

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

Juan Calvetti y Emiliano Muñoz.

Cita:

Juan Calvetti y Emiliano Muñoz (2021). *Análisis de la seroprevalencia de COVID 19 en la villa 21/24 y Zavaleta. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Noviembre 2020. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-074/573>

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

Autores/as: Calvetti, Juan Martín; Muñoz, Emiliano; Morales, Yaima; Paggoto, Vanina; Vacchino, Diego; Luna Lorena; Salto Julieta.

1. Resumen

La pandemia de COVID tuvo desigualdades entre países. Esto también se traduce en el territorio de la CABA reflejando una vez más que las desigualdades sociales son uno de los determinantes más importantes en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. Objetivo General: Analizar la seroprevalencia de COVID 19 en la población de la villa 21-24 y Zavaleta y su relación con problemáticas de salud y condiciones de vida. Realizamos un estudio descriptivo, cuantitativo. La seroprevalencia ponderada de COVID fue de 29,45% (n=400). El promedio de edad fue de 44 años y el 70.93% fueron mujeres. El 50,4% tiene alguna enfermedad crónica. El 13,60% convive con una persona con discapacidad. El 23.47% refirió que tuvo cortes de agua y el 27.73% de luz. El 40% refiere que no tiene conexión de internet o es compartida. Tuvieron más riesgo de padecer de COVID quienes tuvieron cortes de luz y de agua y quienes compartieron baño o cocina. La seroprevalencia fue 4 veces mayor que en la CABA (7,4%). Quienes tuvieron cortes de luz, de agua y compartían baño o cocina fueron los más afectados, lo que asocia a las condiciones de vida con un mayor riesgo de contagiarse. Las dificultades de conexión a internet podrían reflejar una desigualdad en el acceso a la educación virtual.

Actores que participaron: Epidemiología Hospital Penna, CeSAC 8, CEMAR 2, Dirección de salud comunitaria, Dirección de estadísticas y censos, ACUMAR, promotoras de salud de Villa 21/24 y Zavaleta.

2. Introducción

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

La Villa 21-24 y Zavaleta queda en el barrio de Barracas. Según el censo del 2010 en el barrio de Barracas viven 89452 personas¹. Este barrio se encuentra en la Comuna 4 de la zona sur de la CABA. La comuna 4 representa los barrios de Barracas, Boca, Nueva Pompeya y Parque Patricios. La comuna presenta un 19 % de hogares por condición de pobreza y un 27,9% de población por condición de pobreza según la encuesta anual de hogares del 2006². También, presenta un 12,7% de hogares y un 14,9% de población con necesidades básicas insatisfechas según el censo del año 2010³. Estos 4 valores representan más del doble que el total de la CABA y el segundo lugar con mayor porcentaje según comuna.

En cuanto al crecimiento poblacional de la Villa 21-24 y Zavaleta, la población se triplicó en los últimos 20 años pasando de 10.822 en 1991 a 29.782 en 2010 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2012). La villa 21/24 y Zavaleta constituyen casi el 20% del total de población residente en villas y

¹ Dato obtenido de la página del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/banco_datos/ficha.php?id=5064&idtema=8&idsubtema=47&idssubtema=51

² Dato obtenido de Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Encuesta Anual de Hogares 2006

(http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/banco_datos/ficha.php?id=316&idtema=5&idsubtema=18&idssubtema=124 y

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/banco_datos/ficha.php?id=321&idtema=5&idsubtema=18&idssubtema=124).

³ Dato obtenido de la Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la CABA sobre la base de datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010

(http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/banco_datos/ficha.php?id=4368&idtema=5&idsubtema=18&idssubtema=125).

asentamientos de la ciudad. Casi la mitad de sus habitantes son población migrante proveniente de otros países: Paraguay, Perú, Bolivia y Uruguay, entre otros. Los tipos de trabajos realizados por esta población son: la construcción, el servicio doméstico, trabajadores fabriles con baja calificación (textil, confección y calzado). Un 40% de las viviendas presenta características deficitarias: piso de tierra o ladrillo suelto u otro material, no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, no disponen de inodoro con descarga de agua. También, existen viviendas precarias irrecuperables por la insuficiente calidad constructiva de sus materiales: viviendas tipo rancho, casilla, pieza en inquilinato, local no construido para habitación, vivienda móvil (Bozzola et al., 2013). No obstante estas características en común, hay situaciones heterogéneas en términos de las condiciones de vida de la población residente. Otra particularidad es que dentro del área de referencia se encuentran dos asentamientos: “Loma Alegre” que se comenzó a constituir a principios del año 2000 sobre terreno de escombros y desechos domiciliarios, y, en abril de 2006, se conforma un nuevo asentamiento, conocido actualmente como San Blas. La población de la Villa 21/24 presenta una alta prevalencia de anemia, enfermedades respiratorias, intoxicación por metales pesados y una “mala” salud maternal (Miller, 2014). En el catastro aparece como un espacio verde y la propiedad de la tierra no está regularizada (Bozzola et al., 2013).

El distrito escolar N°5 de la Ciudad de Buenos Aires en donde se encuentra la villa 21-24 y zavaleta tiene un elevado índice de vulnerabilidad social⁴ (Con et al., 2011). Además, presenta un 17% de personas con Necesidades Básicas

⁴ El índice de vulnerabilidad social asigna a cada hogar un puntaje en función de su condición frente a un conjunto de características: hacinamiento, material de la vivienda, carga de dependencia por jubilado, carga de dependencia por ocupado, hogares que no reciben ingresos por trabajo ni jubilación ni pensión, hogares con al menos un integrante sin cobertura exclusiva del sistema público de salud, hogares con un promedio de años de escolarización de la población de 18 años y más, menor a 7, hogares con un promedio de años de escolarización de la población de 18 años y más, entre 7 y menos de 12.

