

El COVID-19 en barrios populares.

Características del COVID-19 en el área de responsabilidad de un centro de salud de CABA

COVID-19 in informal settlements.

COVID-19's characteristics in the area of responsibility of a primary health care center in Buenos Aires City

CARLA AGUSTINA SANTOMASO^a, CECILIA INÉS GÓMEZ ELÍAS^b, MARÍA AGUSTINA PIRKER ASATEGUI^c,
MARÍA JULIETA GALETAR^d, STELLA MARIS SILVA^e

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo es caracterizar y describir los casos de COVID-19 según residan en barrios populares o en el resto del área de un centro de salud.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. La unidad de análisis son los casos confirmados de COVID-19 residentes en el área de responsabilidad del Centro de Salud y Acción Comunitaria 28 (en adelante CeSAC 28) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre abril y diciembre de 2020. Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje, la variable numérica como mediana.

Resultados: Se confirmaron 953 casos, el 57,29 % residentes en barrios populares, entre estos la mediana de edad fue menor y el porcentaje de extranjeros fue mayor en relación al resto del área, probablemente por la estructura demográfica de cada población. Los casos de residentes de barrios populares registraron menor prevalencia de comorbilidades y menor porcentaje de hospitalizaciones. La curva de casos residentes en barrios populares evidenció un desarrollo más precoz y concentrado que la del resto del área. El sistema público de salud tuvo impacto en el diagnóstico de toda el área, siendo alto el diagnóstico a través del Operativo Detectar en los barrios populares.

Conclusiones: La epidemia de COVID-19 mostró características específicas en los barrios populares, como mayor velocidad de transmisión y curvas de casos más

concentradas, motivo por lo cual es imprescindible disponer de datos sobre la salud de estas poblaciones para poder identificar necesidades y prioridades en salud y adecuar los servicios a través de la estrategia de atención primaria.

Palabras clave: *Infecciones por coronavirus, Disparidades en el estado de salud, Áreas de pobreza, Determinantes sociales de la salud.*

Abstract

Introduction: The aim of this work is to characterize and describe the characteristics of COVID-19 cases according to whether they reside in informal settlements or in the rest of the area of a primary health care center.

Materials and methods: Observational, cross-sectional descriptive study. Confirmed cases of COVID-19 living in the area of responsibility of the primary health care center 28 in Buenos Aires City from April to December 2020 were analyzed. Categorical variables were expressed as frequency count and percentages, numerical variable as median.

Results: 953 cases were confirmed, 57,29% living in informal settlements. COVID-19 cases living in informal settlements were younger and with more percentage of migrants, probably affected by demographic structure. COVID-19 cases living in informal settlements showed lower comorbidity prevalence and hospitalization. COVID-19 curve was earlier and focused in informal settlements than in the rest of the area. Public health services had impact in the diagnosis in the whole area, in informal settlements was high the diagnosis through Operativos Detectar.

Conclusions: COVID-19 epidemic showed specific characteristics in informal settlements, with faster speed of transmission and more concentrated curves. It is essential to have available data about those populations, identify health needs and priorities and update services through primary health care strategy.

a. Lic. en Sociología, CeSAC 28.

b. Médica pediatra, CeSAC 28.

c. Médica pediatra, CeSAC 28.

d. Médica especialista en medicina general y familiar, CeSAC 28.

e. Odontóloga, CeSAC 28.

Correspondencia: agustinasantomaso@gmail.com

Financiamiento: ninguno.

Conflicto de interés: ninguno que declarar.

