trabajadores del CIC. Continuando con los datos que nos proporcionan los trabajadores del CIC, la tasa de positividad general respecto de todos estos hisopados asciende a casi 1/3 (965/294). Esta proporción se distancia de las sugerencias de las organizaciones de salud que establecen los estándares de fiabilidad, pero resulta menor que la que hemos constatado en los momentos de ascenso de los casos; sin embargo, muy probablemente, haya sido diferente en los distintos momentos del ASPO, pudiendo haber llegado, como se desarrolló en el reporte número 5, al 50% de los casos.

La cuestión del aislamiento de los casos sospechosos fue una preocupación central en el seguimiento territorial efectuado desde el CIC. Las derivaciones a la Universidad Nacional de Quilmes, donde funcionó el centro de aislamiento -incluso un espacio específico para madres con niños pequeños cuya demanda surgió tempranamente-, debieron ser tramitadas desde la institución<sup>39</sup>. Los entrevistados afirman que no fueron

---

<sup>39</sup> Sobre la experiencia de este centro extra-hospitalario ver Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli, E., Ojeda Morcos, L., Sánchez Correa, H., Moodie, A., Bustos, S., Cardonetti, L. y Konfino, J. (2022).

muchos los casos derivados, aunque manifiestan que funcionaron de manera adecuada. Estas situaciones de asistencia se completaron con la articulación con la dependencia de desarrollo social municipal para la provisión alimentaria de emergencia que, como se puede ver en los párrafos mencionados al comienzo de este apartado, si bien no era suficiente, resultó de enorme relevancia. En lo que respecta estrictamente a la atención de la salud en el CIC, los trabajadores manifiestan que en un comienzo faltaban insumos, pero José reconoce que para “el pico ya habían llegado los insumos necesarios”. En este punto, y tal como señalamos en los reportes anteriores, resulta evidente la relevancia que tuvo el ASPO para retrasar el ascenso de casos y brindar tiempo para la puesta a punto del sistema de salud.

Para terminar con este breve estudio de caso, preguntamos a los trabajadores de la salud cómo fue la atención en el CIC durante la pandemia. Ciertamente el punto más complejo de la atención estuvo en el estrés de los trabajadores, pues con algunos compañeros licenciados por ser personal de riesgo y otros por aislamiento por contacto estrecho y sin reemplazos, los trabajadores se vieron compelidos a tener jornadas más extendidas y con mayor demanda de atención. Dentro de este contexto de estrés, cabe destacar un aspecto que fue altamente valorado por los trabajadores. Durante la pandemia el CIC trabajó a partir de seguimientos telefónicos y turnos programados por mensajes de whatsapp, lo que disminuyó la aglomeración. Asimismo, se implementó el procedimiento de triage<sup>40</sup> que permitió clasificar a los pacientes en momentos en que la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos, logrando identificar casos sospechosos que demandan atención en la institución y el tipo de atención que se precisa de acuerdo a la gravedad. Según los trabajadores, este proceso fue tan exitoso que “todos los casos que se hisoparon mediante esta clasificación fueron positivos de covid” y ninguno de los trabajadores se contagió en el CIC. Hubo un contagio pero fue por contacto estrecho de un trabajador de salud de otra institución. Orgullo profesional y cuidado aparecen entre los dichos de los entrevistados para brindar su lectura del proceso de trabajo durante la pandemia. La capacidad de no contagiarse asume para los entrevistados un componente voluntarista y proactivo.

Finalmente, de las entrevistas con cada uno de ellos pudimos concluir que los trabajadores entrevistados tienen conocimiento del territorio, compromiso en la labor y ejercen actividades de cuidado que exceden sus responsabilidades formales. Las instituciones públicas, en este caso específico, mostraron su mejor cara a partir de la enorme vocación de sus trabajadores. Ellos, a pesar de contar con modalidades de contratación precaria y salarios magros, lograron –junto con trabajadores voluntarios del barrio– gestionar la pandemia a escala comunitaria<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> El «triage/clasificación» es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder establecer adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.

<sup>41</sup> Todas estas cuestiones se desarrollaron en el artículo: “El Centro de Integración Comunitaria como actor local relevante en la atención de la salud en pandemia. El caso de La Matera (San Francisco Solano, Quilmes)” (Maneiro, 2022).

## Palabras finales

Este séptimo reporte permitió sistematizar las características de la expansión del COVID-19 durante el ASPO. Así, prestamos atención a la dinámica centro-periferia en términos temporales e interrogamos los diversos períodos del ASPO para comprender sus continuidades y sus rupturas. Si el análisis de los diversos espacios sociales, ya en el informe previo, nos había mostrado que en cada conjunto municipal se distinguían situaciones habitacionales desiguales; en este reporte ingresamos en esta heterogeneidad a partir del análisis de la vulnerabilidad socio-económica a nivel de radio censal.

La yuxtaposición entre los estratos socio-espaciales más vulnerables y la mayor cantidad de casos confirmados de COVID-19 vuelve a poner en el tapete la articulación entre factores biomédicos y no biomédicos. Las iniciativas estatales para la puesta a punto de la infraestructura de las instituciones de salud, que lograron que el sistema no colapse, por un lado, y las políticas de transferencia de ingresos y de asistencia alimentaria, por el otro, fueron sustanciales para aminorar los efectos de la desigualdad ante la pandemia; pero sin embargo resultaron insuficientes. El enorme compromiso de los trabajadores de la salud, que a pesar del tremendo estrés y sus deficientes condiciones laborales, llevaron a cabo acciones diversas para tramitar la crisis, constituyeron el elemento más destacable de las iniciativas indagadas. Ante un futuro incierto, promover mejores condiciones de trabajo para los miembros del sistema de salud y ampliar y profundizar los sistemas de protección de los estratos socio-económicos más vulnerables, son medidas a implementar tan importantes como las vacunaciones masivas; abordajes integrales e interdisciplinarios podrán ser claves para las fases subsiguientes.

## Bibliografía

Gallastegui, M., Rosselló, G., Vinuesa, M., Martelli E., Ojeda M., Sánchez Correa, H., Moodie, A., Bustos, S., Cardonetti L., y Konfino, J. (2022). El rol de un centro de aislamiento sanitario extrahospitalario durante la pandemia de COVID-19: la experiencia de Quilmes. *Revista Argentina de Salud Pública*, (14), Supl. COVID-19:e52. <http://www.scielo.org.ar/pdf/rasp/v14s1/1853-810X-rasp-14-s1-52.pdf>

Maneiro, M. (2021). Memorias de la ocupación y la producción de un “nuevo” barrio informal. *Revista Avá. Revista de Antropología*, (38), 313-338. <https://www.ava.unam.edu.ar/images/38/n38a14.pdf>

Maneiro, M. (2022). El Centro de Integración Comunitaria como un actor relevante en la atención en la pandemia. El caso de La Matera (San Francisco Solano, Quilmes). *Revista IT. Salud Comunitaria y Sociedad*, 9(9), 94-117. <https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista->

it/issue/view/126/Revista%20IT.%20%20Vol.%209%20N%C3%BAmero%209.%20%20A  
%C3%B10%202022

Merklen, D. (2005). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina 1983-2003)*. Editorial Gorla.

Nardin, S. (2021). *Asentamientos informales y politicidad popular. Las tomas de tierras de San Francisco Solano, 1981-2015* (Tesis de Doctorado). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Rodríguez de la Fuente, J. (2021). ¿El virus afecta por igual a las clases sociales? Exploraciones sobre las desigualdades laborales y económicas en un contexto de pandemia. *Revista Sociedad*, (42), 30-44.  
<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/revistasociedad/article/view/7014>

Soldano, D. y Villarroel, N. (2020). Lluve sobre mojado. El conurbano bonaerense entre viejos y nuevos confinamientos. *Temas y debates*, Número especial, 35-40.  
<https://temasydebates.unr.edu.ar/index.php/tyd/article/view/480>

Torres, H. (1993). *El mapa social de Buenos Aires (1940-1990)*. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo, Universidad de Buenos Aires.  
<https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2015/06/torres-el-mapa-social-del-amba.pdf>

## Ficha Técnica del trabajo de campo

Fechas: 3/12/2020 al 8/12/2020. Barrio: La Matera Municipio: Quilmes

Fecha de publicación original de este informe: 30/12/2020

## OCTAVO REPORTE

# El devenir de la pandemia en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Una mirada general del proceso y algunas reflexiones desde el prisma de la movilidad y las desigualdades

**María Maneiro, Juan Pablo Borda, Ariel Hernán Farías, Diego Pacheco,  
Santiago Nardin y Leónidas Hernán Olivera**

Este nuevo reporte contiene diversos apartados que, en cierto sentido, se articulan y complementan. En esta ocasión modificamos la escala de análisis, pasando de la especificidad de la Región sanitaria VI, a la mirada general sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Este cambio de escala se fundamenta, por un lado, en la necesidad de ponderar las dinámicas de los municipios analizados con mayor profundidad en los reportes previos dentro de la dinámica de los municipios del AMBA en su conjunto, por otro lado, porque parte de los datos con los que trabajamos presentan dificultades para realizar desagregaciones al interior del AMBA. Primero se propone una mirada panorámica de la pandemia y luego una revisión del AMBA. A posteriori se describe el proceso en términos espaciales interrogándose acerca de cuál fue la dinámica de la región en su conjunto, en los diferentes entramados que la configuran y, sin entrar en detalle, en cada uno de los municipios. Aquí, a su vez, se propone una perspectiva que interpela los roles de género y la propensión diferencial respecto del contagio del virus SARS CoV-2 según sexo<sup>42</sup>. A su vez, considerando que el AMBA comprende un conjunto complejo de habitantes que se mueven en torno a sus necesidades de trabajo, de salud, de acceso a recursos dinerarios y para realizar sus compras, abrimos un breve ítem para analizar cómo impactó el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (DNU N° 297/2020), el Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DNU N° 875/2020) y las medidas de prevención actual en estas movi­lidades, quiénes fueron los que menos dejaron de usar transportes públicos y cuáles pueden ser los elementos que se ligan a esta movilidad forzosa. Por último, se explicitan algunas reflexiones finales que vinculan el aspecto temporal, el espacial estático y el espacial dinámico de este reporte.

---

<sup>42</sup> Sin ánimos de estrechar un tema tan relevante y cambiante a la luz de los debates actuales, en este informe definimos el sexo desde su matriz biológica (sexo certificado al nacer) y entendemos al género como una construcción social compleja que configura roles sociales. Estos se encuentran en disputa pero contienen matrices hegemónicas. Para precisar la cuestión ver Scott (1993).

## La pandemia

El reporte anterior ya proponía una mirada global de la evolución del COVID-19 durante el ASPO en la Región sanitaria VI, sin embargo, quedaron muchos aspectos sin profundizar e interrogantes acerca de si el AMBA<sup>43</sup> posee elementos similares a la región analizada. Retomemos las principales conclusiones de aquel informe y continuemos ampliando algunas cuestiones.

Hasta el segundo mes del invierno los casos confirmados de COVID-19 se centraban en el AMBA. La relevancia demográfica de este espacio hizo que las curvas que representaban la evolución de la incidencia del virus fueran relativamente espejadas respecto del país en su conjunto<sup>44</sup>. Sin embargo, hacia los últimos momentos del ASPO éstas tomaron direcciones inversas. Mientras en el país en su conjunto continuó una línea ascendente que muy posteriormente comenzó a descender, en el AMBA la caída de los casos fue pronunciada durante el último mes invernal y la primavera.

A su vez, en los diferentes reportes del año pasado mostramos las asincronías que expresaba la dinámica centro-periferia. Mientras las centralidades comenzaban el ciclo ascendente con anterioridad, en las periferias estos ciclos aparecían con algunas semanas de retraso. Sin embargo, los resultados de nuestros informes dieron cuenta de que no se trataba meramente de la reproducción de un proceso semejante, sino que cada espacio social contenía algunas especificidades que debían tomarse en consideración.

Comencemos abordando la dinámica del proceso. El Gráfico 1 muestra la evolución de los casos confirmados según el promedio semanal de CABA y los cuarenta municipios de la provincia que conforman el Área Metropolitana. Se muestran tres ojivas de relevancia, la primera concierne a la primera ola, un recrudescimiento hacia fin de año y comienzos de 2021 y un proceso de caída que se desarrolla durante el año 2021, hasta fines del mes de abril del año 2021, cuando se cierran los datos sobre los que se redacta este informe.

Si bien una mirada con mayor detalle, como fue mencionado con anterioridad, daba cuenta de cierto “retraso” en la periferia, en los datos panorámicos, lo que sobresale es una dinámica semejante que se vuelve más pronunciada en los 40 municipios por la magnitud de su propia población.

En torno al proceso en curso, durante los días 8/04/2021 (DNU N° 235/2021) y 16/04/2021 se establecieron una serie de “Medidas generales de prevención” que limitaron la movilidad y restringieron la circulación en los horarios nocturnos; sin ánimo de ser concluyentes (puesto que el atraso en la carga de los datos puede influir

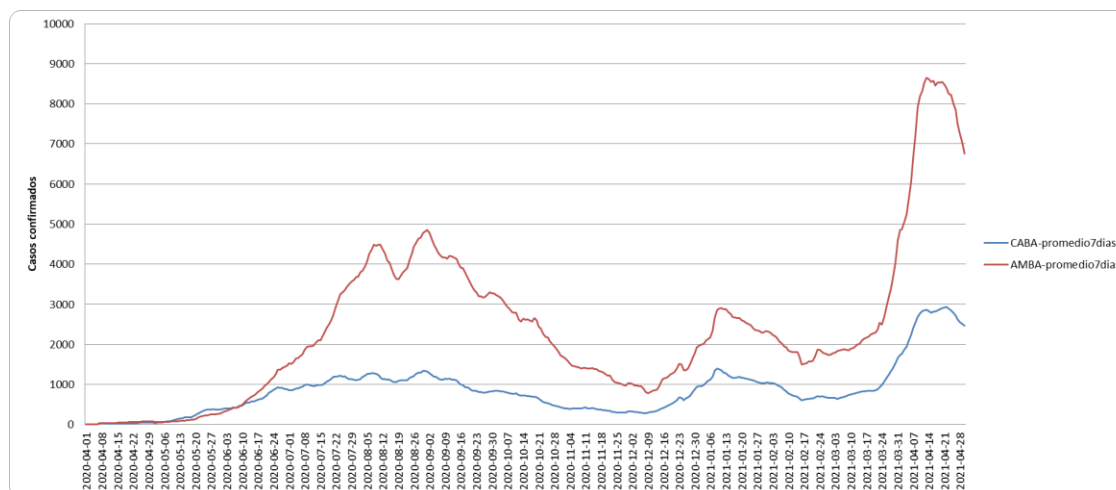
---

<sup>43</sup> Para mayores precisiones sobre la RMBA y el conurbano ver “La evolución territorial y geográfica del conurbano bonaerense” (Di Virgilio, Guevara y Arqueros Mejica, 2015).

