

COVID-19 en los barrios populares de dos ciudades argentinas

COVID-19 in working-class neighborhoods of two Argentine cities

Andrea Mastrangelo (<https://orcid.org/0000-0003-2844-6883>)^{1,2,3}

Silvia Hirsch (<https://orcid.org/0000-0002-6086-085X>)³

Flavia Demonte (<https://orcid.org/0000-0003-3786-2635>)^{1,3}

Abstract *This paper presents a synchronic analysis of the diseases during the emergence of COVID-19, the management and impact of the lockdown, and how the media narrated these events in working-class neighborhoods of the metropolitan areas of Buenos Aires and Gran Resistencia from March to November 2020. We resorted to quantitative methods on secondary sources to describe poverty and syndemics and conducted week-by-week ethnographic and media research on 38 neighborhoods with water shortages and critical overcrowding. As a result, COVID-19 syndemically emerged with dengue, measles, and tuberculosis, and the preventive measures exacerbated institutional and gender violence, the Werther effect, and the neglect of other illnesses. Ethnography revealed syndemics with noncommunicable diseases and the influence of structural violence on health. The media analysis shows interest in the districts associated with the fear of contagion, but they disappear from the media agenda once dispelled.*

Key words *Coronavirus infections, Anthropology, Social inequality, Media*

Resumen *El artículo presenta un análisis sincrónico de los padecimientos que acompañaron la emergencia de la COVID-19, la gestión e impactos del confinamiento y un análisis de cómo los medios de comunicación narraron esos fenómenos en los barrios populares de las áreas metropolitanas de Buenos Aires y Gran Resistencia, entre marzo y noviembre 2020. Se aplicaron métodos cuantitativos a fuentes secundarias para describir la pobreza y las sindemias, y se realizó un relevamiento etnográfico y mediático semana a semana en 38 barrios con limitaciones en el abastecimiento de agua y hacinamiento crítico. Como resultado, la COVID-19 emerge en sindemia con dengue, sarampión y tuberculosis y las medidas de prevención incrementan la violencia institucional y de género, el efecto Werther y desatención en otros padecimientos. La etnografía revela sindemia con enfermedades crónicas no transmisibles y los efectos de la violencia estructural sobre la salud. El análisis de los medios muestra interés sobre los barrios asociado al temor de contagio, pero una vez disipado, desaparecen de la agenda mediática.*

Palabras clave *Infecciones por coronavirus, Antropología, Inequidad social; Medios de comunicación*

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Av. Paseo Colón 568.

C1063ACR Buenos Aires Argentina. andreaveronica.mastrangelo@gmail.com

² Centro Nacional de Investigación y Diagnóstico en Endemo-Epidemias, ANLIS, Ministerio de Salud. Buenos Aires Argentina

³ Escuela IDAES, Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires Argentina.

Introducción

La pandemia de COVID-19 implicó el desarrollo de medidas sanitarias de prevención en la mayoría de los países. En Argentina, entre marzo y noviembre 2020 las políticas públicas nacionales de prevención se denominaron de Aislamiento Social Preventivo Obligatorio –ASPO¹ – y estuvieron centradas en la higiene respiratoria, de manos, el aislamiento de las personas infectadas y el confinamiento de las sanas, restringiendo la circulación a actividades esenciales (abastecimiento de alimentos, combustibles y seguridad ciudadana)².

La transmisión comunitaria del SARS-CoV2 en Argentina se inició en dos áreas metropolitanas: la capital del país, Buenos Aires (AMBA41) y Gran Resistencia (AMGR), capital de la provincia de Chaco en el NE argentino. Ambas ciudades compartían, en marzo 2020, la mayor prevalencia de COVID-19 y mantuvieron circulación comunitaria del virus hasta noviembre 2020, teniendo confinada a su población todo ese tiempo. Ambas ciudades presentan severos indicadores de pobreza estructural³ y de ingresos⁴. En ese contexto nos preguntamos ¿cómo vivieron los barrios populares la emergencia de la enfermedad, el confinamiento y cómo narraron los medios de comunicación esa experiencia?

En este artículo nos propusimos tres objetivos: 1) caracterizar la situación socio sanitaria de los barrios populares⁵ en las ciudades de Buenos Aires y Resistencia al momento de la emergencia de la COVID-19; 2) documentar allí la experiencia de la enfermedad, de las políticas sanitarias y de las organizaciones de base; y 3) describir cómo los medios de comunicación abordaron ese hecho social.

Para el análisis adoptamos tres conceptos centrales: por un lado entendemos que se trata de una zoonosis, por lo que para comprender su dispersión e intensidad es necesario analizar relaciones ecológicas, al tiempo que como infección humana emerge en contextos con una distribución de enfermedades infecciosas y no transmisibles sesgado por la desigualdad y la violencia estructural, es decir, se presenta como una virosis en sindemia^{6,7}. A diferencia de la denominación como pandemia, entender la emergencia del SARS-CoV-2 como una zoonosis en sindemia, pone en primer plano que el origen de la forma viral está en el vínculo que el capitalismo mantiene con el ambiente tanto como el modo en que la desigualdad social opera en la determinación, distribución y perpetuación de la carga de enfermedad y muerte.

Sin embargo, esta no es la visión hegemónica, por esto nos interesó indagar en la labor de los medios de comunicación. Los medios fueron actores protagónicos en la simbolización de ese hecho social⁸⁻¹⁰. Las investigaciones sobre mediación de epidemias y de otras enfermedades emergentes¹¹⁻¹³ aportaron el modelo teórico de ciclo mediático/epidémico¹⁴ para analizar la relación entre los discursos periodístico y biomédico en la reproducción de la representación hegemónica.

Métodos

Se tomó el promedio de los indicadores censales NBI 1 (vivienda), 2 (condiciones sanitarias) y 3 (hacinamiento crítico) $\geq 4\%$ ³, entendiendo que esas características de la pobreza estructural implican limitaciones de acceso al lavado de manos y al distanciamiento físico preventivo. El universo del estudio fue toda la población residente en AMBA41 (Figura 1) y AMGR (Figura 2), con residencia en radios censales incluidos en ese promedio de NBI.

Sobre ese universo se realizó un estudio longitudinal entre marzo y noviembre 2020, aplicando en simultáneo técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación social.

Para la investigación cuantitativa analizamos fuentes secundarias: datos censales (Necesidades Básicas Insatisfechas -NBI-)³ y boletines epidemiológicos¹⁵.