Insatisfechas, 40% de población por debajo de la línea de pobreza/indigencia, 10% con primario incompleto de la población de 25 años y más, 7% de mujeres en edad fértil con escuela primaria incompleta, 42% de población con única cobertura de salud del subsector público, 14% de desocupación, el porcentaje más bajo de ingresos promedio y el porcentaje más alto de maternidad adolescente⁵.

La villa 21-24 y Zavaleta tiene 4 centros de salud públicos dependientes del hospital Penna y un Cemar dependiente del ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires. En Abril de 2020 se instaló un Detectar que depende del Cemar para realizar los testeos de covid a la población. Se realizó un trabajo conjunto entre los centros de salud, el área de epidemiología del Penna y el Cemar para intervenir en el seguimiento de las personas que tuvieron contacto estrecho con personas con covid. También, se realizó un trabajo conjunto con el comité de emergencia de villa 21-24 y zavaleta en el que participamos los/as trabajadores/as de los centros de salud para realizar acciones en el contexto de la epidemia. De ese espacio surge la necesidad de conocer la seroprevalencia del barrio. Nuestro objetivo general fue analizar la seroprevalencia de COVID 19 en la población de la villa 21-24 y Zavaleta y sus relación con problemáticas de salud y condiciones de vida.

3. Antecedentes de la investigación actual

- Por su relación con la determinación social de la salud, tenemos como estudio previo relevante el ESSECO (Estudio de Seroprevalencia de Covid 19) del Barrio 31 de la Ciudad de Buenos Aires llevado a cabo entre el 10 de Junio y el 1 de Julio de 2020,

⁵ Este texto es un extracto de un Análisis de situación de salud presentado en las Jornadas del Hospital Penna en el año 2006. El mismo fue realizado por un grupo de trabajadores que pertenecen a los CeSAC del área con datos del INDEC.

cuyo resultado fue del 53,4% (95%IC, 52.8% a 54.1%). Se utilizó la misma tecnología COVIDAR IgG (Figar et al., 2020).

- Entre el 8 de septiembre y el 18 de octubre de 2020 se realizó el Estudio de Seroprevalencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires incorporando conclusiones interesantes respecto a la desigualdad entre barrios urbanizados y no urbanizados. Aquel estudio presentó un valor promedio de seropositividad de 42% para barrios vulnerables y 7.4% para el resto de la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020).
- Seroprevalencia de anticuerpos IgG contra el SARS-CoV-2 en personas asintomáticas y paucisintomáticas en un estudio de 5 meses en Argentina. Estudio transversal basado en la población general de Santa Fe, Argentina (muestra no probabilística) llevado a cabo entre julio y noviembre del 2020. Se realizó un seguimiento de un subgrupo de 20 personas seropositivas para analizar la persistencia de los anticuerpos IgG. Para la detección de los anticuerpos IgG contra SARS-COV-2, se empleó el kit ELISA COVID-AR IgG®. Resultados. Hubo 3.000 participantes divididos en un grupo asintomático y un grupo paucisintomático (n=1 500 cada grupo). De la muestra total, sólo 8,83% (n=265) presentó una reactividad de IgG contra el SARS-CoV-2. Se observó una asociación significativa entre anticuerpos IgG positivos contra el SARS-CoV-2 y antecedente de contacto con un caso confirmado. La tasa de transmisión en el hogar fue de 30% aproximadamente. En el grupo paucisintomático, entre las personas seropositivas, la anosmia y la fiebre presentaron un OR de 16,8 (IC 95% 9,5-29,8) y 2,7 (IC 95% 1,6-4,6), respectivamente (p <0,001). En los pacientes

asintomáticos, los niveles de IgG fueron inferiores en comparación con los pacientes paucisintomáticos, con tendencia a la baja pasados cuatro meses desde la aparición de los síntomas. Conclusiones: se observó una seroprevalencia baja, indicadora de una gran población susceptible a la infección. La anosmia y la fiebre fueron factores predictivos independientes de relevancia para la seropositividad. Los pacientes asintomáticos mostraron niveles inferiores de anticuerpos durante el seguimiento de cinco meses. Los anticuerpos IgG tendieron a disminuir hacia el final del período con independencia de los síntomas (Rodeles et al., 2021).

- Vigilancia y Seroprevalencia: Evaluación de anticuerpos IgG para SARS-Cov2 mediante ELISA en el barrio popular Villa Azul, Quilmes, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Estudio descriptivo de corte transversal realizado a través de una muestra probabilística sistemática. El tamaño de la muestra fue de 311 casos y consintieron la aplicación del test 284 casos. El 61% eran mujeres. La media de edad era de 40 años, la estructura poblacional era similar a la del universo. La presencia de anticuerpos fue del 14,8% de los casos, la mayoría en mujeres y de 40 años que no salieron a trabajar y no utilizaron transporte público. El ser trabajador de la salud no representó un riesgo acrecentado para el contagio. Se observa que de cada un caso sintomático existirían 1,2 asintomáticos. Conclusiones: Hubo una prevalencia mayor de personas con anticuerpos que en otros estudios, aunque comparando territorios similares la prevalencia de anticuerpos fue menor y esto puede ser una consecuencia de un abordaje territorial oportuno. La seroprevalencia fue predominantemente en mujeres y esto no indicaría mayor contagio en este sexo ya que existe

incertidumbre en la relación entre infección y anticuerpos. Se observó que los contagios podrían haber sido dentro del hogar o el entorno comunitario ya que afectó a personas que no salían a trabajar. De las personas que presentaron anticuerpos (42 personas), el 16,7% fueron notificadas en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) (7 casos). El 83,3% (35 casos) no figuraban en el SNVS como caso confirmado. De estos 35 casos, únicamente una persona relató haber tenido síntomas y no utilizó los servicios de salud. En el momento del brote, el barrio tenía un sistema de búsqueda activa puerta a puerta que garantizaba acceso a quien requiera cuidados y diagnóstico (Muñoz, 2020).

