



**ESCUELA DE GOBIERNO
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

Contención de crisis sanitaria en contextos vulnerables. El caso de la Ciudad de Buenos Aires.

¿Cómo se implementó el plan de contención de covid-19 en barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires?”

AUTOR: LIC. MARIANO AGUSTIN CRISTOFORETTI

TUTOR: MAGISTER ALEJANDRO SAEZ REALE

FECHA DE ENTREGA: 12/05/2022

Título: Contención de crisis sanitaria en contextos vulnerables. El caso de la Ciudad de Buenos Aires.

Pregunta de investigación: ¿Cómo se implementó el plan de contención del covid-19 en los barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires?”

Objetivo general: Conocer cuál fue la estrategia de contención del covid-19 utilizada por el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en los barrios populares y analizar el resultado de dicha política.

Objetivos específicos

- 1- Describir la implementación del Plan DETECTAR de los barrios populares, con foco en el Barrio Mugica.
- 2- Comparar la evolución de la curva de contagios y defunciones asociadas al covid-19 del barrio Mugica respecto otros barrios informales de la Ciudad de Buenos Aires.
- 3- Analizar los factores explicativos de la curva de contagios y defunciones a la luz de la estrategia de contención implementada.
- 4- Identificar buenas prácticas y aprendizajes.

Índice

Introducción (Abstract)	5
1. La llegada del covid-19 a la Argentina.....	6
2. Barrios populares en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	11
2.1 Informalidad urbana y vulnerabilidad sanitaria.....	15
2.2 Política sanitaria del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en barrios populares	16
2.3 Historia y descripción del Barrio Padre Mugica	19
2.4 Gestión de la emergencia sanitaria en el barrio Mugica.....	23
3. Análisis de la primera ola de contagios en barrios populares.....	32
3.1 Análisis de indicadores del Barrio Mugica y otros barrios populares.....	38
4. Análisis de tasa de contagio y letalidad en barrios populares en función de los picos de contagio	45
5. Buenas prácticas y aprendizajes identificados.....	49
6. Conclusiones generales	51
Bibliografía	53

Listado de figuras

Tabla 1 Indicadores socio-económicos de CABA y Argentina.....	8
Tabla 2 Listado de barrios populares más poblados de CABA.....	13
Tabla 3 Comparativo de indicadores de covid-19 en barrios populares primera ola de contagios contra segunda ola de contagios.....	47
Tabla 4 Diferencial de indicadores de covid-19 en barrios populares según ola de contagios	48
Gráfico 1 Frecuencia de casos positivos y negativos en Barrio Mugica	27
Gráfico 2 Frecuencia de casos positivos y negativos y tasa de positividad en Barrio Mugica	28
Gráfico 3 Porcentaje de testeos por rango etario en el barrio Mugica	29
Gráfico 4 Porcentaje de fallecidos por rango etario en el barrio Mugica.....	30
Gráfico 5 Cantidad de casos testeados por día en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli.....	33
Gráfico 6 Cantidad de testeos acumulados cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli	34
Gráfico 7 Cantidad de casos positivos por día en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli.....	35
Gráfico 8 Acumulado de casos confirmados cada 1.000 habitantes del barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli	36
Gráfico 9 Cantidad de fallecidos acumulados cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli	37
Gráfico 10 Porcentaje de letalidad acumulado en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli.....	38
Gráfico 11 Cantidad de testeos diarios en el barrio Mugica contra otros barrios populares	39
Gráfico 12 Cantidad acumulada de testeos cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra otros barrios populares	40
Gráfico 13 Cantidad de casos positivos por día en el barrio Mugica contra otros barrios populares	41
Gráfico 14 Cantidad de casos confirmados acumulados cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra otros barrios populares	42
Gráfico 15 Cantidad de fallecidos acumulado cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra otros barrios populares	43
Gráfico 16 Porcentaje de letalidad acumulada en el barrio Mugica contra otros barrios populares	44
Gráfico 17 Cantidad de casos confirmados de covid-19 en barrios populares.....	46
Gráfico 18 Cantidad de casos confirmados de covid-19 en la Ciudad de Buenos Aires	47
Ilustración 1 Plano de la Ciudad de Buenos Aires mostrando ubicación de barrios populares.....	14

Introducción (Abstract)

En la Ciudad de Buenos Aires existen al menos 57 de los más de 4.000 asentamientos informales que se relevaron a nivel país durante el año 2018 por el operativo RENABAP. Las condiciones habitacionales y de infraestructura que presentan estos barrios populares son diversas entre sí, pero todos comparten la misma característica de contar con población socioeconómicamente vulnerable, condición que, según estudios, los exponía de sobremanera a las posibilidades de contagio y muerte por covid-19. Este contexto presentaba un gran desafío para el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta fue la primera administración subnacional que enfrentó contagios masivos en barrios populares, tratándose, por tanto, de la primera administración que debía diseñar e implementar una estrategia de contención de covid-19 en contextos de alta vulnerabilidad urbana.

Este estudio se propone entender cuál fue y cómo funcionó la estrategia de contención del covid-19 en los barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires. En particular, se propone analizar en profundidad la implementación del plan DETECTAR en el barrio Mugica, el primer barrio vulnerable en detectar un caso positivo de covid-19. Esta tesis se estructura de la siguiente manera: luego de una breve introducción sobre la llegada de covid-19 a la Argentina, se detalla cómo están conformados los barrios populares en la Ciudad de Buenos Aires, cuáles son sus características y cómo las migraciones y el distinto grado de intervención política fueron los principales factores históricos que llevaron a su consolidación.

Luego se desarrolla cuáles fueron las principales líneas de acción que tomó el Gobierno de la Ciudad para hacer frente a la emergencia sanitaria en los barrios populares, entendiendo que la estrategia implementada difiere de lo que se hizo en el resto de la ciudad dadas las características de estos barrios. Para esto se analiza la implementación de tres ejes de trabajo en el barrio Mugica como caso testigo, el primer eje relacionado con la comunicación y la prevención, el segundo asociado a las medidas de distanciamiento social y por último la estrategia de búsqueda activa de casos y la construcción de sus redes de contacto estrecho.

Si bien el barrio Mugica fue en el primer barrio donde se implementó la estrategia de contención sanitaria, también se analizan la evolución de la tasa de contagio y la letalidad en otros barrios populares para conocer en profundidad si los efectos fueron similares. Y también se revisa si la tasa de letalidad del virus en los barrios vulnerables se vio afectada por el momento en que los mismos cursaron el pico de contagios, ya que en una primera ola de contagios estos barrios tuvieron los picos de casos positivos dos meses antes que el resto de la ciudad y, por tanto, contaron con mayor disponibilidad de recursos. Finalmente se mencionan aprendizajes y buenas prácticas que pueden aportar conocimiento en caso de que una situación similar se repita en el futuro.

1. La llegada del covid-19 a la Argentina.

En reiteradas oportunidades a lo largo de la historia, la humanidad debió enfrentarse a brotes y circulación masiva de distintas pandemias que generaron contagios y muertes. Con frecuencia, estas enfermedades atravesaban las fronteras de ciudades, reinos y/o países, pero normalmente eran contenidos en una zona geográfica más reducida. Producto de la globalización y del intensivo tráfico aéreo global, durante el año 2020 se dio un fenómeno de escala planetaria, donde todos los países se vieron afectados de forma repentina por un virus. Argentina no fue la excepción, y también sufrió la llegada de este nuevo virus que generaba dificultades respiratorias graves en la población, mostrando una alta tasa de letalidad.

A fines del año 2019 se detectaron en la provincia de Wuhan, China, los primeros pacientes que presentaban síntomas compatibles con el SARS-COV2, una enfermedad viral que genera dificultades respiratorias severas para la cual no existía tratamiento ni profilaxis, ya que se trataba de una enfermedad nueva. La falta de información sobre este nuevo virus, la similitud con otros virus respiratorios y la aparente sensación de que se trataba de un problema aislado en China facilitó que el covid-19 se expandiera de China al mundo rápidamente. La capacidad de respuesta de cada gobierno fue disímil y, en gran medida, condicionada por las capacidades económicas y la experiencia previa de haber lidiado con enfermedades altamente contagiosas similares a esta.

En los países donde ya habían ocurrido brotes de enfermedades virales respiratorias de forma reciente, como Corea del Sur o Singapur, pudieron implementar rápidamente una cuarentena estricta para la población y cerrar las fronteras del país para reducir el ingreso de personas contagiadas. Además fue sencillo establecer la obligatoriedad de utilizar elementos de protección personal como cubre bocas o barbijos. Más aún, aprovechando la elevada disponibilidad de equipamiento tecnológico, realizaron un seguimiento sanitario estricto de los ciudadanos con sintomatología sospechosa, que les permitió reducir los contagios y contener la proliferación del virus.

Para febrero del 2020 el virus se expandía por el mundo de manera acelerada. En Europa países como Alemania, Francia, Italia y España registraban miles de contagios por día, con el agravante de observar una elevada letalidad. A las pocas semanas, el 11 de marzo del 2020, y aproximadamente 4 meses después de la aparición del virus en China, la Organización Mundial de la Salud declaró al brote de covid-19 con la categoría de *pandemia* (OMS, 2020). En ese momento el virus ya circulaba en todos los continentes

En Argentina el primer caso positivo de covid-19 se registró el 3 de marzo y se trató de un hombre de 43 años que llegó desde Italia. Nuestro país no contaba con experiencia reciente en el manejo de enfermedades de alta contagiosidad y además arrastraba una situación financiera compleja derivada de sucesivas crisis económicas

lo que no le dejaba un amplio margen de maniobra a la hora de tomar medidas –onerosas- para combatir el covid-19. Al tratarse de una enfermedad viral sobre la cual no había demasiada información, mucho menos un tratamiento eficaz o una vacuna con la cual inmunizar a la población, solamente se podía trabajar en el aspecto preventivo del contagio. Lo poco que se sabía en aquel momento era que la transmisión del mismo se producía de persona a persona, aunque no eran claras las condiciones en las cuales se producía el contagio.

En esta situación, y con un pronóstico de contagios crecientes para las siguientes semanas, el gobierno nacional declaró el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) a través del Decreto de Necesidad y Urgencia Nro. 297/PEN/2020.

La norma restringía fuertemente la circulación de los ciudadanos con el fin de evitar la propagación del virus. Como excepción, establecía un listado de actividades que se consideraban esenciales y que con un certificado de por medio podían circular. La mayoría de los ciudadanos solo podrían salir de sus hogares para hacer las compras de primera necesidad y debían hacerlo en los negocios de cercanía a sus hogares. La medida tenía una vigencia original de 15 días corridos y debía ser revisada por un comité de expertos sanitaristas para definir su continuidad. El objetivo de esta política, además de prevenir el contagio, era retrasar lo máximo posible la aceleración de contagios para ganar tiempo, prepararse para un posible brote masivo y poder dotar de capacidad al sistema de salud.

El gobierno nacional, tomando como parámetro los efectos observados del covid-19 en Europa, implementó estas medidas de aislamiento estricto de manera veloz. En una primera instancia esta política fue bien recibida por la sociedad, con un alto nivel de acatamiento. Sin embargo la norma se extendió once veces de manera consecutiva, y a lo largo del camino la población comenzó a mostrar su rechazo ante restricciones que se renovaban indefinidamente. Si bien el aislamiento era efectivo para evitar los contagios también traía consecuencias negativas aparejadas. La actividad económica se veía impedida de operar normalmente, y la imposibilidad de circular libremente y de disfrutar de los espacios públicos hizo que muchos ciudadanos comenzaran a sufrir los efectos psicológicos del encierro. Así, se volvía cada vez más difícil sostener un modelo de prevención de contagios a través de aislamiento social obligatorio.

Entre los gobiernos de los diferentes países no existía un consenso sobre cuál era la mejor estrategia a implementar. Incluso entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) solamente hacían algunas recomendaciones básicas que apuntaban a la prevención de infecciones respiratorias en general. Para el covid-19, la OMS recomendaba (2020):

1. **La higiene de las manos;** La higiene de las manos es una de las medidas más importantes para prevenir y controlar la propagación de enfermedades. Las moléculas de jabón rompen la capa o recubrimiento de grasa del virus, una vez que la capa viral se rompe, el virus ya no puede contagiar.

2. **La higiene respiratoria (uso de mascarillas);** La higiene respiratoria consiste en cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar mediante el uso de mascarillas médicas, mascarillas de tela, pañuelos de papel o con el codo flexionado y luego llevar a cabo la higiene de las manos; el objetivo es disminuir la dispersión de las secreciones respiratorias que puedan contener partículas infectantes.
3. **Las medidas de control ambiental (limpieza y desinfección);** La limpieza y la desinfección del ambiente tienen por objeto eliminar los agentes patógenos o disminuir considerablemente su número de las superficies y los objetos contaminados, para romper la cadena de transmisión.
4. **Barreras físicas:** aislamiento; cuarentena; distanciamiento social son muy eficaces para interrumpir o disminuir la propagación de los virus respiratorios.

Estas recomendaciones, de aparente fácil cumplimiento presentan considerables dificultades para un alto porcentaje de los argentinos que viven bajo la línea de pobreza y no tienen acceso a las medidas básicas de higiene. Según el dato publicado por el INDEC en la encuesta permanente de hogares en el primer semestre del año 2020 el 40.9% de la población era considerada pobre (INDEC, 2020). Aquí conviene destacar, tal como lo indica Suaya en el informe “Inequidad y COVID-19 en la Ciudad de Buenos Aires” (Suaya, 2020) que *“el COVID-19 es una enfermedad que está afectando principalmente a las áreas metropolitanas. Los datos nacionales para Argentina muestran que el 85% de los casos del país son de personas que residen en el área metropolitana de Buenos Aires. El AMBA es un espacio de alta concentración de población y producción económica. Sin embargo, esta región es también el lugar donde se concentra la mayor desigualdad del país. Cerca del 50% de la población vive bajo la línea de pobreza y 20% vive en asentamientos informales (INDEC, Encuesta de Hogar 2019 y Censo 2010).”*

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a pesar de contar con unos de los mejores indicadores socioeconómicos del país, también registra una gran cantidad de barrios informales.

Tabla 1 Indicadores socio-económicos de CABA y Argentina

Indicadores Socioeconómicos	CABA	País	Fuente - Fecha
Personas bajo la línea de pobreza	13,9%	40,6%	INDEC I Sem.-2021
Personas bajo la línea de indigencia	2,2%	10,7%	INDEC I Sem.-2021
Tasa de Desocupación	7,0%	8,2%	INDEC III Trim. 2021
Tasa de Actividad	53,4%	46,7%	INDEC III Trim. 2021
Tasa de Empleo	49,7%	42,9%	INDEC III Trim. 2021

Fuente: Elaboración propia con información relevada del INDEC.

Según el Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP), que reúne la información sobre las villas y asentamientos de Argentina, al momento del censo en 2018 existían al menos 4.416 barrios populares en todo el país. De estos, 57 están ubicados en la Ciudad de Buenos Aires.

Las condiciones de vida en estos barrios informales varían en función de su tamaño y de la densidad poblacional que presentan, pero en términos generales es frecuente encontrar problemáticas graves y complejas, que se explican en función de cómo fue la génesis de estos asentamientos. La mayoría surgen de ocupaciones ilegítimas de tierras que no estaban preparadas para ser habitadas, las mismas no contaban con acceso a servicios básicos y frecuentemente se encuentran desconectadas del resto de la ciudad en términos de trama urbana y redes de infraestructura. Con frecuencia se trata de tierras públicas, terrenos ferroviarios o reservas de tierra en zonas debajo de la cota de inundación. La ocupación de estos terrenos y la edificación de viviendas sobre ellos está dissociada de la titulación y tenencia legítima, debido a la naturaleza informal de dicha posesión. Dada la informalidad en la tenencia y la escasez de recursos económicos de quienes habitan los barrios vulnerables, la infraestructura de los hogares y las conexiones a servicios públicos resultan precarias, clandestinas e inseguras.

Un servicio básico como la provisión de agua potable se ve frecuentemente interrumpido o limitado en estos barrios debido a que las conexiones irregulares no garantizan la presión necesaria para que la misma llegue a los hogares de manera correcta, lo que puede derivar en mala calidad del servicio o incluso falta de suministro de agua. Lo mismo sucede con el acceso a cloacas, en este caso con la complejidad que supone la falta de este servicio que hace que los habitantes de los barrios populares no cuenten con el saneamiento adecuado, situación que los expone aún más a la posibilidad de contraer enfermedades. Además de lo esencial que supone el acceso a servicios públicos básicos, en muchas ocasiones los barrios populares no cuentan con otros servicios urbanos como la recolección de residuos sólidos, acceso a servicios de salud en cercanía, espacios públicos verdes, oferta educativa o seguridad.