Keywords: Covid-19, Health status disparity, Poverty areas, Social determinants of health

INTRODUCCIÓN

Desde 2020 el mundo enfrenta uno de los peores momentos en materia de salud y mortalidad en más de un siglo. En América Latina los efectos en la morbimortalidad del COVID-19 han profundizado la pobreza y la desigualdad social.¹

En Argentina, el Área Metropolitana de Buenos Aires se conformó como epicentro de la epidemia, concentrando inicialmente la mayoría de los casos. Al comienzo, en la Ciudad de Buenos Aires las comunas más afectadas fueron las de zona norte, o sea aquellas de mayor poder adquisitivo y relacionadas a la importación de casos. Luego se incrementó la transmisión por conglomerados y tempranamente se registró transmisión comunitaria.^{2,3} A partir de abril de 2020 la epidemia de COVID-19 se instaló en distintos barrios populares de la ciudad, provocando brotes con alta velocidad de transmisión. En mayo de 2020, el Ministerio de Salud creó el Operativo Detectar que incluía la descentralización del testeo, la búsqueda activa de casos y protocolos específicos para barrios populares.

En 2020 el 7,78 % de la población de la ciudad residía en barrios populares.⁴ La mayoría de estos barrios y aquellos más populosos se ubican en la zona sur.⁵ Su existencia cristaliza múltiples desigualdades: habitacionales, económicas, sociales y sanitarias.^{6,7} En términos habitacionales, los barrios populares se caracterizan por peores indicadores en la calidad de los materiales de la vivienda, menor acceso a saneamiento básico y mayor hacinamiento.⁵ Demográficamente presentan estructuras de población más jóvenes y con mayor presencia de migrantes internos y extranjeros.^{5,8}

Este trabajo tiene como propósito realizar un aporte que permita conocer las características de la epidemia de COVID-19 en barrios populares desde la epidemiología local. Su objetivo es caracterizar y describir los casos de COVID-19 según residan en barrios populares o en el resto del área de responsabilidad del CeSAC 28 de la Ciudad de Buenos Aires entre abril y diciembre de 2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio observacional, descriptivo, transversal que utiliza datos de la vigilancia epidemiológica.

La unidad de análisis son los casos confirmados de COVID-19 residentes en el área de respon-

sabilidad del CeSAC 28 entre el 01/04/2020 y el 31/12/2020. El criterio de inclusión es considerar caso confirmado de COVID-19 notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud 2.0 (en adelante SNVS 2.0) con domicilio de residencia en el área de responsabilidad del centro de salud. Se excluyen aquellos casos confirmados que, habiendo sido notificados como casos residentes en el área, al contactarlos por tareas de vigilancia epidemiológica refirieron vivir en otra zona. No se incluyen casos que se hayan infectado en el área de responsabilidad, pero no residan en ella (brotes en lugares de trabajo u organizaciones sociales).

La cobertura geográfica de este estudio es el área del CeSAC Nº 28, que se encuentra delimitada por la Av. Piedrabuena, la Autopista Dellepiane, las calles Larrazábal, Zuviría y Simón Guerrero, en la Comuna 8 de la Ciudad de Buenos Aires; que es donde el equipo de salud se compromete a ejecutar programar, medir y analizar sus intervenciones. El área se compone de una zona de barrios populares (manzana 26 bis, 29, 30, 31, 31 bis y 32 de Ciudad Oculta-Villa 15 y Barrio Santander) y una zona residencial donde predominan fábricas y viviendas particulares. Tanto el Barrio Santander como la Villa 15 se encuentran dentro del Relevamiento de Barrios Populares del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

La Comuna 8 es una de las comunas con peores indicadores socio-económicos. En 2020 se estima como la comuna con mayor porcentaje de hogares con ingresos inferiores a la canasta básica y con mayor porcentaje de población con pobreza multidimensional.⁹

Las variables descritas en el presente trabajo son las siguientes:

Sexo: Variable nominal categórica. Las categorías relevadas fueron varón y mujer.

Edad: Variable numérica discreta. Se consignó años cumplidos a la fecha del diagnóstico. Se diferencia el grupo de población pediátrica de 0 a 17 años.

Nacionalidad: Variable nominal categórica.

Zona de residencia: Variable nominal dicotómica. Se clasificó como barrio popular o resto del área según el domicilio de residencia, asumiendo la denominación barrio popular o asentamiento informal como sinónimos y zona residencial o resto del área haciendo referencia al área urbana que no corresponde a la definición de barrio popular.