- Seroprevalencia de los anticuerpos IgM e IgG del SARS-CoV-2 en una población asintomática en Sergipe, Brasil. Estudio de seroprevalencia de anticuerpos dirigidos contra el SARS-CoV-2 en una población asintomática del estado de Sergipe, Brasil. Métodos. Estudio transversal con muestreo estratificado (por sexo y edad) que incluyó pruebas serológicas de inmunofluorescencia para IgM e IgG en muestras de 3 046 individuos asintomáticos. La recolección de muestras se realizó en los mercados húmedos de las 10 ciudades más pobladas de Sergipe, Brasil. Se excluyó a los individuos sintomáticos y a los trabajadores de la salud. Se registró la presencia de comorbilidades. Resultados. De los 3 046 participantes, 1 577 (51,8%) eran mujeres y 1 469 (48,2%) varones; la edad promedio fue de 39,76 (SD 16,83) años. Se consideraron válidas 2 921 pruebas para la IgM y 2 635 para la IgG. De las muestras válidas, 347 (11,9% [CI 10,7%-13,1%]) resultaron positivas para IgM y 218 (8,3% [CI 7,2%-9,4%]) para IgG. Las mujeres mayores de 40 años tuvieron la mayor prevalencia de IgM (grupo C, $p=0,006$; grupo D, $p=0,04$). Aracaju, la capital del estado,

mostró la mayor prevalencia para ambos anticuerpos; 83 (26,3% [CI 21,6%-31,6%]) resultaron positivas para IgM y 35 (14,6% [CI 10,4%-19,7%]) para IgG. Las comorbilidades más frecuentes fueron la hipertensión (64/123 individuos) y la diabetes (29/123). Conclusiones. Se encontró una alta prevalencia de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 en personas asintomáticas en Sergipe. Las mujeres mayores de 40 años mostraron las tasas más altas (Borges et al., 2020).

- Seroprevalencia de anticuerpos IgG anti-SARS-CoV-2 en Ginebra, Suiza (SEROCoV-POP): estudio poblacional. Seroprevalencia semanal de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 en la población de Ginebra, Suiza, durante la epidemia. Serie de 12 encuestas serológicas semanales consecutivas entre los participantes seleccionados al azar de una encuesta anterior representativa de la población y los miembros de su hogar de 5 años o más. Pruebas a cada participante para detectar anticuerpos anti-SARS-CoV-2-IgG usando un ELISA disponible comercialmente. Se estimó la seroprevalencia utilizando un modelo de regresión logística bayesiano teniendo en cuenta el rendimiento de la prueba y ajustando la edad y el sexo de la población de Ginebra. A continuación, los resultados de las primeras 5 semanas del estudio. Entre el 6 de abril y el 9 de mayo de 2020, se inscribieron a 2766 participantes de 1339 hogares, con una distribución demográfica similar a la del cantón de Ginebra. En la primera semana, la seroprevalencia estimada fue del 4,8% (IC del 95%: 2,4–8,0, n = 341). La estimación aumentó a 8,5% (5,9-11,4, n = 469) en la segunda semana, a 10,9% (7,9-14,4, n = 577) en la tercera semana, 6,6% (4,3–9,4, n = 604) en la cuarta semana y

10,8% (8,2–13,9, n = 775) en la quinta semana. Las personas de 5 a 9 años (riesgo relativo [RR] 0,32 [IC 95% 0,11-0,63]) y los mayores de 65 años (RR 0,50 [0,28-0,78]) tenían un riesgo significativamente menor de ser seropositivo que las personas de 20 a 49 años. Después de contabilizar el tiempo hasta la seroconversión, se estimó que por cada caso confirmado notificado, había 11,6 infecciones en la comunidad. Asumiendo que la presencia de anticuerpos IgG está asociada a la inmunidad, estos resultados ponen de manifiesto que la epidemia está lejos de llegar a su fin con menos personas susceptibles en la población. Además, se observó una seroprevalencia significativamente menor en niños de 5 a 9 años y adultos mayores de 65 años, en comparación con los de 10 a 64 años (Stringhini et al., 2020).

4. Marco teórico

A. Desigualdades

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

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

Whitehead (1992) plantea que existen siete “factores determinantes” de las diferencias en salud:

1. La variabilidad biológica
2. La libre elección de un comportamiento que dañe la salud
3. La ventaja transitoria de un grupo que adopta un comportamiento que promueve la salud sobre otro hasta que este tenga los medios para nivelarse rápidamente con el anterior
4. Cuando la elección de los estilos de vida se encuentran restringidos y un comportamiento daña la salud.
5. Exposición a condiciones desfavorables para la salud.
6. Un inadecuado acceso a los servicios de salud.
7. La relación entre la selección natural o la movilidad social y la salud.

Las categorías 4, 5 y 6 y, en algunas ocasiones, también la 7 son consideradas como potencialmente evitables (Whitehead, 1992). Las desigualdades en salud reflejan, fundamentalmente, las desigualdades sociales.

B. Modelos asistenciales

Los modelos asistenciales son combinaciones de tecnologías⁶ utilizadas en las intervenciones sobre problemas y necesidades sociales de salud (Paim, 2006,

⁶ Tecnologías: “refiere a las relaciones que se establecen en el interior del proceso de trabajo entre la actividad operante y los objetos de trabajo, a través de los momentos del proceso de acuerdo a los objetivos y las finalidades del mismo” (Mehry, 2006, p. 66 apud Mendes Gonçalves, 1994, p. 18).