Según datos publicados por el ministerio de Desarrollo Social de la Nación en la publicación “Informe de gestión, primer semestre 2021”, el 69% de las familias de los barrios relevados en el RENABAP no tiene acceso formal a la electricidad, el 89% no tiene acceso formal al agua potable, el 98% no tiene acceso formal a la red cloacal y el 99% no tiene acceso formal a la red de gas natural (Secretaría de integración sociourbana, 2021). Además la inmensa mayoría de las familias no es la titular de la tierra donde está su vivienda. Además, según un informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en general en los barrios populares se ven sobrerrepresentadas poblaciones vulnerables como migrantes, pueblos originarios, población afrodescendiente y miembros de la comunidad LGBTQ+ (Banco Interamericano de Desarrollo, 2020).

El contexto social en el que Argentina registró los primeros contagios de covid-19 eran apremiantes: 40% de la población bajo la línea de pobreza; al menos 4.416 barrios populares con altos índices de hacinamiento; barrios populares que presentan acceso restringido a servicios públicos; poblaciones vulnerables en malas condiciones de vida; inseguridad alimenticia; informalidad laboral y la imposibilidad de cumplir con las medidas básicas de prevención. Esta situación resultaba extremadamente preocupante para las autoridades gubernamentales que debían definir cómo afrontar un posible brote masivo de contagios en los barrios populares del país.

2. Barrios populares en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires ha sido históricamente una de las ciudades del país con mejores indicadores económicos y con mejor prestación de servicios por parte del Estado. Estas características hicieron que ante migraciones internas o externas, la Ciudad fuera un destino donde la gente desplazada fuera en búsqueda de nuevas oportunidades. Sin embargo, las condiciones de la ciudad no fueron siempre favorables, ni el acceso a vivienda sencillo para esas personas. Así fue como comenzaron a surgir los asentamientos informales.

Como relata Roberto Dadamia en su informe “Asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires”, existen dos grandes factores que determinaron la conformación de los barrios populares en la Ciudad: el primero las migraciones poblacionales y el segundo la reacción del estado ante la instalación de estos barrios. (Dadamia, 2019)

En términos de migración se identifican tres momentos históricos muy marcados. El primero a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, compuesto en mayor medida por población europea que venía a la Argentina en búsqueda de oportunidades laborales y otros casos escapando de las consecuencias de la guerra. Esta población encontraba en la ciudad de Buenos Aires un refugio temporal hasta que pudiera asentarse en otro lugar del país con mejores condiciones que las que ofrecían los conventillos o asentamientos informales. Estos sitios que en primera medida resultaron temporales luego se convertirían en el lugar definitivo para otra población.

El segundo momento histórico migratorio se produce a mediados del siglo XX de la mano de la política industrialista que impulsaba el gobierno de Juan Domingo Perón. Muchas personas llegaron desde el interior del país a la ciudad de Buenos Aires y alrededores en búsqueda de nuevas oportunidades de trabajo. Esta población comenzó a instalarse en algunos de los asentamientos informales donde previamente se había refugiado esa población europea.

En el año 1955 se crea la Comisión Nacional de Vivienda, un organismo dependiente del gobierno nacional y que tenía como primera función elaborar un relevamiento que dé cuenta del estado de situación de los barrios populares. El resultado del mismo arrojó un total de 33.920 personas que habitaban en 21 barrios populares.

Es durante esta etapa donde comienza a influir la segunda variable que destaca Dadamia, y que está asociada a la respuesta de los gobiernos a este crecimiento de la población en barrios populares. Hasta esta segunda oleada migratoria los gobiernos habían tenido una actitud pasiva con respecto a los asentamientos, sin embargo durante el gobierno defacto de Onganía se produce un cambio radical y comienza a implementarse un plan

para erradicar a los barrios populares existentes. Esta política fue llevada adelante por el gobierno militar al punto que ocho barrios populares fueron eliminados.

Esta estrategia se profundizó en la siguiente dictadura militar que comenzó en el año 1976. En ese mismo año un relevamiento de la Comisión Municipal de la Vivienda había registrado 213.823 personas que residían en 28 barrios populares y 3 complejos habitacionales transitorios. Cuatro años después de este relevamiento solamente quedaban poco más de 34.000 personas viviendo en barrios populares.

Con el regreso a la democracia se da el fin de este plan de erradicación de barrios populares, y muchos de los antiguos pobladores comenzaron a regresar a los asentamientos al no encontrar otra manera de acceder a una vivienda, sumado a esto las sucesivas crisis económicas fueron empujando cada vez a más personas a vivir en este tipo de asentamientos. Es en este contexto donde la falta de espacio físico en los barrios comenzó a tener un rol importante, sectores como bajo autopistas, terraplenes del ferrocarril y zonas inundables comienzan a ocuparse con viviendas precarias, a esto se le suma la construcción en altura que termina de conformar los barrios populares como los conocemos hoy en día.

Entre los años 1998 y 2002, producto de la crisis social, comienzan a crecer en el sur de la Ciudad nuevos asentamientos, la mayoría de ellos en condiciones muy precarias y en zonas donde anteriormente funcionaban basurales, depósitos o fábricas abandonadas. Estas zonas al encontrarse más alejadas del centro de la ciudad carecían prácticamente de todos los servicios básicos y se encontraban desconectadas del resto de la ciudad.

Este es el marco histórico y social que explica porque entre el año 2001 y el año 2010 los barrios populares en la ciudad de Buenos Aires duplican su cantidad y su población creció aproximadamente un 60% llegando a 170.054 personas que vivían en asentamientos informales. (Dadamia, 2019)

Ante esta situación, en el año 2016 el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires lanzó un programa de urbanización de barrios populares que tenía como objetivo integrar a estos barrios, históricamente marginados, al resto de la ciudad y buscando garantizar los mismos servicios y prestaciones a todos los ciudadanos. Los barrios donde se comenzó a llevar adelante estas políticas de integración son los barrios Padre Carlos Mugica (ex villa 31 y 31 bis) ubicado en el barrio de retiro, Ricciardelli (ex villa 1-11-14) en el barrio de flores, Playón de Chacarita ubicada en el barrio de Chacarita, Rodrigo Bueno en puerto Madero, Camino de sirga a la vera del riachuelo, barrio 20 en la zona de Villa Lugano, barrio 15 también en Villa Lugano y Ramón Carrillo en Villa Soldati. Estos procesos son diversos y presentan distintos grados de intervención dependiendo de la morfología y la composición social de cada barrio y la estrategia de gestión y abordaje territorial.

Conocer la composición social de los barrios populares históricamente fue complejo, dada la alta migración que existe en estos asentamientos y por la dificultad de ingresar a los mismos para censar a las familias. El

censo poblacional más reciente de este tipo de asentamientos es el que fue realizado en el Registro Nacional de Barrios Populares (RE.NA.BA.P.) en el marco del Decreto Nacional N° 358/17. Este decreto establecía que la función principal de este relevamiento era registrar los bienes inmuebles y las personas que habitaban en ellas, comprendiendo como barrios populares a aquellos lugares donde vivieran al menos ocho familias de forma contigua y que no tuvieran acceso formal a al menos dos servicios públicos básicos. Este registro tuvo algunas deficiencias en su implementación y no permite saber con exactitud la cantidad de habitantes por barrio, sin embargo cuenta con el dato de la cantidad de familias estimadas que viven en cada barrio. Este indicador nos permite a su vez estimar una cantidad aproximada de habitantes por barrio. Si se multiplica la cantidad de familias estimadas por 4, que es el valor que se utiliza para estimar la composición de una familia tipo, obtenemos un total de 294.692 habitantes aproximados en barrios populares en la Ciudad de Buenos Aires. En el siguiente cuadro se enumeran los 10 barrios con mayor cantidad de habitantes.

Tabla 2 Listado de barrios populares más poblados de CABA

Barrio	Comuna	Localidad	Familias estimadas
Villa 1-11-14	Comuna 7	Flores	14000
Villa 20	Comuna 8	Villa Lugano	13000
Villa 21-24	Comuna 4	Barracas	6000
Villa 15	Comuna 8	Villa Lugano	6000
Villa 31	Comuna 1	Retiro	4000
Villa 31 Bis	Comuna 1	Retiro	4000
Barrio Fátima	Comuna 8	Villa Soldati	4000
Los Piletones	Comuna 8	Villa Soldati	3000
Cildáñez	Comuna 9	Parque Avellaneda	2100
Barrio Inta	Comuna 8	Villa Lugano	1500
Rodrigo Bueno	Comuna 1	Puerto Madero	1200
Zavaleta	Comuna 4	Barracas	1000
Resto de CABA	-	-	13873

Fuente: Elaboración propia con información del relevamiento RENABAP

En el siguiente plano elaborado por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se puede ver cómo están distribuidos geográficamente los distintos barrios populares y cuál es su extensión territorial.

Como puede observarse en el plano, la mayor parte de los barrios populares se ubican en el Sur de la Ciudad, zona geográfica que además presenta los peores indicadores sociales y de calidad de vida. Ese era el estado de situación de los barrios populares que tuvo que afrontar el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires al momento que se detectaban los primeros casos positivos de covid-19 en los comienzos del mes de abril del año 2020.

2.1 Informalidad urbana y vulnerabilidad sanitaria

Estudios recientes han mostrado que personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica tienen mayores riesgos de contagio y muerte por covid-19 (Wachtler, 2020). Las desigualdades están relacionadas tanto con la (in)capacidad de protección respecto al contagio, como también por la mayor incidencia de comorbilidades que se asocian a una mayor severidad de la enfermedad y eventualmente a la muerte (Wachtler, 2020). A nivel individual, la prevención del contagio depende de la capacidad de utilización de equipamientos de protección personal, la posibilidad de hacer cuarentenas y aislamiento físico, la higienización frecuente y al acceso de información respecto a la nueva enfermedad. Personas en viviendas en situación de vulnerabilidad, con mayor precariedad laboral, altos niveles de hacinamiento y dificultades de acceso a agua y servicios sanitarios tienden a no contar con muchos de los elementos de profilaxis y, por tanto, se configuran mayores dificultades para la protección contra el virus. (Castanheira Helena Cruz, 2021)

Las desigualdades socioeconómicas aumentan los riesgos de infección y de contraer la enfermedad, en gran medida relacionados a las diferencias en las condiciones de vida, de trabajo, el comportamiento y factores psicosociales. El teletrabajo resulta una medida efectiva para reducir los contagios, pero está asociado a trabajos de alta cualificación, que suelen ser infrecuentes en este tipo de población que además afronta limitaciones de conectividad y baja disponibilidad de equipos electrónicos necesarios para el trabajo remoto.

Además de las condiciones de vida y de trabajo directas, los factores psicosociales y de comportamiento también podrían desempeñar un papel para las desigualdades socioeconómicas en la susceptibilidad al SARS-CoV-2. Un estudio mostró que las personas que se perciben a sí mismos como socialmente desfavorecidos se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar una infección sintomática después de la exposición a un virus del resfriado. Los factores de comportamiento, tales como la actividad física o los hábitos dietéticos, pueden influir en la susceptibilidad y también se distribuyen de manera desigual. En base a las diferencias descritas en términos de exposición y susceptibilidad, parece plausible asumir que las poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas tienen un mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 y de desarrollar covid-19. (Wachtler, 2020)

2.2 Política sanitaria del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en barrios populares

Contando con al menos 57 barrios populares y más de doscientas mil personas viviendo en ellos, -muchos en condiciones de hacinamiento, con carencia grave de espacios públicos abiertos, con acceso irregular a servicios públicos y precariedad laboral- la ciudad de Buenos Aires presentaba una población particularmente vulnerable a los efectos sanitarios y económicos derivados de la pandemia de covid-19, que empezaba a vislumbrarse a comienzos del año 2020.

Este contexto hizo que fuera imprescindible para el gobierno de la Ciudad implementar una estrategia para afrontar el desafío del covid-19 en los barrios populares (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2020). Era fundamental llevar adelante un plan de emergencia que tuviera como objetivo cortar rápidamente la cadena de contagios para evitar infecciones masivas de una población particularmente vulnerable en un plazo corto tiempo y así evitar el colapso del sistema sanitario local.

Esta política trabajaba sobre tres ejes: el primero mejorar los canales de comunicación para garantizar que la información llegue cada una de las familias de los barrios, el segundo controlar el cumplimiento del aislamiento social preventivo y la utilización de medidas de protección personal y por último realizar una búsqueda activa de casos positivos de covid-19 y la construcción de la red de sus contactos estrechos.

La implementación de esta estrategia suponía dos fases: la primera más focalizada en la prevención que incluía la difusión de información y el control del aislamiento preventivo, y una segunda fase asociada a la búsqueda activa de casos, su confinamiento y el seguimiento de los casos sospechosos de ser contacto estrecho.

La prevención estaba en buena medida asociada al cumplimiento de las medidas de restricción de circulación establecidas por el gobierno nacional, las cuales eran controladas por las fuerzas de seguridad. Sin embargo, en los barrios populares las fuerzas de seguridad muchas veces no logran garantizar el cumplimiento de las normas debido a la endeble cobertura territorial, ya sea por morfología de estos o por cuestiones asociadas a la conflictividad que genera la presencia policial en algunos sectores. Para garantizar el éxito de esta fase era imprescindible que la información llegue a todos los vecinos de los barrios populares, por eso, el gobierno de la ciudad tuvo que refuncionalizar temporalmente a muchos de sus empleados, asignarles la categoría de “personal esencial” para poder circular y organizar operativos de difusión y comunicación en cada uno de los barrios.

Algunas de las medidas fueron la instalación de puestos permanentes de sanitización y comunicación (llamados postas sanitarias) en distintos puntos de los barrios, donde se informaba a los vecinos sobre cuáles eran las prácticas necesarias para evitar los contagios y cuáles eran las medidas que debían tomar ante la presencia de síntomas asociados al covid-19. Además de las postas, se organizaban recorridas puerta por puerta de cada

casa para para asegurarse de que la población estuviera plenamente informada de las restricciones y las medidas de sanitarias de prevención.

Según relata el informe “La desigual carga de la pandemia” publicado por el BID, uno de los principales obstáculos para cumplir el aislamiento preventivo para quienes viven en barrios populares es la vulnerabilidad económica. Esta vincula directamente con la imposibilidad de quedarse en sus casas y la necesidad de hacer que los alimentos lleguen a los hogares (Banco Interamericano de Desarrollo, 2021). Por lo tanto, uno de los puntos centrales de esta política que implementó el gobierno fue la asistencia alimentaria. Inicialmente se reforzaron las raciones de alimentos que recibían los 314 comedores comunitarios, 17 Centros de Primera Infancia y 14 Jardines de infantes que se encontraban dentro de los barrios populares de la Ciudad. A pesar del esfuerzo que eso suponía para el GCBA, la medida resultaba insuficiente para buena parte de la población, porque si bien esta medida contenía a los más vulnerables, un gran porcentaje de la población vulnerable no asiste a estas instituciones. Por eso se conformó una alianza con distintas empresas del sector privado para garantizar la entrega de un millón de cajas con productos de primera necesidad durante la fase más estricta del aislamiento, esta iniciativa fue conocida como “Seamos uno” y tuvo un impacto muy positivo en los barrios.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de asistir con mayores raciones de alimentos a los comedores comunitarios, el hecho de que los vecinos asistan a los comedores implicaba que existieran grandes aglomeraciones de personas, lo que significaban posibles focos de contagio. Por este motivo es que se trabajó con los referentes de comedores y actores sociales en los barrios para garantizar protocolos de prevención y se establecieron soluciones logísticas de entrega de comida para evitar aglomeraciones multitudinarias.

La segunda fase del plan de contención sanitaria del gobierno se lanzó una vez que los casos positivos de covid-19 llegaron a los barrios. Esta instancia suponía sostener las medidas de prevención explicadas anteriormente, y además incorporar nuevas medidas proactivas de búsqueda y aislamiento de casos sospechosos por contacto estrecho. Los primeros casos positivos de covid-19 se detectaron en el barrio Mugica (se desarrolla más adelante en esta investigación), pero el virus rápidamente se fue diseminando en el resto de los barrios populares. En el informe “Estrategia de contención del covid-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica. Evaluación de impacto” de Suaya y Schargrodsy, se explica que los primeros casos de covid-19 detectados en el país se trataban de personas de nivel socioeconómico alto, probablemente vinculado a la posibilidad de viajar o tener contacto con otras personas que viajaban a otros países, sin embargo, una vez que progresó la transmisión comunitaria y el virus comenzó a esparcirse en los barrios populares, esta tendencia se revirtió (2020).

