



/BASalud

buenosaires.gob.ar/salud

Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2016

Diciembre 2017

Gerencia Operativa de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

Integrantes del Equipo de trabajo

Noelia Bartfay
Dr. Jorge Chaui
Yasmin El Ahmed
Dr. Manuel Fernández
Floencia De Florio
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Lic. Mariela Rodríguez
Dra. Mónica Valenzuela
Psic. Soc. Mariela Zyssholtz

Data Entry

Germán Adell
Nicolás Argañaraz
Marco Muñoz
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Florencia Barreto
Instructora: Lic. Silvina Bernasconi
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Marina Longordo
Dra. Paula Machado
Dra. Yasmin Paredes Falzone
Dra. Solana Rapaport
Lic. Carla Agustina Santomaso

Foto de portada

Imagen realizada en base a la obra *Elevadores a pleno sol*. 1945. Benito Quinquela Martín. (Óleo sobre tela, 200x164 cm.)

AGRADECIMIENTOS

Consideramos que todas las Áreas del Ministerio de Salud están representadas en este ASiS. Es un trabajo laborioso y sin duda es necesario continuar integrando el trabajo de todos los equipos; esa es nuestra visión para continuar este proyecto.

Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología queremos agradecer especialmente a las áreas aquí citadas, y a todo su equipo de trabajo, la posibilidad de realizar un trabajo conjunto, integrado y sistemático. Para el armado de este documento fue de suma importancia la revisión y lectura constante, así como el aporte de los datos e información analizada. Los comentarios y sugerencias aportados han enriquecido este producto en cada eje abordado.

- Agencia de Protección Ambiental (APRA). Ministerio de Ambiente y Espacio Público. GCBA.
- Departamento de Salud ambiental. Ministerio de Salud. GCBA.
- Dirección General de Atención Primaria. Ministerio de Salud. GCBA.
- Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud. Ministerio de Salud. GCBA.
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Hacienda. GCBA.
- Dirección General de Hospitales. Ministerio de Salud. GCBA.
- Dirección General de Planificación Operativa. Ministerio de Salud. GCBA.
- Dirección General de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud. GCBA.
- Observatorio de Seguridad Vial. Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte. GCBA.
- Programa Materno-infantil. Ministerio de Salud. GCBA.
- Subgerencia de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud. GCBA.
- Unidad de Sistemas de Información Geográfica (USIG). Ministerio de Modernización, Innovación y Tecnología. GCBA.
- Unidad Proyecto Especial Historia Clínica Electrónica (UPEHCE). Ministerio de Salud. GCBA.

EDITORIAL

La realidad, lo sabemos desde nuestro quehacer profesional y personal, se nos presenta de manera compleja al intentar dar cuenta de sus características principales.

Desde nuestro trabajo en la gestión, la realidad sanitaria, con sus determinantes y recursos, presenta la dificultad adicional de tener que ser caracterizada en forma sistemática para comprenderla cabalmente y, sobre todo, mejorarla. Como bien sabemos los profesionales del equipo de salud, para efectuar un tratamiento satisfactorio es indispensable un diagnóstico preciso. Esto ha de lograrse, en primer lugar, con los medios que tenemos desde salud y, concomitantemente, con la potencialidad de integración a otras áreas de gobierno. Ese es nuestro desafío.

Entonces, para lograr modificarla, hay que entenderla. Y es en este sentido que el producto que tienen en sus manos se torna una herramienta imprescindible. Este Análisis de Situación de salud (ASiS), forma parte de una iniciativa que, desde el nivel central, se propone no solo comprender mejor la realidad sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para su gestión y mejora sino que pretende ser de utilidad para todos los equipos de salud pertenecientes a los distintos efectores y niveles.

En el ASiS 2016, se aborda el complejo salud-enfermedad-atención-cuidado desde los distintos factores que lo constituyen: demográficos, socioeconómicos, morbi-mortalidad, situación materno-infantil y ambientales. Se busca, a partir de la sistematización de los datos desde la perspectiva epidemiológica, crear información para transformar la realidad sanitaria de las comunidades en sus respectivos territorios.

Es fundamental destacar que este documento ha sido elaborado por un equipo interdisciplinario y numeroso. Si bien fue coordinado y desarrollado por la Gerencia Operativa de Epidemiología de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, este producto conllevó un proceso de trabajo complejo y heterogéneo que incluyó otras áreas de gobierno por fuera del Ministerio de Salud y, prácticamente, todas las Direcciones Generales y Gerencias de nuestra casa.

Esperamos que este ASiS sea de utilidad para todos!



Dra. Ana María Bou Pérez

Ministra de Salud
Ministerio de Salud, CABA

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4
EDITORIAL	5
1. RESUMEN EJECUTIVO	8
2. INTRODUCCIÓN	10
3. OBJETIVOS	11
3.1. OBJETIVO GENERAL	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
4. ÁMBITO DE ANÁLISIS	11
5. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	13
5.1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD	13
5.1.1. <i>La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</i>	13
5.1.2. <i>La fecundidad</i>	14
5.1.3. <i>Indicadores demográficos</i>	17
5.1.4. <i>Comparación con Argentina</i>	18
5.1.5. <i>Diferencias entre comunas</i>	19
5.2. MIGRACIONES	23
5.3. CONFORMACIÓN DE FAMILIAS Y HOGARES	25
5.4. DENSIDAD DE LA POBLACIÓN	28
5.5. POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	30
6. CONDICIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	31
6.1. OCUPACIÓN E INGRESO	31
6.2. SALUD	36
6.2.1. <i>Cobertura de salud</i>	36
6.2.2. <i>Auto-percepción de salud</i>	37
6.3. EDUCACIÓN	39
6.4. VIVIENDA	40
6.5. POBREZA ESTRUCTURAL: NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	44
7. AMBIENTE	47
7.1. INTRODUCCIÓN	47
7.2. NOTA METODOLÓGICA	47
7.3. CLIMA	47
7.4. ESPACIOS VERDES	48
7.5. CONTAMINACIÓN DEL AIRE	50
7.6. CUENCA MATANZA – RIACHUELO	53
8. SITUACIÓN DE SALUD MATERNO INFANTIL	55
8.1. MATERNIDAD E INFANCIA	55
8.1.1. <i>Análisis del Sistema Informático Perinatal</i>	55
8.1.2. <i>Nacimientos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</i>	55
8.1.3. <i>Salud de la madre</i>	56
8.1.4. <i>Controles de embarazo</i>	56
8.1.5. <i>Diagnóstico de VDRL</i>	57
8.1.6. <i>Tipo de partos</i>	59
8.1.7. <i>Bajo peso al nacer y prematuridad</i>	60
8.1.8. <i>Salud sexual y embarazo</i>	60
8.2. MORTALIDAD INFANTIL	62
8.2.1. <i>Mortalidad Infantil según Comuna de residencia de la madre</i>	65
8.2.2. <i>Principales Causas de Mortalidad Infantil</i>	67
8.2.3. <i>Defunciones Fetales</i>	75
8.2.4. <i>Defunciones fetales según edad de la madre</i>	77
9. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA	79
9.1. INTRODUCCIÓN	79
9.2. NOTA METODOLÓGICA	79
9.3. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	79
9.4. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO Aedes Aegypti	81
9.4.1. <i>Dengue</i>	81
9.4.2. <i>Fiebre Chikungunya</i>	84
9.4.3. <i>Zika</i>	84
9.5. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	85
9.5.1. <i>Introducción</i>	85
9.5.2. <i>Situación epidemiológica general</i>	85
9.5.3. <i>Sobre las IRAG</i>	88
9.6. MENINGOENCEFALITIS	89
9.6.1. <i>Introducción</i>	89

9.6.2.	<i>Situación epidemiológica general</i>	90
9.7.	TUBERCULOSIS	94
9.7.1.	<i>Introducción</i>	94
9.7.2.	<i>Situación epidemiológica general</i>	94
9.8.	GASTROENTÉRICAS.....	96
9.8.1.	<i>Introducción</i>	96
9.8.2.	<i>Diarreas agudas</i>	97
9.8.3.	<i>Diarreas agudas sanguinolentas</i>	98
9.8.4.	<i>Síndrome urémico hemolítico</i>	101
9.9.	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN VERTICAL	103
9.9.1.	<i>Introducción</i>	103
9.9.2.	<i>Transmisión vertical de Chagas</i>	103
9.9.3.	<i>Transmisión vertical de sífilis</i>	108
10.	SITUACIÓN DE MORTALIDAD	114
10.1.	INTRODUCCIÓN	114
10.2.	NOTA METODOLÓGICA.....	114
10.3.	MORTALIDAD GENERAL	114
10.3.1.	<i>Mortalidad por Grupos de edad y comunas</i>	116
10.3.2.	<i>Principales Causas de mortalidad general</i>	117
10.3.3.	<i>Causas de muerte y comunas</i>	118
10.4.	PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL SEGÚN GRUPOS DE EDAD.....	119
10.5.	MORTALIDAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD	120
10.5.1.	<i>Mortalidad de 1 a 4 años</i>	120
10.5.2.	<i>De 5 a 9 años</i>	121
10.5.3.	<i>De 10 a 14 años</i>	121
10.5.4.	<i>De 15 a 19 años</i>	122
10.5.5.	<i>De 20 a 29 años</i>	123
10.5.6.	<i>De 30 a 39 años</i>	124
10.5.7.	<i>De 40 a 49 años</i>	125
10.5.8.	<i>De 50 a 59 años</i>	126
10.5.9.	<i>De 60 a 69 años</i>	127
10.5.10.	<i>De 70 a 79 años</i>	128
10.5.11.	<i>De 80 a 89 años</i>	128
10.5.12.	<i>De 90 años y más</i>	129
10.6.	MORTALIDAD POR LESIONES POR SINIESTROS VIALES 2016	129
10.6.1.	<i>Nota metodológica</i>	129
10.6.2.	<i>Resultados</i>	130
11.	RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD	133
11.1.	INTRODUCCIÓN	133
11.2.	ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	133
11.3.	NOTA METODOLÓGICA.....	133
11.4.	ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN	134
11.4.1.	<i>Subsector estatal</i>	136
11.4.2.	<i>Subsector estatal – dependencia nacional</i>	141
11.4.3.	<i>Subsector estatal – dependencia universitaria</i>	141
11.5.	PROFESIONALES DE LA SALUD	141
11.5.1.	<i>Fortalecimiento del primer nivel</i>	142
11.6.	MOVIMIENTOS HOSPITALARIOS	142
11.7.	CONSULTAS EN CENTROS DE SALUD Y ACCIÓN COMUNITARIA.....	148
11.8.	CONSULTAS ODONTOLÓGICA	150
11.9.	CONSULTAS DE SALUD MENTAL	151
11.10.	INMUNIZACIONES	152
11.10.1.	<i>Indicadores de coberturas</i>	153
12.	GLOSARIO	154
12.1.	GENERAL.....	154
12.2.	CONCEPTOS E INDICADORES DE MORTALIDAD INFANTIL	155
13.	BIBLIOGRAFÍA	156
14.	ANEXO	158

1. RESUMEN EJECUTIVO

La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se estimó en 3.059.122 habitantes para el año 2016. La ciudad presenta una pirámide de población regresiva y envejecida, con 21% de sus habitantes mayores de 60 años. El 53,2% de esta población corresponde a mujeres y el 46,8% son varones. Este diferencial entre sexos se incrementa en los grupos de mayor edad, alcanzando en los mayores de 70 años un 35,1% de varones y un 64,9% de mujeres.

Para el año 2016 la tasa global de fecundidad de la ciudad (promedio de hijos por mujer en edad fértil) fue de 1,7 hijos/mujer.

El incremento de la población ocurrió por crecimiento vegetativo, dado que las tasas de crecimiento migratorio fueron negativas. El 38% de los residentes en la ciudad no nació en esta jurisdicción (24,7% nació en la Argentina y un 12,9% son extranjeros).

El análisis por comunas presenta diferencias en la conformación demográfica. En las comunas 4, 7, 8 y 9 se observaron estructuras más jóvenes (más de 23% de menores de 15 años); mientras que las comunas 2, 6, 11, 13 y 14 mostraron poblaciones más envejecidas (más de 18% de mayores de 64 años). Las comunas con mayor densidad de población se ubican en el centro de la ciudad.

Un 37% de los hogares son unipersonales. La mitad de los mayores de 14 años se encuentran conviviendo en pareja. El estado civil "viudez" es elevado en las mujeres (12%) y se incrementa a un 43,6% en las mujeres mayores de 65 años.

El 10,5% de la población de la ciudad presenta algún tipo de discapacidad permanente, aumentando esta condición en los grupos más longevos.

En el año estudiado, la tasa de desocupación para la Ciudad fue del 8%, pero en las comunas 4, 7, 8 y 9 superó el 10%. En el cuarto trimestre del año 2016, el 18,9% de la población de la Ciudad fue clasificada en situación de pobreza (no alcanzaba a cubrir la Canasta Total de Consumo).

En la población de 25 y más años, el 54% cursó estudios superiores donde un tercio de estos completó estos estudios. El resto (25%), no alcanzó a finalizar el ciclo secundario.

La cobertura de salud a través de obras sociales, prepaga o mutual incluye al 80% de la población.

El análisis por comunas permite desagregar los indicadores y observar las desigualdades existentes en la ciudad. Las comunas 1, 4 y 8 muestran las situaciones más desfavorables en términos socio-económicos (y, junto con ellos, en el perfil de morbi-mortalidad): desocupación, pobreza, cobertura exclusiva en sistema público, niveles educativos, hacinamiento y saneamiento básico.

Teniendo en cuenta los datos de hacinamiento, la comuna 1 mostró los niveles de hacinamiento y hacinamiento crítico. La comuna 4 y 8 mostraron valores similares entre sí, duplicando los valores de la Ciudad.

De acuerdo a la situación epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria, se observó que la mayoría de las patologías bajo vigilancia mostraron una distribución heterogénea entre las comunas de la ciudad, con tasas de incidencia en el sur de la misma que superan a los indicadores registrados en las comunas del norte y de la ciudad en su conjunto.

Durante la primera mitad de 2016 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sufrió la mayor epidemia de dengue que se haya registrado; en el marco de dicho evento se destaca la introducción de los virus Zika y Chikungunya, vinculados a enfermos atendidos en la CABA, con antecedentes de viaje a zonas endemoepidémicas.