Tipo de contagio: Variable nominal categórica. Inicialmente se clasificó como: caso importado, contacto conviviente, contacto laboral, contacto sin especificar, transmisión comunitaria, transmisión en institución (instituciones de larga estadía e internaciones). En la comparación entre zonas, las categorías contacto conviviente, contacto laboral y contacto sin especificar fueron reagrupadas en la categoría contacto.

Síntomas: Variable nominal categórica, múltiple. Se reagruparon las categorías como casos asintomáticos y casos sintomáticos.

Comorbilidades: Variable nominal categórica, múltiple.

Hospitalización: Variable nominal dicotómica.

Defunciones: Variable nominal dicotómica.

Efactor asistencial: Variable nominal categórica. Se registró el efector que asistió a la persona, independientemente del efector que procesó la muestra. Las categorías fueron: Operativo

Detectar, Hospital Santojanni, Otros hospitales públicos y Efectores privados.

Semana epidemiológica: Variable numérica discreta. Se agrupó en semanas epidemiológicas a partir de la fecha de toma de muestra.

Las variables categóricas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje. Para la variable edad fue utilizada la mediana.

En primer lugar, se describieron las variables mencionadas en los casos registrados en toda el área de responsabilidad del CeSAC 28. En segundo lugar, se describieron estas mismas variables según zona de residencia de los casos, barrios populares y resto del área.

Este estudio se realizó con fuentes secundarias, datos provenientes de la vigilancia epidemiológica por lo que no fue necesario requerir el consentimiento informado. Los casos incluidos fueron aquellos notificados en el SNVS 2.0; en función de las tareas de vigilancia epidemiológica, en ocasio-

Tabla 1. Características demográficas y epidemiológicas de los casos de COVID-19. Área de responsabilidad del CeSAC 28. Año 2020. n: 953.

Variables	Área de responsabilidad CeSAC 28 n= 953
Zona residencia, n (%)	
Barrios populares	546 (57,29)
Resto del área	407 (42,71)
Sexo, n (%):	
Masculino	478 (50,16)
Femenino	475 (49,84)
Edad, mediana	31 años
De 0 a 17 años, n (%)	194 (20,36)
Nacionalidad, n (%)	
Argentina	542 (56,87)
Migrante	411 (43,13)
Tipo de contagio*, n (%)	
Contacto	536 (75,92)
Transmisión	163 (23,09)
Institucionalización	7 (0,99)
Síntomas*, n (%)	
Asintomático	143 (17,08)
Sintomático	694 (82,92)
Comorbilidades, n (%)	134 (14,06)
Internación*, n (%)	139 (28,84)
Defunción, n (%)	13 (1,36)

*Se excluyeron los casos sin datos.

nes se completaron datos faltantes en algunas variables cuando no habían sido consignados en el SNVS 2.0 (síntomas, tipo de contagio).

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Investigación del Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni el 27 de agosto de 2020 (Código de registro 2705).

RESULTADOS

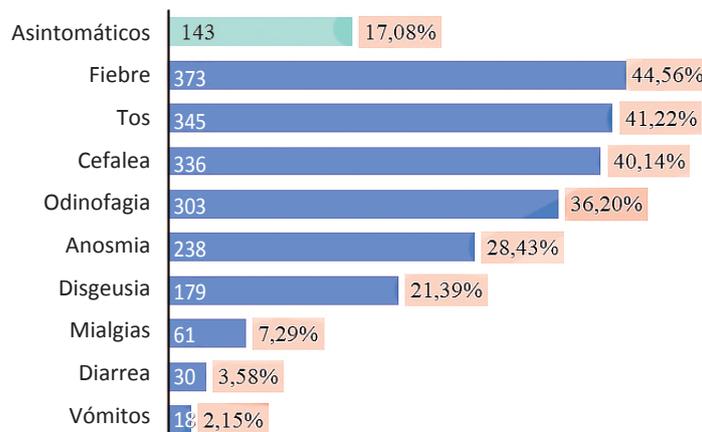
En el área de responsabilidad del centro de salud se registraron 953 casos confirmados de COVID-19. El 57,29 % de los mismos residían en barrios populares (n: 546) y el 42,71 % en el resto del área de responsabilidad (n: 407). Entre los casos confirmados, la distribución de la variable sexo fue equitativa: 49,84 % mujeres (n: 475) y 50,16 % varones (n: 478). La mediana de edad fue de 31 años. La población de 0 a 17 años representó el 20,36 % (n: 194) del total de casos. El 56,87 %