Para el momento en que los contagios comenzaron a aparecer en los barrios populares se acababa de descubrir el antígeno necesario para hacer testeos de covid-19. El desafío que enfrentaba el gobierno era encontrar la

manera de hacer testeos masivos en los barrios, ya que en muchos casos no existía la infraestructura hospitalaria ni sanitaria necesaria para llevar adelante esta tarea. Fue por este motivo que se implementó el operativo DETECTAR, una política que coordinaba acciones tanto del Ministerio de Salud de la Nación como del Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires. Su objetivo era hacer recorridas de búsqueda activa de casos sospechosos de covid-19 dentro de los barrios populares, testear a los casos sospechosos, aislar a los positivos y, mediante la trazabilidad de contactos recientes, construir una red de contactos estrechos que algunos días más tarde también serían testeados. Dada la falta de espacio físico en muchos barrios, la respuesta del gobierno fue acondicionar lugares públicos como escuelas, gimnasios, iglesias o puntos del espacio público donde se pudieran realizar los testeos de covid-19. Una dificultad adicional radicaba en que no solo se trataba de testear sino de mantener aisladas a las personas hasta tener el resultado del laboratorio. Luego, las personas que tuvieran un diagnóstico de covid-19 positivo serían trasladados a un hospital de cercanía.

Los protocolos de aislamiento fueron cambiando con el correr de los días, y ante la imposibilidad de dejar a los hospitales sin capacidad por llenarlos con pacientes que cursaran la enfermedad del covid-19, se tomó la decisión de aislar a las personas que transcurrían la enfermedad de una forma leve o que no presentaran comorbilidades, en sus hogares. Si bien esta medida resultó un alivio para los centros de salud, en muchas ocasiones representaba algo imposible de cumplir para quienes vivían en los barrios populares, ya que no contaban con un espacio físico independiente donde poder confinarse sin poner en riesgo al resto de las personas que vivían con ellos. Para dar una solución a esto, el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dispuso algunos de los hoteles de la ciudad para que los casos positivos pudieran realizar la cuarentena correspondiente sin poner en riesgo a sus familiares.

Una variable crucial para que esta política diera resultado era la necesidad de construir la red de contactos estrechos de los casos positivos y luego testearlos y en caso de ser positivos, también proceder a aislarlos. Para esto, el personal del gobierno de la ciudad llevó adelante en primera instancia un seguimiento telefónico con los listados de contacto estrecho y en caso de presentar síntomas se los convocaba a testearse, además para tener mayor efectividad, el personal salía a hacer búsqueda activa casa por casa y acompañaba a las personas a testearse.

Esta política presentó resultados positivos en la mayoría de los barrios populares, donde las tasas de contagio descendieron en períodos razonablemente cortos de tiempo. Si bien cada barrio tuvo resultados dispares en cuanto a los tiempos de contención del virus, esta política fue implementada en muchos otros barrios populares del país.

2.3 Historia y descripción del Barrio Padre Mugica

Este estudio hace foco en el Barrio Padre Carlos Mugica (ex villa 31), ubicado en el barrio de Retiro. Este es uno de los barrios informales más relevantes de la Ciudad de Buenos Aires dada su extensión, el tamaño de su población y sobre todo por su ubicación frente al barrio de Recoleta, donde se encuentra uno de los valores más altos de metro cuadrado de suelo urbano del país. El barrio se instala detrás de la terminal de ómnibus con mayor flujo de Argentina, es atravesado por la autopista Arturo Illia, en la cual transitan cientos de miles de personas a diario, y tres ramales de ferrocarril circulan en el contorno del barrio. Estas características, a diferencia de otros barrios populares, hacen que lo que sucede allí no pase desapercibido para la población que entra y sale de la ciudad de Buenos Aires todos los días. Además de la relevancia que naturalmente tiene el barrio Mugica, durante la pandemia covid-19 el barrio fue foco de atención de la opinión pública por haber sido el primer barrio vulnerable en detectar un caso positivo de covid-19. Esto sucedió el día 17 de abril del 2020.

Según el informe “Resultados de la gestión 2015-2019” elaborado por la Secretaría de Integración Social y Urbana del GCBA, el barrio Mugica tiene aproximadamente 40 mil habitantes en un territorio de 72 hectáreas (Secretaría de Integración Social y Urbana, gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2019). Durante los últimos 6 años se llevaron a cabo obras de infraestructura que buscaron mejorar sustancialmente las condiciones de vida de las personas que viven allí. Estas obras incluyen: construcción de viviendas, apertura de calles y esponjamiento, obras troncales para provisión de agua y saneamiento, energía eléctrica, mejoramiento edilicio de viviendas con déficit cualitativo, reacondicionamiento de calzadas y provisión de espacios públicos. Pese a ello, el barrio aún tiene una muy alta densidad poblacional, condiciones de déficit habitacional y hacinamiento y acceso desigual al agua potable. En esas condiciones sociales, con un virus de alta contagiosidad y letalidad aún desconocida, las hipótesis que manejaban desde el gobierno hacían pensar que la infección de la totalidad de la población seguida de muchas muertes era prácticamente inevitable.

En un esfuerzo conjunto entre el Gobierno Nacional y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 5 de mayo de 2020 se puso en funcionamiento el primer operativo “DETECTAR” del país. Este operativo implicaba la búsqueda activa de casos sospechosos mediante trazabilidad de contactos, testeo masivo de la población y posterior aislamiento de los casos positivos de Coronavirus. Casi dos meses después de la implementación de este operativo, la curva de contagios del barrio se aplanó y el brote de contagios se contuvo. Esta información será analizada en los capítulos siguientes. Más adelante, también se detallan cuáles fueron los elementos que colaboraron en contener los contagios y así evitar lo que podría haber sido una catástrofe sanitaria.

Mugica, anteriormente conocido como Villa 31, tiene su origen durante los años 30, cuando un grupo de inmigrantes, impulsados por la desocupación y la falta de acceso a una vivienda, se instalan de manera precaria

en esa zona cercana al puerto. Con el paso del tiempo el asentamiento fue creciendo en tamaño y población. La falta de una política consistente que busque darle una solución de fondo a la situación habitacional de esos habitantes agravó las condiciones en las que vivían aquellas personas. Los distintos gobiernos que se sucedieron tuvieron actitudes dispares con respecto al asentamiento, algunos pasando por la indiferencia absoluta y otros intentando mostrar proactividad dando soluciones parciales a aquella situación.

Lo único constante fue el cambio permanente de estrategia sobre cómo abordar la problemática. El espectro de acciones fue desde el asistencialismo hasta el intento de relocalización y demolición de las viviendas. Luego de la crisis económica y política del año 2001, miles de argentinos cayeron en la pobreza y, sumado a la falta de política nacional sobre acceso al suelo y a la vivienda, los asentamientos informales comenzaron a crecer de manera acelerada. La villa 31 no fue la excepción, para el año 2010 el CENSO poblacional registraba 27.000 habitantes en un asentamiento que cubría 32 hectáreas.

Para ese entonces una disputa política sobre la titularidad de las tierras entre el gobierno nacional y el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires impidió la implementación de una política seria de urbanización para las personas que habitaban el asentamiento, que cada vez crecía más en altura a pesar de una normativa que buscaba prohibir la edificación. En particular, al tratarse de tierras ferroviarias bajo jurisdicción nacional, no estaba bajo la órbita ni control del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires disponer sobre esas tierras, a pesar de que físicamente se encontraran dentro de los límites geográficos de la ciudad. Esta situación se observa también en otros asentamientos informales, como “Playón Chacarita”. Esta circunstancia cambió a raíz de los resultados electorales de finales de 2015, cuando hubo coincidencia y afinidad política entre el gobierno nacional y el de la ciudad de Buenos Aires, que facilitaron el traspaso de tierras al gobierno de la ciudad para que este pudiera intervenir con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes. A principios de 2016 comenzó un intenso trabajo de formalización e integración urbana, que aún se mantiene.

En el año 2015 el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través del Decreto 363/15 creó la Secretaría de Integración Social y Urbana (SECISYU), un área del gobierno con el objetivo de integrar a la Villa 31 y la Villa 31 bis a la ciudad formal, garantizando la radicación definitiva de sus habitantes y buscando mejorar la calidad de vida de los mismos.

Un relevamiento poblacional llevado adelante por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Secretaría de Integración Social y Urbana, gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2019) en el año 2017 arroja resultados que ponen en evidencia un crecimiento desmedido de población del asentamiento. En esa oportunidad se censaron 40.203 personas que vivían en 12.850 hogares. La población del barrio había crecido un 48.9% en solo 7 años (respecto de 2010) manteniendo en un mismo espacio geográfico, pasando de una densidad poblacional de 843 habitantes por km² a una de 1256 habitantes por km². A pesar de los esfuerzos realizados

por el gobierno de la Ciudad, se estima que muchas personas no pudieron ser censadas en esa oportunidad y que los habitantes del barrio podrían ser aún más.

El ritmo de crecimiento poblacional hasta entonces no había sido acompañado por obras públicas necesarias para garantizar que las personas que habitaban el asentamiento tuvieran la calidad de vida acorde con el resto de la ciudad, en particular para las personas que viven en la zona ubicada debajo de la autopista que cruza el barrio a la mitad. Estas personas se encontraban en una situación de vulnerabilidad mayor que el resto del barrio por las condiciones que supone edificar una vivienda debajo de una autopista en funcionamiento, donde están más expuestos a contaminación sonora y del aire.

El 18 de diciembre de 2018, luego de 3 años de funcionamiento de la SECISYU, se sancionó en la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires la Ley 6.129, en el marco de las disposiciones de la Ley 3.343 sancionada en 2009 que establecía los principios para una formalización de la villa, en su artículo primero establece que su objetivo es la re-urbanización del Barrio "Padre Carlos Mugica", este es el nombre oficial que recibió la villa 31 en honor al cura que bregó por la formalización de la misma, su integración con el resto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la radicación definitiva de sus habitantes en un hábitat adecuado.

La ley 6.129 rediseñó el polígono del barrio Mugica, agregando 40 hectáreas a las ya existentes, lo que le deja al barrio un total 72 hectáreas. Parte de este nuevo polígono incorporó terrenos que el gobierno de la Ciudad compró donde antes funcionaban depósitos o galpones. En esos espacios se construyeron nuevas viviendas destinadas a alojar a 1.200 familias, la mayoría de ellos eran vecinos que vivían en la zona del bajo autopista. Además se incluyó un sector del asentamiento informal como parte del barrio, esta zona es conocida como "San Martín" debido a que se estableció lindero a las vías del ferrocarril con ese nombre.

La autoridad de aplicación establecida por la ley es la SECISYU, eso la faculta para realizar las obras necesarias para que los habitantes del barrio Mugica puedan acceder a los servicios básicos de electricidad, agua potable, desagües cloacales y pluviales, iluminación pública y recolección de residuos. Según informes de gestión publicados por la SECISYU (Secretaría de Integración Social y Urbana, 2021) desde el 2015 a la fecha se trabajó en distintas áreas temáticas dentro del barrio que dieron como resultado los siguientes indicadores:

Infraestructura:

1. Más de 17.000 metros lineales de infraestructura nueva.
2. 3.740 metros lineales de infraestructura readecuada.
3. 32 cámaras de media tensión instaladas.
4. 12 aperturas de calles.

5. 26 nuevos espacios públicos.
6. 2.000 ml. de nuevas ciclovías

Hábitat:

7. 2.174 viviendas mejoradas.
8. 1.254 viviendas nuevas.
9. Más de 1.200 familias se mudaron a las nuevas viviendas.
10. Nombramiento de calles e instalación de nomencladores y chapas de puerta con numeración formal.
11. 1.300 árboles plantados.

Desarrollo económico:

12. La creación del Centro de Desarrollo Emprendedor y Laboral con oferta de cursos y capacitaciones para los vecinos donde asistieron más de 14.500 personas.
13. Más de 1.200 comercios formalizados.
14. 6.374 vecinos capacitados.
15. 1.450 vecinos contratados mediante Bolsa de Empleo.
16. Apoyo a emprendedores locales.
17. Articulación con el sector privado.

Salud:

18. 3 nuevos Centros de Salud en el barrio.
19. Más de 13.000 vecinos con Historia Clínica Electrónica.
20. Creación de un espacio para la atención y contención de personas víctimas de violencia de género.

Educación:

21. 3 nuevas escuelas construidas.
22. Más de 2.800 nuevas vacantes educativas para los vecinos del barrio.
23. Acompañamiento a las trayectorias educativas.
24. 1 Centro de Formación Profesional.

Este proceso de urbanización aún se encuentra en ejecución, y por lo tanto los vecinos que habitan el barrio Padre Carlos Mugica todavía pueden considerarse una población vulnerable, con acceso dispar a los servicios públicos, muchos todavía viviendo en condiciones de hacinamiento, falta de higiene y con dificultades para la formalización laboral.

2.4 Gestión de la emergencia sanitaria en el barrio Mugica

Las características urbanísticas, demográficas, sociales y de gobernanza del barrio Padre Carlos Mugica supusieron considerables desafíos a la hora de reducir los contagios y contener la pandemia. Sumado a las complejidades ya expuestas del barrio, se incorporaba una dificultad externa que suponía que dos administraciones de signo político enfrentados pudieran coordinar esfuerzos y desplegar una política pública en conjunto.

En la Ley 6.129 de la Ciudad de Buenos Aires se consagra la creación del Consejo de Gestión Participativa (CGP), el cual se trata de un órgano de carácter consultivo que acompaña la gestión del proyecto de reurbanización del Barrio Padre Carlos Mugica. Está integrado por 25 miembros conformados por: representantes del barrio (Cuerpo de Consejeros), organismos e instituciones de control (Defensoría del Pueblo de la Ciudad; Ministerio Público Tutelar; Ministerio Público de la Defensa), instituciones de gobierno (Comisiones de Vivienda y Planeamiento Urbano de la Legislatura; Juntas Comunes 1 y 2 y la Secretaría de Integración Social y Urbana) e invitados externos como referentes o especialistas en urbanización.

En el estatuto del Consejo de Gestión Participativa se incorporó un artículo que establece que la autoridad de aplicación del proceso de urbanización debe presentar un informe trimestral donde se detalle el estado de avance de la gestión. En el informe “Informe trimestral, periodo abril-junio 2020” es donde figuran gran parte de los datos que se utilizaron para esta investigación (Consejo de Gestión Participativa, 2020).

Para afrontar la gestión de la pandemia en el Barrio Mugica, el primer gran desafío que enfrentaba la SECISYU era contar con el equipo adecuado para realizar las tareas que hagan falta. Para ello debía lograr que profesionales con distintas formaciones, principalmente técnicas, se adaptasen rápidamente a funciones que naturalmente les eran ajenas. Arquitectos, ingenieros estructuralistas, administradores de empresas o abogados debían dejar sus tareas operativas y administrativas cotidianas de lado para ponerse a disposición del operativo DETECTAR y avocarse a tareas principalmente sociales o de carácter logístico. Las tareas requeridas podían variar desde cargar los datos de las personas que ingresaban al centro de testeos, salir a la calle a hacer búsqueda activa de casos sospechosos o tomar temperatura en una de las postas de información instaladas en el barrio. Es sabido que los cambios profundos organizacionales suelen ser lentos y de difícil implementación en todas las organizaciones en general, más aún cuanto más grande es la organización. En este caso, el desafío era doble porque las estructuras de la administración pública suelen ser monolíticas y de escasa adaptabilidad a los cambios. A pesar de estas complejidades, el personal de la SECISYU logró hacer este cambio en un plazo de tiempo corto y de manera eficaz (Laffaire M. y Suaya, 2020).

Según relatan los informes presentados al CGP, la SECISYU reestructuró todo su personal en 3 áreas programáticas, abocadas a trabajar sobre la emergencia sanitaria. Esas áreas de trabajo fueron:

- Área de prevención
- Área de contagio
- Área de postcovid

El área de prevención tuvo a su cargo, por un lado, trabajar con la población del Barrio Padre Carlos Mugica, reforzando la importancia del distanciamiento social y los cuidados preventivos; y, por el otro, con las distintas poblaciones de riesgo (mayores de 65 años, embarazadas, personas con comorbilidades consideradas de riesgo y mujeres y niñas víctimas de violencia), para posibilitar su cuidado a partir de medidas específicas direccionadas.

En contextos donde habitualmente las normas no se acatan, o no se exigen con firmeza, pautas que implican medidas muy restrictivas suelen ser de especial bajo acatamiento. Este era el caso del barrio Mugica durante los primeros días del aislamiento social preventivo y obligatorio. La actividad escolar se encontraba suspendida, por lo tanto los menores de edad estaban en sus casas. Las empresas comenzaban a adaptarse a la no presencialidad, lo que implicaba que los adultos también estuvieran en sus hogares, pero a su vez las condiciones habitacionales de muchos hacían que el aislamiento del grupo familiar completo fuera difícil y complejo. Por lo tanto, la alternativa para muchos en los barrios populares era estar en la calle. El desafío para los trabajadores de la SECISYU era concientizar a esa población de la importancia de permanecer en sus hogares a pesar de las dificultades, por eso como primera medida se realizaron recorridas con megáfonos, entregas de piezas de comunicación y se trabajó con líderes sociales del barrio para que refuercen el mensaje con sus allegados. También, y a pedido de los vecinos, se restringió el acceso a parques de juegos o espacios deportivos, en muchos casos soldando rejas o removiendo mobiliario para desalentar su uso.