Para la investigación cualitativa, seleccionamos una submuestra en base a criterios teóricos: en el universo de los radios censales $\geq 4\%$ NBI, se escogió una muestra intencional de barrios distribuida en los cuatro puntos cardinales, garantizando niveles de confianza con los informantes y contemplando particularidades de la geografía urbana. Así se seleccionaron 38 barrios donde se realizó trabajo de campo etnográfico.

Para el análisis de cómo el hecho social “pandemia en barrios populares” fue simbolizado en los medios de comunicación, conformamos una base de datos con noticias sobre la COVID-19 y el ASPO (599 noticias sobre AMBA41 y 442 sobre AMGR) publicadas por medios heterogéneos (masivos, locales y comunitarios).

A partir de las fuentes censales y epidemiológicas se generó una descripción de las enfermedades infecciosas en brote epidémico y el cálculo de la tasa de incidencia cada 100.000 habitantes de COVID-19 en las áreas y el momento del estudio, asociando esa información con los porcentajes de NBI a nivel radio censal.

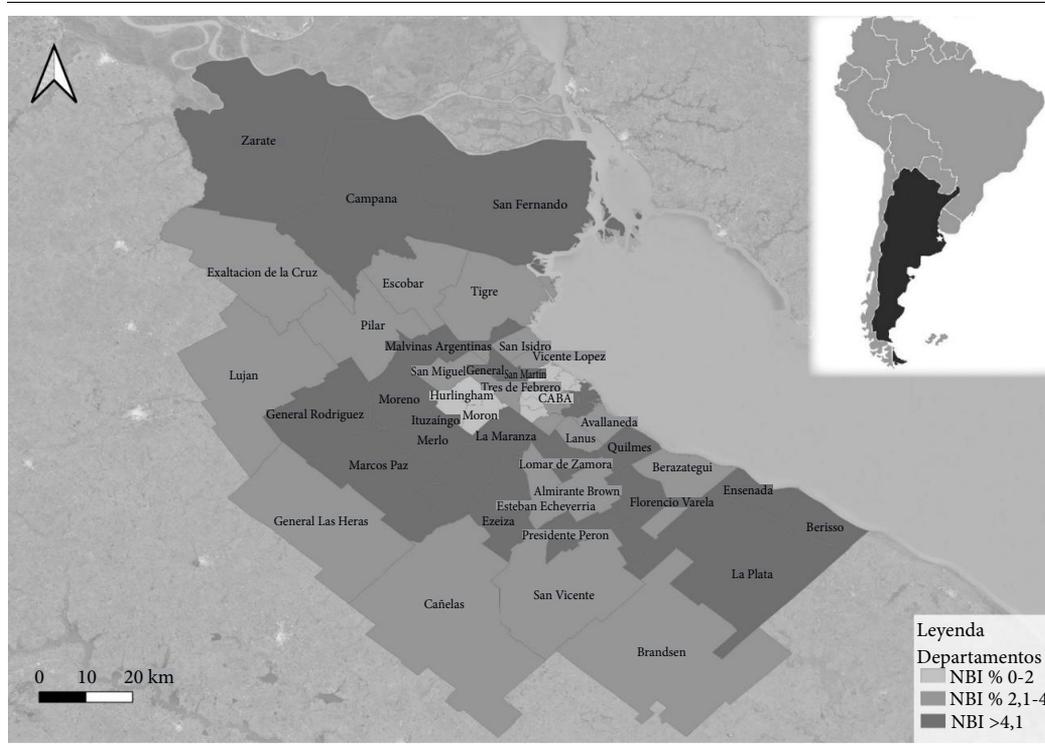


Figura 1. AMBA 41. Promedio de los indicadores censales NBI 1 (vivienda), 2 (condiciones sanitarias) y 3 (hacinamiento crítico) $\geq 4\%$.

Fuente: Autores.

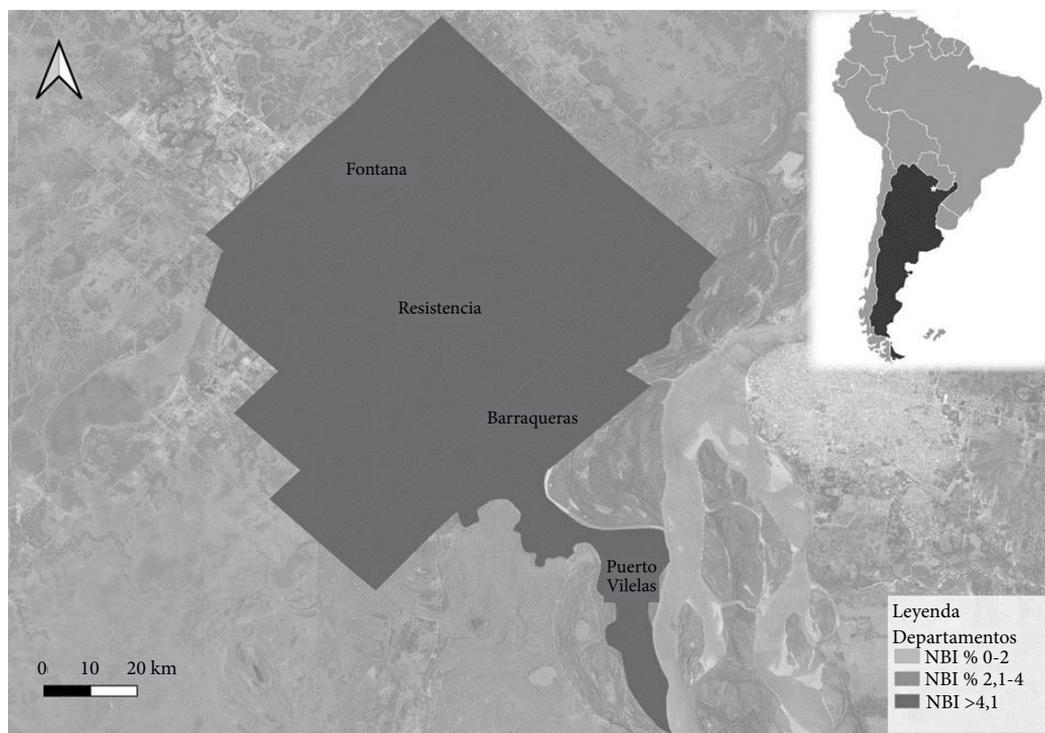


Figura 2. AMGR. Promedio de los indicadores censales NBI 1 (vivienda), 2 (condiciones sanitarias) y 3 (hacinamiento crítico) $\geq 4\%$.