(n: 542) de ellos eran nativos. Entre los extranjeros, la mayoría era de nacionalidad boliviana o paraguaya (Tabla 1).

Respecto a las características epidemiológicas en 706 casos se contaba con datos sobre el tipo de contagio, no registrándose casos importados, el 75,92 % (n: 536) se clasificó como contacto de un caso de COVID-19, en el 49,01 % (n: 346) se identificó como contacto conviviente. El 23,09 % (n: 163) se clasificó de transmisión comunitaria; y el restante 0,99 % (n: 7) se infectó mientras se encontraba institucionalizado (internación hospitalaria o residencia de larga estadía). (Tabla 1)

En 837 casos se registraron datos sobre síntomas; entre estos, el 17,08 % (n: 143) se presentó asintomático. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos y cefalea. En el Gráfico 1 se presentan las frecuencias y porcentajes de los síntomas reportados.

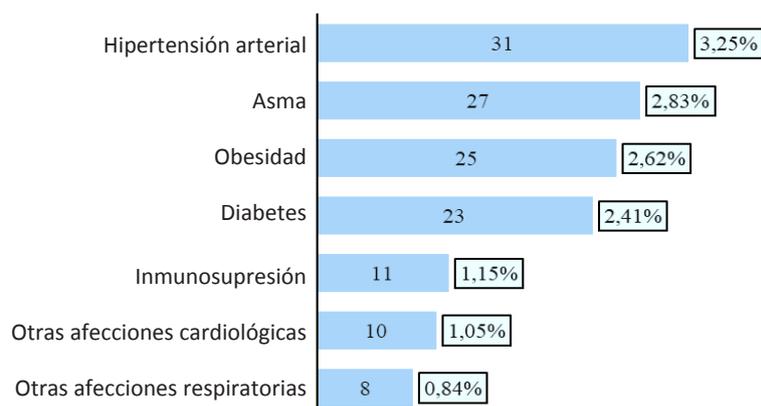
Gráfico 1. Presencia de síntomas en casos confirmados de COVID-19. Área de responsabilidad del CeSAC 28. Año 2020. n: 837*.



*Se excluyeron los casos sin datos sobre síntomas.

Fuente: SNVS2.0

Gráfico 2. Presencia de comorbilidades en casos confirmados de COVID-19. Área de responsabilidad del CeSAC 28. Año 2020. n: 953



Fuente: SNVS2.0



La prevalencia global de comorbilidades reportada fue del 14,06 % (n: 134), de ellas las más frecuentes fueron hipertensión arterial, asma, obesidad y diabetes (Gráfico 2).

Se contó con datos sobre internación de 482 casos, entre ellos el 28,84 % (n: 139) fueron hospitalizados.

Fueron registradas 13 defunciones en toda el área de responsabilidad con una tasa de letalidad de 1,36 %. El rango de edad de las defunciones fue de 44 a 88 años, con una mediana de 72 años. Siete eran mujeres y seis varones. Tres residían en barrios populares y diez en el resto del área.

Respecto al lugar de diagnóstico, el 55,19 % (n: 526) de los casos fue diagnosticado en el marco de los Operativos Detectar, el 22,14 % (n: 211) en hospitales públicos y el restante 22,67 % (n: 216) en efectores privados. En la Tabla 2 se detalla el

tipo de efector para el total del área de responsabilidad del CeSAC y según zona de residencia (Tabla 2).