<sup>44</sup> Más detalles sobre este aspecto se pueden ver en Maneiro, Farías y Olivera (2020).

en la morfología de la línea) la baja evidenciada al final del proceso puede estar relacionada con estas disposiciones.

**Gráfico 1.** Distribución temporal de los casos confirmados de COVID-19 CABA y 40 municipios del AMBA. 1/04/2020 al 30/04/2021



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/04/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021).

## El Área Metropolitana de Buenos Aires

El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) comprende un espacio social mayoritariamente urbano que tiene lazos funcionales con las centralidades de la metrópoli. Esta incluye a la Ciudad de Buenos Aires y cuarenta municipios colindantes. En ella se pueden distinguir diferentes sectores a saber: la Ciudad de Buenos Aires, el conurbano que, a su vez, puede subdividirse en dos coronas, una limitrofe con la ciudad y otra más lejana y, finalmente, un ámbito de expansión más tardío que lo conforma la tercera corona; asimismo, la Ciudad de La Plata y el Gran La Plata constituye un espacio social con una lógica particular<sup>45</sup>.

La población de la Ciudad de Buenos Aires se mantiene relativamente estable desde mediados del siglo pasado y, por ello, mayoritariamente, está compuesta por urbanizaciones consolidadas, una alta densidad poblacional y una pirámide demográfica más avejentada que el resto de la región. Empero, en ella coexisten barrios populares de gran magnitud que están aún en crecimiento y cuya infraestructura urbana es deficitaria. Si bien es cierto que la población no ha crecido

<sup>45</sup> [Nota de los editores] Con el ASPO, el AMBA se constituyó en una sigla de uso cotidiano. Segura y Pinedo (2022) se interrogaron acerca de qué se entiende por AMBA.



significativamente en los últimos setenta años, en su espacio se mueve una cantidad mucho mayor personas, pues millones de habitantes de los municipios del conurbano se desplazan hacia la ciudad por trabajo, estudio, cuidados u otras actividades cotidianas. La tercera parte de este reporte abordará algunas aristas de estos procesos de movilidad.

La primera corona la comprenden los municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Morón, Tres de Febrero, San Martín, Vicente López y San Isidro. También conformaría este conjunto una porción del municipio de La Matanza, pero por su amplitud y complejidad lo vamos a analizar siempre de manera autónoma. Esta corona creció fuertemente durante el siglo XX para estabilizarse a comienzos de la década de 1990. Las cabeceras de partido de estos municipios poseen una urbanización consolidada y una amplia gama de servicios que concentran la movilidad intra-municipal, sin embargo, en sus periferias hay villas y asentamientos, en general, de larga data. Son municipios fuertemente desiguales y más densamente poblados que el resto de la periferia.

La segunda corona está conformada por los municipios de Almirante Brown, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Ezeiza, Esteban Echeverría, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, San Fernando, San Miguel y Tigre. Estos municipios mantienen una dinámica de crecimiento significativo, aún en la actualidad, y contienen espacios sociales heterogéneos: cabeceras de partido consolidadas y que funcionan de centralidades locales, periferias urbanizadas mediante loteos que aún tienen infraestructuras incompletas, asentamientos informales enormemente deficitarios, zonas periurbanas e incluso rurales y espacios privatizados con emprendimientos inmobiliarios cerrados.

La tercera corona es el ámbito menos poblado del AMBA, se encuentra en proceso de crecimiento y contiene –con menor desarrollo– muchas de las contradicciones que se evidencian en la segunda corona. El uso de estos espacios se encuentra en pugna, entre un modelo de urbanizaciones de alta gama espacio-extensivos y una urbanización popular informal que lucha por encontrar un lugar.

A su vez, y en otro orden, el corredor norte posee algunos elementos que lo distinguen del resto de los espacios periféricos. Constituyendo ámbitos residenciales suburbanos de sectores socio-económicos medios y medio-altos. Por todo ello, desde comienzos del siglo pasado, en estos municipios se configuró un espacio social más desigual y heterogéneo que otros espacios del conurbano.

Finalmente, en esta región periférica sobresale la Ciudad de La Plata y sus municipios limítrofes Ensenada y Berisso, que poseen una lógica demográfica propia con una historicidad amplia y compleja y una alta densidad poblacional. La Plata posee una funcionalidad y una centralidad específica respecto de este núcleo territorial y hacia esta ciudad circula una significativa cantidad de personas con fines de trabajo, de estudio, de cuidado, etc.

Para cerrar, cabe decir que las ciudades de Escobar, Luján y Campana también exceden en su funcionalidad a la modalidad clásica de la centralidad del AMBA.

## El AMBA ante la crisis por COVID-19

¿Existe una lógica general y común respecto a lo que sucede con la expansión del COVID-19 en el AMBA? ¿Se pueden distinguir trazos diferenciales según la clasificación que presentamos arriba? ¿Y los municipios, presentan diversidad? ¿Estas distinciones nos sirven para pensar de manera más adecuada las acciones de cuidados y de prevención de los contagios masivos?

Nuestros trabajos muestran que, si bien existe un trazo común respecto de la magnitud expansiva y la gravedad de los casos en todo el AMBA, también se aprecian aspectos disímiles que remiten, entre otras cuestiones, a especificidades socio-espaciales de cada corona, de cada municipio y de cada entramado barrial. En este apartado buscamos dar cuenta de estos trazos generales y, también, de algunos elementos disímiles cuya interpretación aún está en ciernes.

Comencemos por analizar la incidencia acumulada de toda la región metropolitana. Primero recordemos la composición del dato: la incidencia acumulada refiere a todos los casos confirmados que se han producido en un lapso específico dentro de un territorio delimitado (para este reporte, el AMBA). Aquí remite a todos los casos confirmados que se produjeron entre marzo de 2020 y abril del 2021; detengámonos en la extensión temporal, la escala extendida da cuenta de un proceso general, esa es su potencia, pero a su vez, desdibuja fases internas, acumulando momentos diferenciales del proceso en estudio.

Los datos que analizamos, que cierran el día 30 de abril de 2021, registran una tasa de algo más de 8678 casos por cada 100 mil habitantes. Es importante tomar en consideración que la cantidad de casos confirmados depende, en gran medida, de la ampliación y profundización del proceso de testeo, con lo cual es central reconocer que la cantidad de casos confirmados supone un zócalo mínimo de la cantidad de casos del virus que ha tenido el área metropolitana desde marzo del año 2020<sup>46</sup>.

En torno a la magnitud de los fallecimientos cabe mirar con detalle la tasa de mortalidad. Esta tasa se calcula vinculando la cantidad acumulada de personas fallecidas por el virus que estamos analizando en un tiempo y espacio determinado, sobre la población en su conjunto. La magnitud de los fallecimientos tiene aristas varias, pero entre ellas cabe notar que está fuertemente signada por la pirámide etaria de la población, mostrando tasas más altas en poblaciones con mayores proporciones de adultos mayores. Entre los marginales de la tabla 1 se puede encontrar la tasa de

---

<sup>46</sup> Un análisis de la evolución de la tasa de positividad se puede encontrar en nuestro Quinto Reporte. La tasa de positividad es un parámetro importante para evaluar la situación sanitaria.

mortalidad total del AMBA, esta es de 233 personas por cada 100 mil habitantes en todo este proceso de pandemia.

Finalmente, la tasa de letalidad es la que vincula la proporción de fallecidos respecto del total de casos confirmados. Una vez más se debe atender que esta proporción está fuertemente afectada por la magnitud de los testeos, pues la ampliación y disminución del número de casos confirmados afecta la proporción de los fallecidos, dotando de una tasa mayor aquellos ámbitos con menor ampliación del testeo. A su vez, entre los marginales inferiores vemos la tasa de todo el AMBA, ésta es de 2,68 personas por cada 100 casos confirmados.

Estos trazos generales son los que nos brindan el marco para la interpretación de las divergencias entre la Ciudad de Buenos Aires, cada una de las coronas, y La Plata y Gran La Plata. Volvamos a los tres indicadores mencionados con antelación a nivel general, para leerlos, ahora en clave de distinción socio-espacial.

**Tabla 1.** Casos confirmados, fallecidos, población, tasas de letalidad y mortalidad por conjunto poblacional. CABA y 40 municipios del AMBA. 1/04/2020 al 30/04/2021

Conjunto poblacional	Casos confirmados	% confirmados	Fallecidos	% Fallecidos	Población	% Población	Tasa de incidencia 100.000 hab.	Tasa de letalidad	Mortalidad por 100.000 hab.
CABA	393818	26,9	8807	22,5	3078836	18,3	12791,1	2,2	286,1
Primer cordón	288216	19,7	8058	20,6	3118230	18,5	9242,9	2,8	258,4
Segundo cordón	461639	31,6	13622	34,8	5937433	35,2	7775,1	3,0	229,4
Tercer cordón	128070	8,8	2816	7,2	1517564	9,0	8439,2	2,2	185,6
La Matanza	125245	8,6	3624	9,2	2327874	13,8	5380,2	2,9	155,7
La Plata y Gran LP	66073	4,5	2277	5,8	878633	5,2	7520,0	3,5	259,2
Total	1463061	100,0	39204	100,0	16858570	100,0	8678,4	2,7	232,6

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/04/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

La proporción de casos confirmados por habitantes varía enormemente en los entramados del AMBA. Una dirección descendente en torno a la relación centro-periferia es la que aparece con mayor claridad, mostrando una tasa mucho más alta en la Ciudad de Buenos Aires que disminuye de manera significativa en la primera corona, y mucho más en la segunda y resulta algo inferior en la región platense. Sin embargo, esta dirección descendente no se constata en el tercer cordón, que presenta una tasa intermedia entre el primero y segundo y disminuye ostensiblemente en La Matanza (municipio que se extiende en los tres cordones y cuyos datos demográficos están actualmente en discusión).

Por todo ello es que el primer gráfico que mostraba la cantidad de casos sin relacionar ese número con la población puede llevarnos a conclusiones erróneas. A su vez, estas evidencias introducen una serie de interrogantes que complejizan la lectura de los datos. ¿Influirá significativamente el nivel de testeo? Introducir la tasa de positividad presente en cada una de estas tramas espaciales podría ser un elemento para dotar de nuevas potencias a estas cifras, sin embargo, por ahora podremos continuar con nuestro recorrido.

Analicemos, entonces, las tasas de mortalidad acumuladas. Ciertamente las ciudades están más afectadas por la mortalidad del virus. La Ciudad de Buenos Aires, la región platense y el primer cordón poseen las tasas de mortalidad más altas, a tono con las pirámides más avejentadas de su población. A medida que nos alejamos del centro urbano, las coronas van mostrando poblamientos más nuevos con pirámides poblacionales profundamente juveniles, este aspecto incide en las tasas de mortalidad general y en las que se producen como efecto de este virus en particular.

Finalmente, las tasas de letalidad expresan cifras que más que aclararnos el panorama nos interpelan fuertemente. Con cifras altísimas en la región platense y muy bajas en la Ciudad de Buenos Aires y en el tercer cordón, éstas no parecen tener una línea interpretativa clara. Entre muchos elementos, la mayor proporción de trabajadores de la salud en la región platense y una infraestructura más extensa y de mayor complejidad, seguramente, son aspectos a considerar.

La tabla 2 muestra los datos por municipio. En ellos se expresa una tendencia respecto de los casos confirmados y de la tasa de mortalidad que a grandes rasgos se puede leer desde la óptica que hemos propuesto. Sin embargo, una mayor heterogeneidad emerge en ellos y demanda otras formas de atención en torno al detalle.

**Tabla 2.** Casos confirmados, fallecimientos, población distrital y tasas de letalidad y mortalidad CABA y desagregación por departamento. CABA y 40 municipios del AMBA. 1/04/2020 al 30/04/2021

Municipio	Casos confirmados	Fallecidos	Población	Tasa de incidencia por 100 hab.	Tasa de letalidad por mil	Mortalidad por 100 mil hab.
CABA	393818	8807	3078836	12791,1	2,2	286,1
GBA 24 partidos						
Almirante Brown	50480	1680	601618	8390,7	3,3	279,3
Avellaneda	35694	1169	357440	9986,0	3,3	327,1
Berazategui	27141	883	369294	7349,4	3,3	239,1
Esteban Echeverría	29535	794	377237	7829,3	2,7	210,5
Ezeiza	15520	358	224228	6921,5	2,3	159,7
Florencio Varela	33342	853	525270	6347,6	2,6	162,4
General San Martín	39589	1271	425911	9295,1	3,2	298,4
Hurlingham	16102	517	194597	8274,5	3,2	265,7
Ituzaingó	15869	543	182011	8718,7	3,4	298,3
José C. Paz	22949	661	311187	7374,7	2,9	212,4
La Matanza	125245	3624	2327874	5380,2	2,9	155,7
Lanús	44675	1067	462760	9654,0	2,4	230,6
Lomas de Zamora	52079	968	650678	8003,8	1,9	148,8
Malvinas Argentinas	29284	897	363263	8061,4	3,1	246,9
Merlo	41254	1297	613509	6724,3	3,1	211,4
Moreno	40394	997	549930	7345,3	2,5	181,3
Morón	28688	1024	318104	9018,4	3,6	321,9
Quilmes	61102	2054	672199	9089,9	3,4	305,6
San Fernando	15658	519	175845	8904,4	3,3	295,2
San Isidro	31536	795	291963	10801,4	2,5	272,3
San Miguel	28317	709	306469	9239,8	2,5	231,3
Tigre	34692	860	470776	7369,1	2,5	182,7
Tres de Febrero	32217	1031	344117	9362,2	3,2	299,6