Fuente: Autores.

En la investigación etnográfica 15 investigadores, cuatro de los cuales residían en los barrios, realizamos entrevistas una vez por semana a particulares y representantes de organizaciones sociales, registrando un diario de campo para cada uno de los barrios. En el análisis de este artículo presentamos una generalización empírica de esos datos en Barrio Mugica y Área Gran Toba.

En la base de datos de noticias realizamos análisis de contenido cualitativo emergente y seleccionamos un caso como tema recurrente. En el AMBA41 el caso recurrente fue el Barrio Mugica (70 noticias) y en AMGR fue el Barrio Toba (80 noticias).

El proyecto de investigación tuvo revisión del comité de ética de la EIDAES/UNSAM. Las investigadoras suscribimos con los participantes un acuerdo de confidencialidad, resguardando su autonomía.

Resultados

La situación socio sanitaria de los barrios populares

En las caracterizaciones de la pobreza urbana en Argentina⁴ se señala que la fragmentación social del espacio en las ciudades, pone en contigüidad a sectores de alta renta con barrios de viviendas precarias, con limitado acceso al agua tratada y hacinamiento (barrios populares). Efectivamente, en las áreas metropolitanas estudiadas la condición de pobreza estructural no ocupa exclusivamente territorios periféricos ni en los bordes de la mancha urbana. A diferencia del modelo de conurbación con industrias y áreas residenciales obreras de la década de 1970, la instrumentación de las políticas neoliberales desde 1976 acrecentó la desocupación, el empobrecimiento y la precarización de los asalariados urbanos. La privatización de los servicios públicos en la década de 1990 estancó la expansión de redes de acceso al agua potable y saneamiento por desinversión. Los desocupados que combinaban pobreza de ingresos, alta calificación educativa y residencia en viviendas propias que no podían recibir adecuado mantenimiento fueron denominados “nuevos pobres”. Si bien se ha propuesto que mientras la pobreza estructural está espacialmente concentrada, los nuevos pobres están dispersos por toda la ciudad, la localización de los radios censales de los hogares en condición NBI (pobres estructurales) los muestra dispersos en la ciudad, hecho que podemos asociar con el

deterioro de los niveles de ingreso repercutiendo en las condiciones de vida -hacinamiento crítico, tres o más personas por cuarto en la vivienda-, tanto como en la desinversión en obras públicas de acceso al agua potable (Figuras 1 y 2). Para ambos grupos de pobres urbanos son sustanciales sus redes próximas: las de reciprocidad y las personales para conseguir bienes y servicios⁴. Ambos tipos de redes sociales fueron afectados por el confinamiento y aislamiento sanitario.

En simultáneo con este empobrecimiento, la desregulación de los Organismos Genéticamente Modificados posibilitó la agriculturización por agronegocio¹⁶, hecho que motivó la migración por desplazamiento de pobres rurales a las áreas estudiadas y que explica el aumento de la residencia urbana de los pueblos originarios en el AMGR.

Este proceso de estructuración histórico hizo que estas áreas metropolitanas constituyan un mosaico donde sectores integrados, nuevos pobres, barrios populares radicados con políticas públicas de vivienda y asentamientos espontáneos en tierras remanentes convivan en contigüidad.

La Figura 3 muestra estadísticamente este craquelado de la pobreza urbana en la geografía, evidenciando cómo en los barrios que componen la muestra se multiplica hasta en 5,7 veces la condición NBI de la jurisdicción que los contiene. Este contraste es peor en la ciudad capital del país (v.gr. barrio El Playón de Fraga, Comuna 15, Ciudad Autónoma de Buenos Aires – CABA) que en el cordón metropolitano y en el AMGR donde las condiciones NBI en los barrios populares, pueden llegar a multiplicarse hasta 3,8 veces respecto de la jurisdicción que los contiene.

“La COVID-19 fue nuestra cuarta epidemia simultánea”

La COVID-19 emergió en sindemia con enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles, a la que se agregaron las asociadas a la pobreza¹⁷. Esta multimorbilidad aconteció en simultaneidad, en forma consecutiva y preexistente¹⁸ en los barrios del estudio. Durante el trabajo de campo, el Jefe de Área Programática del hospital de segundo nivel de atención de la Comuna 7 en CABA nos relató que durante las primeras semanas de marzo 2020 estaba gestionando la epidemia de dengue – DEN –, con rastreo de febriles en la atención primaria y trabajo comunitario para la destrucción de criaderos de mosquitos; habían tenido casos de niños con sa-

rimos que la no concentración de niños y la restricción a la circulación incidieron en el control de los contagios, a la vez que empeoró el acceso a la vacunación.

TBC

La TBC como enfermedad infecciosa crónica remite a condiciones socioambientales adversas: además de la presencia del bacilo, el déficit nutricional e inmunitario, tanto como el hacinamiento, la escasa ventilación e higiene de los hogares y la interrupción de los tratamientos, aumentan la probabilidad que se desarrolle la enfermedad.

En 2019, las áreas de estudio de este proyecto tuvieron las cinco peores tasas de TBC cada 100.000 hab. del país. Nuestra hipótesis es que esta infección se asocia con la desigualdad social ya que la tasa es más alta en CABA, el segundo distrito de mayor Producto Bruto Geográfico¹⁹ – PBG – (estimado en 19,1%) del país, que en Chaco, la jurisdicción con un 1,3% de PBG. Es decir, los casos están en el distrito que genera la mayor riqueza del país, pero en algunos territorios puntuales fragmentados por la inequidad. En CABA lidera la lista la Comuna 7 (93,60), seguida por las Comunas 1 (82,00), 8 (71,81), 4 (60,79) y 9 (47,42), todas ubicadas en el sur de la ciudad y con condiciones de desigualdad pasmosas entre los barrios populares y los sectores contiguos (Figura 3).

Como nos señala el informante que da título a este acápite, además de la TBC, la Comuna 7 tuvo la mayor cantidad de casos de dengue, sarampión y COVID-19 del período de toda el área de estudio. Es decir, la morbilidad se agregó sobre el mismo grupo poblacional.