En el Gráfico 3 se observa la curva epidémica por semanas epidemiológicas (en adelante SE). La curva mostró un pronunciado ascenso de casos desde la SE 24 con un pico en la SE 27 y un descenso de casos a partir de la SE 29. En las SE 32, 39 y 53 se observaron nuevos ascensos en la curva pero de menor magnitud al pico inicial (Gráfico 3).

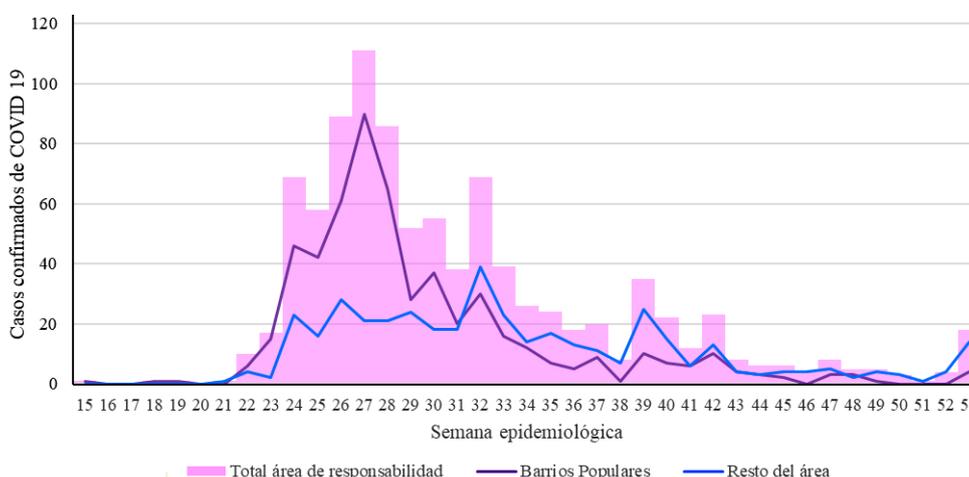
Los varones representaron el 47,62% entre los residentes de los barrios populares (n: 260) y el 53,56% en el resto del área (n: 218). Respecto a la edad, la mediana fue de 28 años para los residentes de barrios populares y de 37 años para el resto del área. En los barrios populares la población pediátrica, de 0 a 17 años, representó el 24,36% (n:

Tabla 2. Tipo de efector notificador de los casos de COVID-19 según zona. Área de responsabilidad del CeSAC 28. Año 2020. n: 953.

Efector	Área de responsabilidad CeSAC 28 n: 953 n (%)	Barrios populares n: 546 n (%)	Resto del área n: 407 n (%)
Operativos Detectar	526 (55,19)	405 (74,18)	121 (29,73)
Hospital Santojanni	105 (11,02)	62 (11,36)	43 (10,57)
Otros hospitales públicos	106 (11,12)	36 (6,59)	70 (17,20)
Obras sociales y efectores privados	216 (22,67)	43 (7,88)	173 (42,51)

Fuente: SNVS2.0

Gráfico 3. Casos confirmados de COVID-19 según semana epidemiológica. Área de responsabilidad del CeSAC 28, zona barrios populares y resto del área. Año 2020. n: 953



Fuente: SNVS2.0

133); mientras que en el resto del área representó el 14,99% (n: 61) (Tabla 3).

El porcentaje de nativos fue de 40,48 % (n: 221) en los casos residentes de barrios populares, mientras que en el resto del área fue de 78,87 % (n: 321) (Tabla 3).

En relación al tipo de contagio, considerando 459 casos residentes en barrios populares, el 77,34 % (n: 355) se identificó como contacto. En el resto del área el 73,28 % (n: 181 de 247 casos considerados) fue contacto de un caso confirmado de COVID-19 (Tabla 3).