## 100 DOCUMENTOS DE TRABAJO N°88

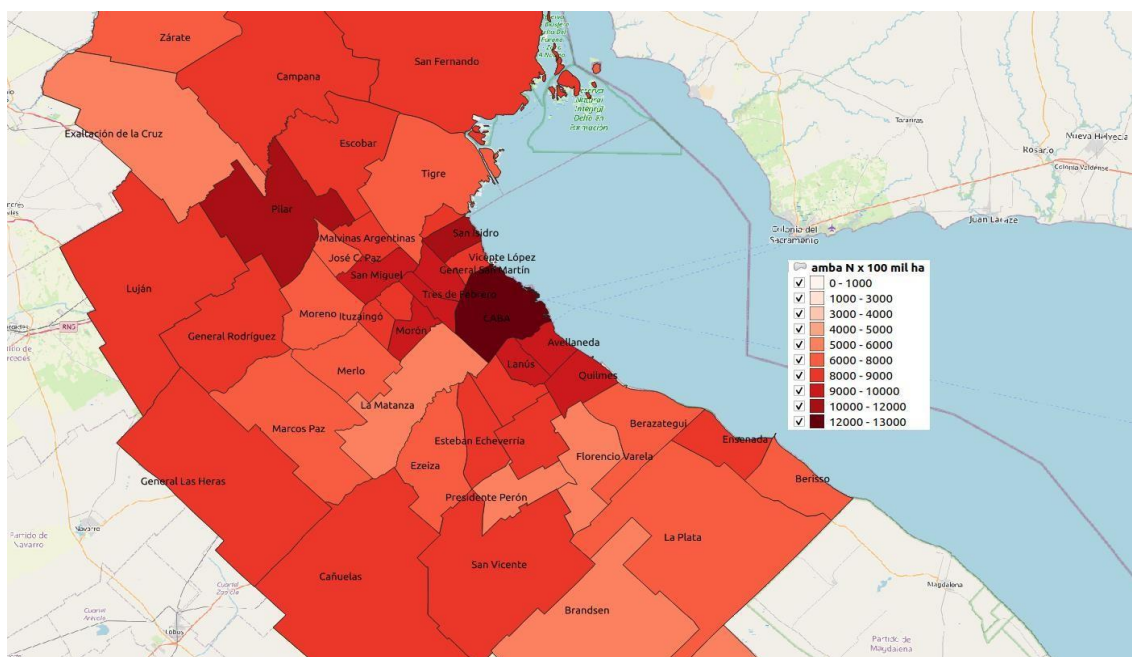
Vicente López	23738	733	267257	8882,1	3,1	274,3
Total 24	875100	25304	11383537	7687,4	2,9	222,3
Otros departamentos del AMBA						
Brandsen	1968	38	31442	6259,1	1,9	120,9
Campana	9511	194	106522	8928,7	2,0	182,1
Cañuelas	5124	104	63923	8015,9	2,0	162,7
Escobar	21303	671	258805	8231,3	3,2	259,3
Exaltación de la Cruz	2251	52	37161	6057,4	2,3	139,9
General Las Heras	1360	35	17639	7710,2	2,6	198,4
General Rodríguez	9364	149	111759	8378,7	1,6	133,3
Luján	10527	294	120998	8700,1	2,8	243,0
Marcos Paz	4509	124	67586	6671,5	2,8	183,5
Pilar	39996	606	385426	10377,1	1,5	157,2
Presidente Perón	6665	135	108203	6159,7	2,0	124,8
San Vicente	6227	141	78791	7903,2	2,3	179,0
Zárate	9265	273	129309	7165,0	3,0	211,1
Total AMBA (s/GLP)	128070	2816	1517564	8439,2	2,2	185,6
La Plata y Gran La Plata						
Berisso	7334	268	97406	7529,3	3,7	275,1
Ensenada	4991	129	62214	8022,3	2,6	207,4
La Plata	53748	1880	719013	7475,3	3,5	261,5
Total GLP	66073	2277	878633	7520,0	3,5	259,2
Total	1463061	39204	16858570	8678,4	2,7	232,6

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/04/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

El Mapa 1 muestra la incidencia acumulada de casos en todo el proceso pandémico. La mayor incidencia se encuentra en la Ciudad de Buenos Aires, con la más alta cantidad de casos relativos a su población y continúa con en el primer cordón, con la excepción de Vicente López. En un plano general, a medida que nos vamos alejando de la

centralidad, la cantidad relativa de casos comienza a decrecer; no obstante el corredor norte contiene una mayor proporción de casos y, específicamente Pilar tiene un rango más alto a lo esperado; por el contrario, el oeste posee tasas menores a la media y, en un eslabón intermedio encontramos al corredor sur y sureste. Por último, los departamentos más alejados tienen una mayor cantidad de casos respecto de la media; consideramos que ésta que debe ser entendida bajo otra dinámica diferente a la de centro-periferia.

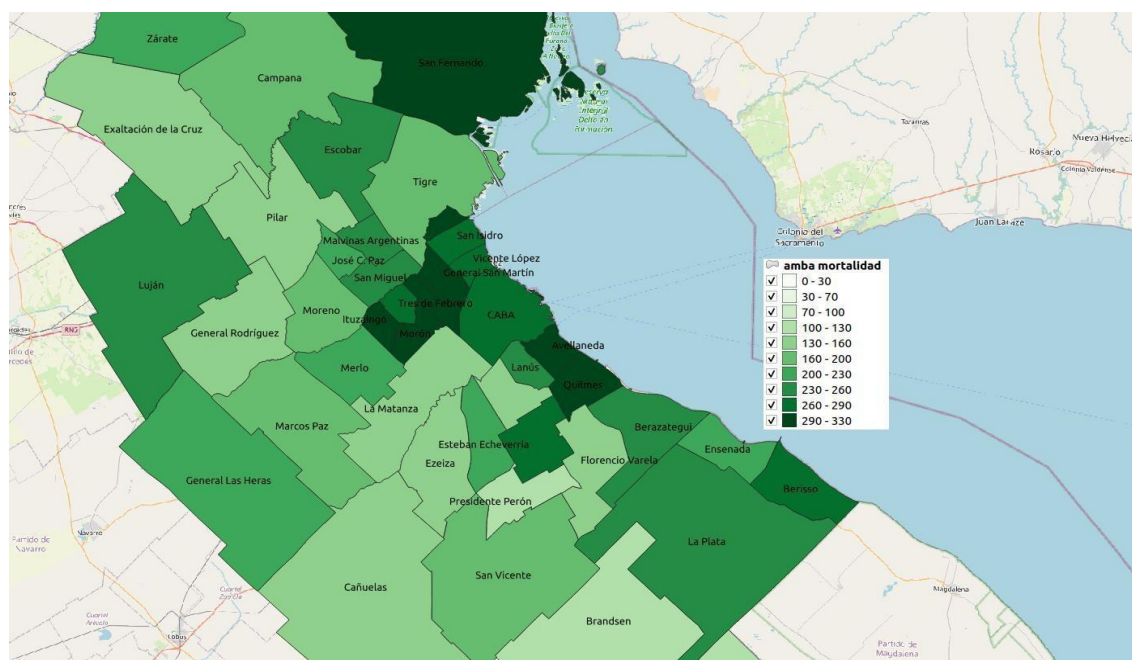
**Mapa 1.** Distribución municipal de la tasa de incidencia acumulada. Área Metropolitana de Buenos Aires. 1/04/2020 al 30/04/2021



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/4/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

El Mapa 2 muestra la tasa de mortalidad. De la mano de lo mencionado con antelación es en las zonas más tempranamente urbanizadas en donde las pirámides poblacionales están más avejentadas y por ello la mortalidad resulta más alta. Sin embargo, algunos resultados se tornan llamativos. Entre ellos cabe mencionar la mayor mortalidad en algunos municipios del primer y segundo cordón que en la propia Ciudad de Buenos Aires. Es menester señalar que la mayoría de estos forman parte de los corredores más pobres: el oeste con Morón, Ituzaingó y el sur con Avellaneda y Quilmes; del corredor norte sólo tiene estas tasas el municipio de Tres de Febrero. Finalmente, el caso de San Fernando vuelve a llamar la atención por su alta tasa.

**Mapa 2.** Distribución municipal de la tasa de mortalidad. Área Metropolitana de Buenos Aires. 1/04/2020 al 30/04/2021

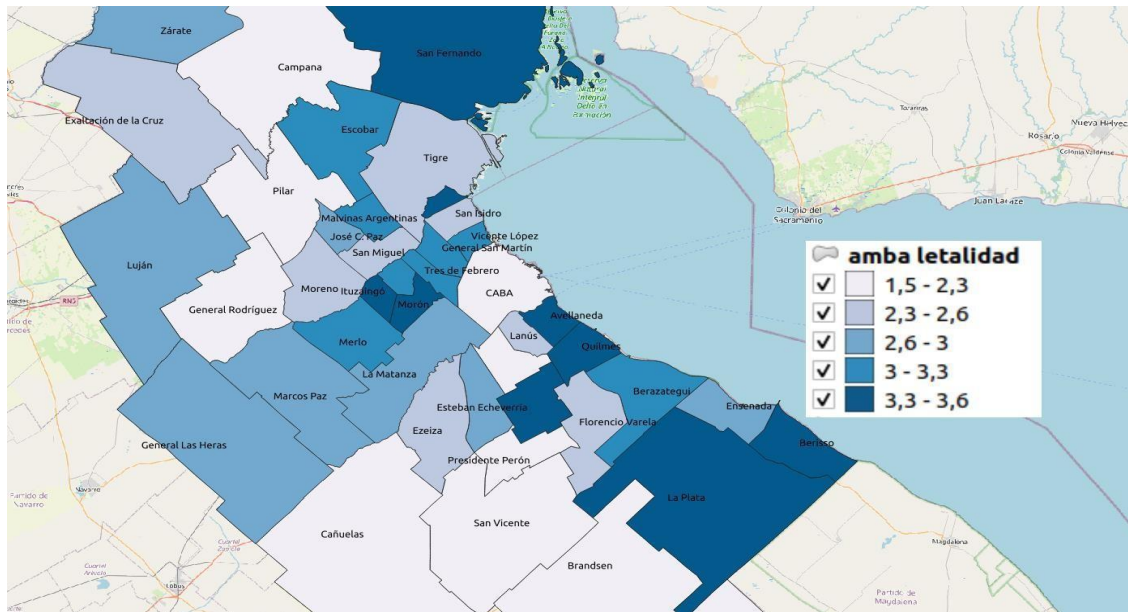


**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/4/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

El Mapa 3, finalmente, expresa la tasa de letalidad. Este dato, como se dijo más arriba, constituye el dato menos transparente de los que estamos mostrando. Los municipios con mayores tasas son La Plata y Berisso, en la región platense; Quilmes, Avellaneda y Florencio Varela, en el sur, Morón e Ituzaingo al oeste y San Fernando en el norte. Sin ánimo de ser concluyentes, probablemente se estén sobreponiendo elementos disímiles en las tasas de estos espacios sociales, mientras que en La Plata podría tener que ver con las dificultades propias de un sistema de salud complejo y profundo. En los otros municipios podría tratarse justamente de lo contrario, pero necesitaríamos nuevos trabajos de investigación como para poner en juego las diversas hipótesis.



**Mapa 3.** Distribución distrital de la tasa de letalidad. Área Metropolitana de Buenos Aires. 1/04/2020 al 30/04/2021



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/04/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

Sería imposible desmenuzar aquí estos datos de manera exhaustiva, pero interpelemos algunos de ellos, a modo de ejemplo. Comencemos por interrogar los datos de incidencia. ¿La baja tasa de La Matanza dará cuenta de una baja incidencia real, de la menor captación del virus por falta de testeo o será resultado de un problema actualmente muy debatido acerca de las dificultades de los datos demográficos del municipio? ¿La enorme dimensión espacial y poblacional del municipio influirá en la producción de mecanismos de confirmación de los casos positivos? ¿La cuestión acerca de que La Matanza sea una región sanitaria en sí misma, que no comparte los recursos con otros municipios, incidirá, también? ¿Finalmente, las discusiones actuales sobre la baja calidad de los datos censales de La Matanza estarán en el germen de esta divergencia?

Vayamos ahora al tercer cordón a un municipio tan particular como Pilar, centro de las nuevas urbanizaciones suburbanas de sectores medios, medio-altos en el corredor norte. A pesar de poseer muy altas tasas de incidencia acumulada, la mortalidad es mucho más baja que en otros casos. ¿Cuáles serán los factores que están influyendo sobre esta especificidad? Seguramente una pirámide demográfica menos envejecida explica parte de este fenómeno, pero ¿existirán otros elementos ligados a los recursos socio-económicos que podrían incidir también en esta menor tasa de letalidad?

Para cerrar este manojo de preocupaciones específicas que merecerían un detalle mucho mayor. ¿Luján y Escobar, dos ciudades cuyo devenir excede la lógica de la funcionalidad del tercer cordón del AMBA, no pueden entenderse justamente desde su especificidad de manera más correcta? Y en ese sentido, la noción de RMBA tal como la hemos entendido, ¿no estaría ciñendo las particularidades del devenir de algunos espacios sociales específicos? Sea como fuere, los datos acerca del COVID-19 en estos municipios muestran una especificidad que parece acercarse más a la lógica ciudadana que a la de espacio periférico.

## Sexo, roles de género y COVID-19

Es sabido que los tradicionales roles de género en torno al cuidado doméstico, familiar, comunitario y laboral suponen una feminización de este tipo de labor. Los cuidados de los niños y de los adultos mayores en las familias; las tareas de alimentación y ayuda asistencial comunitaria en los barrios; las actividades de higiene, las labores de enfermería y el trabajo en el sector de salud en general, donde -si bien han habido significativos avances- aún tienen mayor participación en espacios de menor decisión, son claros ámbitos donde la fuerza de trabajo de las mujeres y los colectivos feminizados se abocan principalmente a la asistencia y la sostenibilidad de la vida<sup>475</sup>. Muchas de estas actividades que se despliegan sin reconocimiento salarial, ni de derechos son producidas en forma sistemática y extendida sobre todo por mujeres de sectores populares. Con este conocimiento previo, interpelamos los datos sobre la incidencia del virus con el objeto de observar principalmente qué sucede con las mujeres en la línea cero de la asistencia hogareña y comunitaria, y con las mujeres en la primera línea de los trabajadores de la salud.