2008). Coexisten diferentes modelos que se relacionan e interactúan en el campo de la salud. Los modelos dominantes podrían ser el modelo médico hegemónico centrado en la atención de enfermedades y el modelo sanitarista en donde priman las campañas, los programas y la vigilancia epidemiológica. Estos modelos se encuentran en crisis ya que se institucionalizan en políticas y prácticas sociales y se distancian de los intereses y necesidades de la mayoría de la población (Paim, 2008). Un modelo alternativo implicaría reorganizar los servicios de salud comenzando por reconocer y conocer los problemas de salud y sus determinantes sociales y culturales. Este modelo debe privilegiar la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños teniendo en cuenta las dimensiones sociales y culturales para el cuidado de la salud de las personas y grupos poblacionales (Paim, 2006, 2008). Paim (2006, 2008) plantea diferentes tecnologías (formas de organizar el trabajo) para resolver problemas de salud y atender a las necesidades individuales y colectivas y que nos permitan producir nuevos modelos de intervención: identificar y programar en función de las necesidades sociales, generar acciones educativas y de prevención y atención por fuera de los muros de las instituciones sanitarias, reorganizar la puerta de entrada a las instituciones y transformar los vínculos entre los/as trabajadores/as de la salud y las personas que utilizan los servicios, producir vigilancia en salud reorientando los servicios para fortalecer las acciones epidemiológicas, fomentar políticas de ciudades saludables incluyendo la promoción de la ciudadanía y la participación de la población en el planeamiento y ejecución de intervenciones intersectoriales dirigidas a las mejora de la calidad de vida, fortalecer las estrategias de promoción de la salud que contribuyan a mejorar las condiciones y estilos de vida de grupos poblacionales específicos formulando políticas públicas intersectoriales dirigidas a la educación y comunicación en salud.

Uno de los aspectos centrales de los modelos asistenciales es la producción de cuidados (Merhy & Vega, 2006). Es la relación entre dos personas, una que tiene una necesidad y otra, socialmente legitimada, que la satisface, la relación entre el sufrimiento y aquello que lo alivia, “es un espacio especializado para prevenir,

resolver o atender ese conjunto de necesidades llamadas enfermedades” (Arouca, 2008). Arouca (2008) problematiza esa relación: antes de ser un saber concentrado en un grupo determinado, la clínica era una relación universal entre los seres humanos. La producción de cuidados es un proceso de trabajo que se compone de conocimiento científico y saber corporizado a nivel técnico como instrumentos, tecnologías y conductas, y una relación social específica que se dirigen a satisfacer necesidades biológicas y sociales determinadas por la experiencia histórica de los sujetos frente al modo de vivir la vida (Arouca, 2008).

Paim (2006, 2008) propone a la vigilancia sanitaria como una de las estrategias para la intervención, las describe como un conjunto de tecnologías dirigidas a proteger los medios de vida⁷ y a satisfacer las necesidades sociales en un contexto determinado. Las situaciones de vulnerabilidad nos indican amenazas o deterioros de esos medios de vida. El conjunto de tecnologías que nos permitan luchar contra las vulnerabilidades encontradas tienen que ser pensadas interdisciplinariamente al interior de las instituciones y asociarlas con otras tecnologías disponibles para reorganizar los servicios de salud. La “vigilancia de la salud” combina acciones de promoción, prevención y curación e interviene de manera intersectorial sobre el territorio con la forma de operaciones (Paim, 2006).

C. DERECHOS

Tanto los derechos a la salud como a la educación son considerados derechos prestación o positivos. Son aquellos que los Estados deben ofrecer pero que en épocas liberales se suele aducir falta de recursos para no cumplirlos. Son derechos de segunda generación. Rovere (1999) menciona el concepto de equidad por detrás del concepto de derecho a la salud enumerando tres tipos de equidades: 1. Equidad en la atención, 2. Equidad en la distribución de los riesgos y 3. Equidad en la distribución del saber y del poder en salud. Respecto a la

⁷ Medios de vida son una parte de las necesidades sociales, ya que son consumidos e incorporados en el proceso productivo, ej: energía, nutrientes, medicamentos, tecnologías, ambiente (Paim, 2001a; 2006b).

segunda equidad refiere a los riesgos de enfermarse, de discapacitarse o de morir por causas evitables. La palabra evitable es la clave de la lógica del derecho: un daño inevitable no configura derecho, mientras que un daño que es evitable pero no se evita, sí, porque hay un derecho que se está rompiendo.

5. Metodología

A. Objetivos

Nuestro objetivo general fue analizar la seroprevalencia de COVID 19 y sus relación con problemáticas de salud y condiciones de vida en la población de la villa 21-24 y Zavaleta, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, en noviembre de 2020.

Objetivos específicos:

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

Analizar las problemáticas de salud de la población.

Analizar la seroprevalencia de COVID 19 en la población.

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

B. Descripción del diseño

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

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

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

Describir el tipo de muestra, la toma y el circuito de estudio de la muestra

El muestreo probabilístico fue llevado a cabo a través de la dirección general de estadísticas y censos en base a los datos de los censos nacionales del 2010 y del IVC (Instituto de la Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires) de la villa 21-24 y Zavaleta del año 2017 para el grupo etario de mayores de 18 años. Se obtuvo la representatividad de los 20 radios censales del barrio a partir de la cartografía del IVC desarrollada en 2012.

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

Una vez seleccionada la persona a ser entrevistada se le realizaba el estudio de seroprevalencia que constaba de una serie de preguntas previas para decidir la toma de la muestra capilar, antecedentes de salud relevantes, y una encuesta de hogares.

En Argentina contamos desde Mayo 2020⁸ con la producción nacional del test “COVIDAR IgG”, desarrollo liderado por científicos del CONICET y del Instituto Leloir, que permite determinar si una persona tiene anticuerpos contra el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y utilizado con criterio epidemiológico permite evaluar la evolución de la pandemia de COVID-19.

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

⁸ Investigadores argentinos logran desarrollar el primer test serológico del país para el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Disponible en: https://www.conicet.gov.ar/?post_type=post&p=85304).

1. Variables

Como se puede observar en el Anexo A, se encuentra la encuesta realizadas en las viviendas que se tomaron como muestra. Dentro de las variables que consideramos se encuentran:

- D. Sociodemográficas.
- E. Síntomas de COVID y testeos previos a la entrevista.
- F. Contacto estrecho con persona con COVID y lugar de contacto.
- G. Problemáticas de salud.
- H. Condiciones de vida.