Sobre la presencia de casos asintomáticos, el 17,75 % (n: 90 de 507 casos con datos sobre síntomas) de los casos residentes en barrios populares y el 16,06 % (n: 53 de 330 casos con datos sobre síntomas) de los casos residentes en el resto del área fueron asintomáticos (Tabla 3).

La prevalencia global de comorbilidades informadas fue levemente menor entre los casos residentes de barrios populares, 12,45 % (n: 68) en comparación al resto del área, donde fue del 16,22 % (n: 66) (Tabla 3). En la zona de barrios po-

pulares el porcentaje de hospitalizaciones fue de 23,88 % (n: 69 de 289 casos con dato de internación) y de 36,27 % (n: 70 de 193 casos con dato sobre internación) en el resto del área (Tabla 3).

En los barrios populares los efectores públicos acumularon el 92,12 % de los diagnósticos (n: 503), mientras que en el resto del área fue del 57,49% (n: 234) (Tabla 3). Se destaca la actuación del Operativo Detectar que representó el 74,18 % (n: 405) de las notificaciones en los barrios populares y en el resto del área el 29,73 % (n: 121) (Tabla 2).

Analizando el comportamiento de las curvas epidémicas según residencia, la curva de casos de los barrios populares se mostró más concentrada, con un pico entre las SE 24 y 28 inclusive, a partir de la cual se produjo un descenso y no volvieron a producirse rebotes. En esas cinco semanas se acumularon el 55,68% de los casos (n: 304) registrados en barrios populares. La curva epidémica de los casos residentes en el resto del área evidenció amesetamiento, con un pico más tardío en la SE 32, y un segundo pico menor en la SE 39.

Tabla 3. Características demográficas y epidemiológicas de los casos confirmados de COVID-19. Área de responsabilidad del CeSAC 28 según zona de residencia. Año 2020. n: 953.

Variables	Barrios populares (n= 546)	Resto del área (n= 407)
Sexo, n (%)		
Masculino	260 (47,62)	218 (53,56)
Femenino	286 (52,38)	189 (46,44)
Edad, mediana	28 años	37 años
De 0 a 17 años n (%)	133 (24,36)	61 (14,99)
Nacionalidad, n (%)		
Argentina	221 (40,48)	321(78,87)
Migrante	325 (59,52)	86 (21,13)
Tipo de contagio*, n (%)		
Contacto	355 (77,85)	181 (73,28)
Transmisión	101 (22,00)	62 (25,10)
Institucionalización	3 (0,65)	4 (1,62)
Síntomas*, n (%)		
Asintomático	90(17,75)	53(16,05)
Sintomático	417(82,25)	277(83,94)
Comorbilidades, n (%)	68 (12,45)	66 (16,22)
Internación*, n (%)	69(23,88)	70 (36,27)
Tipo de efector, n (%)		
Público	503 (92,12)	234 (57,49)
Privado	43 (7,88)	173 (42,51)

*Se excluyeron los casos sin datos.

Fuente: SNVS2.0



En la última SE del año hubo un repunte de casos (Gráfico 3).

DISCUSIÓN

Este estudio se propuso describir las características de la epidemia de COVID-19 en la zona de barrios populares y en el resto del área de responsabilidad del centro de salud. En cuanto a las variables socio-demográficas, los casos registrados de residentes en barrios populares fueron más jóvenes y con mayor presencia de población migrante, probablemente afectados por las características demográficas de cada población.^{5,8}

La estructura etaria también pudo haber afectado la distribución de las variables comorbilidades, hospitalizaciones y defunciones.