Para el tercer trimestre del 2020, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares para la región Gran Buenos Aires, las mujeres representaban el 67,5% del total de ocupados dentro de la rama salud y servicios sociales. A pesar de no contar con datos actualizados, vale recordar los resultados obtenidos para la Región sanitaria VI a finales del mes de agosto del año 2020. Éstos muestran que el 66% de los casos de contagios confirmados de trabajadores del sector de la salud corresponden a mujeres. Esta cifra es confluyente tanto respecto del peso específico de las mujeres en esta rama laboral como respecto de los riesgos respecto de su salud<sup>486</sup>.

Datos previos señalaban una menor incidencia y letalidad del virus en el sexo femenino. Nuestra información coincide con esta evidencia, sin embargo, las cifras actuales nos alertan de un aumento en la feminización de los contagios confirmados en las zonas centrales. Este aspecto se torna relevante puesto que, tal como fue

---

<sup>47</sup> Sobre este tema, puede consultarse el trabajo de Fernández Bouzo, S. y Tobías, M. (2020). Otro abordaje de interés se puede ver en Gorem, Jerez y Figueroa (2020). Para el caso de España se sugiere la lectura del artículo de Castellanos-Torres, Mateos y Chilet-Rosell (2020).

<sup>48</sup> Más precisiones acerca del género en el sector de la salud, ver el informe PNUD (2018).

mencionado al comienzo de este reporte (y en los informes previos), muchas de las características evidenciadas en el centro de las ciudades, luego se replican en las zonas periféricas. En este punto, es preciso preguntarse en qué medida las mujeres -en particular las mujeres de los sectores populares y trabajadoras en el sector de la salud-, se encuentran mayormente expuestas al contagio y si las cepas actuales no tendrán otra incidencia entre los sexos.

A tono con lo que se ha señalado en el párrafo previo, la tabla 4 muestra la mayor feminización de los contagios en la Ciudad de Buenos Aires y en la región platense, ¿este proceso de feminización será una característica de la nueva fase?

**Tabla 3.** Distribución porcentual de los casos confirmados según sexo por conjunto poblacional. Área Metropolitana de Buenos Aires. 1/04/2020 al 30/04/2021

Conjunto poblacional	Mujeres	Varones	Sin datos
CABA	49,4	48,8	1,8
Primer cordón	48,5	50,4	1,1
Segundo cordón	47,4	51,4	1,2
Tercer cordón	47,5	51,4	1,0
La Matanza	48,3	51,3	0,5
La Plata y Gran LP	49,5	49,4	1,1

**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/04/2020 al 30/04/2021, día de actualización 31/05/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

No podemos dejar de decir que aquí se ponen en juego diversos aspectos, los trabajos de cercanías -mayormente informales- de muchas mujeres de los barrios periféricos y los roles de género tradicionales, pueden ser una influencia para la menor incidencia femenina del virus (como forma de actualización del “quedate en casa”); sin embargo, como veremos en el apartado que sigue, la enorme presencia femenina en el transporte público y en especial -durante el ASPO- de beneficiarios de la AUH, nos hablaría de otros aspectos que aún debemos comprender, analizar y dilucidar.

## La movilidad como muestra de organicidad del AMBA: impacto del ASPO y del DISPO

Como muchos otros aspectos de la vida social, la pandemia y las medidas de aislamiento decretadas por el poder ejecutivo en el mes de marzo de 2020 (DNU N° 297/2020) pusieron en jaque tanto la funcionalidad de la metrópoli como las conectividades entre periferias, es decir las centralidades locales y la centralidad con mayúsculas. La propia noción de metrópoli a la que hace referencia el nombre de Área Metropolitana de Buenos Aires tuvo un revés al haberse limitado la movilidad y el tránsito interjurisdiccional. Si, tal como se afirmó en los primeros apartados de este reporte, millones de personas ingresaban a la Ciudad de Buenos Aires cotidianamente con fines de trabajo, cuidado y estudio, la implementación del ASPO eclosionó dicho tránsito. Esto no sólo afectó la movilidad hacia la ciudad, sino también las movilidades intra-departamentales, al tiempo que produjo significativas transformaciones en las dinámicas de las micro-movilidades que han sido analizadas por valiosos colegas<sup>49</sup>.

Los déficits de recursos y de infraestructura de los barrios periféricos y populares mostraron un límite en la capacidad de aislamiento de las fracciones más vulnerables. La figura del “cazador”<sup>50</sup> fue usada por la literatura académica para dar cuenta de este proceso de movilidad hacia las centralidades; estas salidas son realizadas por los vecinos de los barrios populares para conseguir diariamente los recursos que les permiten sobrevivir; sin embargo, esta figura se vio excedida si pensamos en los barrios periféricos generados por loteos que no tienen zonas comerciales densas, ni bancos, ni farmacias, entre otros servicios. Atentos a esta necesidad funcional de movilidad desde los barrios hacia las centralidades, pero conscientes de las rupturas que trajo consigo el decreto de aislamiento<sup>51</sup>, en esta última parte de este octavo reporte decidimos revisar los datos de movilidad a lo largo de todo el proceso de aislamiento, de distanciamiento y finalmente de las restricciones parciales que se pusieron en marcha durante el corriente año.

Para este apartado trabajamos con las bases de datos de Usuarios de Sube. La base restringe el universo a los pasajeros que utilizan transporte público bajo esta modalidad de transacción. A su vez, como el registro es el de usuarios (y no el de transacciones) se pierde de vista la utilización de más de un medio de transporte y, por

---

<sup>49</sup> Cabe decir que, tal como se muestra en los datos de movilidad y como argumentan Velázquez y Zunino (2020), una fracción muy relevante de los viajes son hacia centralidades municipales, más que hacia la ciudad central.

<sup>50</sup> Esta figura la desarrolla Merklen (2000). Un estudio interesante sobre las movilidades entre la periferia y la centralidad de La Plata se puede encontrar en Segura (2015).

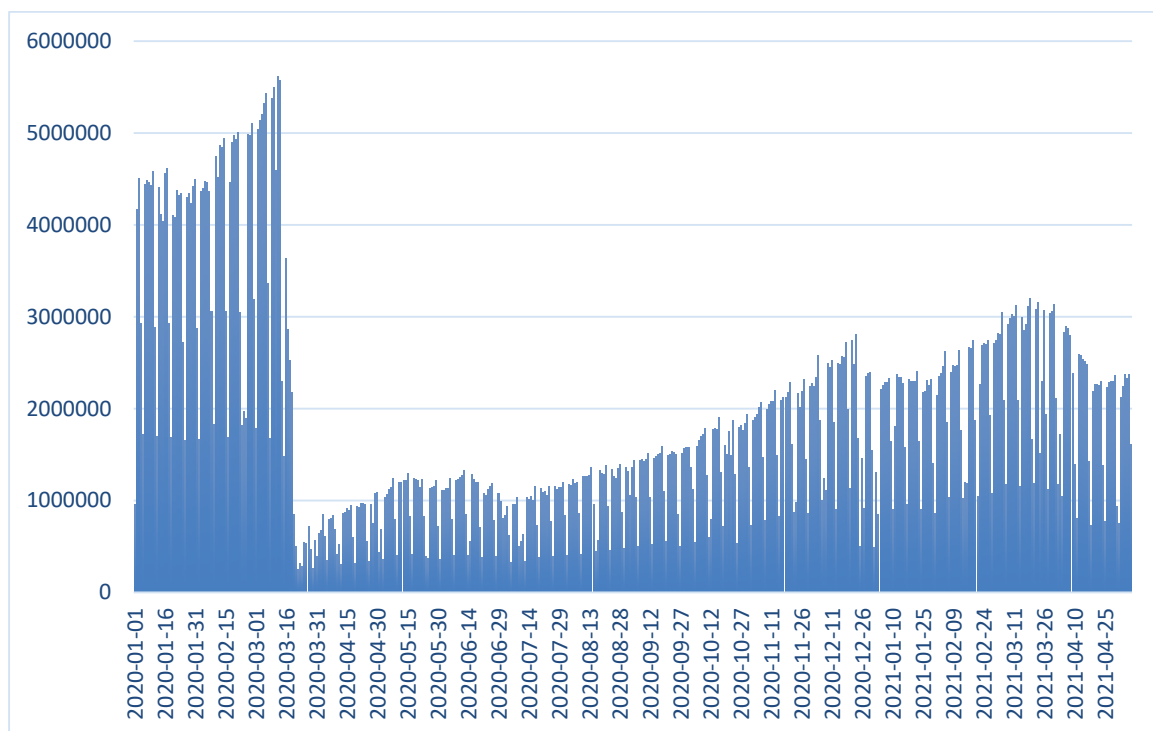
<sup>51</sup> Polemizando con la figura mencionada Soldano había abordado con antelación el encapsulamiento barrial; en este tiempo escribe junto con otra colega un interesantísimo texto sobre el relegamiento de los barrios marginalizados bajo el ASPO (Soldano y Villarroel, 2020).

ello, se reduce el conocimiento de aquellos que viajan de manera más compleja y demorada.

A pesar de estos límites esta base tiene una serie de virtudes. La más importante, para nosotros, es que permite una segmentación de usuarios según sexo y según sean portadores o no de descuentos en el precio del pasaje de la movilidad. En los párrafos subsiguientes iremos a esta segmentación, pero ahora comenzaremos con los datos generales.

Como es sabido, el día 19 de marzo de 2020 se dispuso, mediante el DNU N° 297/2020, el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). Esta disposición, de la mano con una serie de licencias, dispensas y promoción del trabajo desde la casa, impactó brutalmente en la movilidad. El gráfico 2, da cuenta de esta ruptura de manera ostensible.

**Gráfico 2.** Movilidad diaria de usuarios SUBE. Área Metropolitana de Buenos Aires. 01/01/2020 a 30/04/2021



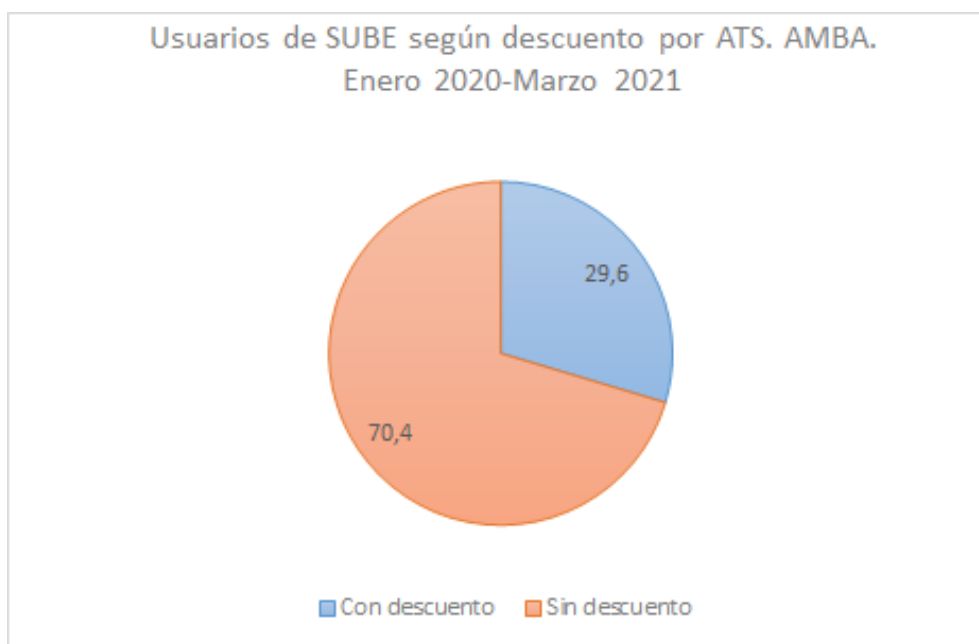
**Fuente:** Base SUBE — Cantidad de tarjetas (usuarios) por día. Dirección Nacional de Desarrollo Tecnológico — Ministerio de Transporte. (Período 01/01/2020 a 30/04/2021).

Si la ruptura que produjo el ASPO fue abrupta, la disposición del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) del 9 de noviembre DNU 875/2020 fue, en cierta medida la disposición formal de un proceso gradual que se venía llevando a cabo de hecho. Los motivos por los cuales las personas fueron retomando la movilidad son diversos y no tenemos material empírico para poder sustentar respuestas adecuadas, sin embargo, lo que podemos constatar mediante los datos es que son las fracciones económicamente más vulnerables las que menos han podido evitar la movilidad.

Cabe decir, con los datos disponibles (pues una tercera parte de los usuarios de sube no tienen registro de sexo), que antes del ASPO aproximadamente el 65% de los usuarios estaban registrados bajo el sexo femenino. Esta proporción varió, durante los primeros meses del ASPO, ya que la participación de las mujeres en el transporte público disminuyó casi 5 puntos porcentuales hacia julio, para volver a la proporción habitual para fines del año 2020.

Hemos dicho que una de las virtudes de la base de datos que usamos es posibilitar la segmentación de los usuarios. Volvamos a precisar la distinción. Una fracción de usuarios del transporte público (aproximadamente el 30%) está compuesto por segmentos sociales alcanzados por programas de asistencia o seguridad social. Éstos, por su situación socio- económica, tienen derecho a una movilidad altamente subsidiada. Es esta clasificación la que nos permite conocer qué sucedió con la movilidad de forma segmentada.

**Gráfico 3.** Usuarios de SUBE segmentados por posesión de subsidio. Área Metropolitana de Buenos Aires. 01/01/2020 a 30/03/2021



**Fuente:** Base SUBE — Cantidad de tarjetas (usuarios) por día. Dirección Nacional de Desarrollo Tecnológico, Ministerio de Transporte. (Período 01/01/2020 a 30/03/2021).

Como se puede ver en la tabla 5 hasta el mes de marzo la participación en la movilidad pública del AMBA de los usuarios que no poseen descuentos era de algo más del 71% del total. Esta cifra bajó de manera significativa en los primeros meses del ASPO, mostrando que son las fracciones más vulnerables las que tienen mayores dificultades para disminuir su movilidad a pesar de los riesgos.