En los partidos de la Provincia de Buenos Aires del AMBA41, el rango de tasas de TBC cada 100.000 habitantes es Lomas de Zamora (62,94), San Vicente (59,60), Gral. Rodríguez (57,84), Moreno (56,99) y José C. Paz (56,66). A excepción de la primera, todas estas jurisdicciones corresponden al tercer cordón metropolitano, con un NBI promedio > 5%. En Chaco, el Depto. de San Fernando, al que corresponde el AMGR, se ubica en el noveno lugar dentro de un total de 25 jurisdicciones. Lamentablemente, la TBC es un problema sanitario nacional ya que desde 2013 tiene un 2,78% de aumento anual en el número de casos²⁰.

COVID-19

Con esas tres epidemias de infecciosas en curso, la circulación comunitaria de SARS-CoV-2 se inició en las áreas de estudio antes que la OMS declarara pandemia la COVID-19 (11/3/20). En CABA el 3/3/20 y en Resistencia el 9/3/20, viajeros ingresados desde Europa marcaron el pasaje a la transmisión comunitaria. Por ser las áreas metropolitanas donde se inició el fenómeno, el confinamiento, testeo, rastreo y aislamiento adquirieron dimensiones de ensayo masivo²¹. La Tabla 1 presenta la relación entre densidad poblacional, hacinamiento y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes durante el primer cuatrimestre de circulación comunitaria.

En síntesis, como muestran otros estudios^{18,22}, la carga de enfermedad y muerte tiende a acumularse sincrónicamente, hecho que el registro estatal vertical por enfermedades tiende a ocultar.

Los padecimientos durante el ASPO

El trabajo etnográfico en los barrios nos permitió caracterizar otros padecimientos²³. Fue común a los barrios populares el registro de más incidentes de violencia de las fuerzas de seguridad contra las personas. Este hecho se vio incrementado pues junto con las restricciones de circulación se aumentó la dotación de personal de las fuerzas en los barrios²⁴.

Por otra parte, a consecuencia de la paralización de la circulación, los sistemas de protección a las víctimas de violencia de género empeoraron²⁵. En el trabajo de campo registramos mujeres reclamando protección al Estado.

Tabla 1. Densidad (habs./km²) en la jurisdicción, % NBI promedio hacinamiento y vivienda en barrios populares de la muestra y promedio tasa de incidencia cada 100.000 hab. COVID-19 marzo a julio 2020 en la jurisdicción.

Jurisdicción	Densidad habs/km ²	Promedio % NBI en barrios de la muestra	Promedio tasa de incidencia cada 100.000 habs. COVID-19 en la jurisdicción
CABA	14450,8	9,9	528,2
AMBA	2694,8	9,3	159,9
AMGR	112,0	10,4	348,6

Fuente: Autores.

En AMBA41, en el barrio Los Hornos, se generó el efecto Werther – cadena de contagio suicida²⁶ – en adolescentes sin estudio ni trabajo. Asimismo, en barrio Ricciardelli, la madre de un adolescente con síndrome del espectro autista narró cómo había visto limitados los cuidados y la estimulación al grupo doméstico, afectada por la falta de dinero y las restricciones a la movilidad. El impacto sanitario de esta experiencia individual fue dimensionado por una profesional de salud mental también en AMGR, en Barranqueras, quien señaló que aun cuando había logrado hacer un seguimiento domiciliario, el aislamiento había implicado un retroceso en la terapia de sus pacientes.

La experiencia de las organizaciones de base y las políticas sanitarias

La COVID-19 en los barrios implicó intervenciones del Estado y de organizaciones sociales barriales. El Cuadro 1 resume los tres tipos principales de políticas públicas en vigencia del ASPO: de diagnóstico y cuidado, no farmacéuticas y de apoyo económico²⁷. A continuación presentamos una generalización empírica²¹ de los 38 barrios estudiados, en dos modelos: Barrio Mugica para el AMBA41 y Área Gran Toba para AMGR.

Cuadro 1. Síntesis políticas nacionales de prevención 2020 contra COVID-19.

Bimestre	Intervenciones de diagnóstico y cuidado	Intervenciones no farmacéuticas	Medidas de apoyo económico					
20/03/2020 al 20/05/2020	Creación Unidades Febriles Urgencia -UFU- en 18 hospitales GCABA, separadas de la guardia médica. Postas de traslado a UFU: 7 en Ricciardelli y 224 y 1 en Fraga y Rodrigo Bueno (abril).	Decreto PEN 260 Emergencia sanitaria. Cierre de las fronteras internacionales (marzo).	Decreto 310 Ingreso Familiar de Emergencia IFE (dinero en efectivo a trabajadores sin ingreso registrado, incluyendo beneficios de Asignación Universal por Hijo y Embarazo). Tres pagos entre abril y septiembre	Decreto 332 Asistencia al Trabajo y la Producción. ATP. Pago del 50% de los salarios de empresas que los requieran entre marzo y diciembre. Prohibición de despidos y suspensiones sin causa	Aumento en la Tarjeta Alimentar (existe desde enero), para beneficiarios planes sociales para compra comestibles	Suspensión temporaria del corte de servicios de energía eléctrica y gas por falta de pago. Reparto de gas envasado a valor subsidiado (Programa Hogar). Decreto 320 Congelamiento temporario de alquileres y suspensión de desalojos hasta 31 enero 2021	Res 53 MinHabitat Creación del Programa Argentina Construye Solidaria: inversión en vivienda, infraestructura sanitaria y equipamiento populares (julio)	Creación del Programa "El Barrio cuida al Barrio" financiando promotores comunitarios que realizan un acompañamiento específico a grupos de riesgo y distribuyen elementos de seguridad e higiene (abril)
	Res. MINSAL 627 indicaciones de aislamiento y distanciamiento social (marzo).	Decreto PEN 297 crea el ASPO. Decreto GCABA 1. "Deberán abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo y no podrán desplazarse por rutas, vías y espacios públicos. (...) solo podrán realizar desplazamientos mínimos e indispensables para provisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos". Determinan servicios esenciales, cuyos prestadores pueden circular con permiso, normas de ingreso y circulación dentro de la ciudad (marzo).						

continua

Cuadro 1. Síntesis políticas nacionales de prevención 2020 contra COVID-19.