En aquel momento era poco lo que se sabía de este virus, pero lo primero que se conocía era que las personas mayores de edad o con comorbilidades eran las más propensas a fallecer por covid-19. Con esta información, el GCBA tomó la decisión de trabajar planes de aislamiento particulares para esa población. Como primera medida se trabajó con referentes comunitarios (como las iglesias) para adaptar sus instalaciones y que la población vulnerable, mayoritariamente adultos mayores, pudieran aislarse de sus familiares, pero permaneciendo en zonas de cercanía a sus hogares. En el caso del barrio Mugica se adaptaron tres parroquias. La primera dificultad radicaba en encontrar a los adultos mayores para poder ofrecerles el aislamiento. Para eso los trabajadores de la SECISYU tuvieron que reconstruir con aportes de referentes sociales, vecinos y distintas bases de datos, un listado unificado de adultos mayores con el cual podrían salir a hacer recorridos al barrio e intentar encontrar a los adultos mayores.

Una vez ubicada la población objetivo se les hacía el ofrecimiento en una primera instancia de aislarse en las capillas adaptadas, y posteriormente se incorporó la posibilidad de realizar la cuarentena en hoteles. A pesar de los esfuerzos para reforzar el aislamiento de esta población la medida era de opción voluntaria y en términos generales primaba la preferencia de no utilizarlos.

Dado el rechazo generalizado de los adultos mayores para aislarse fuera de sus hogares, desde el gobierno se optó por buscar alternativas que reduzcan la interacción de los adultos con el resto de la población. Para eso se implementó un plan a través del cual a los adultos mayores se les proveía de comida y artículos de primera necesidad con personal de la SECISYU. Este personal se ocupaba de desinfectar los productos y llevarlos hasta los hogares de las personas. Este plan fue conocido como “Padrinazgo” y tuvo mucha aceptación en la población.

La segunda área en la que se reestructuró la SECISYU estaba enfocada en la detección temprana de casos de covid-19 y la reconstrucción y control de la red de contactos estrechos generada a partir del seguimiento personalizado de cada contagiado. Para alcanzar este objetivo el gobierno de la ciudad de Buenos Aires debía implementar una serie de medidas que de funcionar serían replicadas en otros barrios populares. Una dificultad que surgía era conseguir y equipar un espacio físico lo suficientemente grande como para testear y mantener a los pacientes aislados hasta tener el resultado del testeo.

Aprovechando que las clases se encontraban suspendidas, el GCBA dispuso del Polo Educativo María Elena Walsh como centro de testeo. Este establecimiento que se había inaugurado en febrero del 2020 y había sido una obra coordinada por la SECISYU. Como se trataba de un operativo conjunto entre el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el gobierno nacional, el primero dispuso del personal y el espacio físico y el segundo dispuso de los test y el laboratorio para poder llevar adelante la tarea. De esta manera el 05 de mayo del 2020 se puso en funcionamiento el primer operativo DETECTAR del país, operativo que funciona hasta la actualidad.

Esta política suponía la coordinación de diversas áreas de gobierno, además de la articulación interjurisdiccional entre el gobierno de la nación y el gobierno de la ciudad, tarea que estuvo a cargo de la SECISYU.

Era el ministerio de salud quien establecía cuales eran los síntomas que se ajustaban a los criterios para testear a las personas y cuáles eran las condiciones que una persona debía cumplir para ser considerada un contacto estrecho. Estos criterios fueron variando con el correr de los días, asociados a nuevos descubrimientos de la medicina. Estas determinaciones resultaban fundamentales para poder elaborar los recorridos de búsqueda activa de casos y así definir a que porción de la población debía testearse.

En el informe elaborado por Laffaire y Suaya “Estrategia de contención del COVID-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica. Evaluación de procesos de contención”, se detalla cómo la búsqueda activa de casos resultó una parte fundamental de este operativo (2020). Para esta tarea trabajadores de la SECISYU, organizaciones sociales y promotores de salud formaron equipo para ir puerta por puerta del barrio en búsqueda de aquellos casos que presentaran síntomas o hubiesen sido contactos estrechos de otros casos positivos.

Dos cuestiones resultaron de vital importancia para que este operativo arroje resultados positivos. La primera fue el conocimiento y vínculo con el territorio que los trabajadores de la SECISYU tenían, en base a los años previos de trabajo. Cabe recordar que para el momento en que se declaró la pandemia, el gobierno de la ciudad, a través de la SECISYU hacía más de cuatro años que tenía oficinas y equipos de trabajo en el barrio. La segunda cuestión fue el vínculo de confianza generado con las organizaciones sociales que ayudaron a detectar y derivar a sus vecinos o conocidos al centro de testeo. El barrio Mugica tiene la particularidad de contar con delegados por cada manzana, que son elegidos por el voto directo de sus vecinos. Estos delegados a su vez votan a un representante de su sector, denominados consejeros, y son los miembros principales del consejo de gestión participativa del barrio. Por lo general se trata de personas reconocidas e influyentes en el barrio con una larga trayectoria de trabajo comunitario. Gracias a la política participativa y el trabajo en el consejo, el equipo de la SECISYU forjó un vínculo de confianza con estos referentes, confianza que fue fundamental para que en el momento más álgido de la crisis haya sido posible convencer a los vecinos de ir a testearse ante la presencia de síntomas.

En aquel momento, las personas que fueran diagnosticadas con covid-19 positivo debían ser trasladadas a un hospital de la ciudad para realizar una cuarentena de 15 días y sus contactos estrechos serían testeados transcurridos 7 días de su último contacto. En caso de resultar positivos en el testeo, deberían cumplir con el respectivo aislamiento de 15 días. Este protocolo era fundamental poder cortar la cadena de contagios y generar un seguimiento epidemiológico de los casos.

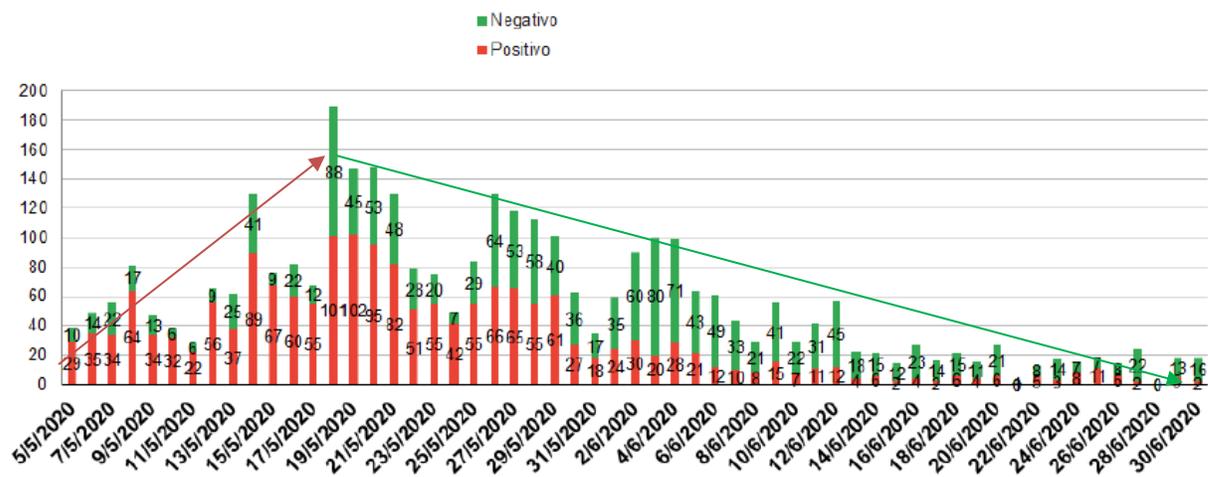
Estas medidas resultaban antipáticas para los vecinos dadas las complicaciones asociadas a abandonar sus viviendas. Además, a medida que los vecinos cumplían con el aislamiento comenzaron a sucederse distintas situaciones inesperadas e inconvenientes. Por ejemplo, casos donde niños menores de edad quedaban solos en sus hogares a la espera del regreso del aislamiento de sus padres, o personas con distintos tipos de discapacidades que no podían valerse por sí mismas y debían ser asistidas por vecinos o allegados. El particular contexto de vulnerabilidad de los barrios populares hizo que el ministerio de salud revisara las condiciones de aislamiento para estos casos y permitiera que algunas familias fueran aisladas conjuntamente con todos sus integrantes en los hoteles a pesar de que no todos contaran con un diagnóstico positivo de covid-19.

Por último, el área de postcovid estaba orientada al seguimiento y la asistencia durante el aislamiento en hospitales u hoteles y al acompañamiento al momento del alta médica de aquellas personas contagiadas, así como del regreso a sus respectivos hogares. También tenía la tarea de brindar acompañamiento emocional y asesoramiento a familiares de personas fallecidos.

Uno de los aspectos fundamentales a resolver por esta área era garantizar la seguridad alimentaria para aquellas personas que se encontraban aisladas en sus hogares, ya que el criterio médico de ese entonces exigía a las personas que hubiesen recibido el alta médica un aislamiento complementario en el hogar de 10 días. Cabe recordar que además de este aislamiento médico, aún regía el aislamiento social preventivo obligatorio, situación que restringía la circulación de las personas. En aquellas situaciones donde un miembro de una familia estuviera aislado, se complicaba aún más la provisión de elementos de primera necesidad para el hogar. Para asegurar ese suministro, el área de postcovid se ocupaba de hacer un seguimiento telefónico de las personas aisladas y de entregar a sus domicilios bolsones de comida y elementos de higiene que les posibilitara cumplir con el aislamiento o el distanciamiento social obligatorio.

Para alcanzar mayor cobertura en el barrio también se reforzó el suministro de alimentos a comedores informales que se constituyeron durante la pandemia y que tenían como objetivo acercar comida a quienes más lo necesitaban. Luego de haber trabajado con esa serie de medidas en las áreas de prevención, en la búsqueda activa y testeos y en la contención alimentaria la SECISYU presentó en su informe trimestral de gestión los resultados del operativo DETECTAR que se mencionan a continuación (Consejo de Gestión Participativa, 2020). En el siguiente gráfico se puede observar la cantidad de casos positivos y negativos diarios registrados en el operativo DETECTAR entre el 5 de mayo y el 30 de junio.

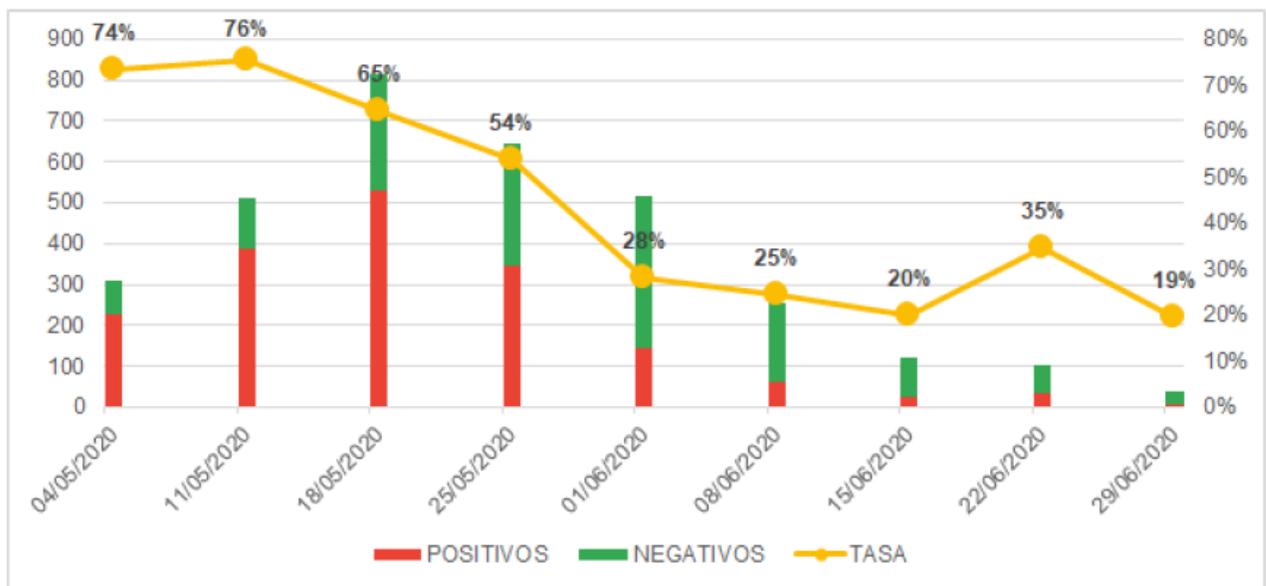
Gráfico 1 Frecuencia de casos positivos y negativos en Barrio Mugica



Fuente: Elaborado por la secretaría de Integración Social y Urbana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

En este gráfico queda en evidencia cómo se distribuyó la curva de contagios en el periodo mencionado. Puede observarse cómo los casos positivos fueron en crecimiento hasta tocar el pico máximo en el día 19 de mayo con 189 hisopados totales y 101 resultados positivos. De esa fecha en adelante comienza una tendencia decreciente hasta los últimos días del mes de junio donde se marcaría el final de la primera ola de contagios en el barrio Mugica. Para alcanzar un análisis más detallado de cómo evolucionó la curva de contagios, se detallan en el siguiente gráfico los casos positivos, negativos y la tasa de positividad agrupados de manera semanal en el periodo del 05 de mayo al 29 de junio.

Gráfico 2 Frecuencia de casos positivos y negativos y tasa de positividad en Barrio Mugica



Fuente: Gráfico elaborado por la secretaría de Integración Social y Urbana del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Al igual que en el gráfico anterior, aquí se puede apreciar cómo la cantidad de hisopados y la tasa de positividad fueron disminuyendo rápidamente luego de alcanzar el pico en la primera mitad del mes de mayo. Este gráfico, además de demostrar visualmente cómo se fue aplanando la curva de contagios semana a semana, permite observar la efectividad del operativo DETECTAR y cómo la búsqueda activa de casos y el aislamiento de los contactos estrechos funcionó para cortar la cadena de contagios.

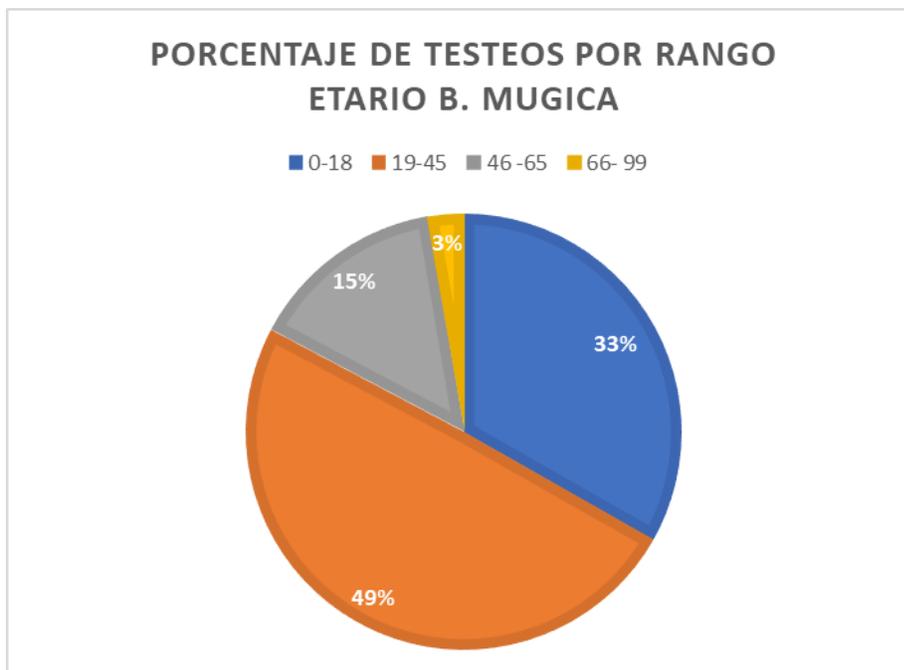
Otro dato relevante que la SECISYU presenta en su informe es la cantidad de fallecidos por covid-19 para este periodo de tiempo, incluyendo los datos de personas que se testearon en otros centros de salud y fueron registrados como vecinos del barrio Mugica. Según declaran esta información, se registraron 32 decesos sobre un total de 2.668 pacientes con diagnóstico positivo de covid-19 pertenecientes al Barrio Mugica.

Tomando en consideración la premisa inicial de esta investigación, que suponía que las condiciones socio habitacionales de los barrios populares hacían a sus habitantes más propensos al contagio y a la posibilidad de muerte asociada al covid-19, no parecieran confirmarse en este barrio en particular, al menos a la luz de este primer análisis.