Las infecciones agudas respiratorias, de acuerdo a los casos notificados de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) transitaron en zona de brote en la primera mitad del año.

Los casos observados de neumonía y bronquiolitis coincidieron con los valores esperados según distribución estacional.

Los casos notificados de meningoencefalitis mantuvieron la variación estacional de años anteriores.

Cabe destacar la situación de Tuberculosis (TBC); evento en el cual se han establecido nuevas estrategias de notificación, seguimiento y control así como la actualización permanente del comportamiento de esta patología. Las comunas del sur de la Ciudad presentaron las tasas de TBC más elevadas, registrándose en la comuna 4 la mayor incidencia, con una tasa de notificación de 83,9 casos por 100.000 habitantes, duplicando la tasa global de la Ciudad (37,1 casos por 100.000 habitantes).

La notificación de diarreas agudas transitó dentro de los valores esperados durante todo el año 2016. En el caso de las diarreas agudas sanguinolentas (DAS), el 60% de las notificaciones se registró en el grupo de edad de 2 a 9 años, pero la mayor tasa de incidencia se estimó en el grupo de 1 año.

En el año 2016, la notificación de síndrome urémico hemolítico (SUH) mostró una disminución del 33% en la notificación, con respecto al año anterior. Las comunas 7 y 4 concentraron la mayoría de los casos denunciados.

En cuanto a la notificación de casos de Chagas congénito, los indicadores de las comunas 1, 4, 7 y 8 superaron la tasa general de la ciudad. Se observó una tendencia en aumento de las denuncias de Chagas en embarazadas en 2016 respecto al 2015, lo cual probablemente refleje una sensibilización del sistema de vigilancia respecto de esta patología; las comunas 7 y 8 reunieron el 75,7% de dichas notificaciones.

En el año 2016, las comunas 7 y 8 también presentaron las mayores tasas de notificación de sífilis congénita y en el total de la Ciudad se incrementó un 18% la notificación de los casos confirmados de sífilis en embarazadas respecto del año anterior. Debe señalarse que dicho incremento podría explicarse, en parte, por las iniciativas y actividades que realizó la Gerencia de Epidemiología del Ministerio de Salud, con el propósito de incrementar la sensibilidad del sistema de vigilancia para mejorar la notificación de este evento.

La tasa de mortalidad general ajustada por edad de la CABA fue de 5,7 muertes/1000 hab.

Al interior de la Ciudad, las comunas de la región Sur (comunas 4, 8 y 9) registraron la mayor mortalidad general, con indicadores que superan el valor de la tasa general ajustada de CABA. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias constituyen las principales causas de mortalidad.

Respecto de la mortalidad infantil, se observó el mismo patrón; la tasa de mortalidad infantil de la CABA fue de 7,2 muertes/1.000 NV. Al interior de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la mayor mortalidad infantil se registró en las comunas ubicadas en la zona sur; las tasas más altas se observaron en las comunas 1, 4, 8 y 9. La comuna 4 presentó el indicador más elevado (11,7 muertes/1.000 NV), seguida por las comunas 8 y 1.

Prácticamente, en todas las comunas predomina el componente de mortalidad neonatal precoz, dentro de la mortalidad infantil.

En el marco del Plan de Salud estratégico 2016-19, dada la situación epidemiológica y frente a la necesidad de priorización de las intervenciones, las comunas del Sur vieron fortalecidos los RRHH para el abordaje integral de todas las problemáticas a través de la incorporación de profesionales y la formación de equipos básicos de salud en todos los CeSAC.

2. INTRODUCCIÓN

El análisis de situación de salud (en adelante ASiS) es un diseño de investigación epidemiológica cuyo objetivo es caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad-atención de una población (INE, 2000). Este tipo de diseño se focaliza en la interacción entre las condiciones de vida y el perfil de morbi-mortalidad de una población. Tiene un carácter descriptivo poblacional que permite conocer cuáles son los problemas de salud de una población, identificar desigualdades en salud, establecer prioridades y analizar los factores que condicionan el nivel de salud.

De acuerdo a los autores consultados, el ASiS tiene en general cuatro grandes objetivos (Pría Barros et al, 2006):

- Caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud.
- Evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud.
- Generar evidencia para la formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y la evaluación de su pertinencia, eficacia e impacto.
- Fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud.

El ASiS es un diseño de investigación que puede aplicarse en base a diferentes unidades: una provincia, una ciudad o un barrio. Esta flexibilidad permite que se realice desde distintos niveles del sector salud: los centros de salud, los hospitales y desde un nivel central. Son una herramienta fundamental para la planificación y la gestión de los servicios de salud en todos los niveles.

El presente informe se desarrolla y se coordina desde la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en colaboración con diversas áreas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este trabajo articula diferentes componentes: aspectos demográficos; condiciones sociales, económicas y ambientales; condiciones de morbilidad y mortalidad; y los recursos del sistema. Por razones metodológicas han sido presentados en capítulos apartados, pero deben ser leídos y dimensionados de manera integral.

Este trabajo pretende ser un material de consulta para todas las instancias del sistema de salud de la Ciudad. Lejos de reemplazar a los ASiS locales, la propuesta es alentar la producción de análisis de situación de salud a niveles barriales que aporten una descripción más detallada y rica de cada realidad sanitaria (Pría Barros et al, 2006).¹

La realización de este ASiS, así como la promoción de la realización del mismo a niveles barriales y locales, se enmarca en la Resolución 1727/04 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí se detalla el funcionamiento de la vigilancia de eventos de salud de la ciudad. En su Anexo

¹ Existen diversos tipos de ASiS. Uno de ellos es el institucional, que se confecciona desde las instituciones prestadoras de servicios y genera como producto un diagnóstico de salud a partir de los datos disponibles de morbilidad y mortalidad, demográficos, históricos, económicos, políticos, culturales y sociales. Otro tipo es el ASiS con participación de las comunidades o diagnóstico comunitario, que pretende evidenciar y priorizar los problemas sociales, de infraestructura u organizaciones en la comunidad estudiada. (Ramos Domínguez, 2006).

3 establece la realización de ASiS de manera periódica y sistemática; y se los reconoce como una herramienta útil para guiar la gerencia y la toma de decisiones de las políticas de salud.

En esta línea, la realización de un ASiS para la Ciudad de Buenos Aires, constituye un material de trabajo para los equipos de salud, en base a los lineamientos del Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 2016-2019. El mismo sostiene entre sus principales objetivos, implementar una red integrada de Cuidados progresivos desde la perspectiva comunitaria basadas en la Atención Primaria de la Salud y articulada en forma intersectorial con otras instancias ministeriales.

3. OBJETIVOS

3.1. *Objetivo general*

El objetivo de este trabajo es describir la situación de salud de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2016, conjuntamente con los recursos que cuenta para dar respuesta a dicha situación.

3.2. *Objetivos específicos*

1. Caracterizar las condiciones de vida de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en sus aspectos demográficos, socioeconómicos y ambientales.
2. Sistematizar la situación de la morbi-mortalidad de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
3. Describir las respuestas del sistema de salud para hacer frente a la situación de salud/enfermedad de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

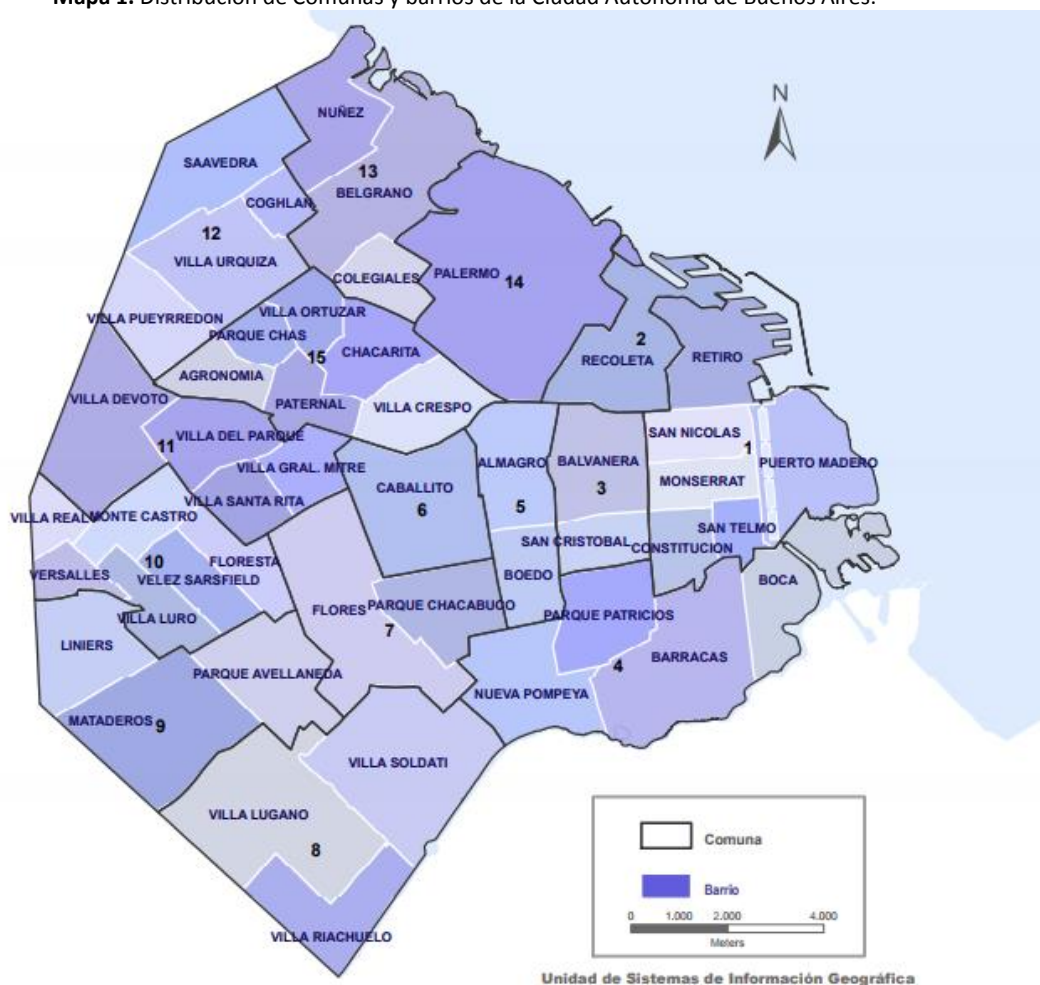
4. ÁMBITO DE ANÁLISIS

Este trabajo tiene como unidad geográfica la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sus residentes y los recursos de salud con los que cuenta.

Para analizar las diferencias hacia el interior de la ciudad se utilizan los datos desagregados por las 15 comunas que conforman la ciudad. Las comunas agrupan distintos barrios y son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial.²

En el siguiente mapa se señala las comunas y los barrios de la ciudad y en la tabla se muestran los barrios por comuna.

² La conformación de las comunas y sus competencias se encuentran reguladas por la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la Ley Orgánica de Comunas N° 1777 (Boletín oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1996; Legislatura Porteña, s/ref.).

Mapa 1. Distribución de Comunas y barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fuente: USIG. Unidad de Sistemas de Información Geográfica. Ministerio de Modernización GCBA.

Tabla 1 Distribución de barrios por comunas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Comunas	Barrios
Comuna 1	Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución
Comuna 2	Recoleta
Comuna 3	San Cristóbal y Balvanera
Comuna 4	Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya
Comuna 5	Almagro y Boedo
Comuna 6	Caballito
Comuna 7	Flores y Parque Chacabuco
Comuna 8	Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano
Comuna 9	Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos
Comuna 10	Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro
Comuna 11	Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita
Comuna 12	Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón
Comuna 13	Belgrano, Núñez y Colegiales
Comuna 14	Palermo
Comuna 15	Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar, Parque Chas y Agronomía

Fuente: Elaboración propia.

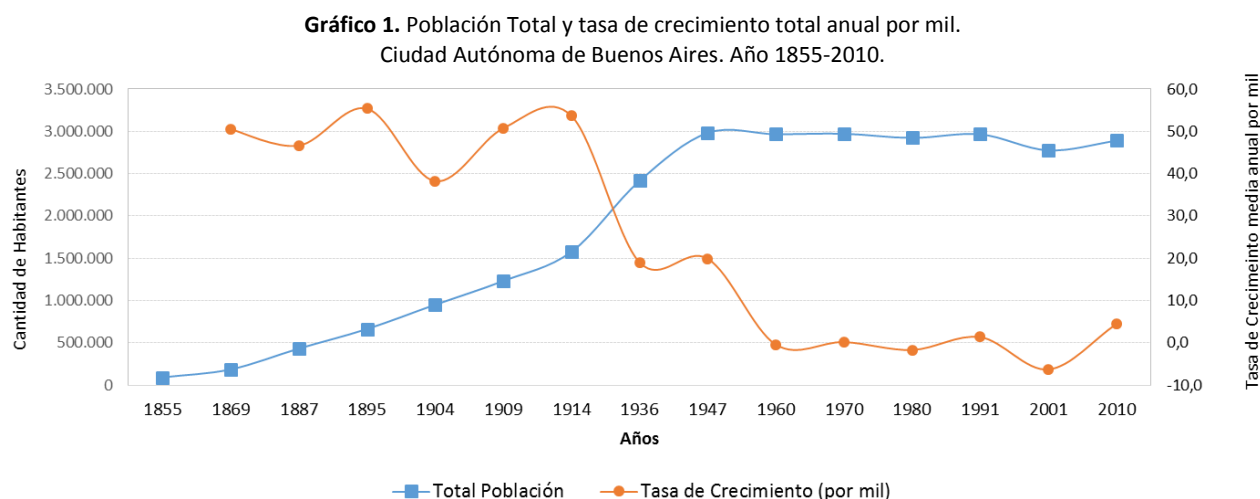
5. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

5.1. Estructura de la población según sexo y edad

5.1.1. La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se estimó en 3.059.122 habitantes para 2016, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (en adelante INDEC).

En el siguiente gráfico se presenta la población total y la tasa de crecimiento total anual histórica desde 1855 al 2010.