Bimestre	Intervenciones de diagnóstico y cuidado	Intervenciones no farmacéuticas	Medidas de apoyo económico				
	Res. GCABA 831 lavado de manos, higiene respiratoria y barbijos para personal de salud y personas con síntomas (marzo).	Decreto CABA 9, 10, Res.13, 14 retención de licencias de conducir a los infractores de las restricciones. Hasta mayo las fuerzas federales retuvieron 4.264 vehículos sin autorización de circular. Dec. CABA 163 y Res. 115 transporte público solo esenciales y pasajeros sentados.					
	Res. GCABA 1078 uso obligatorio del tapabocas casero en toda la población (mayo). Creación Unidades Febriles Urgencia -UFU- en 18 hospitales GCABA, separadas de la guardia médica. Postas de traslado a UFU: 7 en Ricciardelli y 224 y 1 en Fraga y Rodrigo Bueno (abril).	Decretos PEN 351,355, 408, 459, 493, 520, 576, 605, 617, 641, 677, 714, 747, 754 y 792 Prorrogan ASPO entre 19 marzo y 28 noviembre.					

continua

Barrio Mugica

El Barrio Mugica inició su ocupación en 1932, tiene una historia de organización y carencias caracterizadas por interrupciones en el suministro de agua y electricidad, sobrepoblado, con viviendas inadecuadas y un incremento demográfico sostenido, con más de 40.000 habitantes^{28,29}.

El 21/4/20 se detectó el primer caso de COVID-19. Una mujer de 43 años con síntomas se acercó al Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y fue aislada. Vivía con su madre de 84 años y su padre de 85, ambos padecían de enfermedades crónicas, se contagiaron y fallecieron. A partir del exponencial aumento de casos y de la

alta prevalencia del virus en el barrio³⁰, se realizó un “Aislamiento Social Comunitario” que implicaba que las personas no salieran del barrio, sumado a las medidas ASPO que impedían la circulación en la ciudad. El gobierno nacional implementó medidas de apoyo económico (Cuadro 1) y las organizaciones territoriales respondieron a las demandas de la emergencia.

Aunque con algunos conflictos²⁸, la Secretaría de Integración Social y Urbana del gobierno de la ciudad intervenía en el barrio. A partir de la circulación comunitaria del SARS-CoV-2 se reorganizó para abordar la crisis, constituyendo una Coordinación Sanitaria (Prevención, Contagio y Pos-COVID). El equipo de Prevención identi-

Cuadro 1. Síntesis políticas nacionales de prevención 2020 contra COVID-19.

Bimestre	Intervenciones de diagnóstico y cuidado	Intervenciones no farmacéuticas	Medidas de apoyo económico				
	Dis. GCABA 98 Formularios electrónicos para autorizar cremaciones ante emergencia sanitaria (abril).						
	Inicio DETECTAR MINSAL Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio de Argentina. En barrios con circulación comunitaria, aislamiento positivos y sospechosos. En Ricciardelli, Playón y 21-24 (5 mayo).						
	Res. 1227 GCABA Establece criterios de aislamiento (13 mayo).						

continua

có y acompañó grupos de riesgo; el de Contagio identificó casos sospechosos y contactos estrechos, y el pos-COVID acompañó a personas con diagnóstico positivo y sus contactos estrechos en el aislamiento.

El equipo de Prevención creó el Programa Padrinazgo para seguimiento de adultos mayores con enfermedades crónicas (diabetes, respiratorias, cardiovasculares, renales y cáncer), estableciendo el acompañamiento telefónico a pacientes, asistencia alimentaria y de medicamentos. Si bien la intervención sanitaria estatal de la COVID-19 no tuvo en cuenta la poliatrogenia¹⁸ y sus interacciones sindémicas²², este programa al menos garantizó el suministro de fármacos para enfermedades preexistentes mientras duró el confinamiento.

Otra política de prevención fue la creación de instituciones colectivas para aislar a quienes no pudieran mantener distanciamiento en sus domicilios. Una de ellas surgió del convenio del estado municipal con la organización El Hogar de Cristo; mientras que otra fue el traslado a hoteles de turismo y, finalmente, la creación de un lugar público de derivación (Centro Costa Salguero). Sin embargo, pocas personas optaron por aislarse en ellas.

En mayo el Ministerio de Salud de la Nación implementó el Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Terreno de Argentina (DE-TeCTar). Se ubicó en los barrios en los que las condiciones de vida estaban acelerando los contagios, pero en el transcurso del año atendió la demanda masiva de todos los sectores sociales.

Cuadro 1. Síntesis políticas nacionales de prevención 2020 contra COVID-19.

Bimestre	Intervenciones de diagnóstico y cuidado	Intervenciones no farmacéuticas	Medidas de apoyo económico				
21/5/2020 al 20/7/2020	GCABA Protocolo de actuación frente a la Propagación del COVID19 en Barrios Populares CABA (versión 1, 6/6). 10 días de aislamiento fuera del barrio a positivos y sospechosos de barrios populares. Seguimiento telefónico por funcionarios Habitat o Salud.						
21/7/2020 al 20/9/2020	Ley 6322 plan de acompañamiento a los/as pacientes en situación final de vida durante la emergencia COVID-19 (8 sept.).						
21/09/2020 al 28/11/2020	Protocolo de actuación frente a la Propagación del COVID19 en Barrios Populares CABA (versión 2, 29/9)						

Fuente: Autores.

Para ejecutar el operativo, se capacitó a promotoras de salud barriales, en su mayoría mujeres, quienes tuvieron la función de rastrear sintomáticos, testarlos e identificar sus contactos estrechos, para aislar a los casos confirmados. La ubicación no era accesible desde el barrio, lo que implicó traslados en ómnibus. Compartir ese espacio cerrado con posibles contagiados, multiplicó el temor.

Una promotora del DETeCTar narró la resistencia a aislarse de los casos confirmados como positivos, pues en el hotel no recibían atención. Otro tema fue la angustia de muchas personas

que durante el aislamiento habían perdido sus trabajos. La promotora narró la estigmatización de residentes del barrio por ser considerados portadores del virus y situaciones de discriminación en los lugares de aislamiento. Estas experiencias, sumadas al temor a la enfermedad, llevaron a que muchos vecinos con síntomas no acudieran a testearse, permaneciendo en sus casas con prácticas de autoatención³¹. Hecho que hace suponer subregistro de casos.

Desde el punto de vista de las personas entrevistadas, los reclamos por interrupciones y cortes por falta de pago del agua y la electricidad se

superpusieron con la falta de información acerca de los lugares donde acudir ante la presencia de síntomas.