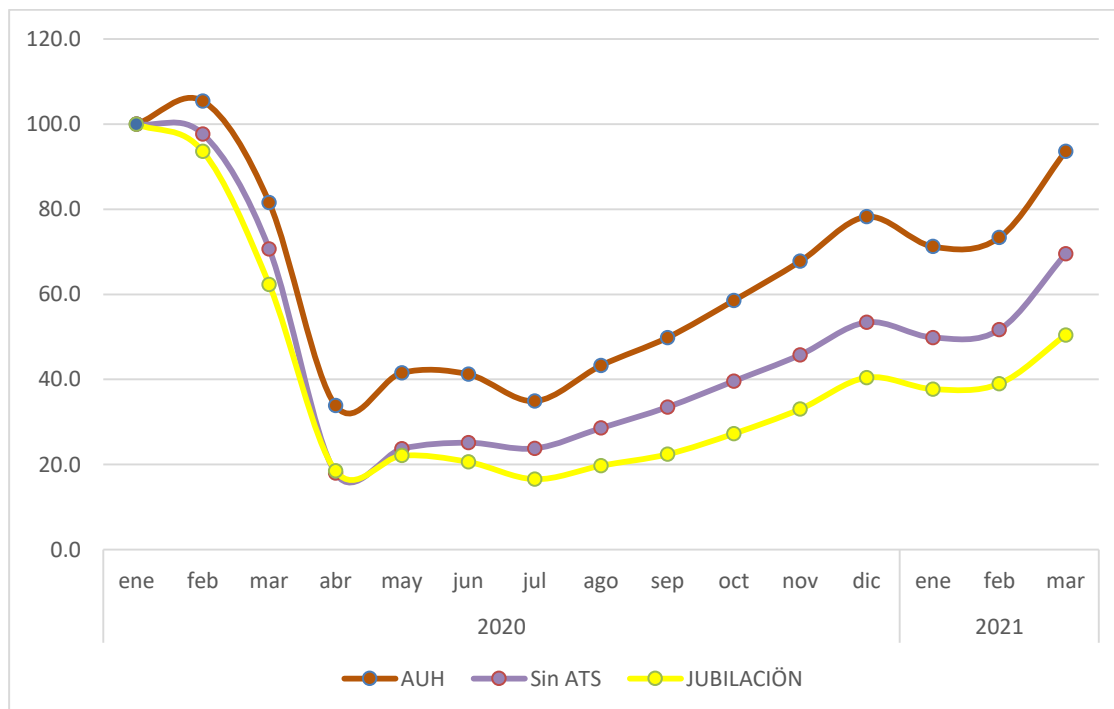
**Tabla 4.** Variación porcentual de usuarios de SUBE por motivo de atributo social. Área Metropolitana de Buenos Aires. 01/01/2020 a 30/03/2021

	MES	OTRO	PROGRESAR	MONOTRIBUTO SOCIAL	PENSION	PERSONAL DEL TRABAJO DOMÉSTICO	AUH	JUBILACION	Sin ATS	Total general
2020	ene	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	feb	76,6	106,1	66,6	95,9	94,4	105,4	93,6	97,7	96,9
	mar	54,1	71,4	49,7	70,4	68,4	81,6	62,3	70,7	69,8
	abr	17,8	17,2	20,1	28,5	18,0	33,9	18,5	17,9	19,4
	may	22,2	26,3	25,6	35,3	25,2	41,6	22,1	23,7	25,2
	jun	24,1	24,3	25,5	34,0	25,1	41,2	20,6	25,1	25,9
	jul	25,6	21,9	22,1	28,5	22,5	34,9	16,5	23,8	23,7
	ago	32,6	28,8	24,1	33,8	26,8	43,3	19,7	28,6	28,5
	sep	38,9	35,6	27,4	38,7	32,2	49,8	22,4	33,5	33,3
	oct	46,9	44,7	32,2	45,1	41,0	58,6	27,2	39,6	39,5
	nov	58,1	54,9	36,7	52,4	49,9	67,8	33,0	45,8	46,0
	dic	71,5	69,5	42,1	60,4	59,2	78,2	40,4	53,4	54,0
2021	ene	69,5	68,6	38,4	56,1	56,2	71,2	37,7	49,8	50,3
	feb	73,8	50,2	38,8	57,1	57,1	73,4	39,0	51,7	51,8
	mar	97,8	66,5	48,4	72,1	73,9	93,7	50,5	69,5	68,7

**Fuente:** Base 100 enero de 2020. Fuente: Base SUBE — Cantidad de tarjetas (usuarios) por día. Dirección Nacional de Desarrollo Tecnológico — Ministerio de Transporte. (Período 01/01/2020 a 30/03/2021).

Una movilidad sistemática y de subsistencia tiene una mayor participación en el total de los usuarios de transporte entre los meses de abril, mayo y junio. Este aumento transitorio va perdiendo peso cuando se va flexibilizando -de hecho- la movilidad de otras fracciones sociales.

**Gráfico 4.** Variación porcentual de usuarios de SUBE por motivo de atributo social. Base 100 enero de 2020. Área Metropolitana de Buenos Aires. 01/01/2020 a 30/03/2021



**Fuente:** Base SUBE — Cantidad de tarjetas (usuarios) por día. Dirección Nacional de Desarrollo Tecnológico, Ministerio de Transporte (Período 01/01/2020 a 30/03/2021).

Antes de finalizar con este apartado, cabe decir que, entre los usuarios con descuento la dinámica de la movilidad durante el ASPO ha sido disímil. Mientras son los portadores de AUH los que menos han disminuido su participación en el transporte público, los jubilados redujeron su movilidad de manera sensible. Es decir, los jóvenes –posiblemente de sexo femenino- con niños a cargo son los/las que menos pudieron quedarse en su casa (datos de AUH); por el contrario, los adultos mayores, incluso con bajos ingresos, seguramente atentos a los mayores riesgos etarios, disminuyeron sensiblemente su transporte. Una serie de interrogantes acerca de la división sexual de las movilidades aparece en este dato, contradiciendo algunos de los aspectos que habíamos venido observando hasta los datos previos. ¿Será que si bien disminuye la proporción de mujeres que viajan, no sucede lo mismo entre las mujeres portadoras de descuentos? ¿La desigualdad socio-económica mostrará mayores polaridades entre las mujeres? Quedan estos interrogantes para seguir pensando en nuevos reportes.

## Palabras finales

Este reporte, el primero que analizó el AMBA en su conjunto, presentó los datos acumulados de todo el devenir de la pandemia. En torno a ello, se han podido reconocer tres momentos de suba de casos que han tenido, en rasgos generales, una dinámica semejante en la región.

A pesar de esta tendencia semejante, se evidenciaron asincronías entre las coronas e incidencias acumuladas diferenciales, que decrecen hacia la periferia. A su vez, las tasas de mortalidad mostraron una dinámica centro-periferia acorde a las pirámides demográficas diferenciales. No obstante, no todos los datos pudieron ser entendidos a partir de esta dinámica, las particularidades de cada municipio tuvieron cierto detalle, por ello, en el reporte.

La cuestión relativa a los roles de género y la afectación diferencial del virus en términos sexuales tuvo relevancia en este octavo reporte. Analizamos los datos disponibles y notamos una feminización de los casos confirmados en las centralidades. Recordando las asincronías entre los centros y las periferias, nos preguntamos si esta feminización no se expandirá a las demás coronas y si estas nuevas cepas no traerán consigo modificaciones respecto de la incidencia femenina.

Finalmente, abordamos las movilidades, como hemos dicho más arriba, la propia noción de lo metropolitano nos habla de tránsitos y de funcionalidades diversas entre segmentos sociales y espaciales disímiles. Estas funcionalidades están articuladas con tremendas desigualdades infraestructurales y de recursos varios. El aislamiento fue una excelente medida de shock en un momento en el cual el sistema de salud necesitaba ponerse a punto, sin embargo, la reclusión no puede ser una solución de mediano y largo plazo, tanto en términos generales como específicos a las fracciones más vulnerables. A su vez, este resultaba inviable para una proporción muy amplia de nuestra sociedad si no se articulaba con medidas extendidas y profundas de asistencia integral. Hubo políticas de asistencia, pero fueron insuficientes para garantizar el aislamiento.



Es cierto que una porción minoritaria de la sociedad no ha respetado la cuarentena por motivos ideológicos o por irresponsabilidad social, pero millones de personas necesitaron de la movilidad para satisfacer sus recursos mínimos de subsistencia; ellos además de ponerse en peligro de forma cotidiana, han sido escasamente comprendidos por el mundo de las políticas públicas y el conocimiento científico. Esperamos, con este trabajo, haber brindado un mínimo aporte.

## Bibliografía

Castellanos-Torres, E., Mateos, J. T. y Chilet-Rosel, E. (2020). Covid-19 en clave de género. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 419-421. <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v34n5/0213-9111-ga-34-05-419.pdf>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 235/2021. Medidas generales de prevención. 8 de abril de 2021. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5282323/20210408?suplemento=1>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 297/2020, Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 605/2020, Distanciamiento social, preventivo y obligatorio. 18 de julio de 2020. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/232234/20200718>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU N° 875/2020, Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio y Distanciamiento social, preventivo y obligatorio. 7 de noviembre de 2020. Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>

Di Virgilio, M., Guevara, T. y Arqueros Mejica, S. (2015). La evolución territorial y geográfica del conurbano bonaerense. En G. Kessler (Dir.), *El Gran Buenos Aires* (pp. 73-102). Unipe, Edhasa. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/unipe/20200409031226/HPBA6.pdf>

Fernández Bouzo, S. y Tobías, M. (2020). Los barrios populares a la intemperie. Desigualdades socio-espaciales, salud ambiental y ecofeminismos en el AMBA. *Revista Ensamble*. 7(13), 12-42. <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/218>

Gorem, N., Jerez, C. y Figueroa, Y. (2020). ¿Los cuidados en agenda? Reflexiones y proyecciones feministas en época de COVID-19. En N. Gorem (Dir.), *Desigualdades en el marco de la pandemia. Reflexiones y desafíos* (pp. 7-11). UNPAZ. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/04/IESCODE-Desigualdades-en-el-marco-de-la-pandemia.pdf>

Maneiro, M., Farías, A. y Olivera, L. H. (2020). Espacialidades y temporalidades como lentes para entender la propagación del COVID-19 en el sur del conurbano. *Revista Ensamblés*, 7(13), 43-71. [http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/198/pdf\\_46](http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/198/pdf_46)

Merklen, D. (2000). Vivir en los márgenes: la lógica del cazador. Notas sobre sociabilidad y cultura en los asentamientos del Gran Buenos Aires hacia fines de los 90". En M. Svampa (Ed.), *Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales* (pp. 81-119). Biblios, UNGS.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2018). *Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>

Scott, J. (1993). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. C. Cangiano y L. DuBois (Eds.), *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales* (pp. 265-302). Centro Editor de América Latina.

Segura, R. (2015). *Vivir afuera. Antropología de la experiencia urbana*. Unsam Edita.

Segura, R. y Pinedo, J. (2022). Espacialidad, temporalidad, situacionalidad: tres preguntas sobre la experiencia de la pandemia en/desde la Ciudad de La Plata. *Cuestiones de Sociología*, (26). E130. <https://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article/view/cse130/15451>

Soldano, D. y Villarroel, N. (2020). Lluve sobre mojado. El Conurbano Bonaerense entre nuevos y viejos confinamientos. *Revista Temas y Debates*, Número especial, 35-40. <https://rephip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/19653/480-786-1-SM.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Velázquez, M. y Zunino, D. (2020). Movilidad cotidiana en pandemia. Prácticas y percepciones del transporte público en Buenos Aires. *Revista Ensamblés*, 7(13), 130-151. <http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/223>

Fecha de publicación original de este informe: 21/06/2021

## NOVENO REPORTE

# El Plan de vacunación contra el COVID-19 en el AMBA. Un abordaje socio-territorial del proceso de aplicación

Diego Pacheco, María Maneiro, Leónidas Hernán Olivera, Juan Pablo Borda y  
Ariel Hernán Farías

### Introducción

El día 6 de noviembre de 2020 se aprueba la Ley 23.473 “Ley de vacunas destinadas a generar inmunidad adquirida contra el COVID-19” y con ella se abre el proceso de adquisición y de organización de lo que será el Plan Estratégico de Vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina (Resolución 2883/2020 del Ministerio de Salud de la Nación). Este plan, organizado desde Nación, se ejecutó con algunas especificidades en las jurisdicciones provinciales. Los interrogantes acerca de la puesta en marcha de este monumental plan son vastos. Aquí abordaremos, sólo, algunas aristas de los resultados vacunatorios en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Tal como fuimos analizando en los informes previos, elementos sociales, demográficos e infraestructurales son relevantes para entender la dinámica epidemiológica expansiva y la gravedad de la enfermedad. También es sabido que el avance en los conocimientos científicos y, fundamentalmente, la política de vacunación produjo efectos sustanciales en la limitación de los contagios masivos y en la reducción de la gravedad de la enfermedad. Ahora, más allá de la meta respecto de la puesta en marcha de una política pública, inclusiva y gratuita, ¿se ha logrado vacunar de manera semejante a todos los estratos socio-espaciales?

La política de vacunación aparece, entonces, como un nodal tema de investigación; con todo, el estudio de la puesta ejecución de este ambicioso plan excede nuestras posibilidades. Es decir, no analizaremos aquí las formas de organización de los centros de vacunación, la turnera, las decisiones en torno a las prioridades de aplicación, etc. pues aquí nos proponemos una indagación más limitada, vamos a explorar las formas de apropiación de la política vacunatoria en el AMBA. Los interrogantes que nos convocan son: ¿Cómo ha avanzado el proceso de vacunación de los habitantes del AMBA? ¿Todos los espacios socio-territoriales han sido inmunizados con la misma magnitud? ¿Qué aspectos –más allá de los bio-médicos- pueden ponerse en juego para comprender las divergencias? ¿Puede incluirse una dinámica centro- periferia para explicarlas? ¿Hay elementos ligados a las desigualdades socio-espaciales que se vinculen con las divergencias en las cifras vacunatorias obtenidas?

La información que analizamos en este reporte corresponde a dos bases de datos de carácter público del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Estas son “COVID-19.

Casos registrados en la República Argentina” y “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (ambas bases desde su inicio hasta el 30 de agosto de 2021). Además se llevó a cabo una revisión de las normas que rigen el Plan y sus modalidades de aplicación, así como un análisis de las noticias acerca del tema y de los datos provistos por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 realizado por el INDEC.