Un aporte importante sobre la letalidad del virus surge del informe “Inequidad y COVID-19 en la Ciudad de Buenos Aires. Cómo afecta la pandemia a los asentamientos informales” de Suaya: *“No obstante, la tasa de letalidad en barrios informales todavía, es más baja que aquella registrada en barrios formales. Mientras que en el primer grupo fallece cerca de 1% de las personas con el virus del COVID-19, en el segundo grupo este indicador es del 2.3%. La menor letalidad del virus seguramente esté vinculada a la juventud de la población que vive en barrios informales y a las diferencias en la intensidad de testeo entre ambos tipos de barrios”* (2020).

Para evaluar si esta hipótesis podría tener asidero en el barrio Mugica, se describe a continuación es cómo estaban distribuidos por grupos de rango etario las personas testeadas pertenecientes al barrio Mugica. Para esto se utilizaron datos publicados en los informes sobre covid-19 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 3 Porcentaje de testeos por rango etario en el barrio Mugica



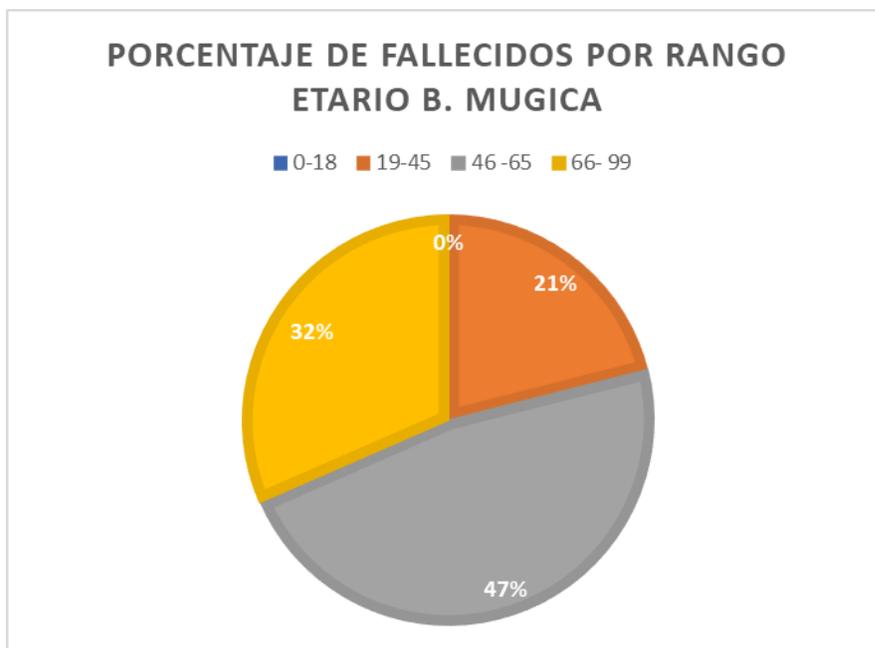
Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Lo primero que surge del gráfico anterior es que la gran mayoría de la población testeadada, el 82% de los casos, se distribuyen en dos rangos etarios, el primero con un 33% entre 0 y 18 años, y el segundo grupo con el 49%

de los testeos en el rango de 19 a 45. Si bien esta información no es concluyente sobre cómo está compuesta la población del barrio Mugica, sí nos proporciona un dato preciso y es que la población más joven fue la que más se testeó. Esto podría estar asociado a distintos factores, por ejemplo que la población del barrio es muy joven o que los adultos mayores por miedo a la exposición no concurrían a testearse.

Pero si analizamos el porcentaje de la población fallecida durante la primera ola de contagios de covid-19 en función de las mismas categorías de grupos etarios, descubrimos que la proporción se invierte: los fallecidos se ubican en un 79% en las últimas dos categorías de rango etario, mientras que en el primer gráfico se podía observar que los que más se testeaban eran las primeras dos categorías.

Gráfico 4 Porcentaje de fallecidos por rango etario en el barrio Mugica



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Para complementar este análisis utilizaré el informe “Letalidad por covid-19 asociada a factores de riesgo en la Provincia de Buenos Aires” elaborado por Heck, Irassar y Bolzán, donde se analiza un grupo de 21.706 casos fallecidos por covid-19 en la Provincia de Buenos Aires durante el año 2020 buscando determinar cuál de los factores de riesgo era el que tenía el mayor grado explicativo ante la defunción (Hanna C Fritz Heck, 2020). Según el informe, entre las siguientes comorbilidades: edad mayor a 60 años, hipertensión, diabetes, obesidad, hepatopatía crónica, EPOC e insuficiencia cardíaca, la edad mayor o igual a 60 años fue el predictor más fuerte con un porcentaje de 77,3% de los fallecidos.

Esta información nos permite tener una aproximación de por qué los jóvenes, a pesar de ser los más testeados y de vivir en un contexto de vulnerabilidad que los hace más propensos a tener comorbilidades, no son el grupo etario que más fallece, y que la baja cantidad de fallecidos podría responder a la poca cantidad de mayores de 60 años que viven en el barrio, ya que ser mayor de 60 resulta el factor más explicativo de fallecimientos por covid-19.

3. Análisis de la primera ola de contagios en barrios populares

Como se mencionó anteriormente, la gestión de la emergencia sanitaria en el barrio Mugica pareciera haber sido exitosa en términos de contención de contagios y mantener baja la letalidad. Sin embargo, resulta indispensable comparar esos resultados con los obtenidos en otros barrios populares para poder analizar la evolución de casos en mayor contexto. Para hacer esta comparación buscamos un barrio de similares características sociodemográficas, que presente indicadores sociales y económicos semejantes y que además haya contado con un dispositivo DETECTAR en territorio.

Para esto vamos a comparar al barrio Mugica con el barrio Ricciardelli, ex villa 1-11-14, el cual está ubicado en el barrio porteño de Flores al Sur de la Ciudad. Este barrio, según un censo del año 2018 llevado adelante por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad (IVC), tiene 40.059 habitantes. Allí se puso en marcha el operativo DETECTAR el día 11 de mayo del 2020, menos de una semana después que el barrio Mugica. Por lo tanto, además de contar con características poblacionales, demográficas y urbanísticas similares, la temporalidad en términos de evolución de la pandemia también es comparable.

Quizás la principal diferencia entre un barrio y el otro es el nivel de intervención que presenta el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Mientras que en el barrio Mugica existe una unidad ejecutora con presupuesto independiente y un equipo de trabajo formado por cientos de empleados para llevar adelante la tarea de urbanización, en el barrio Ricciardelli trabaja el Instituto de la Vivienda de la Ciudad con un equipo sustancialmente más reducido y un presupuesto mucho menor.

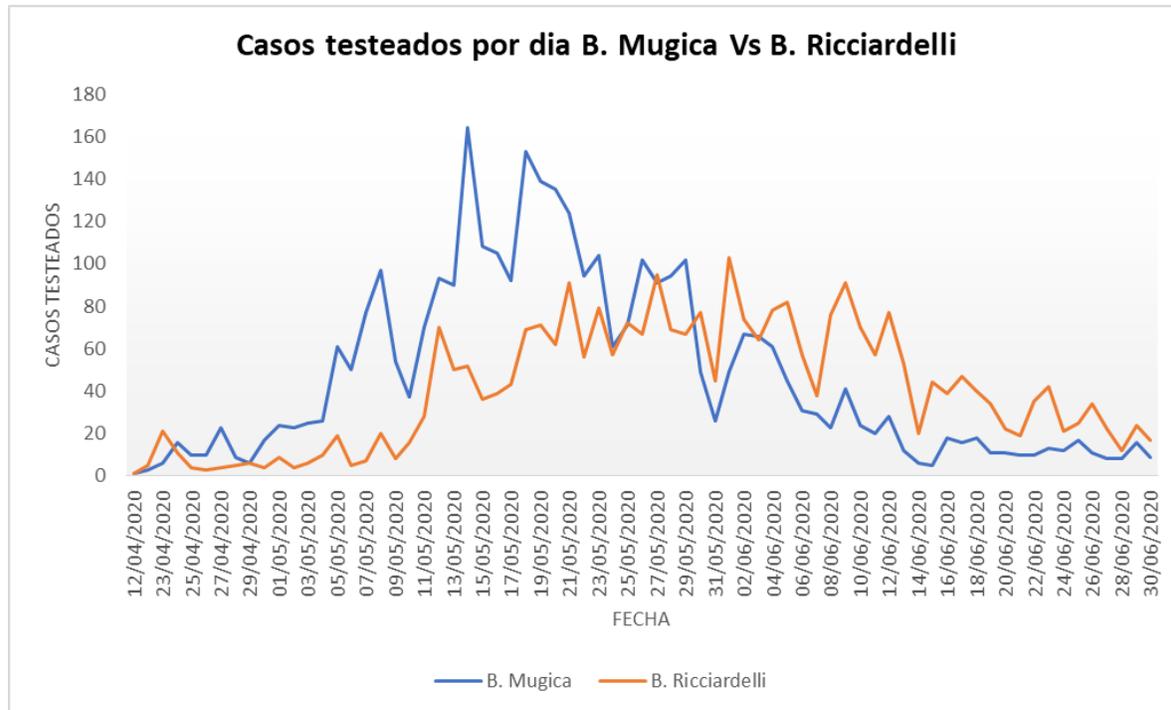
Para el momento en que se desarrolló la primera ola de contagios de covid-19, acceder a un testeo no era sencillo. De hecho, los únicos habilitados para realizarlos eran los efectores de salud públicos. Dada la dificultad que muchas veces enfrentan los vecinos de barrios vulnerables para acceder a los servicios de salud, el gobierno dispuso instalar los operativos DETECTAR en barrios informales. De esta manera, se asegura que quienes viven allí puedan acceder a los tests y así facilitar el aislamiento de contagiados, testear a los contactos estrechos y cortar con la cadena de contagios.

En este punto es donde se vuelve fundamental la estrategia de abordaje territorial. Trabajar con las organizaciones sociales, con referentes barriales y mantener informada permanentemente a la población puede hacer la diferencia a la hora de implementar una política pública como esta.

Para analizar cómo fue el desempeño de la gestión de la pandemia en ambos barrios es necesario comenzar comparando la cantidad de casos testeados diarios en cada lugar durante el periodo que comprendió el primer brote de contagios. En ese sentido, se presenta el siguiente gráfico donde se muestra la cantidad de tests

diarios realizados en ambos barrios durante el periodo de tiempo que duró la primera ola de contagios de covid-19.

Gráfico 5 Cantidad de casos testeados por día en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli



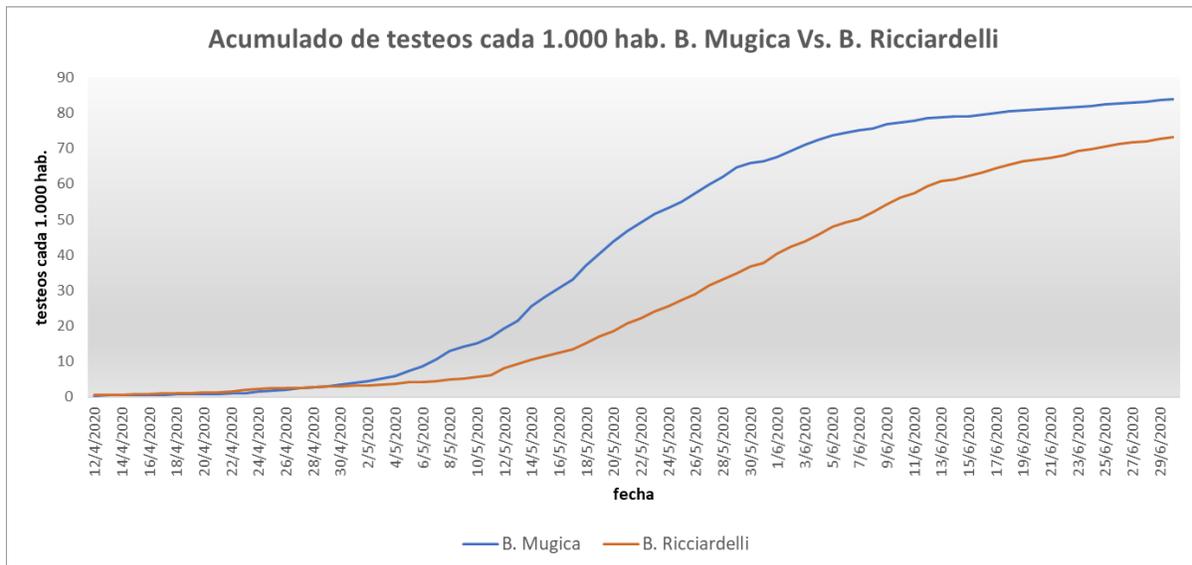
Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El primer indicio que arroja este gráfico es que, en un mismo periodo de tiempo, el Barrio Mugica acumula una mayor cantidad de testeos y de manera más rápida que el Barrio Ricciardelli. Esto implica que los vecinos se testearon en grandes cantidades, a pesar del riesgo que implicaba para ellos en caso de resultar positivos de covid-19 y tener que abandonar sus hogares. Este punto resultaba clave ya que sin testeos masivos que permitan identificar cadenas de contagios no hubiera sido posible. El operativo del gobierno estaba dando resultados. Para el final del primer mes de gestión de la pandemia los casos diarios en el barrio Mugica disminuyeron drásticamente y a partir de ese momento los testeos se mantendrán en niveles bajos hasta que inicia la segunda ola de contagios al año siguiente.

La curva que grafica los testeos en el barrio Ricciardelli muestra otro comportamiento, presenta un crecimiento más lento en las cantidades y más espaciado en el tiempo, lo que podría sugerir que en este barrio el gobierno no fue tan efectivo en convencer a los vecinos de testearse y esto prolongó los efectos de la primera ola de contagios en el tiempo. Para el momento en el que en el barrio Mugica podrían haber dado por superada la primera ola de contagios, en el barrio Ricciardelli se encontraban a la mitad del primer brote. Si bien las

poblaciones de ambos barrios presentan muchas similitudes analizar únicamente los testeos diarios podría sesgar las conclusiones, para eso en el siguiente gráfico se analiza la cantidad de testeos acumulados cada 1.000 habitantes.

Gráfico 6 Cantidad de testeos acumulados cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En este gráfico se logra percibir con mayor claridad las tendencias en ambos barrios. Por el lado del barrio Mugica hay un crecimiento más vertical y acelerado en la cantidad de testeos, y por el lado del barrio Ricciardelli un crecimiento de la curva menos pronunciado y más extendido en el tiempo.

La cantidad de testeos da una primera aproximación a cómo se manejó la crisis sanitaria en el territorio, pero el otro indicador relevante es conocer cuál fue el resultado de esos testeos. Para eso se muestra en el siguiente cuadro cómo fue la evolución de los casos positivos en cada uno de los barrios bajo estudio.

Gráfico 7 Cantidad de casos positivos por día en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli

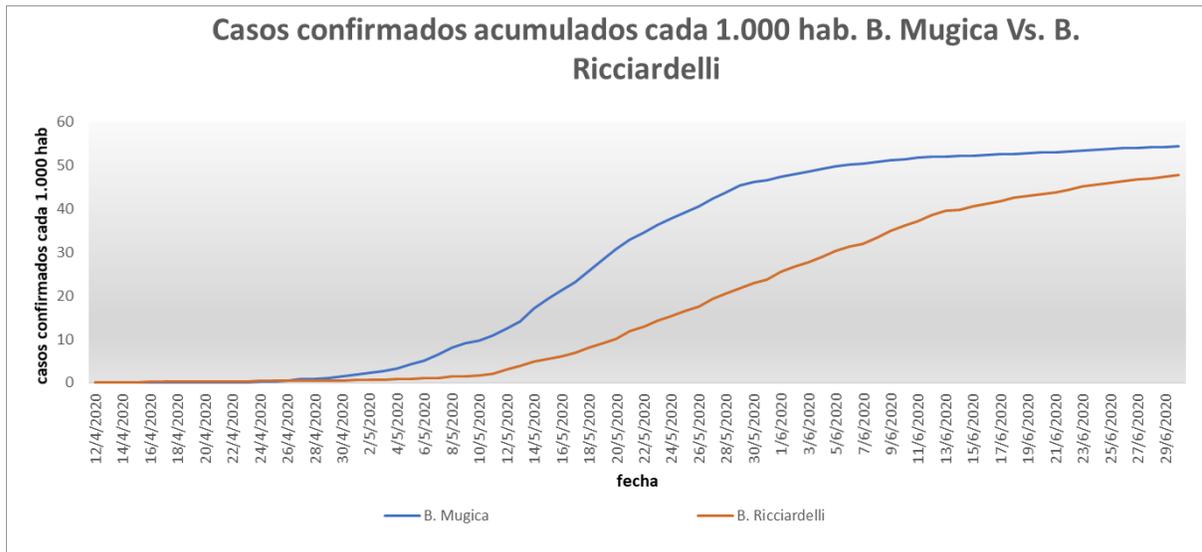


Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En esta comparativa se presenta una dinámica similar a la que se observaba en el gráfico anterior. El barrio Mugica muestra una gran cantidad de casos positivos a lo largo del primer mes de testeos, que desciende rápidamente para luego mantenerse en niveles bajos de contagio. Esto podría reforzar el argumento de la importancia de testear en grandes cantidades y a la población correcta. Cabe recordar que en ese entonces solamente se testeaban a personas que presentaran síntomas de covid-19 o que fueran contactos estrechos de personas contagiadas.