El Área Gran Toba

En el municipio de Resistencia, la población *qom* se asienta en dos territorios: el Área Gran Toba y Mopic. El Área Gran Toba es un conjunto de barrios marcados étnicamente que se inició como asentamiento espontáneo hacia 1947 en terrenos del ferrocarril. En 2010 tenía una población de 3.882 personas, 895 hogares³² y varias renovaciones urbanísticas. El 27/4, se detectó el caso índice de COVID-19. A partir de ese momento comenzaron a producirse contagios y fallecimientos.

Desde la Subsecretaría de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos del Ministerio de Salud Pública provincial, se promovió el trabajo conjunto Estado-comunidad para la mejora de infraestructura del centro de atención primaria, se refaccionó la escuela para generar espacios de aislamiento (aunque finalmente no fue utilizada para tal fin), se implementó el DETeCTar, se emplazó una carpa sanitaria del Ejército para ser usada como consultorios médicos modulares y se cercó el barrio con vallas y montículos de tierra. Desde la perspectiva de la política pública, el cercado del barrio se entendía como una forma de “aislar a la población” para limitar los contagios reduciendo la circulación. Sin embargo, desde la perspectiva de sus residentes implicó que se sintieran encerrados, vigilados y discriminados, al ser estigmatizados colectivamente como portadores del virus (fue el único barrio en que se realizó un vallado en toda el AMGR). Materializando esta disputa por el sentido entre pobladores del barrio *qom* y agentes estatales, durante la colocación del último tramo del cerco se generaron tensiones: los vecinos pedían que se cierre con vallas y no con montículos de tierra porque “parecía que eran todas barricadas” y que “era el barrio el que generaba el conflicto”.

Efectivamente, el aislamiento del barrio fue una ficción controlada, pues las presiones de quienes tenían que salir a trabajar por horas o jornal, las demandas de aprovisionamiento, de cuidado y socialización de niños y ancianos eran negociadas permanentemente. Asimismo, al estar cercado el barrio, algunos cuidados se relajaban: no se usaba barbijo todo el tiempo y se compartían bebidas en la vereda.

A semejanza de lo ocurrido en el Barrio Mugica, hubo renuencias a las hospitalizaciones y al

aislamiento en centros colectivos. Con la particularidad que muchos pobladores *qom*, han atravesado previamente experiencias de discriminación y violencia en los centros de atención del sistema público, sumado al rechazo en algunos *qom* por el sistema biomédico por acreditar en su medicina ancestral. En ese contexto, la población con COVID-19 prefirió permanecer en sus hogares, afrontando como un trauma adicional la muerte en aislamiento o el regreso a casa de familiares como restos de cremación.

Multimorbilidad y sindemia^{18,22} aparecieron en este barrio a partir de los registros de los agentes de atención primaria de la salud que describieron la convergencia entre casos de COVID-19 con diabetes, hipertensión y litiasis vesicular, sindemias con evoluciones comprometidas, a las que se atribuyó el elevado número de fallecidos.

Asimismo, la emergencia de la COVID-19, evidenció el racismo estructural hacia las comunidades originarias. El cercado del barrio produjo chismes sobre la población *qom* culpabilizándolos de “disfrutar contagiando el virus a los blancos”. A esto se sumaron hechos de violencia institucional³³ y denuncias a personas *qom* que no cumplían con las medidas de prevención³⁴.

Las organizaciones sociales

Las organizaciones sociales iniciaron la asistencia en todos los barrios populares. Cantidad y diversidad de ellas atendieron la falta de alimentos, proveyendo de insumos y mano de obra a numerosos comedores, además de dar curso a los reclamos habitacionales y de infraestructura²⁸. En el Mugica como en el Ricciardelli y otros barrios populares de AMBA41 y AMGR integraron diferentes formatos de comités de crisis que agenciaron y demandaron derechos.

La necesidad de alimentarse fue la más inmediata fuente de organización comunitaria. Los comedores, merenderos y ollas populares vieron triplicada su demanda. Algunos barrios en el AMGR (Emerenciano y 4 Bocas) también gestionaron huertas comunes. Las responsables de esos espacios fueron predominantemente mujeres. La organización espontánea de fogones de leña en la calle o en espacios abiertos, los protocolos de rociado con alcohol 70/30 de los recipientes de porciones, las filas para buscar el alimento y no juntar comensales en espacios comunes no fueron suficientes como medidas preventivas. En ese contexto, entre otras víctimas de Barrio Mugica, Ramona Medina cocinera de una olla popular de la organización La Poderosa, falleció por CO-

VID-19. Ramona además de ser diabética, vivía en un sector del barrio que estuvo diez días sin agua, lo que resultó determinante de su contagio. Ni ella ni ninguna de las responsables de comedores recibió Elementos de Protección Personal (EPP), ni pagos por su tarea de parte del Estado durante el período de estudio. Desde la perspectiva de una integrante de la organización El Hormiguero en Barrio Mugica “las organizaciones tuvimos que salir a contener y garantizar que se cuide el barrio, (el Estado), reaccionó muy tarde”.

En el Área Gran Toba el Ejército entregaba raciones de comida, pero las mismas eran insuficientes (620 raciones para 4.500 personas). El Ministerio de Desarrollo Social de Nación enviaba refuerzos de alimentos secos, que no alcanzaban. Además de ollas comunitarias y comedores municipales, en locales políticos se servían meriendas. Una dirigente barrial *qom* señaló “nos ataron de manos y pies, hubo discriminación. Porque sos paisano, no podéis salir. Y nos decían que no entendemos la gravedad de la enfermedad, como que no nos importaba”. Sin embargo, sostuvo, el barrio colaboró en la prevención.

La emergencia de COVID-19 en los medios de comunicación

La información sobre la COVID-19 en los barrios del estudio siguió el modelo de ciclo mediático/epidémico¹⁴, según el cual la información sobre salud/enfermedad atraviesa diferentes fases: presencia limitada en secciones especiales; irrupción-priorización en la agenda, duración en el tiempo y vuelta a la cobertura mínima. Como otras enfermedades infecciosas, la COVID-19 cumplió con criterios de noticiabilidad: apareció como una ruptura de la cotidianeidad, con gravedad y velocidad de expansión de los casos, generó un borramiento de las divisiones sociales y geográficas y fue factible narrarla como una serie³⁵. Una vez que comenzaron a disminuir o estabilizarse los casos, la narrativa del riesgo se adormeció. Las autoridades y los expertos biomédicos fueron las principales fuentes informativas, lo que generó una tematización homogénea en los medios de ambas áreas: datos epidemiológicos, información sobre medidas preventivas y servicios de salud¹⁰. Aunque la atención mediática fue dispar y los medios masivos cubrieron más los hechos en el AMBA41 en desmedro del AMGR, invisibilizando realidades locales y diferencias étnicas; en ambas áreas la cobertura mediática comenzó con la pregunta de periodistas sobre cómo iba a impactar la COVID-19 en los

barrios populares, luego se centró en el Mugica y en el Gran Toba a partir de los primeros casos; tuvo su pico con el momento de la aceleración de los contagios y se cerró enunciando, mediática y sanitariamente el “control del brote”, cuando los dramas cotidianos de la pobreza estructural desaparecieron de las noticias.