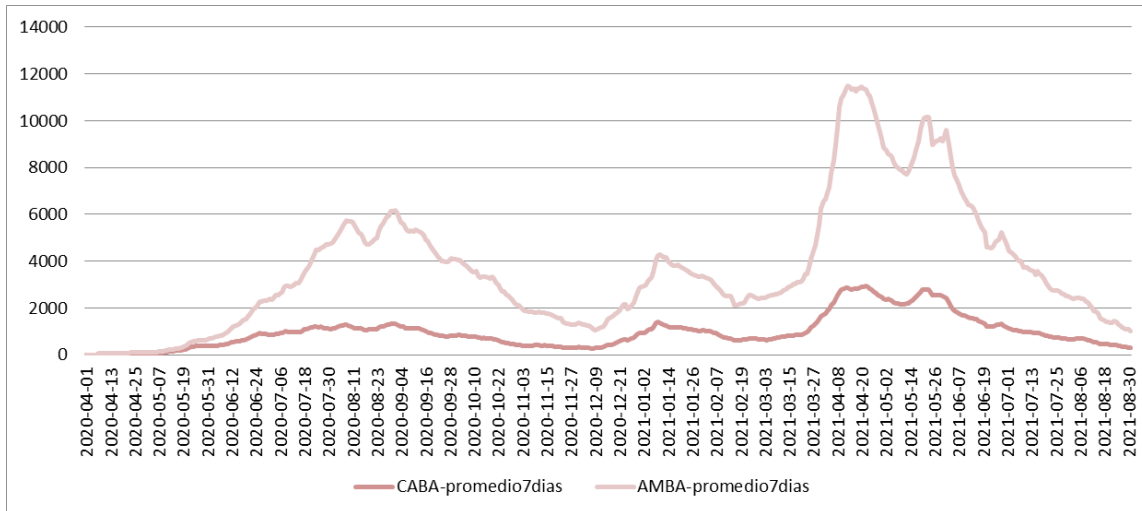
Este reporte se organizará de la siguiente forma. Primero se repondrá la evolución de los casos confirmados de COVID-19 y de los fallecimientos producidos por esta enfermedad durante este año, mostrando las particularidades de esta nueva ojiva. Posteriormente se analizará el avance de la vacunación en términos temporales y se mostrará la evolución del proceso de vacunación según categorías prioritarias de aplicación. En tercer término se pondrá el acento en la socio- espacialidad como aspecto interviniente en la puesta en marcha del plan de vacunación, para abordar este eje se mostrará la ubicación de los centros de vacunación en todo el AMBA, se analizará su distribución y se estudiará la magnitud del proceso vacunatorio por espacialidades habitacionales. Finalmente se explorará una hipótesis en torno a la relación entre las especificidades socio-espaciales de los municipios y la magnitud de las personas vacunadas. A modo de cierre se elaborarán unas palabras finales.

## **El COVID-19 durante los años 2020-2021: los datos en el tiempo**

Desde el comienzo de la pandemia en nuestra región, tal como se ve en la representación gráfica de la curva de contagios, se produjeron tres momentos de alza pronunciada u “olas”. La primera, tiene una extensión más prolongada y el proceso de ascenso de la cantidad de casos fue paulatino como resultado de las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio decretadas el día 19 de marzo de 2020 (Decreto N° 297/2020). Los cuatro meses en los que la cantidad de casos fue aumentando, como se analizó de manera detallada en los reportes previos, posibilitaron “ganar tiempo” para acondicionar los servicios de atención, fundamentalmente en lo que remite a las terapias intensivas y los instrumentos mecánicos. Cifras altas de contagios se mantuvieron durante toda la estación invernal y produjeron estrés en los servicios de salud. Sin embargo, en términos generales, se logró atender las demandas de atención producidas por el SARS CoV-2.

Durante la primavera del año 2020 se produjo una disminución sistemática de la cantidad de casos confirmados, incluso y a pesar de que la obediencia al aislamiento iba decreciendo de manera significativa, fundamentalmente porque un significativo porcentaje de la población no poseía los recursos básicos para garantizar reproducción en la permanencia hogareña (acerca de las movilidades para la sobrevivencia ver reporte 8). Esta caída sistemática tiene una nueva ojiva ascendente durante las fiestas de fin de año, aunque, sin embargo esta “ola” es rápidamente rebajada.

**Gráfico 1.** Distribución temporal de los casos confirmados de COVID-19 CABA y 40 municipios de AMBA. 1/4/2020 al 30/08/2021



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/4/2020 al 30/08/2021, día de actualización 30/09/2021).

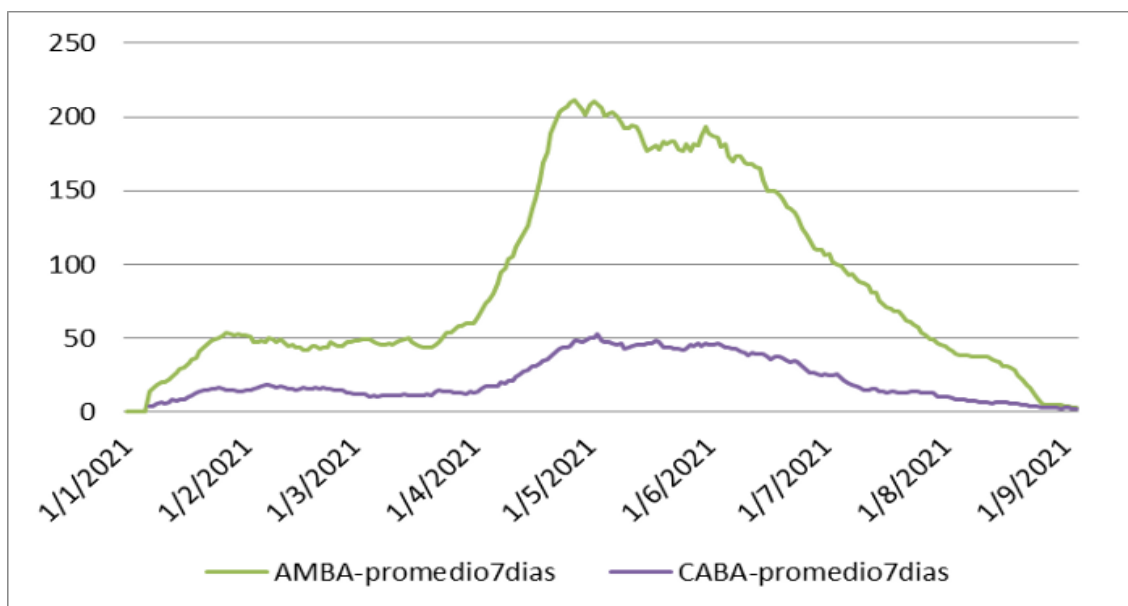
Durante el año 2021, apenas comenzado el otoño, se produce un aumento exponencial de la cantidad de casos confirmados y se llega a cifras que casi duplican los números de la primera “ola”. Con dos picos separados por una caída resultante de una nueva restricción a la movilidad (de carácter transitoria), decretada por el poder ejecutivo<sup>52</sup>, esta alza de los casos temprana y de magnitudes enormes, es prontamente seguida de un proceso de descenso que se sostiene hasta fines del mes de noviembre; este devenir genera que a partir de los últimos días de noviembre tengamos las cifras más bajas de casos confirmados desde que comenzó la pandemia. Las noticias europeas, con alarmantes ascensos en la cantidad de casos en la mayoría de los países, nos solicitan ser cautos a la hora de evaluar la presente situación, no obstante, los datos hasta la fecha son alentadores. El Plan Estratégico de Vacunación (PEV) se mostró como el elemento nodal del proceso de baja de la cantidad de contagios, pues incluso en momentos estacionalmente complejos (como los invernales), el descenso ya no tuvo reveses y las tasas de mortalidad comenzaron a mostrar un descenso aún más fuerte que el proporcional de casos.

Como se puede ver en el Gráfico 2, la cantidad de fallecidos se mantuvo en cifras altas durante varios meses en el área metropolitana y su baja mostró una curva menos pronunciada que la de los casos confirmados apenas comenzado el ciclo de descenso. Pese a lo anterior, el descenso también se mostró sistemático y la relación entre los

<sup>52</sup> Durante los días 8/4/21 (DNU 235/2021) y 16/4/21 se establecieron una serie de “Medidas generales de prevención” que limitaban la movilidad y restringían la circulación en los horarios nocturnos.

contagios y los fallecidos, es decir la tasa de letalidad, pese a evidenciar un aumento considerable durante el pico de esta tercera ola, logró descender a las cifras esperanzadoramente bajas ya en el mes de agosto. Cabe decir que si durante el año 2020, la letalidad ascendía a 3,5 puntos porcentuales, las tasas de letalidad mensuales son alentadoramente más bajas, durante todo el presente año<sup>53</sup>.

**Gráfico 2.** Distribución temporal de los fallecimientos de COVID-19 CABA y 40 municipios del AMBA. 1/4/2020 al 30/08/2021



**Fuente:** Elaboración propia en base a COVID-19. Casos Registrados en la República Argentina, datos abiertos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud (Período 1/1/2021 al 30/04/2021, día de actualización 31/04/2021).

Bajo el supuesto de la relevancia de la vacunación y de la importantísima política llevada a cabo, en este reporte nos proponemos indagar algunas de sus aristas más complejas.

## Revisita al AMBA

Ya en reportes anteriores hicimos mención a que el AMBA constituye un área funcionalmente articulada, pero socio-espacialmente heterogénea. Estas diversidades socio-espaciales pueden abordarse desde varias aristas. En primera instancia retomaremos la clasificación del área según niveles de cercanía a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Como fue señalado en el octavo reporte, el AMBA comprende un espacio social mayoritariamente urbano que tiene lazos funcionales con las centralidades locales y

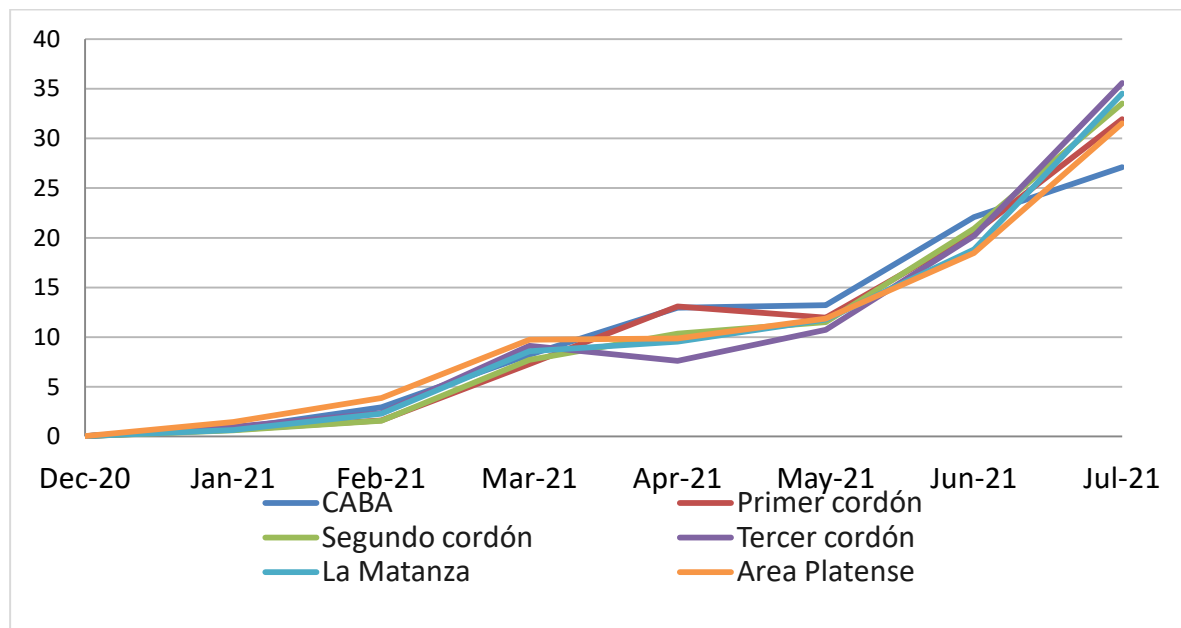
<sup>53</sup> Es menester clarificar que la medición de la letalidad mensual posee algunos riesgos pues hay un retraso de dos o tres semanas entre el inicio del caso y el devenir del fallecimiento, por lo cual en momentos de ascenso de casos la expresión en los fallecidos registrados se produce después.

con las de la metrópoli. Esta incluye CABA y cuarenta municipios colindantes y se distinguen diferentes sectores a saber: la ciudad de Buenos Aires, el conurbano que, a su vez, puede subdividirse en dos coronas, una limítrofe con la ciudad y otra más lejana y, finalmente, un ámbito de expansión más tardío que lo conforma la tercera corona; asimismo, la ciudad de La Plata y el gran La Plata comprenden un espacio social con una lógica particular<sup>54</sup>.

## El Plan Estratégico de Vacunación (PEV) desde su recepción

Podemos comenzar a indagar la aplicación del proceso vacunatorio en el AMBA desde su evolución temporal. Como muestra el Gráfico 3, el proceso de avance en la inmunización se produjo de manera sostenida en todos los conjuntos habitacionales. CABA, primer cordón, segundo, La Matanza, tercer cordón y La Plata y Gran La Plata. En este devenir las ciudades son las que más prontamente lograron ascender a cifras más altas de aplicaciones. El reverso se produce en las áreas más periféricas, estas crecen más lentamente en su proporción de vacunación ascendiendo fuertemente luego del primer período.