De manera opuesta, y acompañando la curva de cantidad de testeos, en el barrio Ricciardelli se puede observar cómo la cantidad de positivos se prolongó en el tiempo, haciendo más complejo cortar con la cadena de contagios. Como se mencionaba anteriormente, esto podría tener relación con la dificultad del gobierno de penetrar en este territorio y en sus redes sociopolíticas. Al igual que en el caso de la cantidad de los testeos, para tener una medida más adecuada vamos a analizar cómo se comportan las curvas cuando se las mide por cantidad de casos positivos cada 1.000 habitantes

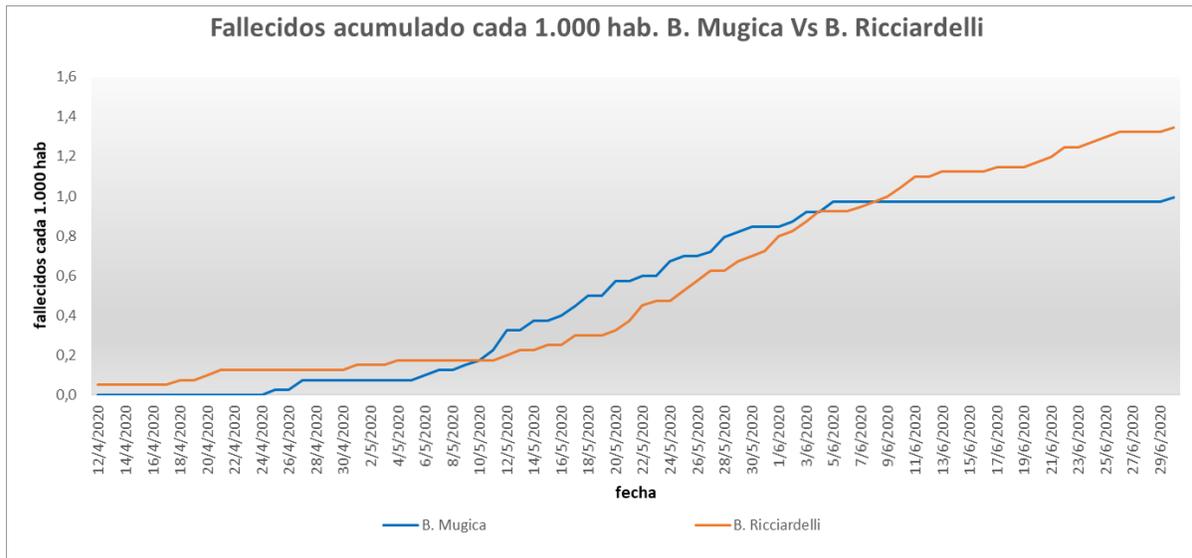
Gráfico 8 Acumulado de casos confirmados cada 1.000 habitantes del barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En este caso se puede observar cómo la curva en el barrio Mugica tiene un crecimiento aún más vertical que en la cantidad de testeos y nuevamente en la curva del barrio Ricciardelli alcanzan parámetros de estabilización similares a los del barrio Mugica para los últimos días de junio, aproximadamente tres semanas más tarde que el primero, lo que refuerza lo que hasta aquí se explicó. El último gráfico comparativo, y quizás el más significativo, es el que muestra la cantidad de defunciones asociadas a contagios de covid-19 por cada uno de los barrios. En el siguiente gráfico vamos a comparar la cantidad de fallecidos cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica y en el barrio Ricciardelli.

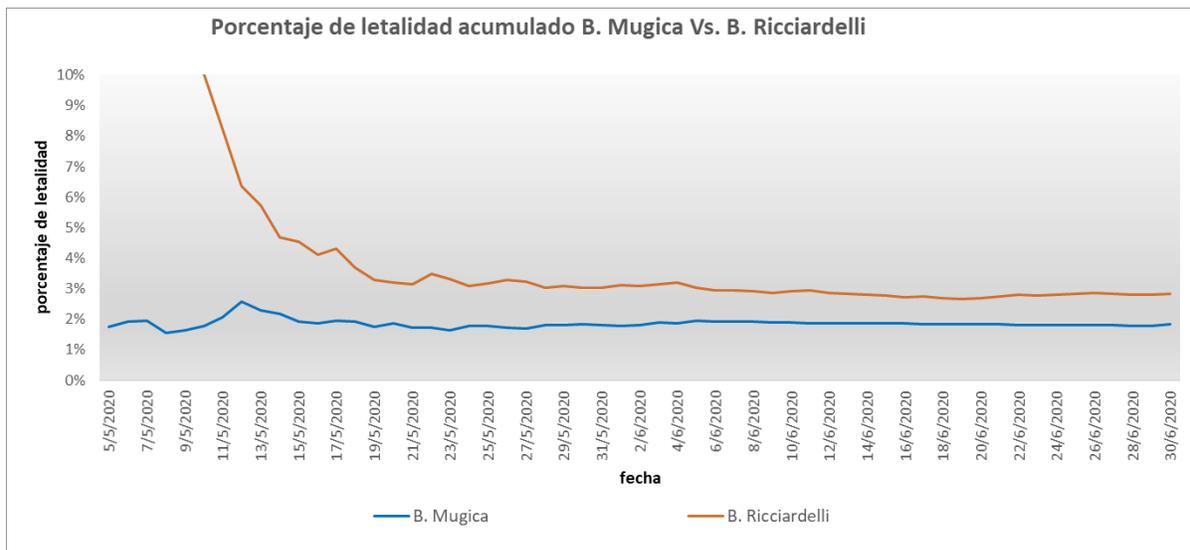
Gráfico 9 Cantidad de fallecidos acumulados cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En este gráfico se puede apreciar de manera evidente el efecto de la implementación efectiva de una política de testeo y aislamiento. Son marcados los resultados obtenidos en el barrio Mugica, donde para los primeros días de junio, un mes después de implementar el operativo DETECTAR, la cantidad de fallecidos cada 1.000 habitantes deja de crecer de manera abrupta. Por el contrario, en el caso del barrio Ricciardelli donde se demoró más en testear grandes cantidades de vecinos y la positividad se mantuvo más alta durante más tiempo, los efectos sobre la cantidad de fallecidos se mantienen más elevados, en asociación directa con los indicadores mencionados anteriormente para ese barrio. Para completar esta información analizaremos la tasa de letalidad correspondiente a cada uno de los barrios.

Gráfico 10 Porcentaje de letalidad acumulado en el barrio Mugica contra el barrio Ricciardelli



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Para analizar este cuadro es importante aclarar que la tasa de letalidad es más precisa a partir de mediados del mes de mayo, que coincide con la fecha en que se comenzó a implementar el operativo DETECTAR en ambos barrios. La conclusión más evidente que presenta este gráfico es que el barrio Mugica tiene una tasa de mortalidad casi un punto porcentual menor que el barrio Ricciardelli y que esa diferencia se mantuvo a lo largo de todo lo que fue el primer brote de COVID del año 2020.

Analizando todos los gráficos anteriores es posible llegar a la conclusión de que a pesar de las similitudes sociales que presentan el barrio Mugica y el barrio Ricciardelli, el primer brote de COVID tuvo consecuencias diferentes en términos sanitarios sobre ambos barrios. Esto podría explicarse en gran medida por la eficacia de la implementación en territorio de los operativos de testeo y del aislamiento de contactos estrechos y casos positivos de covid-19.

3.1 Análisis de indicadores del Barrio Mugica y otros barrios populares

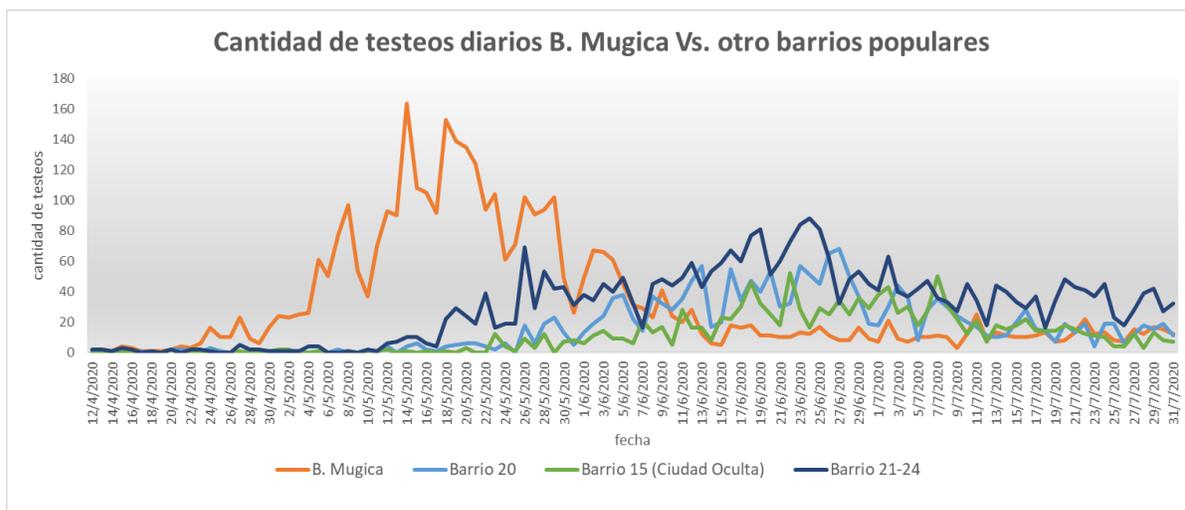
Como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, en la Ciudad de Buenos Aires existen al menos 57 barrios populares con condiciones de infraestructura y poblacionales diferentes, sin embargo, en todos ellos se repiten las problemáticas sociales que hacen que su población sea más vulnerable al contagio del covid-19 y a las posibilidades de morir producto de esa enfermedad. En el capítulo anterior se analizó el desempeño de la curva de contagios y defunciones entre el barrio Mugica y el barrio Ricciardelli, dos barrios que presentaban características muy similares. En esta sección se va a describir como funcionó el operativo de contención de covid-19 en otros barrios populares comparado con lo sucedido en el barrio Mugica.

Los barrios que se analizan a continuación se hallan todos ubicados en el sur de la ciudad de Buenos Aires y se encuentran en un proceso de urbanización llevado adelante por el gobierno de la Ciudad. Estos barrios son el barrio 20 con una población estimada de 27.990 personas, el barrio 15, anteriormente conocido como “ciudad oculta”, con una población estimada de 16.937 personas y por último el barrio 21-24 con una población estimada de 31.018 personas. Los datos poblacionales son obtenidos en parte del último censo nacional y de relevamientos realizados por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad.

Durante la primera ola de contagios de covid-19 se instaló en estos barrios el operativo DETECTAR. El mismo fue implementado a lo largo del mes de mayo, algunas semanas después de haber comenzado en el barrio Mugica, lo que les proporcionaba a las personas a cargo de este operativo contar con algunos aprendizajes en cuanto a la implementación en territorio. Como en el apartado anterior, analizaré en esta parte el desempeño de la política de contención de covid-19 en función de la cantidad de testeos realizados, los índices de positividad y finalmente las defunciones asociadas al covid-19. En este caso, dado que el operativo DETECTAR se implementó a lo largo del mes de mayo del 2020 en distintos momentos se va a considerar un tiempo más prolongado para hacer el análisis del impacto posterior de la intervención.

En el gráfico siguiente se puede observar cómo fue creciendo la cantidad de testeos diarios en cada uno de los barrios populares, y cómo ese crecimiento se consolida a mediados del mes de mayo, fecha que coincide con la puesta en funcionamiento del operativo de testeo. El barrio Mugica nuevamente se destaca por la velocidad en que crece cantidad de testeos diarios, producto del operativo de búsqueda activa de casos sospechosos. En cambio, el barrio 20, el barrio 15 y el barrio 21-24 tienen una tendencia similar y es una menor cantidad de testeos diarios y una ola de contagios más prolongada en el tiempo.

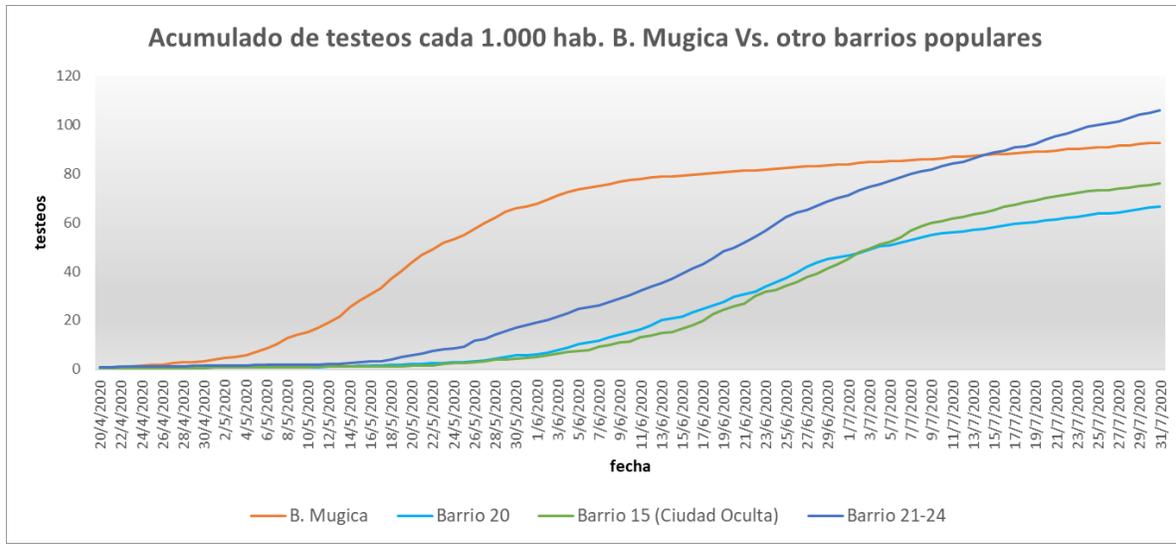
Gráfico 11 Cantidad de testeos diarios en el barrio Mugica contra otros barrios populares



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Para analizar en mayor profundidad cómo evolucionó la curva de testeos en el siguiente gráfico se expone la evolución acumulada de testeos cada mil habitantes, para poder atender las diferencias poblacionales entre los barrios. Este gráfico nos permite ver más claramente las tendencias y hacer comparaciones.

Gráfico 12 Cantidad acumulada de testeos cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra otros barrios populares

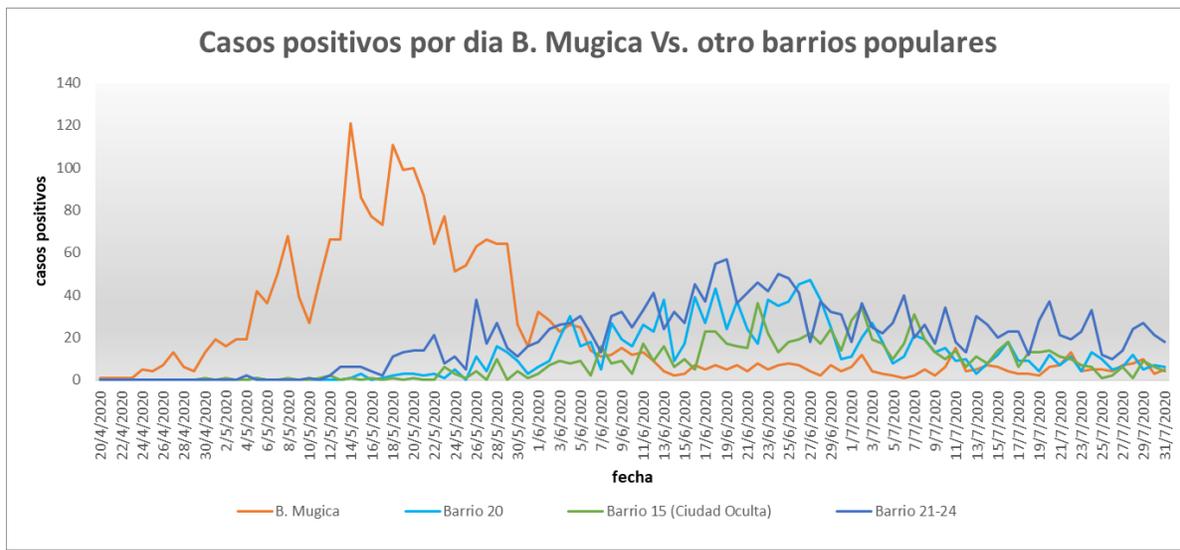


Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Lo que se destaca nuevamente del gráfico anterior es la pendiente (velocidad de crecimiento) de la curva en el barrio Mugica comparada con el resto de los barrios. Los segundos presentan curvas de crecimiento mucho más espaciadas en el tiempo, lo que trae aparejado la dificultad para cortar con la cadena de contagios. Las consecuencias de esto se observan claramente sobre el final del gráfico, en los últimos días del mes de julio, cuando el barrio 21-24 sobrepasa a la curva del barrio Mugica, y las curvas pertenecientes al barrio 20 y el barrio 15 siguen una tendencia ascendente que lo acerca a los valores del barrio Mugica.