El ciclo epidémico/mediático en ambas áreas duró un mes (abril/mayo). En sus inicios, la amenaza del virus permitió visibilizar los barrios populares como amenazados por la enfermedad y afectados por el confinamiento. El primer caso de un barrio popular que apareció en las noticias fue Ricciardelli (AMBA41) en abril. Sin embargo, nada captó la atención mediática como lo que sucedió en Mugica. Un proceso similar sucedió en AMGR. Allí los primeros casos se difundieron en marzo fuera de los barrios populares. Sin embargo, la atención mediática se dirigió al Gran Toba.

El Gran Toba y el Mugica fueron narrados por los medios, las autoridades sanitarias y los referentes de organizaciones sociales como territorios en alarma, con riesgo de contagiar, enfermar y morir. En este sentido, la narrativa adquirió el significado moral previsto para las epidemias: hubo noticias estigmatizadoras y otras que apelaron a la solidaridad social.

Así, se estereotiparon las transgresiones de “los pobres” a las bionormas de cuidado. Las causas no biológicas de los contagios como falta de educación o las costumbres locales basadas en imágenes estigmatizantes por motivos de etnia (Gran Toba) y clase (Mugica) identificaron a la población de esos lugares como peligrosos para la sociedad y el barrio: los “propagadores” explicados por motivos culturales en barrio Toba y como “desobedientes” entre los residentes de Mugica. Entre las condiciones de vida se destacaron el hacinamiento y los cortes de agua, especialmente en Mugica. Estas explicaciones de la propagación propias de la medicina social³⁶ quedaron subalternizadas, legitimando la hegemonía de la biomedicina³¹.

En la prensa de perfil comunitario se narraron discursos compasivos con la desigualdad estructural asociando la pobreza con la vulneración de derechos. En estas narrativas minoritarias los habitantes de los barrios populares se representaron como luchadores.

Las narrativas sobre las muertes, basadas en el drama y la pérdida, construyeron a los muertos como víctimas, pero también como héroes de un combate cotidiano, especialmente a los referentes de las organizaciones sociales. Estas caracterizaciones que asimilan las epidemias y las inter-

venciones sanitarias con situaciones de guerra aluden a una metáfora históricamente arraigada de la biomedicina con la salud pública y el pensamiento militar³⁷, lo que explica su generalización y hegemonía.

La narrativa mediática diferenció los roles de las organizaciones sociales en los dos barrios. En Mugica mostró la identidad de lucha de las organizaciones sociales, haciéndolas protagonistas del control del brote. En el Gran Toba, mostró que la organización surgió en respuesta al racismo estructural contra el pueblo *qom*, por lo que las organizaciones étnicas denunciaban la discriminación.

En ambos casos, y como parte de la construcción hegemónica de los padecimientos, las construcciones noticiosas enfatizaron lo individual sobre lo colectivo.

Conclusiones

La COVID-19 en los barrios populares de Argentina emergió en sindemia con al menos tres enfermedades infecciosas (DEN, SRP y TBC) y las medidas de prevención de su circulación comunitaria incrementaron padecimientos como la violencia institucional, de género, fenómenos localizados – efecto Werther –, e impactaron negativamente sobre tratamientos en salud mental y discapacidad. La perspectiva etnográfica permitió documentar, a partir del trabajo de las agentes

de atención primaria, la sindemia con enfermedades crónicas no transmisibles.

Diferentes investigaciones sobre las políticas públicas de control y vigilancia de enfermedades infecciosas y crónicas^{18,22,38} evidenciaron cómo las medidas de prevención modelan los grupos sociales que quedaron expuestos a riesgo. El análisis de la COVID-19 como una zoonosis en sindemia, nos permitió comprender escenarios que el abordaje biomédico vertical, por enfermedad, invisibiliza, como la multimorbilidad y poliatrogenia¹⁸. Del análisis surge la demanda de la comprensión localizada en los barrios, para identificar los grupos sociales vulnerables, donde tiende a acumularse la carga de padecimientos y aumenta el riesgo.

La gestión local de las políticas públicas de contención de la COVID-19 puso de relieve el deterioro de la infraestructura pública en los barrios y mecanismos de subalternidad como el racismo estructural, étnico y de clase. A la par de la infección, aconteció la discriminación, se justificaron abusos policiales. Las organizaciones de base respondieron certeramente.

Los medios de comunicación dieron cuenta de la emergencia sanitaria en los barrios populares por algunas semanas, mientras existió el temor que la enfermedad se propagara en la ciudad a partir de los barrios pobres. Cuando se pudo narrar la epopeya del control sanitario, los pobres, sus enfermedades y problemas cotidianos desaparecieron de las noticias.

Colaboradores

A Mastrangelo diseñó y ejecutó la investigación financiada como IP440 por A+D+i, redactó el artículo. S Hirsch coordinó equipos en terreno y redactó el artículo. F Demonte coordinó el monitoreo de medios y redactó el artículo.

Financiación

Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación – Idea Proyecto 440, Convocatoria extraordinaria COV.