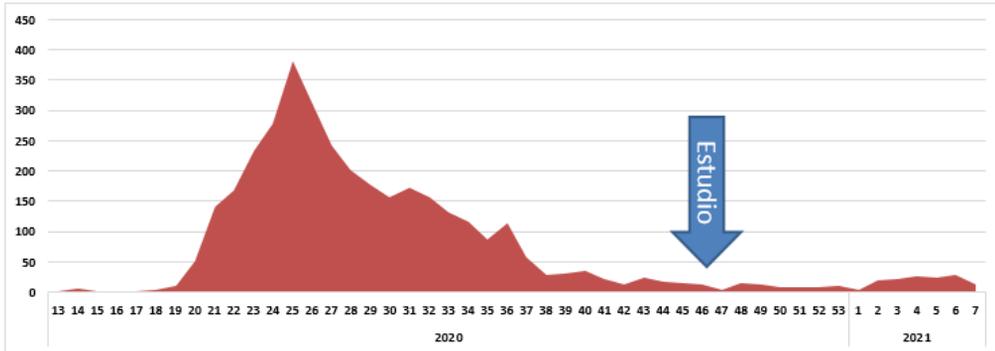
2. Consideraciones éticas

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

6. Resultados

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

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

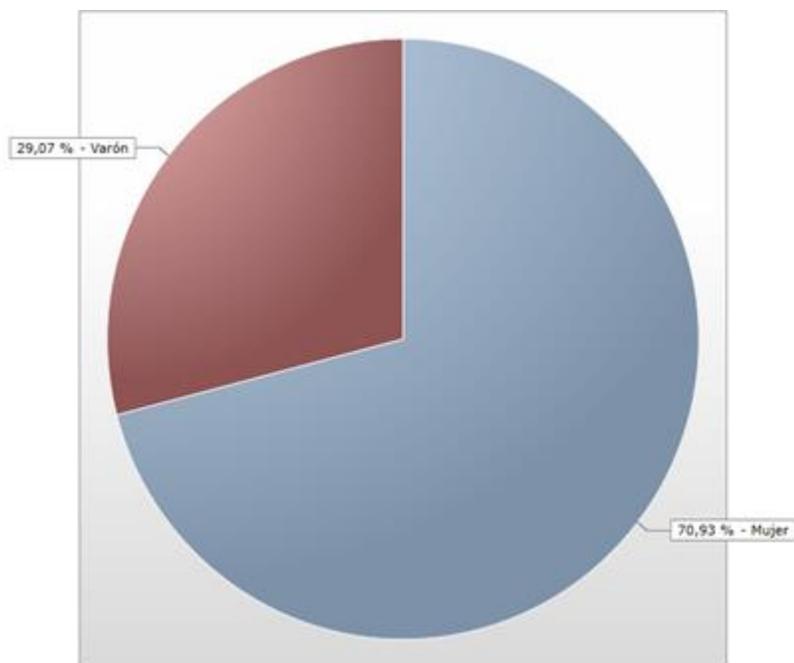


Fuente: elaboración propia con datos del equipo de epidemiología del Área Programática del Hospital Penna.

A. Aspectos sociodemográficos y de condiciones de vida

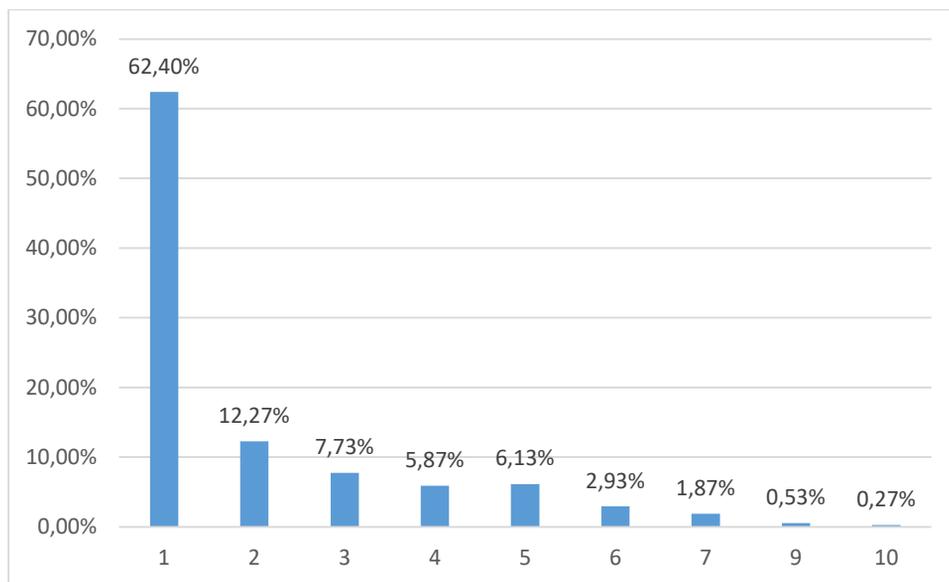
El promedio de edad de los/as entrevistados/as fue de 44 años (rango 18-89). El 70,93% de las/os entrevistados/as fueron mujeres (gráfico 3). El 98,93% contestaron que tenían documento de origen argentino y el 1,07% restante de origen paraguayo. En el 37,60% de las viviendas respondieron que conviven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

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



Fuente: elaboración propia.