La pendiente de la curva de la cantidad de testeos puede hacer referencia a la intensidad de los operativos, pero el análisis es parcial si no se analiza este dato junto con otro dato relevante: cuántos de esos testeos resultaron casos positivos de covid-19. Por eso en el siguiente gráfico se analiza la evolución diaria de la curva de casos positivos para cada uno de estos barrios populares.

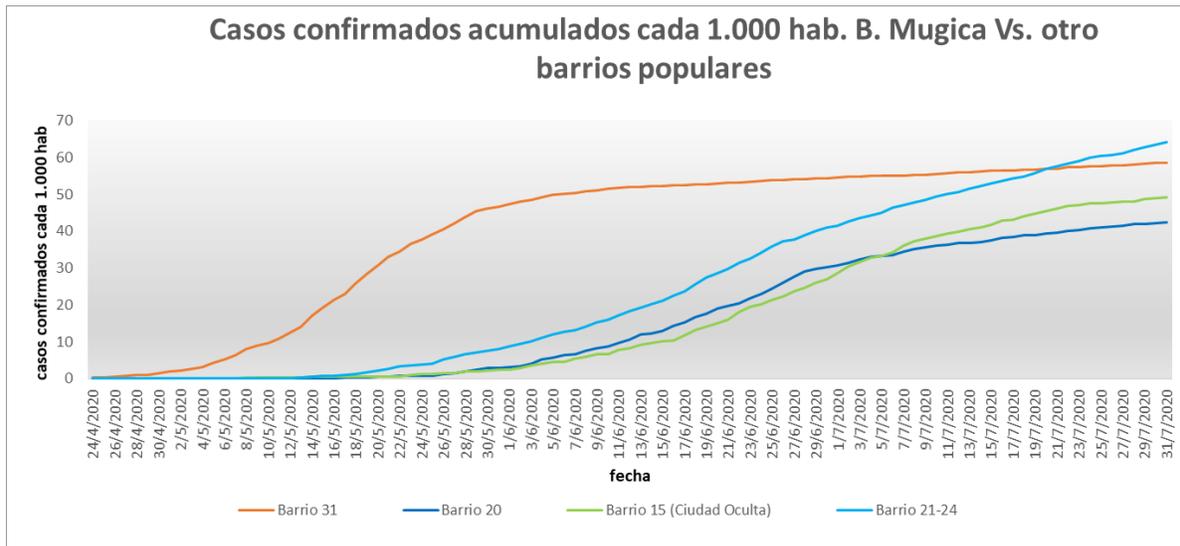
Gráfico 13 Cantidad de casos positivos por día en el barrio Mugica contra otros barrios populares



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Lo que se desprende del gráfico anterior es que en los barrios 15, 20 y 21-24 la cantidad de casos positivos se mantuvo más alta durante más tiempo, lo que significa mayor riesgo de contagio para la población durante más tiempo. Por el contrario, la línea que representa los casos positivos en el barrio Mugica alcanza los valores más bajos a mediados del mes de junio y permanecerá en esos valores, incluso por debajo del resto de los barrios, hasta lo que sería la segunda ola de contagios en el año 2021. Para complementar el análisis, conviene ajustar la positividad a una expresión relativa, y no absoluta. En el siguiente se analizará la evolución de casos confirmados acumulados cada 1.000 habitantes, medida que como mencioné anteriormente permite ver las tendencias de una manera más clara.

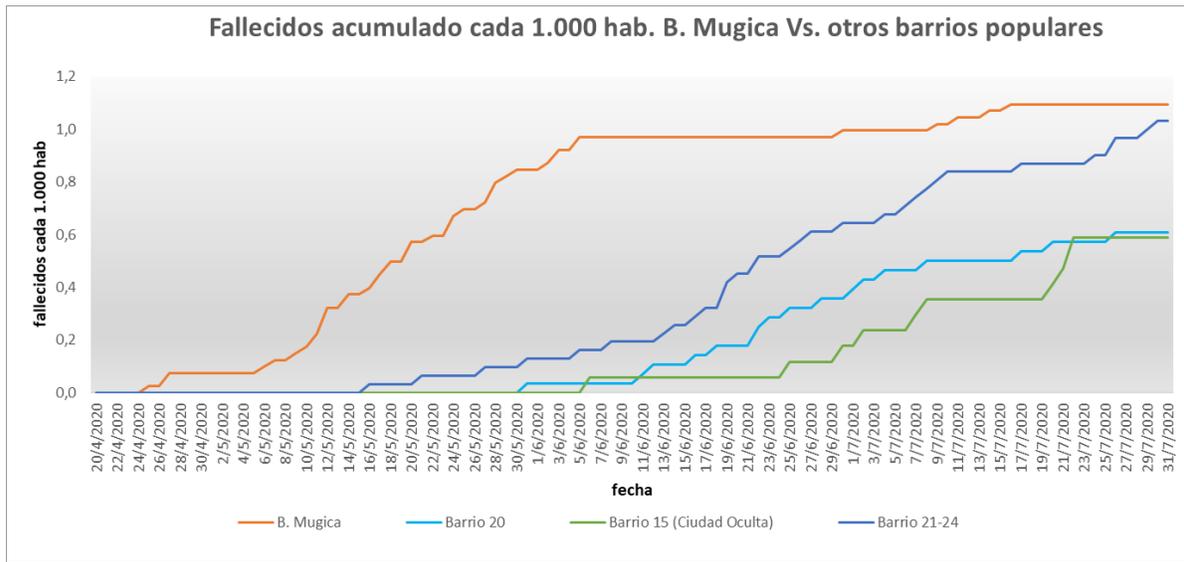
Gráfico 14 Cantidad de casos confirmados acumulados cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra otros barrios populares



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El gráfico anterior refuerza lo que hasta el momento se venía detallando, donde se puede ver como la curva correspondiente al barrio Mugica presenta un crecimiento rápido con una estabilización en el corto plazo, y las curvas pertenecientes a los otros barrios populares son de un crecimiento más lento y tardan más en estabilizarse. Para completar el análisis de la implementación de la política de contención de covid-19 en barrios populares resta analizar lo referido a las defunciones asociadas al contagio del virus, para eso en el siguiente cuadro se grafica la evolución de defunciones cada 1.000 habitantes en cada barrio.

Gráfico 15 Cantidad de fallecidos acumulado cada 1.000 habitantes en el barrio Mugica contra otros barrios populares

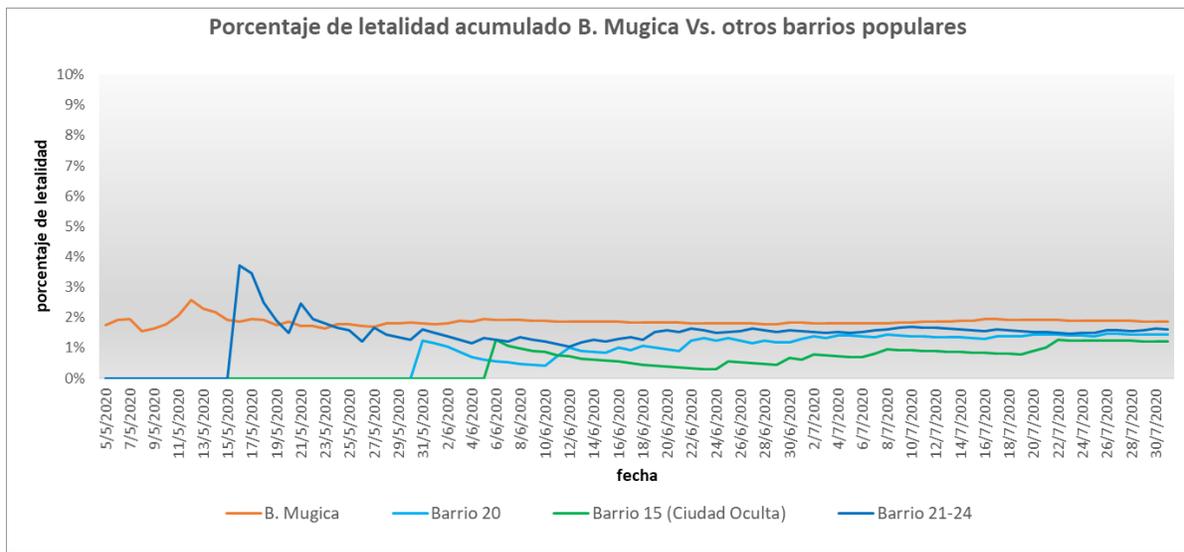


Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En este caso se pueden identificar dos grupos. El primero incluye al barrio Mugica y al barrio 21-24 que presentan curvas de letalidad similares, con diferencias en el tiempo asociadas a la demora de la implementación del operativo DETECTAR, pero que muestran un crecimiento rápido inicial seguido de un estancamiento de la curva. El segundo grupo es el que tiene al barrio 20 y al barrio 15 que presenta un crecimiento más lento sin índices de estancamiento al menos en lo que refiere a esta primera ola de contagios.

Por último, se va a analizar la evolución de la tasa de letalidad para cada uno de los barrios, con la aclaración de que esta tasa comienza a tener datos más ciertos a medida que se implementan los operativos DETECTAR en cada uno de los barrios.

Gráfico 16 Porcentaje de letalidad acumulada en el barrio Mugica contra otros barrios populares



Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Lo que se puede apreciar en el gráfico anterior es que todos los barrios presentan curvas relativamente similares, con un pico inicial asociado a la implementación del operativo de búsqueda activa de casos sospechosos, luego un descenso de los fallecimientos y finalmente una normalización de las curvas entre los valores de 1% y 2%. Además, se desprende del análisis anterior que el operativo del barrio Mugica fue más eficaz para cortar la cadena de contagios y normalizar la situación epidemiológica en menos tiempo, estabilizándola. Sin embargo, no parece haber tenido una diferencia sustancial en lo referido a fallecidos por covid-19 cuando se lo compara con estos otros barrios populares.

4. Análisis de tasa de contagio y letalidad en barrios populares en función de los picos de contagio

Los barrios populares experimentaron la primera ola de contagios de covid-19 algunos meses antes que el resto de la Ciudad, situación que presentó algunos desafíos y también oportunidades. Esta situación se menciona en el informe publicado por CIPPEC sobre la contención de casos en Mugica (Laffaire M. y Suaya, 2020): *“es importante resaltar que el barrio experimentó su pico de contagios al menos dos meses antes que el resto de la Ciudad (Gráfico 1), lo que presentó algunas ventajas y desventajas. Uno de los principales desafíos para el equipo trabajando en el barrio fue que en el momento de mayor crecimiento de contagios en el Barrio Mugica, la estrategia de la Ciudad y del Ministerio estaba todavía enfocada en tareas y mensajes de prevención, en la adaptación de sus equipos y en el establecimiento de protocolos. Había menos claridad general en cuanto a los procedimientos necesarios frente a la confirmación de cada caso y sus contactos estrechos”*.

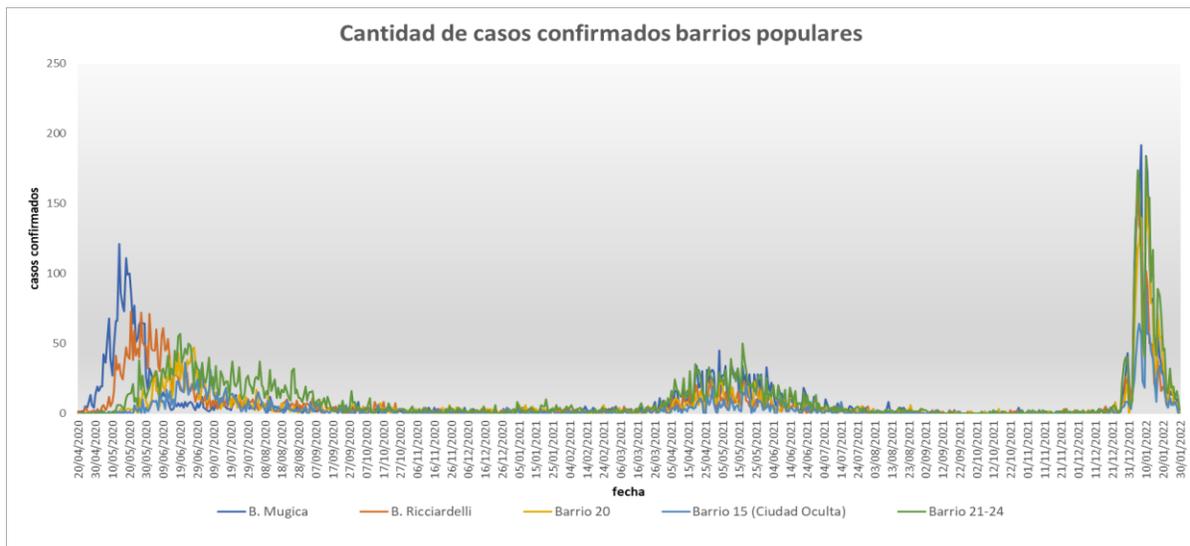
Como se mencionó en el capítulo 2, fue necesario refuncionalizar al equipo y aplicar un cambio de estructura administrativa que siempre es complejo, pero en este caso puntual la extrema urgencia lo hacía más complejo aún. Otra de estas dificultades venía dada por el cambio de criterio epidemiológico con respecto a los contactos estrechos y cuando era recomendable testear a esas personas, estos cambios de criterios obligaban al personal de la SECISYU a modificar permanentemente la planificación de la búsqueda activa de casos, situación que hacía más dificultoso el trabajo en territorio.

“Por otro lado, sin embargo, todos los recursos ya presentes estuvieron disponibles para esta población. El equipo de protección personal, el espacio en los hoteles para el aislamiento y los recursos para el testeo in situ no fueron requeridos en otros espacios hasta algún tiempo después y, por lo tanto, no había competencia en el acceso. Esto último también puede llegar a explicar por qué funcionó la estrategia de seguimiento de contactos a pesar de funcionar en pleno aumento de casos: el pico era uno local y estaba acompañado por una estrategia más amplia con el resto de la ciudad en aislamiento obligatorio.”

Si bien es cierto que los recursos estuvieron disponibles para atender las necesidades de los barrios populares, también es importante remarcar que todo se estaba adaptando a los protocolos de covid-19 y eso hacía que fuera de más difícil acceso. Algunas compras de insumos estaban restringidas para personal sanitario únicamente, la atención en los hospitales se estaba adecuando a un nuevo formato que generaba confusiones incluso entre el propio personal, y en muchos casos las medidas de aislamiento en los hoteles eran de cumplimiento tan estricto que no contemplaba las complejidades sociales de los barrios populares. Para corroborar esto, conviene analizar cómo se distribuyeron los casos confirmados en los barrios populares desde el comienzo de la pandemia de covid-19 hasta la actualidad, para luego repetir este análisis pero contemplando la Ciudad de Buenos Aires en general y de esa forma comparar los momentos de picos de contagios.

En el siguiente gráfico se pueden observar la evolución diaria en la cantidad de casos confirmados de los barrios populares donde se destacan tres momentos muy marcados: el primero es el que responde a la primera ola de contagios que se inicia con el barrio Mugica en abril del año 2020, luego el resto de los barrios se van incorporando a esa ola de contagios que terminaría en los primeros días de agosto para la mayoría de los barrios. La segunda ola de contagios se produce entre los meses de abril y junio del año 2021, donde a simple vista se puede observar como todas las curvas se dan de forma más pareja y ya no se ven picos tan marcados como en la primera ola de contagios. Esta diferencia se puede haber dado por la inmunización que existía en buena parte de la población por los contagios previos y por la campaña de vacunación que iba avanzando. La tercera y última ola de contagios, hasta el momento, se dio durante los meses de diciembre de 2021 y enero de 2022, en este caso el contagio fue mucho mayor, incluso que, en la primera ola, y se registraron grandes cantidades de testeos positivos.