**Gráfico 3.** Evolución mensual de la vacunación por conjunto habitacional. Área Metropolitana de Buenos Aires. 1/4/2020 al 30/08/2021



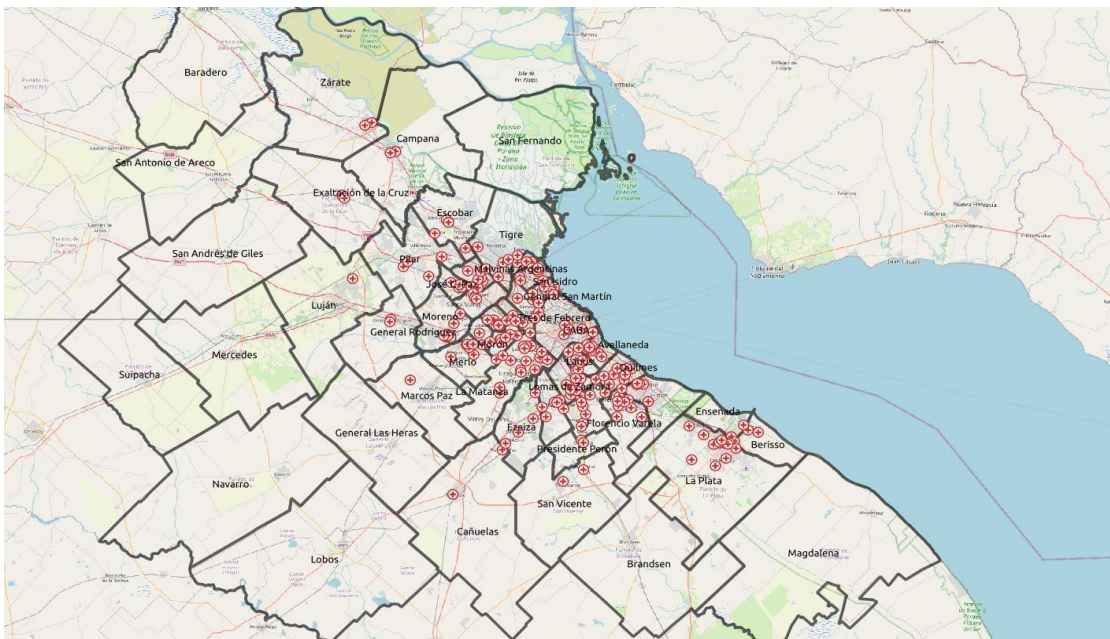
**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (23/12/2020 al 30 de agosto de 2021).

<sup>54</sup> Para más precisiones sobre el AMBA ver Di Virgilio, Guevara y Arqueros Mejica (2015), para profundizar las brechas socio-espaciales que evidenció el Covid-19 ver nuestros anteriores reportes y Maneiro, Farías, Olivera (2020).



Algunas de estas velocidades pueden estar emparentadas a las particularidades socio-demográficas de los espacios referidos como así también a las formas de puesta en marcha del plan. La ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, comenzó el proceso vacinatorio con una forma de ejercicio mixta en la cual participaban una serie de instituciones de salud pre-pagas u obras sociales. Esta forma se canceló a mediados de agosto y se implementó el formato sólo estatal. Sin embargo, esta no fue la única diferencia, también se nota una particularidad presumiblemente elegida a partir de conocer la alta densidad poblacional, el estrecho espacio geográfico que comprende la Ciudad y la capacidad ociosa de amplios espacios institucionales. Esta particularidad remite a la constitución de grandes ámbitos de vacunación masiva, estadios, centros de exposición, etc. Dichos ámbitos se tornaron sede de aplicación de varias centenas de miles de dosis de vacunas. Por el contrario, en la provincia de Buenos Aires se optó por instituciones más chicas y mayores dispersiones espaciales de los vacunatorios. En el mapa 1 se puede ver la ubicación de los centros de vacunación de todo el AMBA.

**Mapa 1.** Distribución espacial de los centros de vacunación CABA y 40 municipios del AMBA.



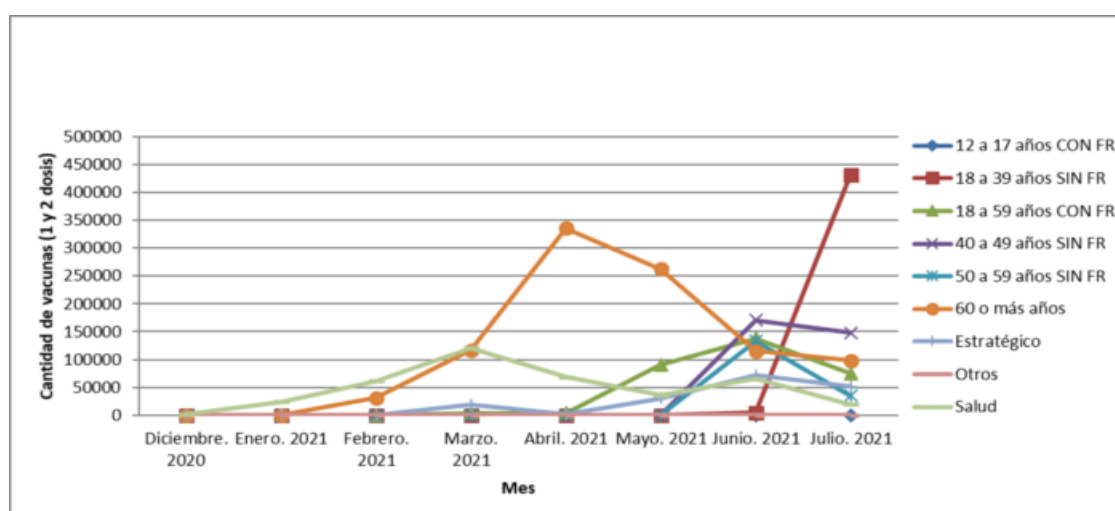
**Fuente:** Elaboración propia en base a los sitios web <https://portal-coronavirus.gba.gov.ar/vacunatorios-de-la-campana-covid-19> y <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/datos/vacunacion> (registrado el 20/10/2021).

Ahora bien, volviendo al proceso de vacunación, a pesar de que no podremos analizar el formato de organización para la implementación del plan que fuera elegido por cada una de las jurisdicciones, sí podemos atender a las divergencias de la población vacunada. El gráfico 3 evidencia la distribución de los pacientes vacunados según



categorías de prioridad en CABA. Así se puede notar la primacía de los adultos mayores entre las personas vacunadas en la ciudad. La particular pirámide demográfica de este espacio social es nodal para entender esta primacía, pues como se mencionó previamente, la ciudad posee una mayor proporción de adultos mayores que el resto del AMBA. Asimismo, para el final del período asumen relevancia los adultos jóvenes sin factores de riesgo.

**Gráfico 4.** Evolución de la vacunación CABA según condición de aplicación. Área Metropolitana de Buenos Aires. 23/12/2020 al 30/08/2021



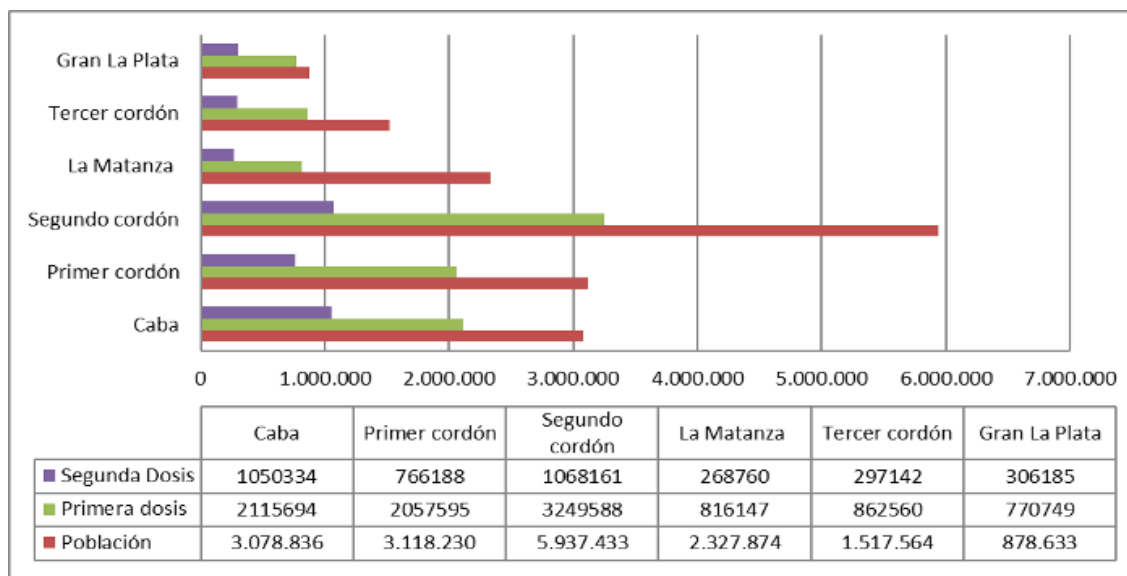
**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (23/12/2020 al 30/08/2021).

Si observamos el gráfico 4 que representa la distribución del proceso de vacunación de los 40 municipios del AMBA, es también significativo el peso de la vacunación de los adultos mayores, pero, sin embargo, otras categorías también son relevantes, expresándose una mayor heterogeneidad y un peso importante de los trabajadores de la salud y los estratégicos; nuevamente las características sociodemográficas diferenciales adquieren importancia. Con esta secuencia, los adultos jóvenes sin factores de riesgo aún no tienen primacía.

Cabe mencionar que, tal como es sabido, los espacios que componen el AMBA, no sólo son heterogéneos por su historicidad sino también por la magnitud poblacional que contiene cada uno de ellos. Los casi cinco millones de personas que viven en el segundo cordón del conurbano deben ser tomados en consideración a la hora de comprender la significación del proceso llevado a cabo. El gráfico 5 muestra en números absolutos la población de cada uno de los segmentos socio-espaciales y la cantidad de dosis que fueron aplicadas. Allí se observa que es en el segundo cordón donde más personas están vacunadas, seguidas por CABA y el primer cordón. Para

tomar conciencia de la envergadura del itinerario, es central ir observando tanto los datos absolutos como los relativos.

**Gráfico 5.** Población y vacunación en datos absolutos según conjunto habitacional. Área Metropolitana de Buenos Aires. 23/12/2020 al 30/08/2021

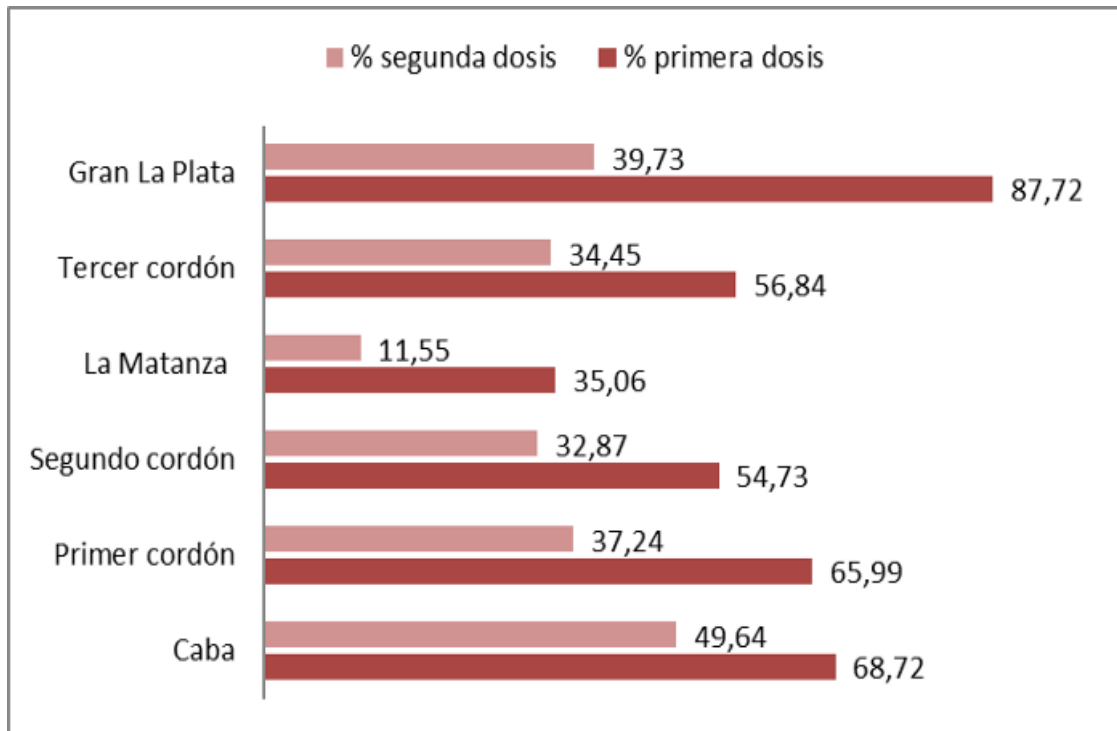


**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (23/12/2020 al 30/08/2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

Si revisamos estos datos desde el enfoque relativo, notamos que –tal como fuera mencionado con antelación– son las ciudades las que contienen la mayor proporción de personas vacunadas, expresando –presumiblemente– las capacidades logísticas y socio-espaciales que caracterizan a los espacios ciudadanos, pero también la importancia demográfica de poblaciones más avejentadas en las centralidades. El avance de la vacunación en la ciudad de La Plata y sus alrededores es sorprendente, estos tres municipios muestran tasas relativas tempranamente altas. Mucho más atrás, con cifras cercanas al primer cordón se encuentra la Ciudad de Buenos Aires, algo rezagado se encuentra el segundo cordón, luego el tercero y mucho más atrás la vacunación de los matanceros (como fue mencionado en reportes anteriores, la posible sobre representación poblacional de La Matanza, debido a las debilidades de registro del Censo 2010, puede ser un elemento a considerar cuando se observan datos relativos tan inferiores).

Tal vez las extensiones de los municipios del tercer cordón y de La Matanza constituyan una barrera de accesibilidad a los vacunatorios para su población, pero estas hipótesis deberían trabajarse en nuevas aproximaciones que puedan abordar el problema no sólo desde la recepción sino también desde la implementación y la evaluación de las políticas públicas.

**Gráfico 6.** Porcentaje de vacunación según conjunto habitacional. Área Metropolitana de Buenos Aires. 23/12/2020 al 30/08/2021



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (23/12/2020 al 30/08(2021). Proyecciones de población realizadas por el Programa de Análisis Demográfico (INDEC, 2010).

Con este racimo de evidencias podremos ahora interrogar de manera más precisa las especificidades de cada uno de los espacios sociales municipales.

## La vacunación y la desigualdad socio-espacial

Con el objetivo de clasificar a los municipios del AMBA y a la CABA, a partir de un conjunto de atributos socio-demográficos y socio-económicos de su población utilizamos una serie de técnicas (de análisis factorial y de clasificación) que permitieron sintetizar la información y construir estratos socio-espaciales que contienen a municipios con características similares entre sí y diferenciadas de los municipios en los que prevalecen otros estratos.