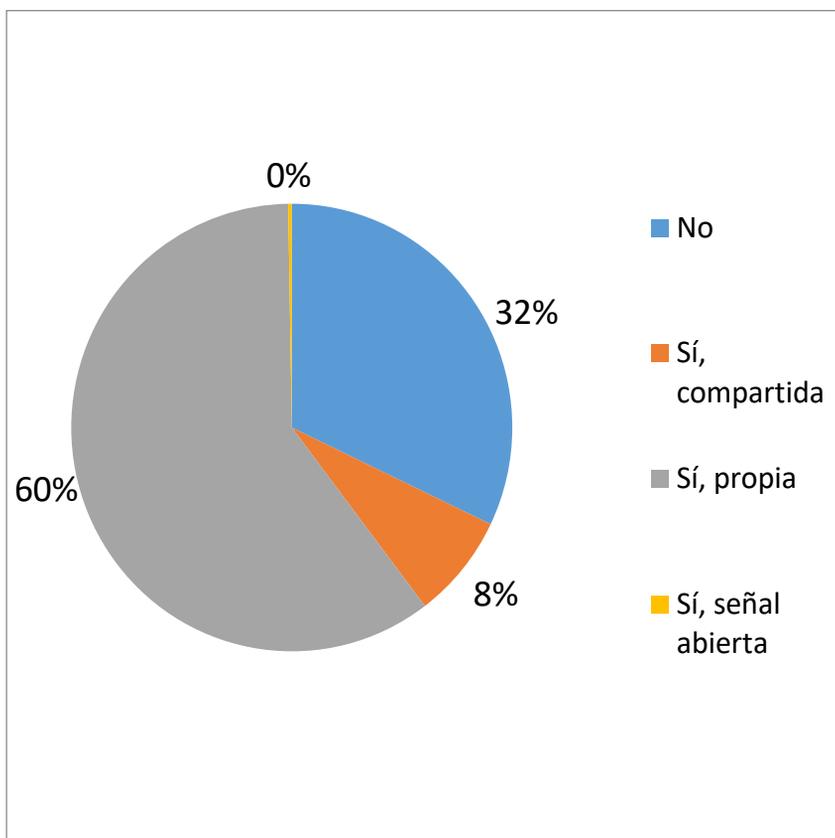
Gráfico 4. Proporción de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según cantidad de familias que conviven en la vivienda, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

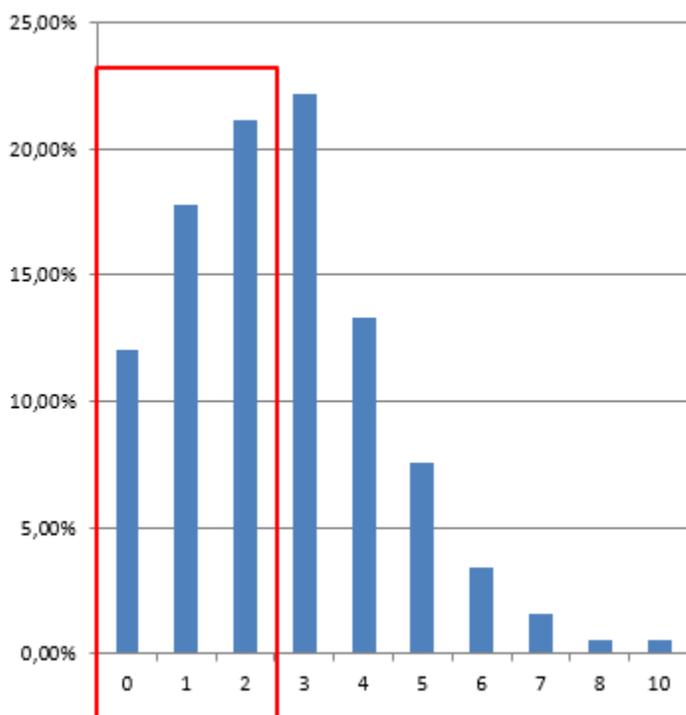
Con respecto a las condiciones de vida se indagó sobre provisión de agua, luz e internet a las viviendas. El 96,80 % respondió que tiene agua de red, pero el 23.47% refiere que tuvo cortes de agua en el último mes y el 25.60% refiere que tuvo que acumular agua en recipientes en el último año para su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

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



Fuente: elaboración propia.

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



Fuente: elaboración propia.

B. Problemáticas de salud

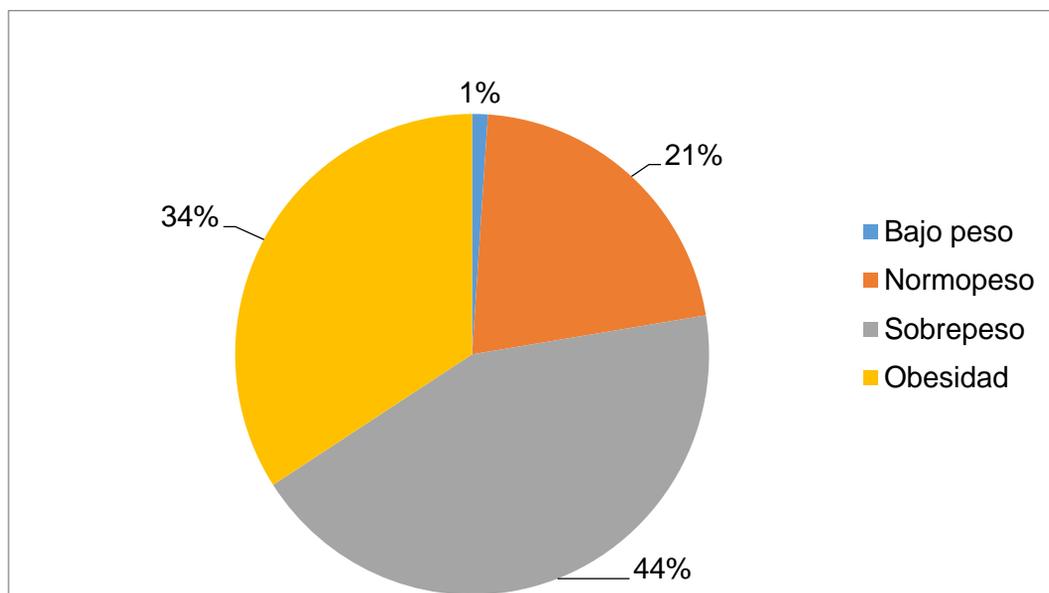
En relación a las problemáticas de salud encontramos que el 50,4 % de las personas encuestadas tenían alguna enfermedad crónica no transmisible siendo el tabaquismo (22,67%) y la hipertensión (18,67%) las más frecuentes (cuadro 1). En cuanto a sobrepeso y obesidad encontramos que el 78% de la población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

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

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

Fuente: elaboración propia.