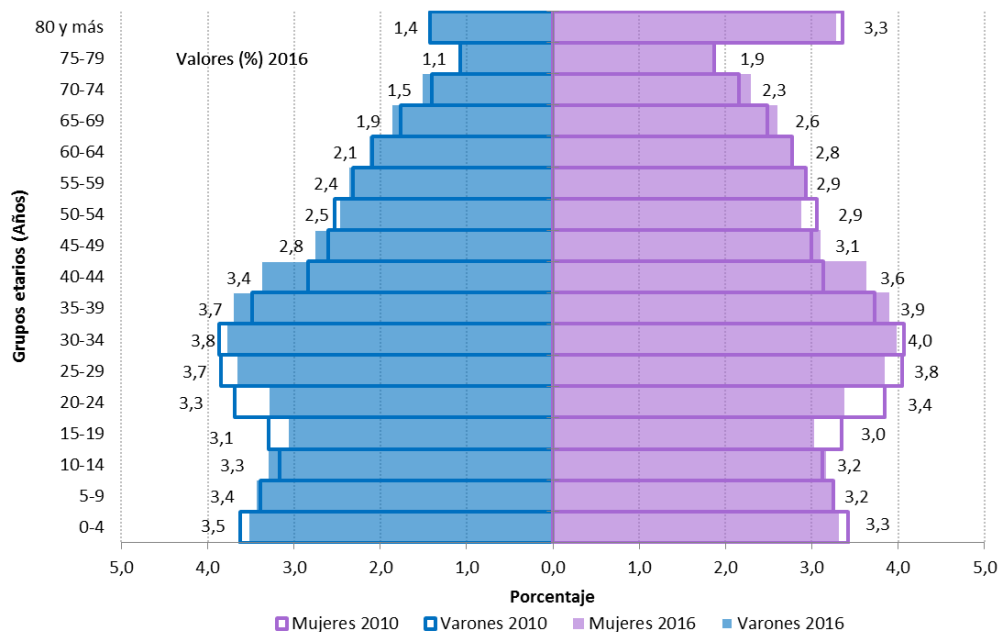
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística y Censo (Ministerio de Hacienda GCBA)

Como se observa, la población total de la ciudad se mantuvo estable desde la segunda mitad del siglo XX. A partir de la década del 60 culminó la caída de la tasa de crecimiento³ completando la transición demográfica. Este periodo se caracterizó por un descenso de la tasa de mortalidad y de natalidad; lo que provocó un estancamiento del crecimiento vegetativo y envejecimiento de la población (Dirección de Estadísticas y Censos, 2013).

En el siguiente gráfico se muestra la comparación de la estructura poblacional del año 2010 y 2016.

³ La tasa de crecimiento: expresa el ritmo de crecimiento de una población, es decir cuánto aumenta o disminuye cada mil habitantes. Es la suma entre el crecimiento vegetativo y el crecimiento migratorio.

Gráfico 2. Pirámide poblacional.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comparación años 2010 y 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

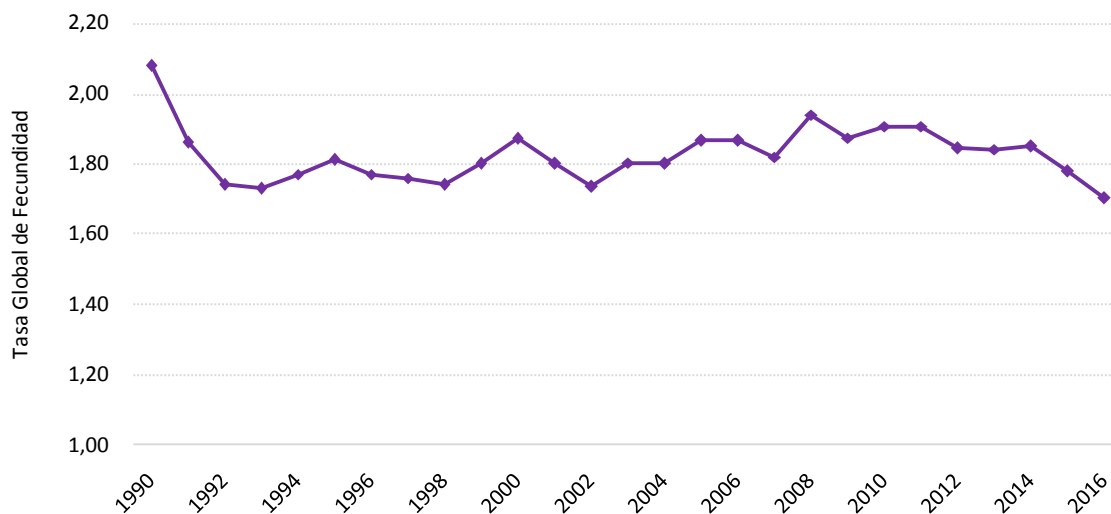
La variación poblacional entre el año 2010 y las proyecciones para el año 2016 fue de un crecimiento de 1%.

5.1.2. La fecundidad

En el año 2016 hubo 38.971 nacidos vivos, 19.088 mujeres y 19.883 varones. La tasa global de fecundidad (promedio de hijos por mujer en edad fértil) fue de 1,7.

En el siguiente gráfico se presenta la evolución histórica de la tasa global de fecundidad entre los años 1990 y 2016 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 3. Tasa global de fecundidad
Ciudad de Buenos Aires. Periodo 1990–2016.

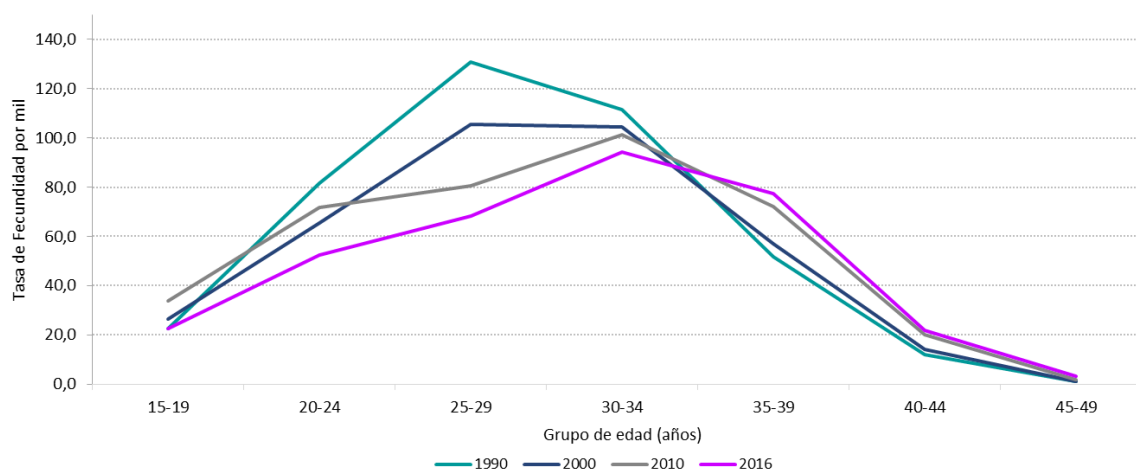


Fuente: Elaboración propia a partir de datos Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Desde 1991 en la ciudad la tasa global de fecundidad estuvo por debajo de 2, vale decir que cada mujer tuvo, en promedio menos de dos hijos a lo largo de su vida. Este indicador tiene implicancia en la dificultad para alcanzar el reemplazo generacional y podría impactar en una futura tasa de crecimiento vegetativa negativa (Dirección de Estadísticas y censos, 2013).⁴

En el siguiente gráfico se muestra la tasa de fecundidad según edad en el periodo de los años 1990-2016.

Gráfico 4. Tasa de fecundidad por mil según grupo de edad.
Ciudad de Buenos Aires. Periodo 1990–2016.



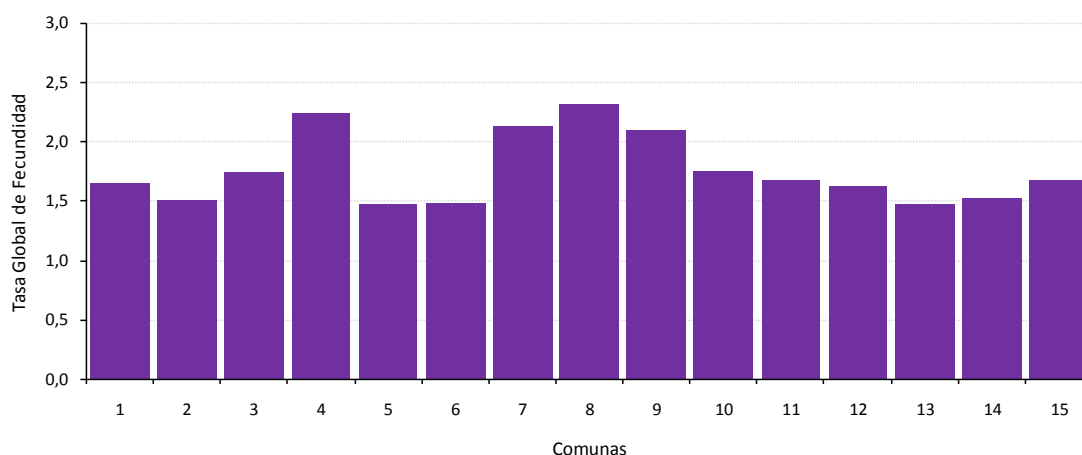
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

⁴ En el Anexo se muestra la evaluación desde 1990 hasta 2016 de la tasa global de fecundidad y la edad promedio de las mujeres que tienen hijos.

En el análisis por edad se evidencia cómo a través de los años la tasa de fecundidad se fue desplazando hacia edades más avanzadas. En los años 90, el grupo de 25 a 29 años mostraba las tasas más altas, sin embargo en 2016 el pico se produjo en las mujeres de 30 a 34 años. También se destaca que en las últimas décadas, la curva se mostró más aplanada, con una distribución menos concentrada. En líneas generales, en los grupos etarios jóvenes la tasa de fecundidad tendió a descender mientras que en los grupos etarios mayores se observó una tendencia en ascenso.

Para dar cuenta de las diferencias al interior de la ciudad se presentan dos gráficos donde se muestra la Tasa Global de Fecundidad (TGF).

Gráfico 5. Tasa de Global de Fecundidad por comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Trienio 2014-2016.

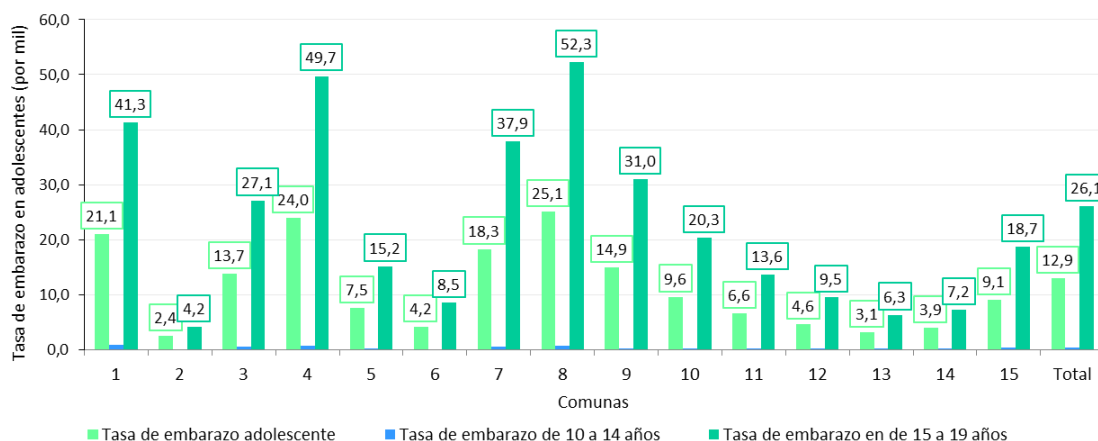


Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Las comunas 4, 7, 8 y 9 tuvieron una TGF por encima de 2, superando el nivel de reemplazo poblacional. Las comunas 2, 5, 6, 13 y 14 fueron las comunas con TGF más bajas.

Otro indicador para analizar la variabilidad entre las comunas es la tasa de embarazo en adolescentes. Esta tasa se calcula en mujeres de 10 a 19 años, en este gráfico se desagrega este grupo etario en menores y mayores de 15 años. Se presentan las tasas de fecundidad por mil mujeres por comuna para el trienio 2014-2015-2016.

Gráfico 6. Tasa de embarazo por 1000 adolescentes de 10 a 19 años por comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Trienio 2014-2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Respecto al embarazo en adolescentes las comunas 1, 4 y 8 mostraron los picos más altos, por encima de 20 embarazos cada mil adolescentes, distanciándose del resto de las comunas y de la tasa de la ciudad (12,9). Esta tendencia se replica si se analiza la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años. Las comunas 2, 13 y 14 muestran las tasas más bajas.

Las tasas de embarazo en adolescentes se explican mayormente por la fecundidad de las mayores de 15 años. Sin embargo debe considerarse el riesgo de un embarazo entre los 10 y los 14 años. Solo en 2016 se registraron 32 embarazos en menores de 15 años, la mitad de los cuales se concentraron en la comuna 1 y 4.

5.1.3. Indicadores demográficos

Los cambios en la fecundidad impactan en el envejecimiento de la población. Existen diferentes índices que permiten analizar las características de la estructura de la población y su envejecimiento. En la siguiente tabla se presentan distintos indicadores demográficos y luego se analizan algunos priorizados.

Tabla 1. Indicadores demográficos de la población.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Índices demográficos	Valor
Masculinidad	87,8
Masculinidad en Adultos Mayores	58,7
Friz	92,4
Sundbärg	63,4
Burgdöfer	61,4
Envejecimiento	80,0
Índice generacional de ancianos	225,3
% Mayores de 60 años	20,9
Estructura de la población activa	64,0
Dependencia	56,2
Reemplazamiento de la población activa	125,1
Tasa global de fecundidad	1,7
Edad media	37,6
Edad mediana	36

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA)

En el año 2016, el 21% de la población representó a los mayores de 60 años y el 4,7% a la población de 80 años o más. El índice de envejecimiento demostró que por cada 100 niños (población hasta 15 años) hubo 80 adultos mayores (65 años y más).