Otros estudios registraron mayor riesgo de infectarse con COVID-19 entre los residentes de barrios populares. Macchia y col. estimaron la tasa de incidencia de COVID-19 en los correspondientes a la Ciudad de Buenos Aires en 7,1 por mil habitantes al 14/07/2020; mientras que en el resto de la ciudad era de 1,6 por mil habitantes. Además, calcularon que los residentes de barrios populares tuvieron 13 veces más riesgo de enfermar que los habitantes del quintil de comunas con mejor situación socio-económica en ese periodo.¹⁰ También se realizó un estudio de seroprevalencia de COVID-19 en la Ciudad de Buenos Aires entre septiembre y octubre de 2020, el cual estimó una seroprevalencia de 42,0 % en barrios populares y de 7,4% en el resto de la ciudad.⁴ La mayor seroprevalencia en asentamientos informales también ha sido registrada en otros lugares del mundo.¹¹

Los factores que podrían explicar mayor incidencia y velocidad de transmisión de la enfermedad en barrios populares propuestos en distintos estudios son:

- Mayor circulación y menor acatamiento a las medidas de aislamiento por la necesidad de provisión de alimentos y agua potable, e incapacidad de dejar de trabajar por altos niveles de informalidad laboral.^{12,13}
- Hogares más extensos y mayor hacinamiento, lo que produce mayor contagio entre convivientes y menor cumplimiento de medidas de aislamiento por salida a espacios públicos.^{8, 12-15}
- Retraso en la consulta y el testeo, con consecuente demora en el aislamiento. La estigmatización de los residentes de barrios populares y

la incapacidad de abandonar el trabajo impactan en la demora de la consulta.^{10, 11}

Si bien este trabajo no puede construir indicadores sobre el riesgo, sí registra diferencias entre zonas en la velocidad de transmisión de la enfermedad. Las curvas epidémicas mostraron una mayor velocidad de transmisión de la enfermedad en los barrios populares, esto se observa en una curva que creció más rápidamente y con mayor concentración, mientras que en el resto del área la curva fue más aplanada y tardía. Una mayor velocidad de transmisión, también se registró en barrios populares del conurbano bonaerense.⁸

Una limitación de este estudio es el alto peso de los casos sin datos, esta característica es propia de estudios que utilizan registros que se construyen con fines de vigilancia epidemiológica y no de análisis estadístico.

Por último, es de destacar entre los resultados, la importancia de la estrategia de descentralización de los testeos desplegada desde el sector público durante la epidemia de COVID-19. El sistema público de salud fue responsable del 77,33 % (n:737) de los casos notificados del área de responsabilidad. El Operativo Detectar tuvo relevancia en el testeo de residentes de barrios populares: 3 de cada 4 casos confirmados fueron testeados allí. Su rol no fue marginal en la zona residencial donde representó el 29,73 % (n: 121) de los testeos confirmados.

CONCLUSIONES

La epidemia de COVID-19 mostró mayor velocidad de transmisión en barrios populares en relación al resto del área, que se evidencia en una curva más concentrada. El estudio da cuenta del rol central del sistema público de salud y los operativos de testeo descentralizados a la hora de diagnosticar casos de COVID-19 en la población residente en barrios populares.

Las características que asumió la epidemia de COVID-19 en barrios populares exige construir conocimiento específico sobre estas poblaciones. Se hace imprescindible la mirada desde la epidemiología local que aporte a la construcción de datos relevantes para medir las desigualdades, priorizar las necesidades y adecuar los servicios de salud a través de la estrategia de atención primaria.¹⁶

Agradecimientos

A la jefa del centro de salud, Médica Liliana Bustos, que promovió y permitió esta investiga-

ción. A las responsables de la vigilancia epidemiológica, Marcela López y Florencia Aráoz, por su trabajo dedicado, exhaustivo y comprometido con la salud del barrio. A Natalia Aráoz Olivos, médica especialista en neurología, epidemiología y estadística en salud, por su asesoramiento.