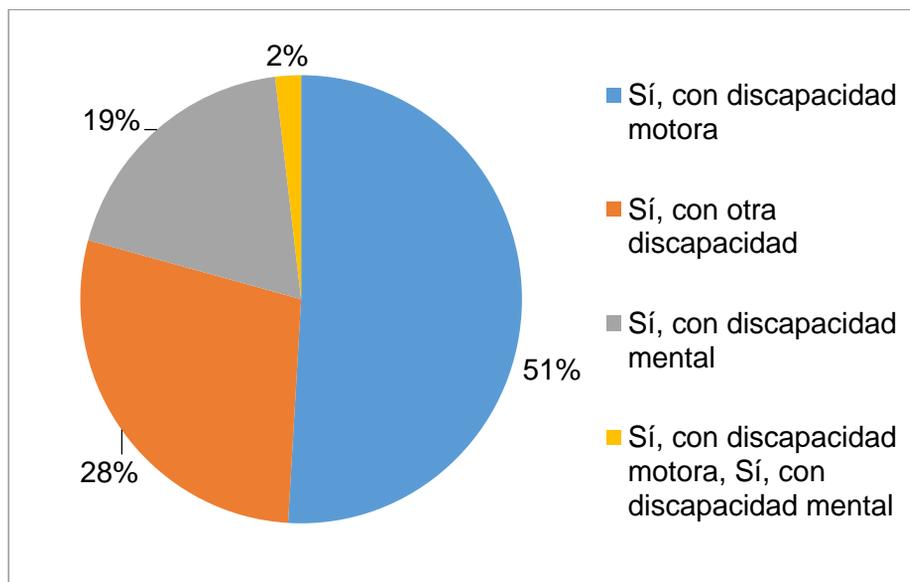
Gráfico 7. Porcentaje de la población entrevistada de Villa 21/24 y Zavaleta según categoría de peso, CABA, Argentina, septiembre 2020.



Fuente: elaboración propia.

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

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



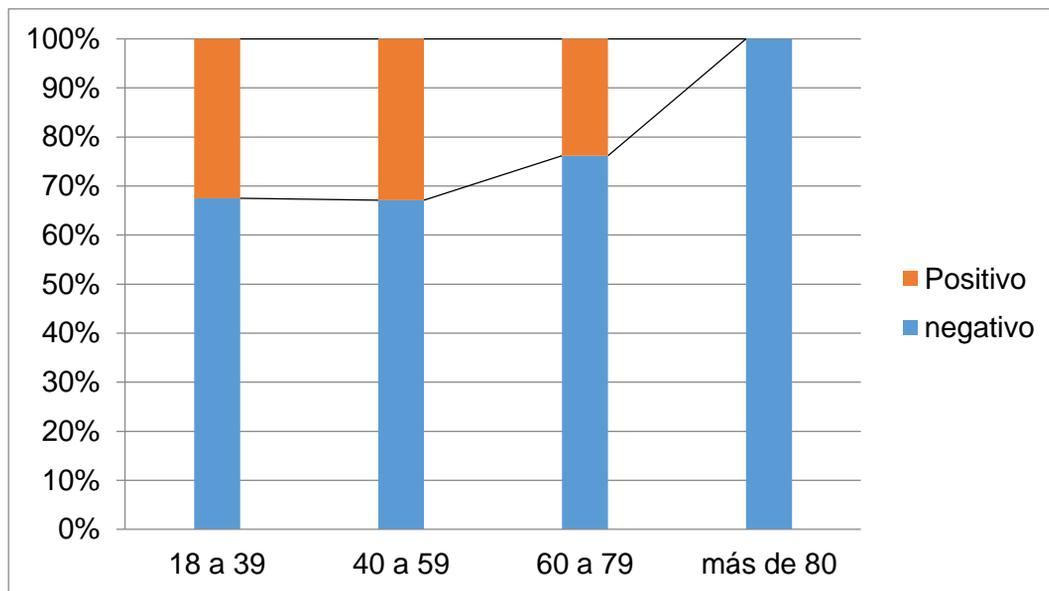
Fuente: elaboración propia.

C. Asociaciones con el padecimiento de COVID

Por último, presentamos los resultados de las serologías hechas en las viviendas. El 29,45%⁹ (IC95% 28,89 - 30,00) tuvo un resultado positivo para anticuerpos contra COVID 19. Pudimos observar también que la positividad de los resultados disminuye a partir de los 60 años de edad (gráfico 9).

⁹ Este resultado es la prevalencia ponderada de la población. El factor de expansión de cada persona encuestada fue determinado por la Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

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



Fuente: elaboración propia.

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

7. Conclusiones

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

Cuando comparamos los resultados con el estudio de la villa 31 y el de los barrios vulnerables hecho en la Ciudad de Buenos Aires (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2020; Figar et al., 2020) pudimos observar que la prevalencia era menor. Esto se podía estar relacionando con que la distancia entre el pico de casos y el estudio fue mayor, pero también con las medidas de protección que se llevaron adelante desde el comité de emergencia de villa 21-24 y Zavaleta entre ellas: las organizaciones sociales se dividieron el territorio para asistir adultos mayores y personas con factores de riesgo y les llevaban la medicación y los bolsones de comida. Los centros de salud y el CEMAR armamos una red de acompañamiento de contactos estrechos y de asistencia a familias en aislamiento por contacto estrecho articulando con el Instituto de la Vivienda de la Ciudad quienes proveían de bolsones de comida e higiene a las familias, entre otras.