El índice de reemplazo de la población activa fue de 125,1. Este indicador expresa que cada 100 personas que estaban prontas a retirarse de la actividad económica (de 55 a 64 años) había 125 personas que se incorporarían (de 15 a 24 años).

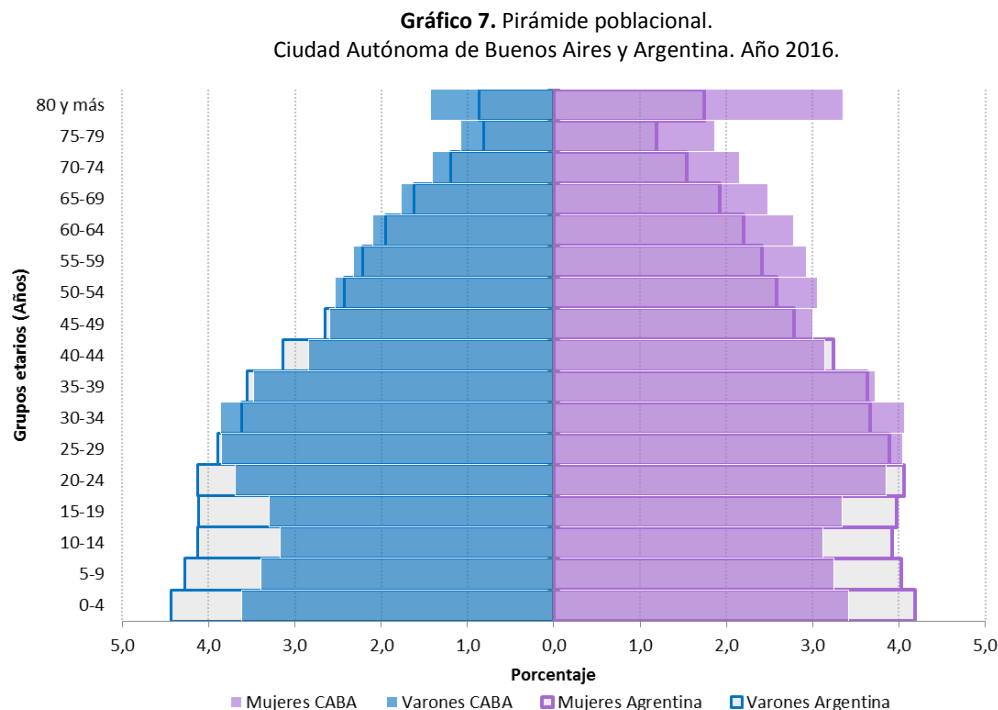
Los índices de Friz, Sundbärgy Burgdöfer son indicadores demográficos que permiten evaluar el envejecimiento de la población. El primero indica que por cada 100 personas de 30 a 49 años había 92,4 menores de 15 años, según este indicador la población de la ciudad se clasificó en madura (menor a 60 se considera envejecida y mayor a 60 joven). El índice Sundbärg compara la población menor de 15 años respecto de la mayor de 50 años; los valores de la ciudad mostraron una población regresiva en la medida que los menores de 15 años se presentaban en menor proporción que los mayores de 50 (caso contrario se consideraría joven). Por último, el índice de Burgdöfer compara la población de 5 a 14 años con la población de 45 a 64 años. Cuando el primer grupo es mayor, la población se considera joven; cuando ambos grupos son aproximadamente iguales se habla de una población madura, y si el grupo de 5 a 14 es menor, se considera una población envejecida. En el caso de CABA la población se consideró envejecida, dado que por cada 100 personas de 45 a 64 años había 61,4 personas de 5 a 14 años.

5.1.4. Comparación con Argentina

Si se compara la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el resto de las provincias, se observa que fue la jurisdicción más envejecida para proyecciones del 2016. En la ciudad el 21% de su población fue registrada

con 60 años o más, mientras que el resto de las provincias no superaron el 17% y en el total del país es de 15%.⁵

El siguiente gráfico ilustra la distribución de las poblaciones de la ciudad y del total del país.



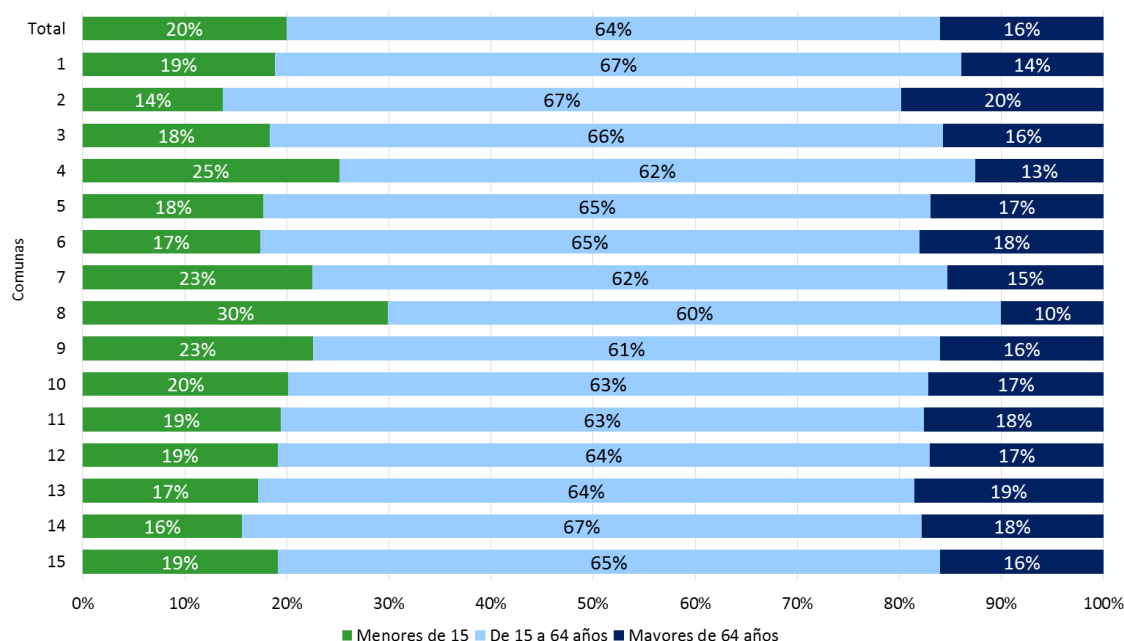
Como se observa el país mantuvo una estructura acampanada, con signos de una población estacionaria; mientras que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mostró una forma propia de una población regresiva.

5.1.5. Diferencias entre comunas

La estructura de la población por edad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentó diferencias según comunas. En el siguiente gráfico se muestran la distribución según grupos de edad por comuna.

⁵ En el Anexo se presenta un gráfico con el porcentaje de población mayor de 60 años según jurisdicción.

Gráfico 8. Distribución porcentual de la población en grupos de edad por comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



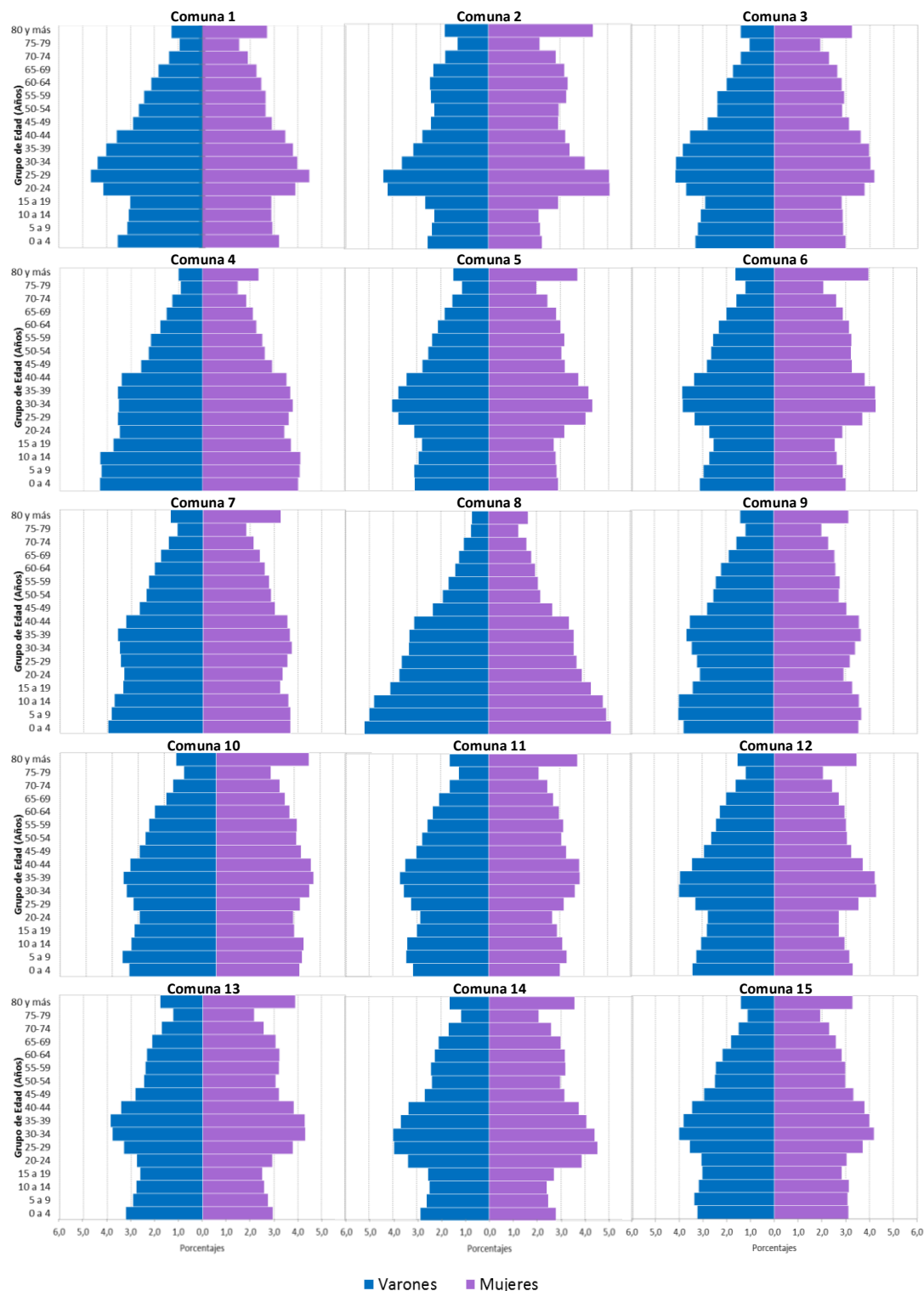
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA)

La comuna 2 mostró el mayor porcentaje de mayores de 64 años, representando un 20% de la población. La comuna 8 se destacó por el mayor porcentaje de población joven. Las comunas 1, 4, 7 y 9 también tuvieron altos porcentajes de población joven y baja proporción de población mayor de 64 años. La estructura poblacional joven se acentuó en las villas, donde los adultos mayores de 64 años representaron el 3% de la población.⁶

Para analizar en detalle la distribución por sexo y edad a continuación se presentan las pirámides de población de cada comuna.

⁶ En el Anexo se presenta un gráfico con la distribución de la población en villas y total de la población en según grupos de edad.

Gráfico 9. Pirámides poblacionales
Comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



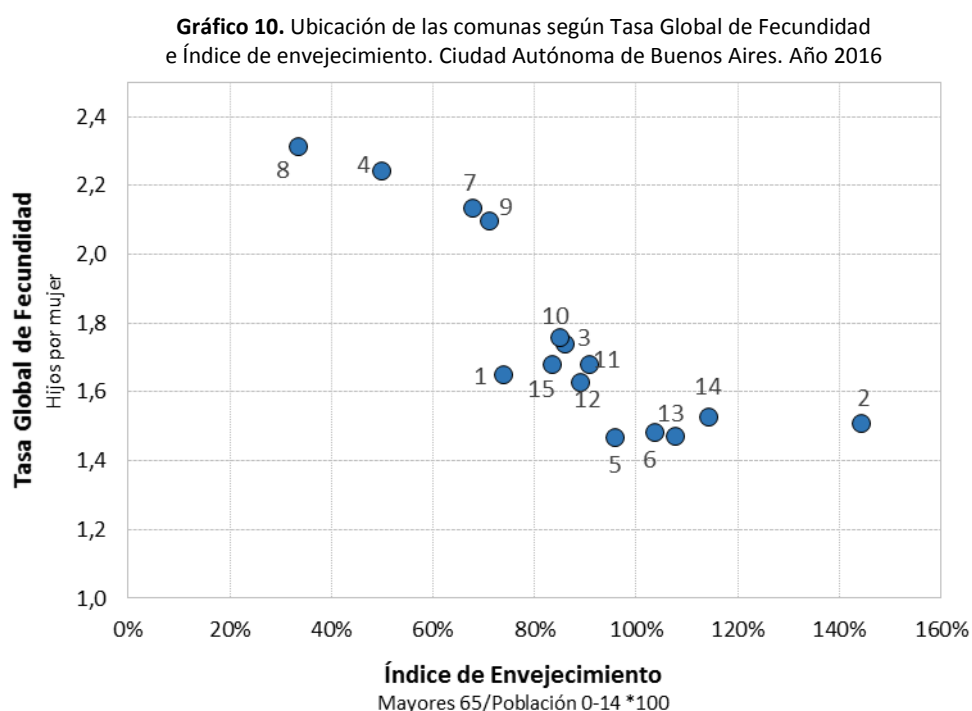
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA)

Una manera de comparar las pirámides es a través de la base, los grupos etarios más jóvenes. Como se observa las comunas 2, 13 y 14 mostraron bases más angostas. Por otro lado, las comunas 4 y 8 se presentaron con una forma de pirámide acampanada, correspondiente a una población joven.⁷

En todas las comunas la población mayor de 80 años fue predominantemente femenina.

En cuanto a la distribución de los sexos, todas las comunas tuvieron más mujeres que varones. Las comunas 1 y 9 mostraron los porcentajes de población masculina más altos, con índices de masculinidad por encima de 90 (más de 90 varones por cada 100 mujeres). La comuna 2 registró el índice de masculinidad más bajo: 80 varones por cada 100 mujeres.