Colaboraron con la elaboración de este trabajo Méd. Natalia More, Méd. Lucía Quiroga, Lic. Daniela Febrer, Méd. María Pía Pedalino, Méd. Ana Paula Aguilar, Méd. Ignacio Carlos Del Papa, Méd. Pamela Pavez Rakela y Méd. Mariana Saraceno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Canales Cerón AI. La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile). *Notas de Población* 2021; 47 (111):13-42. [consultado el 11 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46550/S2000528_es.pdf
2. Boletín Epidemiológico Semanal Información hasta SE 15. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Internet]. 24 de abril de 2020 [consultado el 18 de mayo de 2021];192(V). Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_192_se_15_vf.pdf
3. Boletín Epidemiológico Semanal Información hasta la SE 38. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [Internet]. 2 de octubre de 2020 [consultado el 18 de mayo de 2021]; 215 (V). Disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_215_se_38_vf.pdf
4. Encuesta de Seroprevalencia COVID-19. Metodología y resultados definitivos. Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Estadísticas y Censos [Internet]. Diciembre de 2020 [consultado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/12/ir_2020_1509.pdf
5. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda GCBA. Censo 2010. Situación y caracterización de los asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires Ciudad; 30 de abril de 2015. Informe Nro.: 856. [consultado el 4 de agosto de 2021] Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/05/ir_2015_856.pdf
6. Ezeh A, Oyebode O, Satterthwaite D, et al. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *Lancet* 2017; 389 (10068): 547-58.
7. Mújica OJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para "no dejar a nadie atrás". *Rev Panam Salud Pública*. 2019; 43:e12 [consultado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
8. Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda GCBA. Encuesta anual de hogares. Estructura de población. Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires Ciudad; agosto de 2020. Informe N°: 1483 [consultado el 4 de agosto de 2021] Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2020/08/ir_2020_1483.pdf
8. Maneiro M, Bouzo S, Nardin S et al. El COVID-19 a escala intra-municipal: el peso de las desigualdades socio-territoriales, los riesgos ambientales y la situación sanitaria en los barrios populares. Sexto Reporte. [Internet]. 13 de octubre de 2020. Disponible en: <https://medium.com/@Covid19RegionSanitariaVI/sexto-reporte-8e3b18ab40f3>
9. Dirección de Estadísticas y Censos, GCBA. Anuario estadístico 2020. Ciudad de Buenos Aires. [Internet]. 25 de abril de 2022. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2022/02/anuario_estadistico_2020.pdf
10. Macchia A, Ferrante D, Battistella G, et al. COVID-19 among the inhabitants of the slums in the city of Buenos Aires: a population-based study. *BMJ Open* 2021 11 (1): e044592.
11. George C, Inbaraj L, Chandrasingh S, et al. High seroprevalence of COVID-19 infection in a large slum in South India; what does it tell us about managing a pandemic and beyond? *Epidemiol Infect* 2021; 149: e39.
12. Suaya A. Inequidad y COVID-19 en la Ciudad de Buenos Aires. Cómo afecta la pandemia a los asentamientos informales. CIPPEC [Internet]. Julio de 2020 [consultado el 12 de mayo de 2021]; Documento de trabajo nº 193. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2020/06/193-DT-MYE-Inequidad-y-COVID-en-CABA-Suaya-junio-2020-1.pdf>
13. Maceira V, Vázquez G, Ariovich A, et al. Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del Conurbano bonaerense en el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. *Rev Argent Salud Pública*. 2020; 12 Supl COVID-19:e12.
14. Ahmad K, Erqou S, Shan N, et al. Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties. *PLoS One* 2020; 15 (11):0241327.
15. Reyes-Vega MF, Soto- Cabezas MG, Cárdenas F, et al. SARS-CoV-2 prevalence associated to low socioeconomic status and overcrowding in an LMIC megacity: A population-based seroepidemiological survey in Lima, Peru. *EclinicalMedicine* 2021; 34:100801.
16. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2): 321-330.

Texto recibido: 7 de junio de 2021.

Aprobado: 13 de mayo de 2022.

Conflicto de interés: ninguno que declarar.

Forma de citar: Santomaso CA, Gómez Elías CI, Pirker Asategui MA et. al. El COVID-19 en barrios populares. Características del COVID-19 en el área de responsabilidad de un centro de salud en un centro de salud de CABA. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2022;64 (284):7-14.*