8. Bibliografía

- Almeida-Filho, N. (1999). Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. *Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada*, 153-153.
- Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista: Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Borges, L. P., Martins, A. F., Melo, M. S. de, Oliveira, M. G. B. de, Neto, J. M. de R., Dósea, M. B., ... Souza, D. R. V. de. (2020). Seroprevalence of SARS-CoV-2 IgM and IgG antibodies in an asymptomatic population in Sergipe, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.108>
- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar.
- Czeresnia, D., Freitas, C. M. de, & García de la Santa, C. (Eds.). (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (1. ed). Buenos Aires: Lugar Ed.
- Dirección General de Estadísticas y Censos, M. de H. y F., CABA. (2020). *Encuesta de Seroprevalencia de COVID-19. Ciudad de Buenos Aires. Informe de Resultados 1501*. Recuperado de

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

- Figar, S., Pagotto, V., Luna, L., Salto, J., Manslau, M. W., Mistchenko, A. S., ... Quirós, F. G. B. de. (2020). Community-level SARS-CoV-2 Seroprevalence Survey in urban slum dwellers of Buenos Aires City, Argentina: A participatory research. *MedRxiv*, 2020.07.14.20153858. <https://doi.org/10.1101/2020.07.14.20153858>
- Hugo Spinelli. (2005). Condiciones de salud y desigualdades sociales: Historias de iguales, desiguales y distintos. En M. C. Minayo & C. Coimbra, *Críticas e Atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. (pp. 315-332). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1979). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiologic approach* (3d ed). Huntington, N.Y: R. E. Krieger.
- Merhy, E. E., & Vega, L. I. N. D. (2006). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Muñoz, L. (2020). *Surveillance and Seroprevalence: Evaluation of IgG antibodies for SARS-Cov2 by ELISA in the popular neighborhood Villa Azul, Quilmes, province of Buenos Aires, Argentina*. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/ppcovidwho-4606>
- Paim, J. S. (2006). Vigilancia de la salud: De los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En D. Czeresnia, C. M. de Freitas, & C. García de

la Santa (Eds.), *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (1. ed). Buenos Aires: Lugar Ed.

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Anexos

A. ENCUESTA



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

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

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

DATOS DEL RELEVADOR

Apellido y Nombre _____ N° _____

(CARÁCTER ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y RESERVADO - LEY 17.622)

"Artículo 10: Las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial, ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieren."

DATOS DE LA VISITA

F1

Visitas efectuadas a la vivienda

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

Observaciones

DV1

¿Puede realizar la entrevista?

1. Si

2. No

DV3

DV2

Fecha de la entrevista

/ / 2020

DV4

¿Alguna persona de esta vivienda fue diagnosticada con COVID-19 positivo hace menos de 14 días?

1. Si

2. No

FIN DE LA ENTREVISTA

DV5

¿En esta vivienda vive y está presente alguna persona de 18 años o más?

1. Si

2. No

CP

FIN DE LA ENTREVISTA

DV3

¿Por qué motivo no pudo realizar la entrevista?

1. La vivienda está deshabitada
 2. La vivienda está demolida
 3. La vivienda se usa solo los fines de semana o muy esporádicamente
 4. La vivienda está en construcción y allí no vive nadie
 5. La vivienda se usa como establecimiento y no tiene uso residencial
 6. En la dirección de referencia no se encuentra la vivienda especificada
 7. Los habitantes de la vivienda están ausentes
 8. Los habitantes de la vivienda rechazan ser entrevistados
 9. Otras causas
- Especifique _____

HABITANTES DE LA VIVIENDA

F2

CP ¿Cuántas personas viven habitualmente en esta vivienda?

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

FORMULARIO INDIVIDUAL

F3

P12 Nombre de la persona seleccionada _____

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

SP2 N° celular: _____

SP3 Teléfono fijo: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D6 En los últimos dos meses, ¿tuvo alguno de los siguientes síntomas...?

1. fiebre?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
2. escalofríos?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
3. cansancio intenso?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
4. dolor de garganta?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
5. tos?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
6. sensación de falta de aire al respirar?	-1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
7. dolor de cabeza?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
8. náuseas o vómitos o diarrea?	-1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>
9. pérdida súbita de sentido del olfato o gusto?	1. Sí	-	<input type="checkbox"/>	2. No	<input type="checkbox"/>

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

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

Estudio de Seroprevalencia 21.24 - Encuesta de Hogares

CÓDIGO DE MUESTRA -

1. ¿Qué cantidad de familias viven en la vivienda?

- 1
- 2
- 3
- __

2. ¿Qué cantidad de familias comparten baño y/o cocina?

- 0
- 1
- 2
- __

3. ¿Hay servicio de agua de red (agua corriente)?

- Sí
- No

4. ¿Hay servicio de energía eléctrica por red domiciliaria?

- Sí
- No

5. Cortes de agua en el último mes:

- 0
- 1
- 2
- __

6. Cortes de luz en el último mes:

- 0
- 1
- 2
- __

7. ¿Tuvieron que acumular agua en recipientes en el último año?

- Sí
- No

8. ¿Hay personas con discapacidad en la vivienda?

- Sí, con discapacidad motora
- Sí, con discapacidad mental
- Sí, con otra discapacidad
- No

9. ¿Hay alguna persona con algún problema de salud que dependa de la electricidad para vivir?

- Sí
- No

10. ¿Cuenta con conexión a internet desde su hogar?

- Sí, propia
- Sí, compartida
- Sí, señal abierta
- No

11. ¿Con cuántos dispositivos para conectarse a internet cuentan en la casa (computadora, tablet, teléfono celular, etc.)?

- 0
- 1
- 2
- __

B. RESULTADOS DE ANÁLISIS MULTIVARIADO PONDERADO

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

Fuente: elaboración propia.