En el siguiente gráfico se presentan las comunas según el índice de envejecimiento y la tasa global de fecundidad.⁸



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Como se observa las comunas 4, 7, 8 y 9 se ubicaron en un extremo con tasas de fecundidad global por encima de 2 y bajo índice de envejecimiento. La comuna 2 se distanció del resto de las comunas empujada por el alto índice de envejecimiento, donde por cada 100 menores de 15 años hay más de 140 mayores de 65 años, casi dos veces el valor de la ciudad.

Las comunas 5, 6, 13 y 14 se agruparon por registrar bajos niveles de tasa de fecundidad global y niveles de envejecimiento en 90% y 120%.

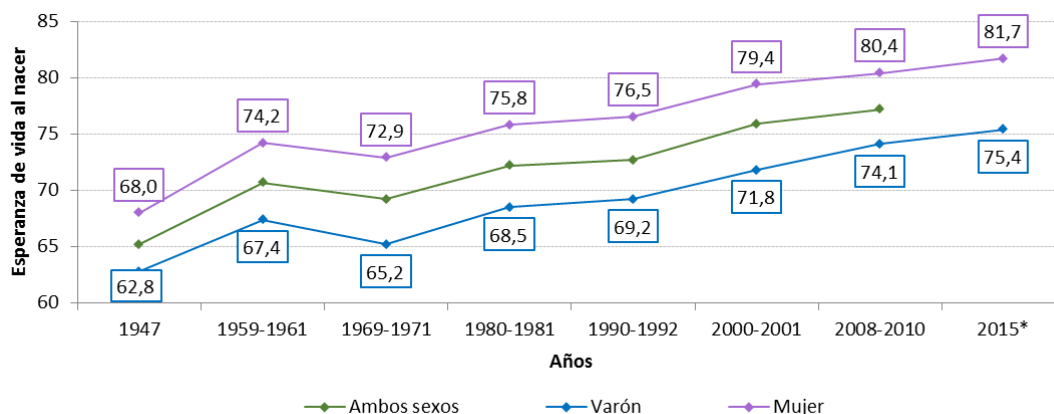
Una última variable para analizar la distribución por sexo y edad de los residentes de la ciudad es la esperanza de vida al nacer, la misma fue de 77,2 años para el año 2010.

⁷ En el Anexo se presentan indicadores demográficos por comuna.

⁸ Un gráfico con estas variables se presenta en Dinámica y envejecimiento demográfico y envejecimiento de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Dirección de Estadística y Censo, 2013: p 30)

A continuación se muestra la serie histórica de esperanza de vida al nacer en años por sexo de 1947 a 2015 según datos censales y proyecciones del INDEC.

Gráfico 11. Esperanza de vida al nacer según sexo.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1947 – 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA), sobre la base de INDEC, Análisis Demográfico N° 10, 31 y 37.

* Los datos para el año 2015 se extrajeron de Proyecciones poblacionales del INDEC. No se cuenta con el dato para Ambos sexos.

En 2015 se alcanzó una esperanza de vida de 81,7 años en mujeres y 75,4 en hombres. A lo largo de la serie histórica se mantuvo la mayor esperanza de vida en el sexo femenino respecto del sexo masculino.

A nivel nacional, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue, para el 2015, una de las jurisdicciones con esperanza de vida al nacer más alta, sólo superada por Neuquén y Tierra del Fuego en el caso de los varones.⁹

5.2. Migraciones

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se conformó con un fuerte aporte de población migrante, tanto de otros países como del interior de Argentina. A lo largo del siglo XX el porcentaje de población extranjera fue decayendo. Para el quinquenio 2010-2014 la tasa anual de crecimiento migratorio fue negativa (-2,4 por mil), es decir, los emigrantes superan a los inmigrantes.

En el año 2016 el 60% de los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires habían nacido en la ciudad. En la siguiente tabla se observa la distribución porcentual de la población de la ciudad por comuna según lugar de nacimiento para 2016.

⁹ En el Anexo se presenta una Tabla con los valores de esperanza de vida al nacer para el 2015 según jurisdicciones de la Argentina.

Tabla 2. Distribución porcentual de la población por lugar de nacimiento según comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Comunas	CABA	Pcia de Buenos Aires	Otra provincia	País limítrofe	País no limítrofe
1	45,8	12,0	18,2	13,5	10,4
2	47,7	18,9	20,7	5,7	7,0
3	49,9	13,5	15,5	7,2	13,9
4	60,5	9,7	14,8	10,6	4,5
5	60,0	12,0	14,8	4,8	8,4
6	67,6	15,2	11,0	2,6	3,5
7	68,6	8,7	9,7	8,0	5,0
8	66,7	6,9	7,7	16,9	1,8
9	69,0	10,3	8,0	9,1	3,6
10	72,4	10,7	7,1	7,4	2,3
11	73,0	11,9	6,6	5,4	3,2
12	71,7	11,3	9,3	2,6	5,0
13	61,2	14,4	14,1	2,9	7,5
14	53,6	19,0	18,1	1,3	8,0
15	71,0	12,1	9,2	2,6	5,1
Total	62,3	12,3	12,4	6,9	6,0

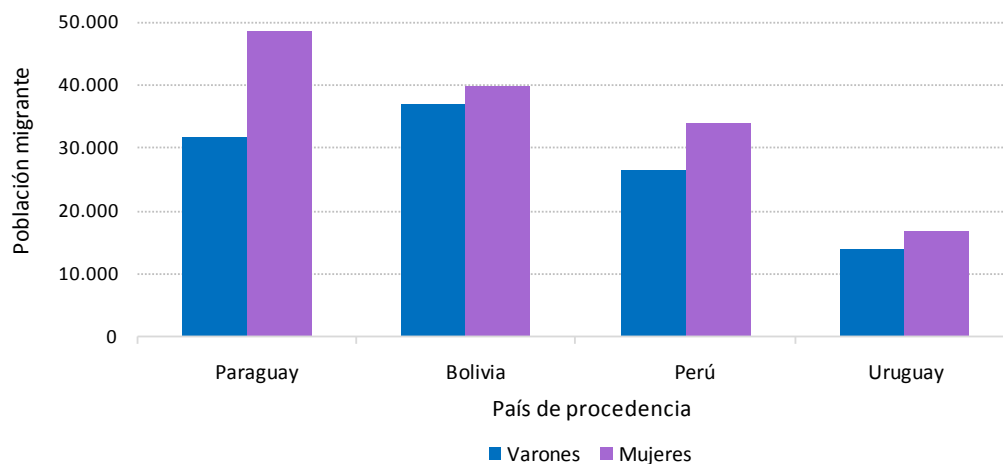
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) EAH 2016.

Un 24,7% de la población eran migrantes internos y un 12,9% migrantes externos. Las comunas 1, 2 y 3 mostraron los porcentajes más bajos de población nacida en la ciudad; mientras que las 10, 11, 12 y 15 expresaron los porcentajes más altos para este indicador. Los nacidos en otras provincias del país se presentaron con menor variabilidad según las comunas. El porcentaje de extranjeros fue más alto en las comunas 1, 3, 4 y 8.

Para conocer los países de procedencia se cuenta con datos del Censo 2010. Para ese año el 21% de los extranjeros de la ciudad había provenido de Paraguay y el 20% de Bolivia (representando el 2,7% y el 2,5% de la población total de la ciudad respectivamente). En tercer lugar se ubicaba Perú con un 16% de la población migrante externa y Uruguay con un 8%. Europa aportó un 17% de la población extranjera, con preponderancia de España e Italia.

Para caracterizar la población migrante, en el siguiente gráfico se presentan los datos según sexo para los países que aportaron la mayor cantidad de inmigrantes a la ciudad. Los datos corresponden al Censo de 2010.

Gráfico 12. Población por sexo y país de procedencia.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.



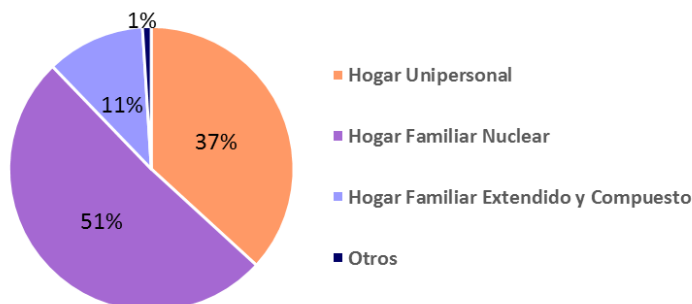
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2010. INDEC.

Mientras los ciudadanos bolivianos tuvieron mayor paridad de género, con un patrón migratorio familiar o en pareja; la migración proveniente de Paraguay, Perú y Uruguay registraron un predominio femenino.

5.3. Conformación de familias y hogares

En la ciudad predominó la organización de hogares familiares. En el siguiente gráfico se presenta la distribución según tipo de hogar.

Gráfico 13. Distribución porcentual de los hogares según tipo de hogar.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda, GCBA) EAH 2016

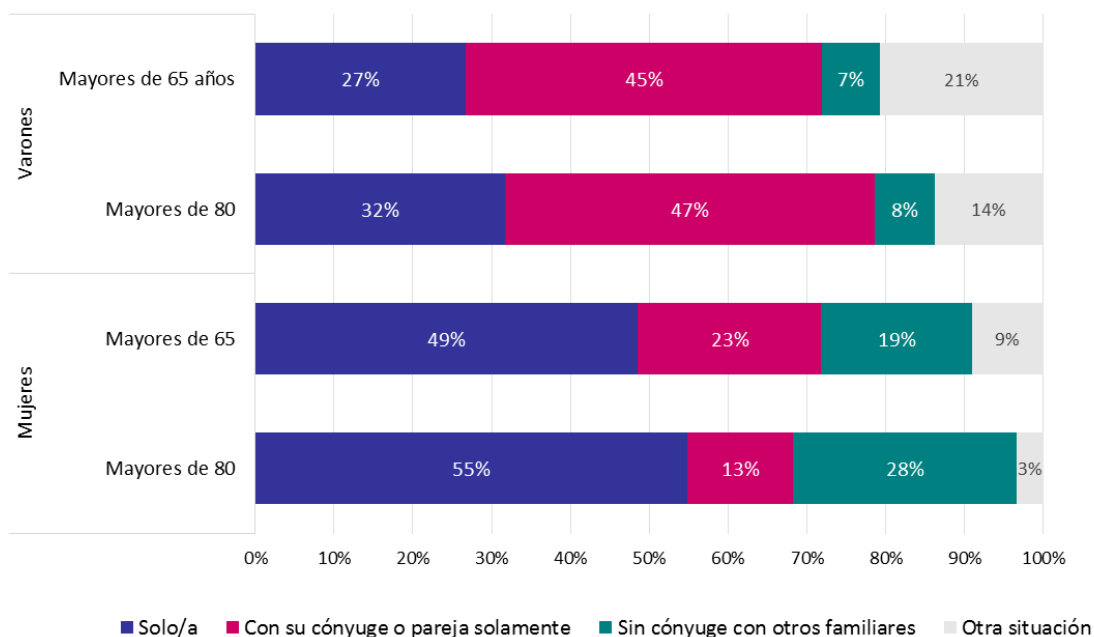
Es destacable la cantidad de hogares unipersonales, casi 4 de cada 10 hogares de la ciudad. A modo de referencia, para el Censo 2010 los hogares unipersonales en la ciudad eran el 30% de los mismos, frente al 18% nacional.

La mitad de los hogares se organizaron como familias nucleares, es decir con parejas con o sin hijos o personas solteras con hijos. La organización familiar alcanzó el 62,2% considerando también las familias

extendidos y compuestos, es decir familias nucleares a las que se les agregan otras personas (familiares o no).

Si se observa la situación de convivencia de los adultos mayores se verificaron diferencias en cuanto a género. En el siguiente gráfico se presenta la situación conyugal en adultos mayores de 65 años y mayores de 80 años (categorías no excluyentes, siendo que la segunda se encuentra incluida en la primera).

Gráfico 14. Distribución porcentual de situación de convivencia en adultos mayores según sexo y grupo de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016

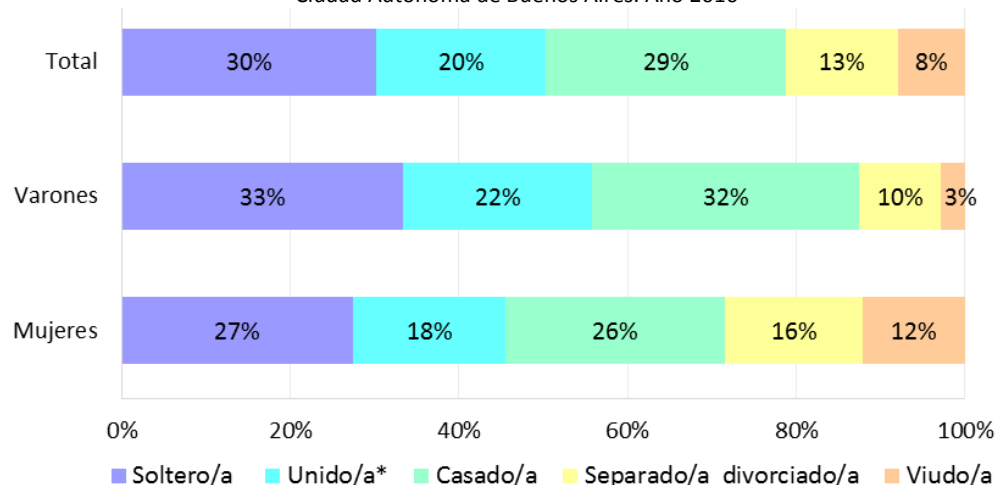


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística y Censo (Ministerio de Hacienda GCBA)

La mitad de las mujeres mayores de 65 años vivían solas, aumentando esta proporción con la edad; mientras que en los varones este porcentaje se redujo a un cuarto. En los varones predominó la convivencia solo con la pareja, mientras que en las mujeres hubo mayor porcentaje de convivencia con otros familiares en relación a los varones.

En el siguiente gráfico se observa el estado civil según sexo.