Estos procedimientos se inscriben en el campo vinculado con la construcción de mapas sociales. En Argentina, el principal exponente de esta perspectiva fue Horacio Torres (1993), quien desarrolló una prolífica producción vinculada con el análisis de la estructura socio-espacial del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (Fachelli, Goicoechea y López-Roldán, 2015).

Para la construcción de los estratos socio-espaciales tomamos como unidad de análisis a los municipios y a CABA y seleccionamos las siguientes variables que nos aproximan a dimensiones significativas de la composición demográfica y socio-económica:

Dimensión socio-demográfica:

- Porcentaje de población de 65 años y más.
- Porcentaje de población hasta 14 años.

Dimensión socio-económica:

- Tasa de empleo.
- Tasa de desocupación.
- Porcentaje de asalariados no registrados.
- Porcentaje de jefas/es de nivel educativo superior incompleto o más.

La tabla 1 muestra la construcción de los clusters. Allí se resaltan en azul y celeste aquellos valores que reflejan una situación positiva y en naranja o amarillo, aquellos que expresan una situación negativa. Como se observa, la intensidad de las condiciones de vulnerabilidad-estabilidad difieren en contenido e intensidad entre los estratos, lo que hace a una segmentación específica de la realidad social de estos conjuntos.

El estrato socio-espacial 1 puede ser clasificado como de nivel socio-económico bajo. Este estrato se caracteriza por poseer una tasa de empleo menor a la media, un bajo porcentaje de jefas/es de hogar con nivel educativo superior incompleto o más, y, en términos demográficos, un bajo peso de la población de 65 años y más y un alto porcentaje de población de hasta 14 años.

El estrato socio-espacial 2 puede ser clasificado como de nivel socio-económico medio-bajo. Posee un porcentaje de asalariados no registrados bastante superior a la media y un porcentaje de jefas/es con superior incompleto o más, algo menor que la media. Por otra parte, la composición demográfica es similar a la del estrato 1.

El estrato socio-espacial 3 puede ser clasificado como intermedio. Se caracteriza por poseer un porcentaje de personas mayores más alto que la media, un porcentaje de jefas/es con nivel educativo superior incompleto algo más alto que la media, y un porcentaje de trabajadores con no registro algo menor que la media.

Finalmente, el estrato socio-espacial 4 es un grupo bien diferenciado del resto, de nivel socio-económico alto. Se caracteriza por poseer un nivel de no registro mucho más bajo que la media, y un porcentaje de jefas/es con nivel educativo superior incompleto o más muy superior a la media. A su vez, en términos demográficos también presenta diferencias marcadas en relación con el resto de los estratos. Se caracteriza por poseer un porcentaje de personas de 65 años o más muy superior a la media, y un porcentaje de menores de 15 años muy inferior a la media.

**Tabla 1.** Media de las variables seleccionadas según estrato socio-espacial. Área Metropolitana de Buenos Aires. Año 2010

Variables	Clusters				Total
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
Tasa de desocupación	6,9	5,4	5,8	4,5	6,1
Tasa de empleo	63	66,7	65	67,7	64,6
Más 65 años	7,9	7,8	12,1	16,1	9,8
No Registro	31,3	39,8	28,8	22,1	31,3
Jefe Superior incompleto más	13,5	16,3	22,3	45,8	19,1
Hasta 14 años	28	28,3	22,7	17,7	25,6

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.*

Construidos los clusters queda observar el peso y la distribución socio-espacial de los mismos.

Como se ha dicho, para este trabajo se tomó como unidad el municipio y en este sentido se puede observar que el estrato 1 es el que incluye a una mayor cantidad de ellos y, a su vez, el que posee mayor peso poblacional. Por su parte, el tipo 2 contiene a los municipios periféricos, y al municipio de La Matanza, que es el departamento que posee mayor peso poblacional, y se extiende por las distintas coronas del AMBA. Continuando, vemos que el tipo 3 concierne, fundamentalmente, a la primera corona, a la Ciudad de La Plata y a tres municipios periféricos. Finalmente el tipo cuatro, claramente diferenciado del resto, incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires –que tiene peso poblacional relevante- y a una serie de departamentos que componen el corredor norte. Veamos esta segmentación en el mapa 2.

Ligado a lo mencionado con antelación, la tabla 2 sintetiza la envergadura poblacional que posee cada uno de estos tipos socio-espaciales.

**Tabla 2.** Población y porcentaje de población según estratos socio-espacial. Área Metropolitana de Buenos Aires. Año 2010

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Total
Población 2010	4520751	2796772	4069054	3452449	14839026
% Población 2010	30,5	18,8	27,4	23,3	100,0

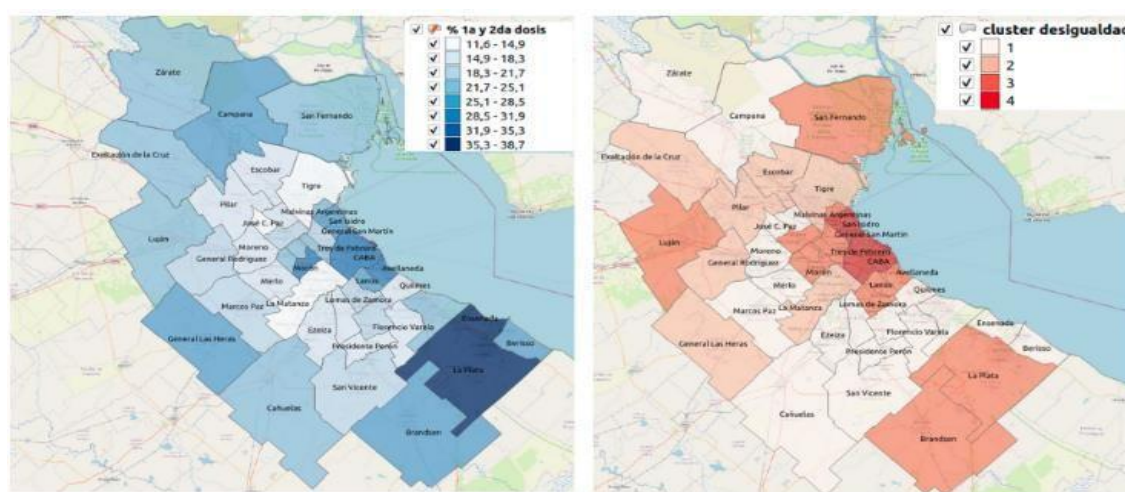
**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de población Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.*

El interrogante, ahora, es si podemos “leer” la incidencia diferencial de la vacunación utilizando como clave esta clasificación. O dicho en otros términos. ¿Será factible considerar que algunas de las divergencias en la recepción del proceso de vacunación se ligan a variables relativas a la desigualdad socio-espacial? Es claro, por la forma de construcción de los datos que estos tienen un componente etario, sobre todo en el estrato 4, que sesga los datos, pero este sesgo va de la mano de otros elementos a considerar.

Entendemos que esta forma de clasificación de los municipios brinda una herramienta que permite hacer inteligibles con mayor precisión las divergencias vacunatorias previamente leídas desde la clasificación de los grandes entramados poblacionales. La separación del corredor norte de otros municipios del primer cordón y sus similitudes con CABA son uno de los aspectos más significativos, pero también la separación de la Ciudad de La Plata de sus municipios aledaños, etc. muestran más claramente divergencias que de otra forma quedaban eclipsadas.

El Mapa 2 muestra la incidencia de la vacunación (es decir la población vacunada sobre la población total) y el Mapa 3 expresa la segmentación socio-espacial que acabamos de describir. La coloración más fuerte representa mayores tasas de vacunación en el mapa que está a la izquierda y la coloración más fuerte muestra municipios conformados por porcentajes más significativos de estratos socio-espaciales más aventajados, es claro que se vislumbran segmentaciones emparentadas. ¿Será sólo la matriz demográfica la que condensa las diferencias? Si bien, no podemos soslayar el punto, y su dilucidación será objeto de otros trabajos, es sólo en el estrato 4 donde este elemento adquiere una centralidad indiscutible.

**Mapa 2a y b.** Incidencia de la vacunación y segmentación socio-espacial por municipio. Área Metropolitana de Buenos Aires. 23/12/2020 al 30/08/2021



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (23/12/2020 al 30/08/2021) y datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM.*

La tabla 3 resume la incidencia de la vacunación según estratos socio-espaciales y la divergencia es elocuente. Los municipios con estratos socio-espaciales más aventajados poseen una incidencia de vacunación que supera ampliamente a los municipios más vulnerables. Ciertamente el peso de la dimensión etaria de este estrato juega un rol central, pero limitado pues si la diferencia en el peso de los mayores de 65 años es de 8 puntos, la diferencia en la vacunación es de 13 puntos, mostrando un excedente que no puede ser entendido por el sesgo etario. En torno a los estratos bajo y medio-bajo es necesario mencionar que el tipo 2, con menos peso del desempleo y más trabajadores informales, es el que muestra menor incidencia de vacunación. Este dato puede servir de insumo para pensar algunas hipótesis.

**Tabla 3.** Incidencia de la vacunación. Primera dosis según estrato socio-espacial. Área Metropolitana de Buenos Aires.

Variables	Estrato socio-espacial				Total
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	
% primera dosis	56,9	53,2	66,2	69	60,1
Población 2010	4520751	2796772	4069054	3452449	14839026
% Población 2010	30,5	18,8	27,4	23,3	100,0

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. “Vacunas contra COVID-19. Dosis Aplicadas en la República Argentina” (23/12/2020 al 30/08/2021) y datos de población del Censo 2010 INDEC.

¿Cuáles son los aspectos que hacen a estas tasas diferenciales? No podremos aquí sino esbozar hipótesis que deberán ser estudiadas. Distancias espaciales e institucionales, riesgos cotidianos mayores que el COVID-19, otros tiempos y otras prioridades, desconfianza en las instituciones estatales, etc. son aspectos a considerar.

## Palabras finales

El proceso vacunatorio llevado adelante en tiempo record es un elemento nodal que ha posibilitado un nuevo mojón, más promisorio, en este interminable contexto pandémico. La necesidad del componente masivo de estas políticas en salud, que además de tener una incidencia individual, tienen un rol poblacional y sanitario ya reconocido con los esquemas de vacunación precedentes, con esta pandemia se actualizaron aún más. Dicha importancia se refuerza a la hora de la aparición de las nuevas variantes virales pues si la vacunación no alcanza rápidamente a amplias capas de la población, pueden reaparecer/continuar los problemas para la salud mundial.

Los datos muestran a las claras la eficacia de una política pública estatalmente comandada según prioridades basadas en los riesgos sanitarios. La centralidad de ella es indiscutible, sin embargo y más allá de que una política pública se lleve delante de formas similares, las particularidades socio-espaciales y demográficas particularizan la acción y le dan tonalidades diferentes. Atender a la universalidad es central en las políticas de salud, pero tomar en consideración las particularidades societales no es menos relevante. En salud está vastamente abordada la cuestión de las brechas socio-espaciales para el acceso a la salud, seguramente, en los próximos meses será menester crear políticas focalizadas hacia esta dificultad.

Para terminar podríamos interrogar nuestros resultados con los aportes de Anita Sreedhar y Anand Gopal (2021). En un recomendadísimo artículo periodístico publicado recientemente en el New York Times, se preguntan sobre los déficits de vacunación en el Bronx y concluyen que los obstáculos a la vacunación poseen aristas complejas que expresan divergencias de clase. Estas no son sólo una brecha en el acceso a los servicios de salud, como podríamos pensar a primera vista, sino que se entretajan con otros aspectos sustanciales. Entre ellos cabe mencionar la primacía de décadas de promoción de un enfoque individualista del devenir de la vida, de pérdida de las matrices comunitarias, de falta de estados que garanticen el bienestar de la población y por la situación de vulnerabilidad que los estratos socio-espaciales más vulnerables vivencian cotidianamente. Mientras para los estratos más altos el COVID-19 es uno de los mayores riesgos actuales, para los más empobrecidos es uno de tantos riesgos, mucho más difuso y lejano que otros que viven en la vida cotidiana. No se pueden extrapolar todos los términos de estos argumentos a nuestro caso, pero es menester tomarlos en cuenta.

Esperamos, con estos datos, poner en evidencia un aspecto algo soslayado que es el cruce socio-espacial de la vacunación. Pretendemos que este tipo de producciones colaboren en una relación más enriquecedora entre los gestores de políticas y las universidades públicas, así lo pensamos, así lo deseamos y así lo fomentamos.



## Bibliografía

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU 235/2021. Medidas Generales de Prevención. 8 de abril de 2021. Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/5282323/20210408?suplemento=1>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU 297/2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. 20 de marzo de 2020. Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-297-2020-335741>

Decreto de Necesidad y Urgencia DNU 875/2020. Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio. 7 de noviembre de 2020. Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237062/20201107>

Di Virgilio, M., Guevara, T. y Arqueros Mejica, S. (2015). La evolución territorial y geográfica del conurbano bonaerense. En G. Kessler (Dir.), *El Gran Buenos Aires 6* (pp. 73-102). UNIPE, EDHASA.

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/unipe/20200409031226/HPBA6.pdf>

Fachelli Oliva, S. I., Goicoechea, M. E., López Roldán, P. (2015) Trazando el mapa social de Buenos Aires: Dos décadas de cambios en la ciudad. *Población de Buenos Aires*. Ministerio de Hacienda. Dirección General de Estadística y Censos (1) 7-43. [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/05/poblacion\\_2015\\_021.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/05/poblacion_2015_021.pdf)

Maneiro, M., Farías, A. y Olivera, H. (2020). Espacialidades y temporalidades como lentes para entender la propagación del COVID-19 en el sur del conurbano. *Revista Ensamblés*, 7(13).

<http://www.revistaensambles.com.ar/ojs-2.4.1/index.php/ensambles/article/view/198>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2015). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Base de datos REDATAM*. [https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&\\_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099](https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&_ga=2.50192544.782496016.1690305099-1996853977.1690305099)

Sreedhar, A. y Gopal, A. (13 de diciembre de 2021). “Las dudas sobre las vacunas tienen una raíz: la desconfianza en nuestros gobiernos”. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2021/12/13/espanol/opinion/antivacunas-covid-argumentos.html>

Torres, H. A. (1993). *El mapa social de Buenos Aires (1940-1990)*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo.

Fecha de publicación original de este informe: 30/12/2021