Gráfico 17 Cantidad de casos confirmados de covid-19 en barrios populares

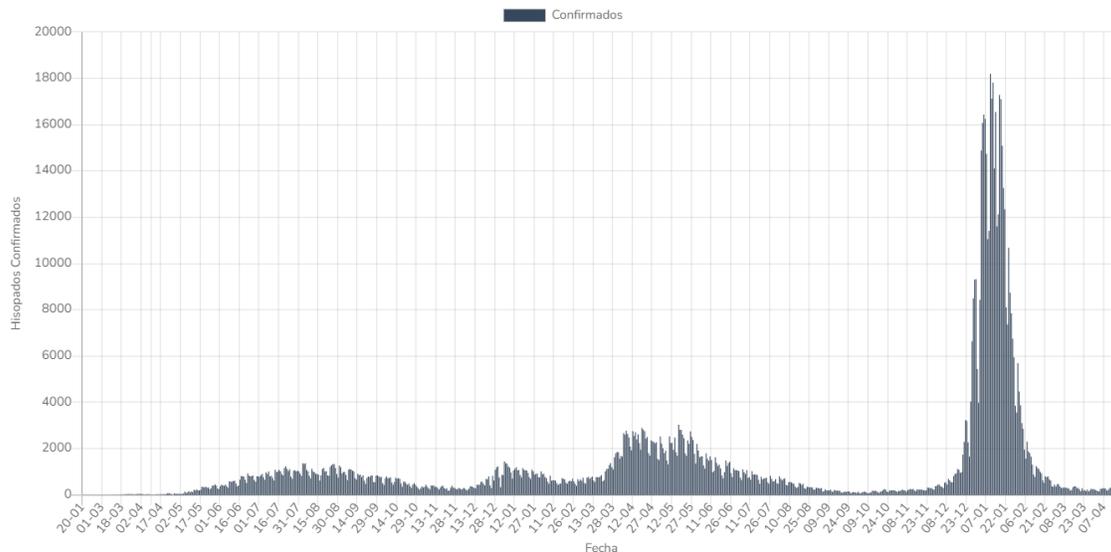


Fuente: Elaboración propia con información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Como segunda medida a analizar para entender si lo que sostienen Laffaire y Suaya acerca de los barrios populares de no contar con competencia para acceder a los elementos de protección y los medios de aislamiento es analizar la curva de contagios de la Ciudad de Buenos Aires. En el siguiente gráfico se puede ver el historial de casos confirmados en la Ciudad desde el comienzo de la pandemia de covid-19 a la fecha. Al igual que en el gráfico de casos positivos en barrios populares, en este gráfico también se pueden observar tres momentos asociados a las olas de contagios, sin embargo, en este caso los picos de contagio de la primera ola se dan entre los meses de julio y agosto del año 2020, esto confirma el desfase en la primera ola de contagios entre los barrios populares y la Ciudad.

Gráfico 18 Cantidad de casos confirmados de covid-19 en la Ciudad de Buenos Aires

Serie completa de casos confirmados de covid-19 Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Tomado del reporte semanal de covid-19 correspondiente a las fechas 4 al 10 de abril del 2022 publicado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2022)

Al analizar la segunda ola de contagios se puede observar que esta se dio en simultáneo entre la Ciudad y los barrios populares, con lo cual ya no se cumpliría la premisa de no competir por los recursos escasos de protección o las vacantes en hospitales u hoteles para cumplir el aislamiento.

Para verificar si esto tuvo influencia significativa en los resultados obtenidos por la estrategia de contención de la pandemia en barrios populares conviene comparar la cantidad de testeos, los casos confirmados, las defunciones asociadas al covid-19, la tasa de positividad y la tasa de letalidad obtenidos en la primera ola y la segunda ola de contagios.

Tabla 3 Comparativo de indicadores de covid-19 en barrios populares primera ola de contagios contra segunda ola de contagios

Cuadro comparativo primera ola de contagios Vs segunda ola de contagios barrio populares

Barrios populares	Primera ola de contagio (Mayo - julio 2020)					Segunda ola de contagios (Abril - Junio 2021)				
	B. Mugica	B Ricciardelli	Barrio 20	Barrio 15	Barrio 21-24	B. Mugica	B Ricciardelli	Barrio 20	Barrio 15	Barrio 21-24
Acumulado de testeos	3,598	3,340	1,842	1,277	3,247	3,001	1,756	1,804	961	3,242
Acumulado de positivos	2,298	2,138	1,189	833	1,987	1,328	684	774	431	1,560
Acumulado de defunciones	41	53	17	10	32	16	16	16	4	15
tasa de positividad promedio	63.869%	64.01%	64.55%	65.23%	61.19%	44.25%	38.95%	42.90%	44.85%	48.12%
tasa de letalidad promedio	1.78%	2.48%	1.43%	1.20%	1.61%	1.20%	2.34%	2.07%	0.93%	0.96%

Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Lo que se desprende de esta comparación es que en todos los barrios populares los resultados obtenidos en la segunda ola de contagio son mejores que los obtenidos durante la primera ola. En el siguiente cuadro se resume el porcentaje de variación entre una ola de contagios y la siguiente.

Tabla 4 Diferencial de indicadores de covid-19 en barrios populares según ola de contagios

Cuadro de diferencial de indicadores primera ola de contagios vs segunda ola en barrios populares

Barrios populares	B. Mugica	B Ricciardelli	Barrio 20	Barrio 15	Barrio 21-24
Acumulado de testeos	-17%	-47%	-2%	-25%	0%
Acumulado de positivos	-42%	-68%	-35%	-48%	-21%
Acumulado de defunciones	-61%	-70%	-6%	-60%	-53%
tasa de positividad promedio	-31%	-39%	-34%	-31%	-21%
tasa de letalidad promedio	-32%	-6%	45%	-23%	-40%

Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En función de los resultados obtenidos de esta comparación se podría inferir que el hecho de no competir por los recursos de protección o las vacantes en hospitales u hoteles no tuvo una relación directa con los resultados obtenidos en términos de contención del virus en barrios populares.

Sin embargo, es importante considerar que entre la primera ola de contagios y la segunda transcurrió casi un año, lo que permitió que avances epidemiológicos llevaran tranquilidad a la población. Además, para este momento, se contaba con una campaña de vacunación que estaba en proceso, el gobierno había tenido tiempo para preparar y adaptar sus instalaciones para poder atender a una mayor cantidad de personas sin que eso signifique un colapso del sistema de salud, y la población en general ya contaba con la experiencia de haber tratado con esta enfermedad y conocía el curso de acción ante la aparición de síntomas o la posibilidad de ser contacto estrecho de una persona contagiada.

5. Buenas prácticas y aprendizajes identificados

A la luz del análisis precedente se pueden identificar algunos aprendizajes y buenas prácticas de cara al futuro, y ante la posibilidad de nuevos brotes de contagio, así como la aparición de situaciones de emergencia como la ocurrida. Estos aprendizajes y buenas prácticas se pueden organizar en cuatro categorías: la primera relacionada a la comunicación, la segunda asociada a la adaptación de políticas públicas acordes a la realidad de la población objetivo, la tercera relacionada con la implementación de políticas en contextos vulnerables y por último una relativa a las estructuras laborales.

El primero de estos aprendizajes es que ante la aparición de una situación de emergencia de posible escala a toda la población, lo primero que hay que hacer es comunicar de manera eficaz y consistente, y sobre todo comunicar en términos que la población pueda comprender, ya que el lenguaje técnico o específico de la medicina sanitarista puede no ser claro para todas las personas. En los casos de los barrios populares resultó muy efectivo construir canales de comunicación y mensajes en conjunto con la población local garantizando una mayor penetración de la información en el interior complejo de los barrios. Por ejemplo, en el barrio Mugica donde vive una comunidad muy grande de origen paraguaya que habla guaraní, para conseguir una mejor distribución de los mensajes el personal de la SECISYU junto a un grupo de vecinos adaptó las piezas de comunicación a esa lengua. También se elaboró una mesa de trabajo de comunicación con frecuencia semanal donde podían participar todos los actores sociales que quisieran y se les entregaba material gráfico para repartir con las novedades pertinentes.

El segundo aprendizaje es que ante este tipo de emergencias las medidas restrictivas de circulación pueden ser una buena forma de comenzar a diseñar un plan de acción, pero no pueden ser de aplicación indefinida. En la Argentina, al igual que en muchos otros países de la región, una amplia proporción de la población vive en situación de vulnerabilidad económica y social, situación que se agrava en asentamientos informales con una aguda carencia de acceso a infraestructura y servicios básicos. Sostener medidas demasiado restrictivas se hace imposible para muchas personas y en general acarrea serias dificultades para quienes logran cumplirlo. Por esto es fundamental elaborar un plan de acción diferenciado que contemple las características y limitaciones de las personas que habitan en los barrios populares, ya que como se expuso en esta tesis, fueron los primeros en enfrentar brotes de contagio masivo con menor cantidad de recursos e información disponible

El tercer aprendizaje es que la implementación de políticas públicas en barrios populares siempre es más efectiva si se trabaja codo a codo con los vecinos, líderes sociales y referentes locales. Incorporarlos desde el inicio en la etapa del diseño de la política pública puede hacer que la misma tenga un mayor grado de éxito al momento de su implementación en territorio. Durante la pandemia el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires contrató personal para cumplir distintas tareas de campo asociadas a la emergencia, en los barrios populares

se procuró que estas contrataciones se den a personas que vivieran en los barrios, esto generaba un ingreso económico para un sector vulnerable y además facilitaba el trabajo en territorio ya que estas personas conocían los barrios. Otro buen ejemplo se dio en el barrio Mugica, donde al momento de diseñar la implementación del DETECTAR se trabajó con los miembros del Consejo de Gestión Participativa y organizaciones sociales, ellos fueron parte activa del proceso de toma de decisiones, en cambio en barrios donde los referentes sociales no estaban tan validados hizo que sea más compleja la elaboración de las políticas de contención, como sucedió en el barrio Ricciardelli. En aquellos barrios donde existía un equipo de gobierno que llevaba cierto tiempo trabajando y habían construido un vínculo de confianza con referentes sociales los resultados del operativo DETECTAR fueron más eficaces. En el caso del barrio Mugica muchas veces eran los referentes sociales los que terminaban de convencer a los vecinos para que fueran a testearse, y eso se daba porque los referentes confiaban en el equipo que estaba trabajando en el barrio desde hacía muchos años.

Un último aprendizaje se asocia a la construcción de las estructuras de trabajo de las organizaciones. En aquellos casos donde las organizaciones resultan monolíticas o muy rígidas, es más difícil adaptarse ante cambios profundos como los sucedidos durante la pandemia del covid-19. El caso de la SECISYU que logró adaptar a buena parte de su personal a nuevas tareas asociadas a la contención de la emergencia sanitaria a pesar de que no tenían ningún tipo de relación con el trabajo previo, en buena medida se vio afectado de manera positiva por el compromiso del equipo con el proyecto y a los años de trabajo que les habían llevado a construir vínculos con vecinos y referentes sociales.

6. Conclusiones generales

Esta investigación, que surge con el objetivo de comprender en profundidad cuál fue la estrategia implementada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para contener el brote de covid-19 surgido a comienzos del año 2020, presenta varios aportes. Lo primero que surge de este análisis es que el gobierno de la Ciudad logró implementar, en barrios populares, políticas públicas de contención que eran acordes a las condiciones de vulnerabilidad de esos vecinos. Estas medidas debían ser integrales y de implementación simultánea, con una estrategia de comunicación cercana que explique la importancia de la búsqueda activa de casos y testeos de la población. Debían además, contemplar el aspecto socio habitacional del aislamiento y proteger la seguridad alimentaria. Para eso, como primera medida se propuso aislar a los grupos de riesgo en establecimientos especialmente equipados, y segundo lugar proporcionar un lugar donde aislarse para todos aquellos que lo necesitaran. Además brindando suplementos de ayuda alimentaria que permitieran a las personas soportar la cuarentena y el aislamiento preventivo en los hogares. Sin embargo el desempeño de estas políticas dependía en buena medida de la estructura que disponía el gobierno en esos barrios y de la capacidad de adaptación para diseñar un abordaje territorial más completo.

En el barrio Mugica se logró implementar de manera veloz el primer operativo de testeo y búsqueda activa de casos sospechosos de covid-19. Tal como se muestra en esta tesis, en el transcurso de un mes se habían testeado más de tres mil personas y la curva de contagios se había logrado aplanar. La primera conclusión está más relacionada con el nivel de intervención en el barrio más que con el diseño de la política pública: este es el único barrio popular donde el gobierno de la Ciudad cuenta con una estructura exclusivamente dedicada a ese proceso de urbanización. En el resto de los barrios populares trabaja el instituto de la Vivienda de la Ciudad compartiendo equipos técnicos para todos los barrios. Contar con un equipo de dedicación exclusiva le da la posibilidad al gobierno de generar lazos de trabajo permanente y de confianza con los vecinos y referentes locales, que a la hora de implementar la estrategia de contención resultaron de vital importancia para implementar las medidas necesarias, como por ejemplo convencer a los vecinos de abandonar sus hogares y aislarse en hoteles u hospitales a pesar de los riesgos que representaban para ellos.

El ejemplo contrario es el del barrio Ricciardelli, donde el gobierno no cuenta con un equipo exclusivo para ese proceso de urbanización. A ello se suma la elevada conflictividad social, de carácter crónico, presente en ese barrio. Esto hace que sea aún más complejo poder implementar las medidas necesarias para poder cortar la cadena de contagios. Por eso este es el barrio popular que presentó peores indicadores de letalidad asociada al covid-19 durante la primera ola de contagios.

Otra conclusión que surge de esta investigación es que a pesar de las dificultades estructurales que presentaban los barrios populares y los pronósticos que aventuraban una catástrofe sanitaria, esto logró evitarse. Fue en

buena medida por la implementación de los operativos de testeo pero también gracias a la composición etaria de la población de los barrios populares. Tener una población joven pareciera haber sido un aliciente frente al covid-19, que según estudios realizados ser mayor de 60 años de edad pareciera ser el factor de riesgo más asociado a la muerte de las personas contagiadas.

Por último, el hecho de haber sido el primer lugar donde se desataron los brotes masivos de contagios y de poder contar con toda la atención y gran cantidad de recursos por parte del gobierno puede haber sido un elemento positivo a la hora de tratar la emergencia. Sin embargo, el hecho de que la población esté mejor informada sobre la manera de prevenir y actuar frente a un posible contagio obtuvo mejores resultados que tener toda la atención del gobierno dispuesta para ellos.

Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2020). *¿Qué podemos hacer para responder al Covid-19 en la ciudad informal'?* LOTS OF ARCHITECTURE.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2021). *La desigual carga de la pandemia*.
- Castanheira Helena Cruz, M. d. (2021). *Mortalidad por COVID-19 y las desigualdades por nivel socioeconómico y por territorio*. CEPAL.
- Consejo de Gestión Participativa. (2020). *Informe trimestral, Período Abril-Junio 2020*. Buenos Aires.
- Dadamia, R. (2019). Asentamientos precarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En G. d. Aires, *Población de Buenos Aires* (págs. 20-33). Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2022). *Informe de casos de covid-19 semana del 4 al 10 de abril de 2022*. Buenos Aires.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2020). *PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A LA PROPAGACIÓN DEL COVID 19 EN BARRIOS POPULARES - CABA*. Buenos Aires.
- Hanna C Fritz Heck, J. I. (2020). *LETALIDAD POR COVID-19 ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA, 2020*. Buenos Aires: REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA Suplemento COVID-19.
- INDEC. (2020). *Encuesta Permanente de Hogares, primer semestre 2020*. Buenos Aires.
- Laffaire M. y Suaya, A. (2020). *Estrategia de contención del COVID-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica. Evaluación de procesos*. Buenos Aires.
- OMS. (2020). *Alocucion de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la covid-19 celebrada el 11 de marzo del 2020*.
- OMS. (2020). *Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV)*.
- Secretaría de Integración Social y Urbana. (2021). *Barrio Mugica*. Buenos Aires.
- Secretaría de Integración Social y Urbana, gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2019). *RESULTADOS DE LA GESTIÓN 2015-2019*. Buenos Aires.
- Secretaría de integración sociourbana. (2021). *Informe de gestión primer semestre 2021*. Buenos Aires.
- Suaya, A. (2020). *Inequidad y COVID-19 en la Ciudad de Buenos Aires Cómo afecta la pandemia a los asentamientos informales*. Buenos Aires.
- Suaya, A., & Schargrotsky, E. (2020). *Estrategia de contención del COVID-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica. Evaluación de impacto*. Buenos Aires.

Wachtler, e. a. (2020). *Socioeconomic inequalities in the risk of SARS-CoV-2 infection – First results from an analysis of surveillance data from Germany*. Robert Koch-Institut.