Gráfico 15. Distribución porcentual de la población de 14 años y más por situación conyugal según sexo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) EAH 2016

*Unido/a: en unión legal o consensual

La mitad de la población de la ciudad mayor de 14 años se encontraba conviviendo en pareja, sea casado o unido; mientras que un tercio de la población estaba soltera. La viudez fue un fenómeno predominantemente femenino, siendo casi 4 veces más alta entre las mujeres que entre los varones. El divorcio también tuvo más peso entre las mujeres que entre los varones.

Si se analiza al grupo de los mayores de 65 años, el 43,6% de las mujeres se correspondieron a situación de viudez, frente al 14,6% de los varones.¹⁰ Esta predominancia de mujeres viudas se la puede relacionar con la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los varones y, en coincidencia a lo que muestra el Gráfico 14, resulta en un alto porcentaje de mujeres adultas mayores viviendo solas.

En 2016 se celebraron 1168 matrimonios heterosexuales, 563 uniones de hecho y 12.260 certificados de convivencia. La ciudad experimentó una tendencia de aumento de las uniones civiles y los certificados de convivencia en detrimento de los matrimonios para las parejas heterosexuales.¹¹

En las parejas del mismo sexo la tendencia fue a la inversa. Desde el 2010, año en que se aprobó la Ley 26.618 de matrimonio igualitario, hubo una tendencia al aumento de los matrimonios (con un pico en 2011).

Respecto a las parejas del mismo sexo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue pionera en brindar herramientas legales para la convivencia, a través de la unión civil. En comparación con el resto de las provincias del país, para el Censo 2010, en la ciudad hubo mayor peso de parejas homosexuales, representando 0,72% de los hogares conyugales. Es también la única jurisdicción donde las parejas de varones superaron a las parejas de mujeres (Dirección de Estadística y Censo, 2017).

¹⁰ En el Anexo se presenta una tabla con la distribución porcentual de la situación conyugal según sexo y grupo etario.

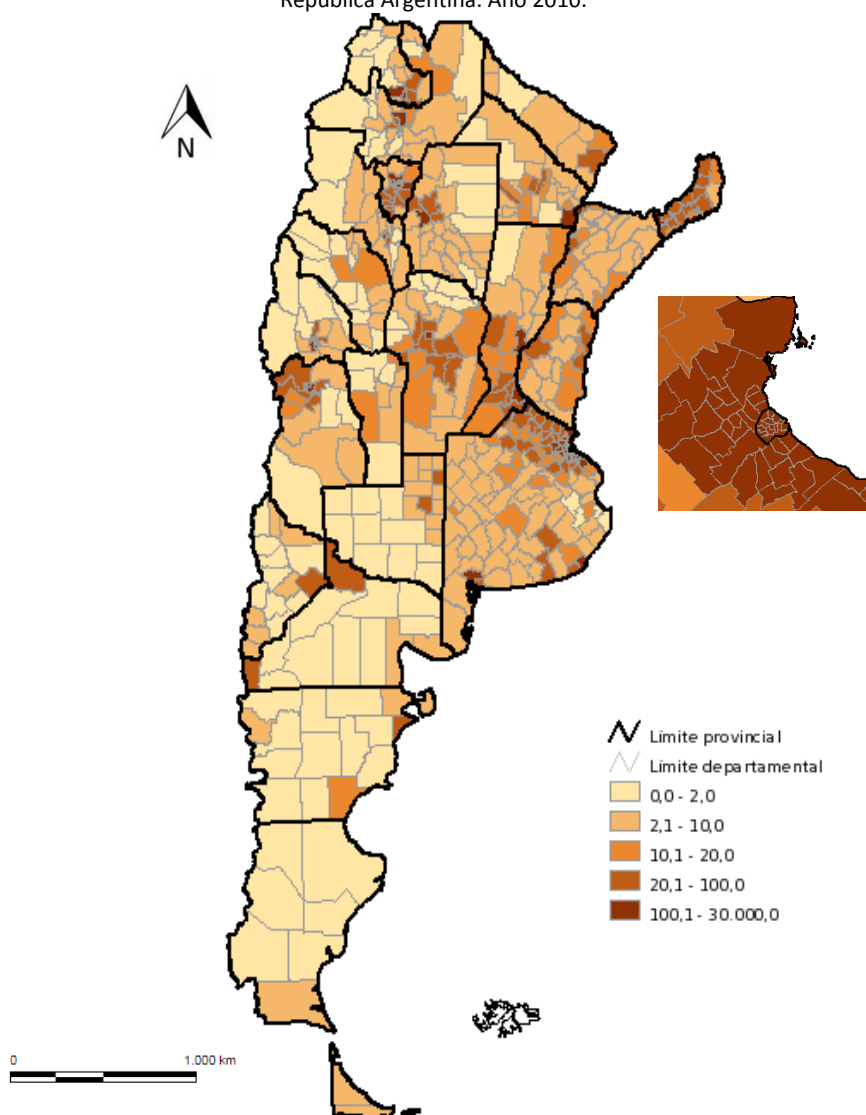
¹¹ En el anexo se presenta una Tabla con los datos sobre matrimonio y registros civiles en parejas heterosexuales a lo largo de los últimos años.

5.4. Densidad de la población

En cuestiones de población, la Argentina se caracterizó por una baja densidad, con una media de 14,4 hab./Km², y una fuerte centralización alrededor de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.¹² Considerando la población de la CABA y de los 24 partidos del Gran Buenos Aires se concentraron en 2010 el 32% del total de los habitantes del país.

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con una extensión de 204 Km² donde viven sus 3.059.122 habitantes. La densidad fue de casi 15 mil habitantes por Km², con amplia diferencia respecto del resto de las jurisdicciones, en segundo lugar se ubicó la provincia de Tucumán con 64,3 hab./km², y en tercer lugar la provincia de Buenos Aires con 50,8 hab./km².

Mapa 1. Densidad de población por departamento (hab./km²).
República Argentina. Año 2010.



Fuente: Mapa temático Censo 2010 (GEOCENSO). INDEC.

¹²La densidad media es de 14,4 hab./km², excluyendo los departamentos de Antártida e Islas del Atlántico Sur. Si se consideran estos territorios la densidad media es de 10,7 hab./km² según el Censo 2010.

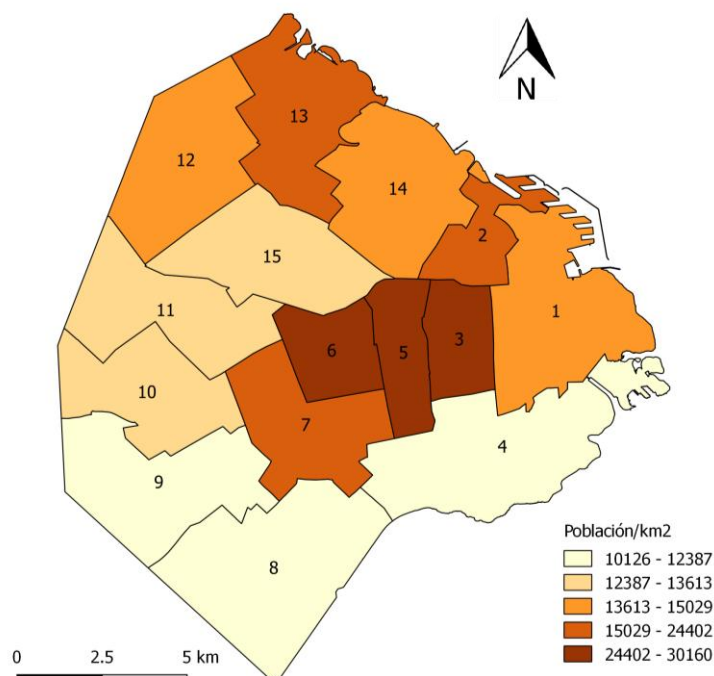
La distribución de la población en la ciudad mostró diferencias según las distintas comunas. En la siguiente tabla se detallan los datos de población, superficie y densidad; se presenta también el mapa de la ciudad con la densidad por comunas.

Tabla 3. Población, extensión y densidad poblacional según comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Comuna	Población	Superficie (km ²)	Densidad poblacional
1	252.053	17,76	14.188
2	149.848	6,30	23.776
3	192.573	6,39	30.160
4	238.303	21,67	10.997
5	186.740	6,66	28.043
6	184.611	6,85	26.947
7	240.116	12,43	19.321
8	225.737	22,29	10.126
9	170.353	16,51	10.321
10	170.163	12,66	13.444
11	189.956	14,12	13.454
12	213.576	15,57	13.719
13	235.819	14,65	16.095
14	226.884	15,85	14.318
15	182.390	14,32	12.734
Total	3.059.122	204,0	14.994

Fuente: Elaboración propia en base a datos INDEC Proyecciones poblacionales año 2016.

Mapa 2. Densidad poblacional por comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos INDEC Proyecciones poblacionales año 2016.

Las comunas con mayor densidad de población se concentraron en el centro de la ciudad. La comuna 3 mostró el nivel más alto de habitantes por Km²: 30.160 habitantes. Le siguen las comunas 2, 5 y 6. La comuna 8 presentó los datos más bajos para este indicador con 10.126 habitantes por Km². Datos similares

presentan las comunas 4 y 9. Estas tres últimas comunas fueron también las comunas con mayor extensión en Km².

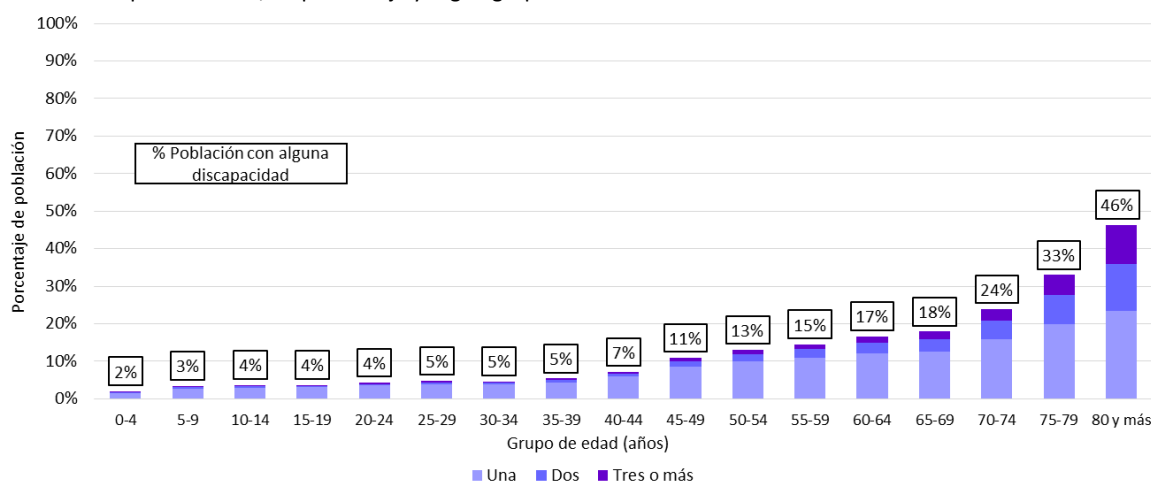
Los datos de densidad poblacional pueden estar condicionados por la extensión de los espacios verdes, el tipo de vivienda que predomina en las comunas (departamentos o casas) y la presencia de villas y asentamientos. Estos factores pueden explicar que comunas con baja densidad de población registraron simultáneamente altos niveles de hacinamiento, como se presentará en el próximo capítulo.

5.5. Población con discapacidad

Un último aspecto que se presenta es la población con discapacidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según los datos del Censo 2010 se contabilizaron 316.844 personas con alguna dificultad o limitación permanente (10,46% del total de la población de la ciudad para ese año), con predominio en el sexo femenino (62%).¹³

A continuación se presentan los datos de la población con una, dos o más dificultades o limitaciones permanentes según grupo etario.

Gráfico 16. Población en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por cantidad de dificultades o limitaciones permanentes, en porcentaje y según grupo de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010 –INDEC.

De las personas con discapacidad, el 69% presentó una sola discapacidad, un 17,7% dos discapacidades y un 12,8% tres o más. La prevalencia aumentó con la edad, con un salto después de los 80 años.

Según datos de la Encuesta Anual de Hogares 2011, sólo un 19% de la población con dificultad a largo plazo contaba con Certificado de Discapacidad. En esta encuesta también se señaló que la dificultad más frecuente fue la visual afectando al 59,6% de todas las personas con alguna dificultad o limitación permanente. Le siguió la motora inferior 41,5%, auditiva 19%, motora superior 16,7% y cognitiva 13,5% (los resultados superan el 100%, ya que los mismos no son excluyentes).¹⁴

¹³ Para recabar este dato se consultó a cada persona si tenía dificultad o limitación permanente para ver (aún con anteojos o lentes puestos); oír (aún cuando usa audífono); caminar o subir escalones; agarrar objetos y/o abrir recipientes con las manos; entender y/o aprender.

¹⁴ En el Anexo se presenta un gráfico con la cantidad de población con limitación permanente según el tipo de dificultad.

6. CONDICIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

En este apartado se presentan las condiciones socioeconómicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través de indicadores de ocupación, ingreso, cobertura de salud, nivel de escolaridad y condiciones de vivienda. Se presentan los datos para el total de la ciudad y por comunas. Para algunos indicadores se muestran comparaciones con el nivel nacional y con las jurisdicciones con datos de 2010.