Referencias

1. Argentina. Decreto n° 297, de 19 de marzo de 2020. Dispone el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. *Boletín Oficial* 2020; 19 mar.
2. Mastrangelo AV, Demonte F. *Quedan 15 días de cuarentena. Cómo se vivió y cómo contaron los medios el confinamiento por COVID-19 en barrios populares de Buenos Aires y Resistencia*. Buenos Aires: CICCUS; 2022.
3. Instituto Nacional de Estadísticas. *Censo 2010* [Internet]. 2010 [acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
4. Kessler G, Di Virgilio M. *La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las últimas dos décadas*. Santiago de Chile: CEPAL; 2008.
5. Argentina. Decreto n° 358, de 22 de mayo de 2017. Dispone la creación de la mesa nacional de coordinación para barrios populares. *Boletín Oficial* 2017; 23 mayo.
6. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemic and the biosocial conception of health. *Lancet* 2017; 389(10072):941-950.
7. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396(10255):874.
8. Lerner K, Cardoso J, Clébicar T. Covid-19 nas mídias: medo e confiança em tempos de pandemia. En Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J, organizadores. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 221-231.
9. Aguiar R, Soares de Araújo I. Fábula do viroceno: narrativas sobre heroísmo, solidariedade e novo normal. *Rev Latinoam Cienc Comun* 2020; 35:189-199.
10. Zunino E, Arcangeletti C. La cobertura mediática de la COVID-19 en la Argentina. *Prácticas de oficio* 2020; 1(25): 49-66.
11. Hallin D, Briggs Ch, Mantini-Briggs C, Spinelli H, Sy A. Mediatización de las epidemias: la cobertura sobre la pandemia de la gripe A (H1N1) de 2009 en Argentina, Estados Unidos y Venezuela. *Comun Soc* 2020; 17:e7207.
12. Sy A, Spinelli H. Dimensiones políticas de una epidemia: el caso de la gripe A (H1N1) en la prensa escrita de Argentina. *Cad Saude Publica* 2016; 32(3):e00188414.
13. Jait A. Los 100 días que vivimos en peligro: la construcción del nuevo virus de la influenza A (H1N1) en Clarín. En: Petracci M, Waisbord S, compiladores. *Comunicación y Salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía; 2011. p. 117-142.
14. Waisbord S. Cuando la salud es titular: Dengue, gripe A, y ciclos mediáticos-epidémicos. En Petracci M, Waisbord S, compiladores. *Comunicación y Salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía; 2011. p. 185-197.
15. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Boletines Integrados de Vigilancia [Internet]. 2020. [acceso 2021 sept 16]. Disponibles en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/boletines2020>; <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>.

16. Hernández V, Gras C. *Radiografía del nuevo campo argentino*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2019.
17. Bukhman G, Mocumbi A, Atun R, Becker A, Bhutta Z, Binagwaho A, Clinton C, Coates M, Dain K, Ezatti M, Gottlieb G, Gupta I, Gupta N, Hyder A, Jain Y, Kruk M, Makani J, Marx A, Miranda J, Norheim O, Nugent R, Roy N, Stefan C, Wallis L, Mayosi B: Lancet NCDI Poverty Commission Study Group. The Lancet NCDI Poverty Commission: bridging a gap in universal health coverage for the poorest billion. *Lancet* 2020; 396(10256):991-1044.
18. Ecks S. Multimorbidity, polyiatrogenesis, and COVID-19. *Med Anthropol Q* 2020; 34(4):488-491.
19. Muñoz F, Trombetta M. *Indicador sintético de actividad de las provincias: presentación* [disertación]. Salta: AAEP; 2015.
20. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Tuberculosis en Argentina [Internet]. 2020. [acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2020/08/PanelBoletin-TBARG2.html>
21. Bergonzi M, Pecker-Marconsig E, Kofman E, Castro, R. Discrete-Time Modeling of COVID-19 Propagation in Argentina with Explicit Delays. *Computing in Science & Engineering* 2021; 23:35-45.
22. Singer M, Rilko Bauer B. The syndemic and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insight on a crisis. *Open Anthropol Res* 2021; 1:7-32.
23. Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Bekeley: University of California Press; 2003.
24. Coordinadora contra la represión policial e institucional. Siete días, siete asesinatos policiales [Internet]. 2021. [acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <http://www.correpi.org/2021/siete-dias-siete-asesinatos-policiales/>
25. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. La curva de los femicidios durante la pandemia [Internet]. 2020. [acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <https://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?muestra&aplicacion=APP187&cnl=4&opc=50&codcontenido=4204&plcontempl=12>
26. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio [Internet]. 2021. [acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>
27. Cave B, Jinhee K, Viliani F, Harris P. Applying an equity lens to urban policy measures for COVID-19 in four cities. *Cities Health* 2020; ahead-of-print:1-5.
28. Benítez J, Cravino, MC. Gobernanza, ciudadanía degradada e informalidad urbana en la respuesta al COVID-19 en barrios populares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). *Ciudadanía Revista de Políticas Sociales Urbanas* 2021; 8:1-31.
29. Suaya A, Schargrodsky E. *Estrategia de contención del COVID-19 en el Barrio Padre Carlos Mugica (Ciudad de Buenos Aires)*. Caracas: CAF; 2021.
30. Figar S, Pagotto V, Luna L, Salto J, Wagner Manslau M, Mistchenko AS, Gamarnik A, Gómez Saldaño AM, Fernán González Bernaldo de Quirós F. Community-level SARS-CoV-2 Seroprevalence Survey in urban slum dwellers of Buenos Aires City, Argentina: a participatory research. *medRxiv preprint* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.07.14.20153858>
31. Menéndez E. Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud Colectiva* 2020; 16:e3149.
32. Ponce B, Fantin M. Población indígena en contexto urbano: análisis de los determinantes sociales de la salud a partir de la información censal. *Revista Geográfica Digital* 2017; 14:28.
33. Ledesma E. Violencia policial y discriminación en Chaco: la historia detrás del video del ataque a una familia qom. *La Nación* 2020; 2 jun. [acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/politica/violencia-policial-discriminacion-chaco-historia-del-video-nid2372638/>
34. Vecinos denunciaron al director del Coro Chelaalapi por tener familiares en el Gran Toba. *Libertad Digital* 2020; 25 mayo. acceso 2021 sept 16]. Disponible en: <https://libertaddigital.com.ar/Notas/Nota/510827628-vecinos-denunciaron-al-director-del-coro-chelaalapi-por-tener-familiares-en-el-gran-toba>
35. Martini S. *Periodismo, noticia y noticiabilidad*. Bogotá: Norma; 2004.
36. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12(2):128-136.
37. Rovere M. Atención primaria de la salud en debate. *Saude Debate* 2012; 36(94):327-342.
38. Caduff C. What went wrong: corona and the world after the full stop. *Med Anthropol Q* 2020; 34(4):467-487.

Artículo presentado en 09/11/2021

Aprobado en 31/03/2022

Versión final presentada en 02/04/2022

Editores jefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