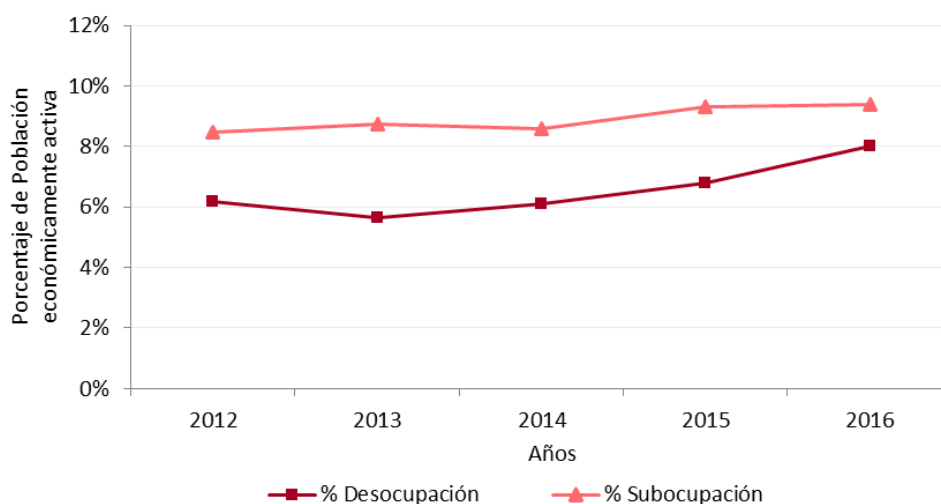
6.1. Ocupación e Ingreso

En el 2016, el 64,4% de la población mayor de 10 años era económicamente activa, es decir trabajaba o buscaba trabajo en el mercado laboral (tasa de actividad). Un 59,2% de los mayores de 10 años se encontraban trabajando (tasa de empleo).¹⁵

La desocupación fue de 8% de la población económicamente activa; mientras que la subocupación representó el 9,4% de esta población. Nótese que el porcentaje de actividad y de empleo se calcula sobre el total de población mayor de 10 años; mientras que la desocupación y la subocupación se calculan con la población económicamente activa como denominador¹⁶.

En 2016 se observó un aumento de la desocupación y la subocupación respecto al 2015. En el siguiente gráfico se presentan el porcentaje de desocupación y subocupación entre los años 2012 al 2016.

Gráfico 1. Porcentaje de desocupación y subocupación en población económicamente activa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2012-2016.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH.

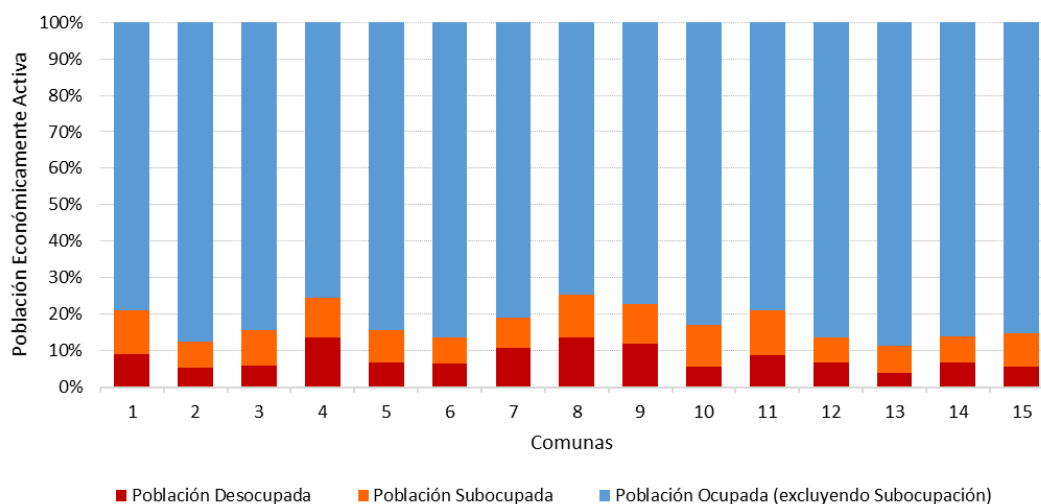
La desocupación mostró una tendencia ascendente desde el año 2013, con un incremento de 1,2% entre 2015 y 2016. La subocupación mostró mayor estabilidad, aunque presenta un incremento de 0,7% entre los años 2014 y 2015.

¹⁵ Publicación disponible en: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?cat=84>

¹⁶ En el Glosario se presentan las definiciones de Tasa de actividad, empleo, desocupación y subocupación.

Los indicadores de ocupación no fueron homogéneos en la ciudad, afectaron de manera diferencial a las distintas comunas. En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de desocupación y subocupación según comuna para el 2016.

Gráfico 2. Porcentaje de población desocupada, subocupada y ocupada (excluyendo subocupación) por comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2016. Ciudad de Buenos Aires. Tabulados Básicos. Dirección de Estadística y Censo¹⁷

Las comunas 4, 8 y 9 mostraron los indicadores de desocupación más desfavorables, acompañados por datos de subocupación por encima de la media. Las comunas 2 y 13 mostraron mejores condiciones en este aspecto, con las tasas más bajas de ambos indicadores.

Entre los ocupados en la ciudad predominó en 2016 la relación de dependencia, con 3 cada 4 ocupados en esta condición. De ellos, un 26% no recibió aportes jubilatorios de su empleador.¹⁸

Para dar cuenta de la situación en función del ingreso, se tomó la estratificación presentada por la Dirección de Estadística y Censo, la cual se construye en función del acceso a las canastas de alimentos, a la canasta básica y a la canasta total.

La canasta de alimentos incluye los bienes alimenticios; la canasta básica incluye a bienes y servicios para satisfacer necesidades esenciales (alimentarias y no alimentarias). La canasta total, además de la anterior, abarca bienes y servicios estacionales o contingentes (indumentaria, gastos de salud) y la adquisición de bienes durables para el hogar.¹⁹

Para evaluar la situación en los últimos cinco años, se presenta el siguiente gráfico con el porcentaje de la población que no alcanzó la canasta total de ingresos.

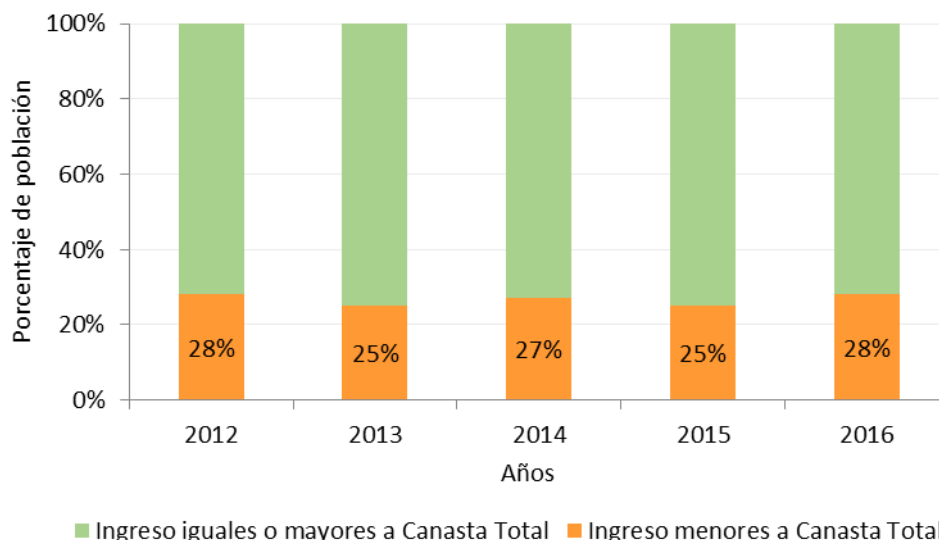
¹⁷ Publicación disponible en

http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2017/05/2016_tabulados_basicos.pdf

¹⁸ En el Anexo se presenta un gráfico con la distribución de los ocupados según categoría ocupacional.

¹⁹ En el Glosario se detallan estas definiciones.

Gráfico 3. Distribución porcentual de población por relación ingresos –canasta total. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2012 - 2016.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH e IPCBA.²⁰

En los últimos cinco años el porcentaje de población que no accedió a la canasta total de consumo se mantuvo relativamente estable.

En 2016, del 28% de la población que no alcanzó la canasta total, 5,8% obtuvo ingresos por debajo de la canasta de alimentos, es decir se consideró población indigente. Si tomamos como base los hogares, el 22% de los hogares no alcanzó la canasta total en 2016. Y un 3,9% no alcanzó la canasta de alimentos.²¹

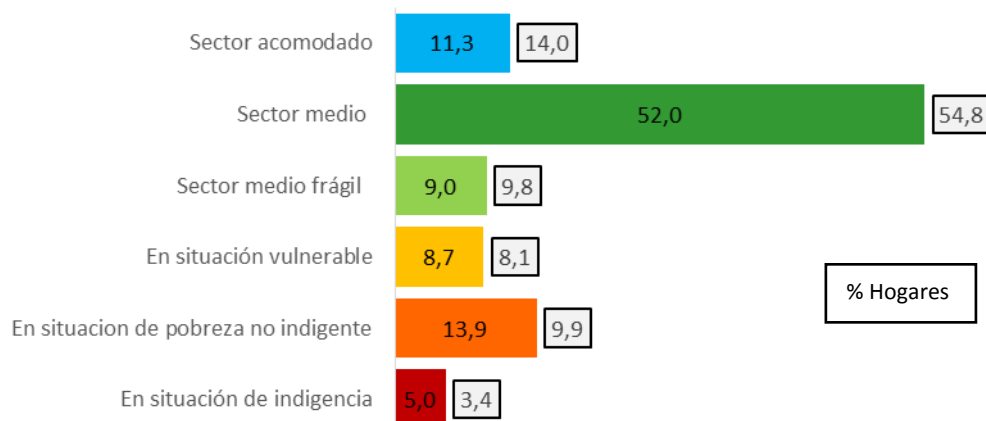
En el siguiente gráfico se presentan los datos para el 4to trimestre de 2016. Las barras en color muestran la distribución porcentual de la población, mientras que los valores dentro de los recuadros en negro indican la distribución de los hogares según estrato de ingreso.²²

²⁰ Los datos publicados se encuentran disponibles en: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24166>

²¹ En el Anexo se presenta los datos de la población y hogares según la relación ingresos y canasta de consumo para el año 2015 y 2016.

²² En este gráfico se presentan los datos del último trimestre, los mismos pueden no coincidir de manera exacta con el resto de los gráficos donde se presenta los datos del año completo.

Gráfico 4. Distribución porcentual de la población y hogares según estrato de ingreso. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 4^{to} trimestre de 2016.

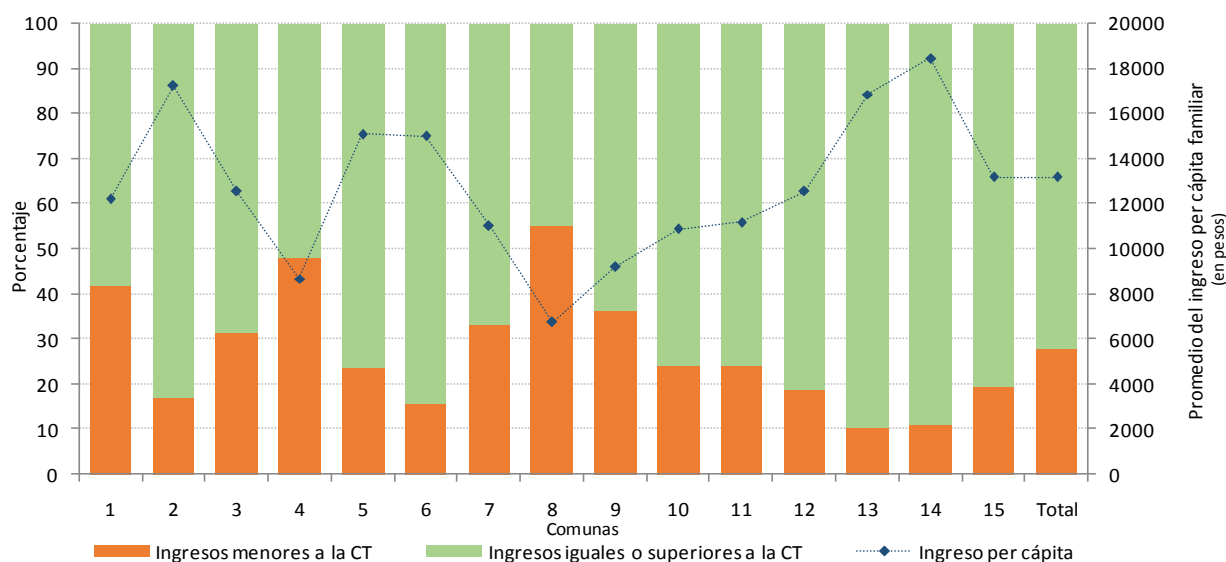


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH e IPCBA.²³

El 5% de la población, que representó el 3,4% de los hogares, no accedió a la canasta de alimentos, encontrándose en situación de indigencia. Un 18,9% de la población se encontró por debajo de la línea de pobreza al no acceder a la canasta básica, mientras que un 27,6% de la población no accedió a la canasta total. El sector medio representó el 52% de la población, percibieron ingresos entre 1,25 y 4 canastas totales.

La situación de la ciudad es heterogénea en las diferentes comunas. Para analizar los ingresos por comunas, se presenta en el siguiente gráfico los promedios de ingreso per cápita familiar de los hogares y la distribución porcentual de la población por encima y por debajo de la canasta total.

Gráfico 5. Distribución porcentual de población por relación ingresos - canasta total según comuna y promedio de ingreso per cápita familiar de los hogares según comuna.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016 e IPCBA.²⁴

²³ Los datos presentados se encuentran disponibles en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/09/ir_2017_1192.pdf

²⁴ Los datos presentados se encuentran disponibles en: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=70531> y en la "Encuesta Anual de Hogares de 2016. Ciudad de Buenos Aires. Tabulados básicos". Disponibles en: http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2017/05/2016_tabulados_basicos.pdf

Si consideramos a la distribución de los ingresos en las diferentes comunas, en la comuna 8 el porcentaje de población que se encontró por debajo de la canasta total (55%) casi duplicando al del total de la ciudad (28%). Al analizar el ingreso per cápita, la comuna 8 recibió los ingresos más bajos, con valores que representaron la mitad de los de la ciudad. Las comunas 1 y 4 también mostraron valores distanciados de la ciudad, con más del 40% de la población por debajo de la canasta total. Las comunas 13 y 14 registraron los mayores porcentajes de población con ingresos por encima de la canasta total: 89,7% y 88,9% respectivamente. Junto con la comuna 2 presentaron los valores más altos de ingresos per cápita, por encima de los \$15.000.²⁵

Al comparar con el nivel nacional, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encontraba en una situación favorable frente al total de conglomerados urbanos y las regiones del país. En la siguiente tabla se presentan los porcentajes de indigencia y pobreza en hogares y población según regiones.

Los datos que se presentan resultan de la Encuesta Permanente de Hogares, que se realiza en 31 conglomerados urbanos del país. La metodología de caracterización de indigencia y pobreza del INDEC no concuerda con la Dirección del Estadísticas y Censo del Gobierno de la ciudad, por tanto los datos no coinciden con los presentados hasta ahora.

Tabla 1. Porcentaje de población y hogares en situación de pobreza e indigencia según regiones.
31 Aglomerados urbanos argentinos. Segundo semestre 2016.

Regiones	Pobreza		Indigencia	
	Hogares	Población	Hogares	Población
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6,8	9,5	2,0	2,3
Gran Buenos Aires	20,8	29,6	4,8	6,4
Partidos del GBA	25,6	34,6	5,8	7,5
Cuyo	25,9	35,7	3,3	4,3
Noreste	23,5	33,0	3,8	5,1
Noroeste	24,2	31,6	4,2	5,3
Pampeana	21,3	30,5	4,7	6,7
Patagónica	16,8	23,7	2,8	3,3
Total 31 aglomerados urbanos	21,5	30,3	4,5	6,1

Fuente: Elaboración propia en base Informe Técnico. Condiciones de Vida. Vol. 1 n°4. Segundo semestre 2016. INDEC.

Si bien los datos deben leerse con reserva por las diferentes metodologías que se aplican, los mismos permiten dar cuenta que la ciudad, en relación al resto del país, tuvo en 2016 mayores niveles de ingresos. La ciudad presentó tres veces menos pobreza y dos veces menos indigencia que el resto de las regiones. La región Patagónica es la que más se acercó a los bajos valores que presenta la ciudad.

²⁵ En el Anexo se presenta una Tabla con la evolución en los últimos cinco años del porcentaje de población que no accede a la canasta total de las comunas.

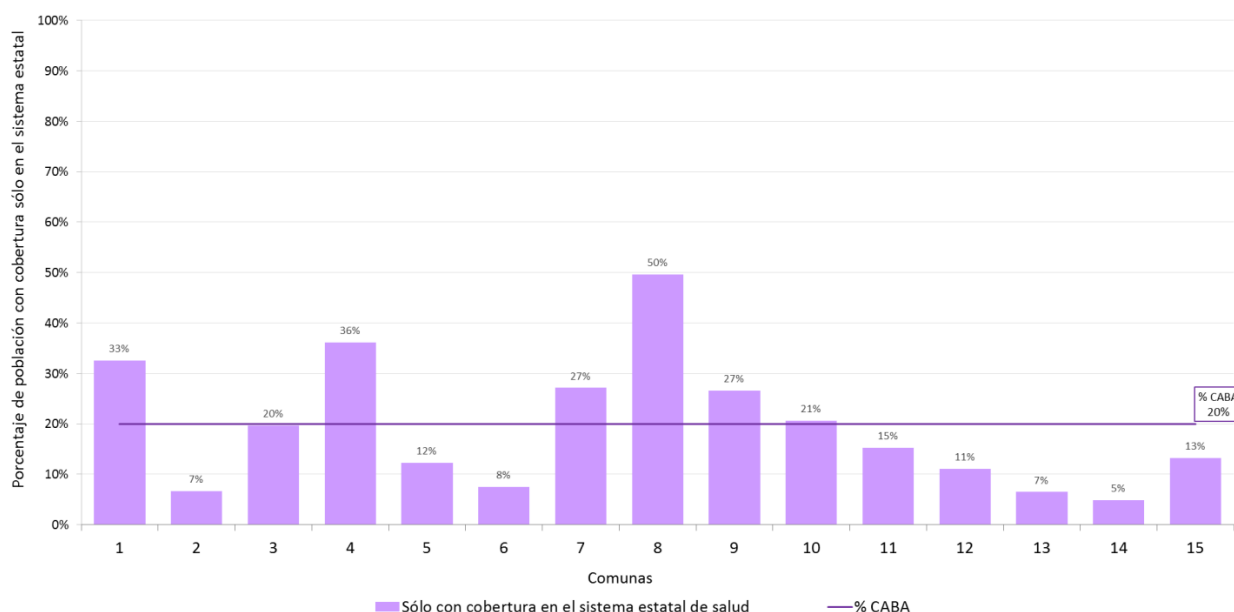
6.2. Salud

6.2.1. Cobertura de salud

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el porcentaje de población que sólo contaba con cobertura del sistema estatal de salud en 2016 era del 20%. Del 80% restante, el 41% contaba con cobertura de una obra social y un 39% cuenta con prepaga o mutual.²⁶

En el siguiente gráfico se presentan los porcentajes de población que sólo poseen cobertura de salud en el sistema estatal según comunas.

Gráfico 6. Porcentaje de población que sólo tiene cobertura de salud del sistema estatal según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016.

Respecto a la proporción de la población que solo tenía cobertura de salud estatal, hubo una alta variabilidad entre las comunas. Las comunas 2, 6, 13 y 14, presentaron porcentajes por debajo del 8%, mientras que la comuna 8 fue representada con el 50% (10 veces más que la comuna 14).El valor global de la ciudad de usuarios únicamente con cobertura estatal fue del 20%, encontrándose las comunas 1, 4, 7, 8, 9 y 10 por encima de este valor.

Si se compara con el resto de las jurisdicciones del país, la ciudad tuvo en 2010 un 18% de la población con cobertura de salud solo estatal, solo Santa Cruz presentó valores por debajo de la ciudad con un 17%. Para el total del país, el 36% de población sólo contaba con cobertura estatal de salud, es decir duplican los de valores de la ciudad.²⁷

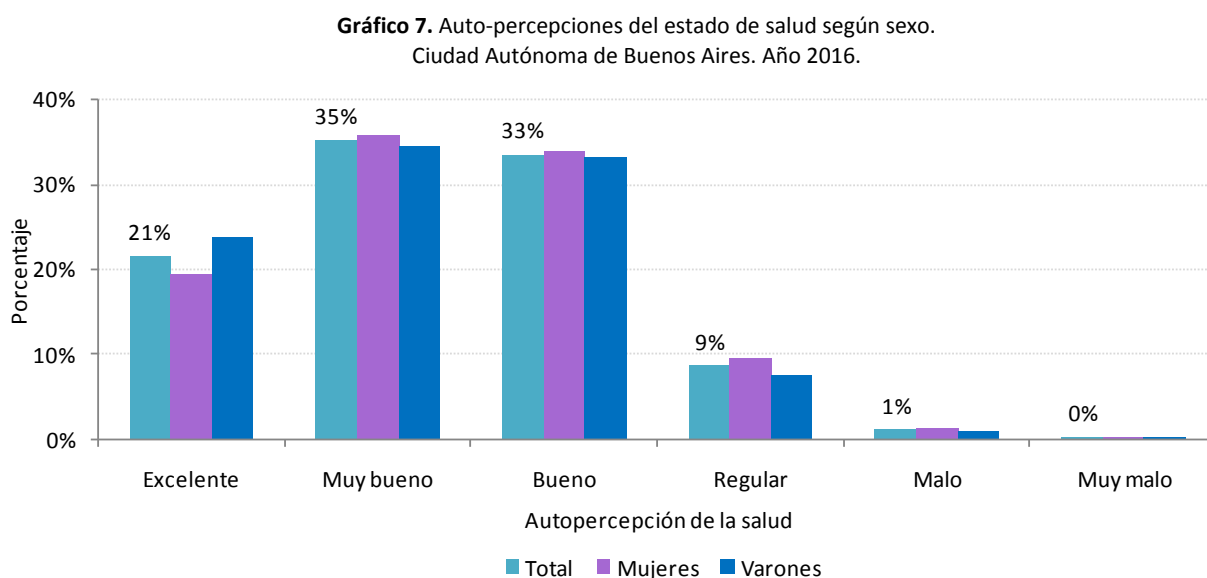
²⁶ En el Anexo se presenta los porcentajes de coberturas para el total de la ciudad y según comunas.

²⁷ En el Anexo se presenta una tabla con la distribución porcentual de la población según cobertura solo del sistema estatal por jurisdicción.

6.2.2. Auto-percepción de salud

A través de la Encuesta Anual de Hogares se puede analizar la auto-percepción de la salud de los residentes de la ciudad.

En el siguiente gráfico se presentan los resultados para toda la ciudad por sexo.

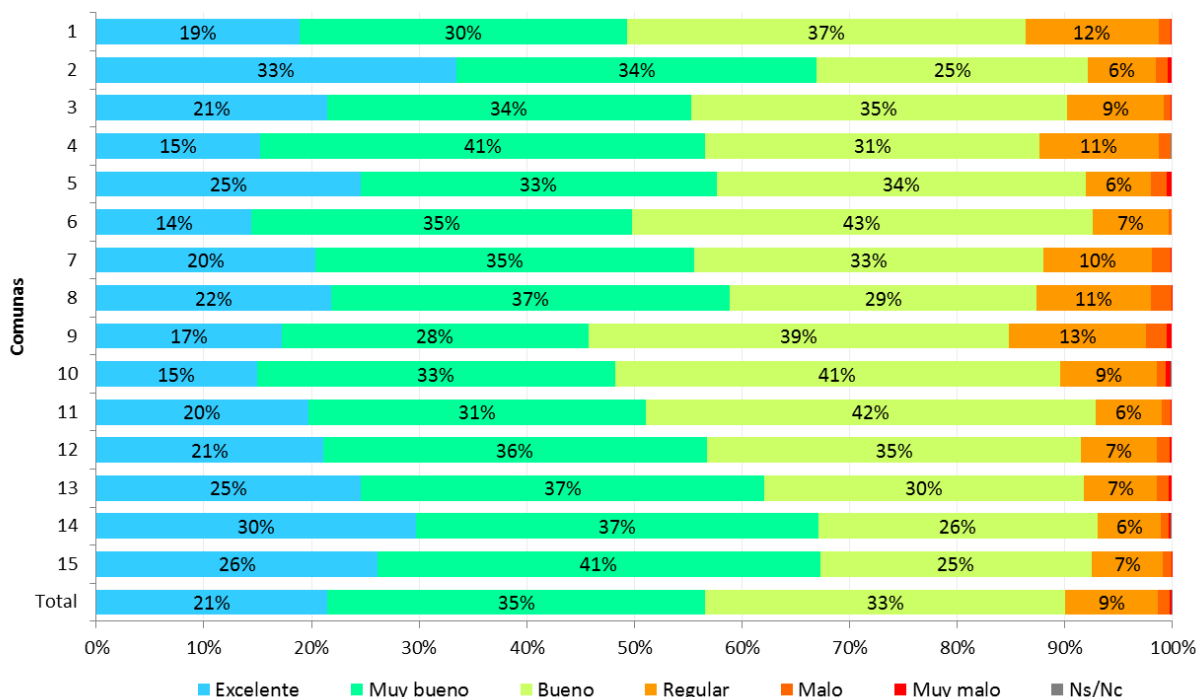


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de base usuario Encuesta Anual de Hogares 2016.

El 90% de los residentes consideraron que su salud es “Buena”, “Muy buena” o “Excelente”. El análisis por sexo no muestra diferencias.

Si se observa la auto-percepción según las comunas de residencia se observan algunas diferencias. En el siguiente gráfico se presentan los resultados según comuna.

Gráfico 8. Auto-percepciones del estado de salud según comunas.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

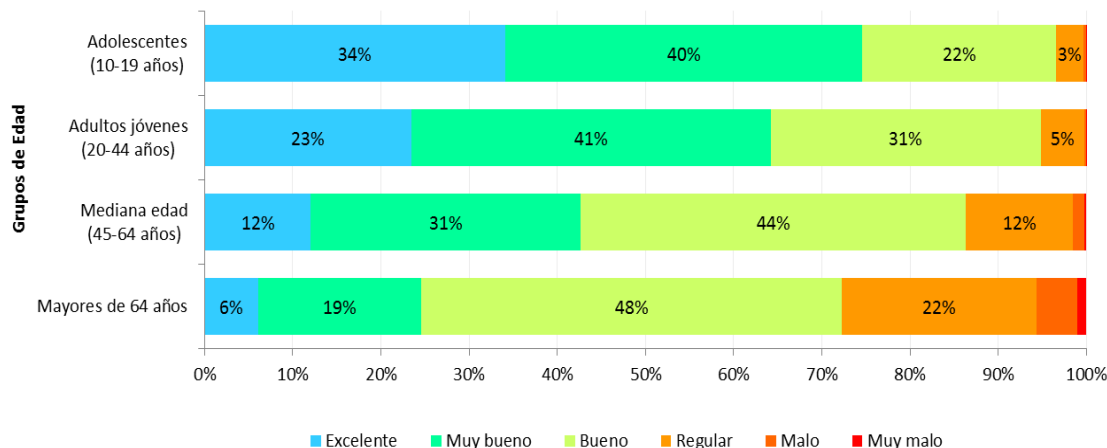


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de base usuario Encuesta Anual de Hogares 2016.

La comuna 2 se distinguió por las mejores percepciones de salud, donde un 70% de la población calificó su salud como “Muy buena” o “Excelente”. La comuna 5 y 14 le siguieron en altas calificaciones sobre la propia salud. En el otro extremo, las comunas 1, 9 y 10 registraron los porcentajes más bajos de población que auto-percibe su salud como “Excelente” o “Muy Buena”, por debajo del 50%, y los más altos porcentajes de población que califica su salud como “Regular”.

Por último, si se evalúa esta respuesta por grupos de edad se observa una relación clara entre las variables. En el siguiente gráfico se presentan la autopercepción de la salud según grupos de edad.

Gráfico 9. Auto-percepciones del estado de salud según grupos de edad.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de base usuario Encuesta Anual de Hogares 2016.

A medida que avanza la edad los porcentajes de auto-percepción “Excelente” y “Muy Bueno” decayeron y aumentaron las categorías “Bueno”, “Regular”, y “Malo”. Estos datos evidencian la problemática de la calidad de vida de los adultos mayores y la auto-percepción de su salud.

6.3. Educación

En 2016 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires contaba con 2761 unidades educativas en total, de gestión pública y privada, entre instituciones de educación inicial, primaria, secundaria y terciaria, incluyendo educación especial y de adultos; sin tener en cuenta las universidades nacionales.²⁸

Una característica de la ciudad fue el alto porcentaje de instituciones educativas de gestión privada. Según la Encuesta Anual de Hogares, un 43% de la población mayor de 3 años asistió a una institución educativa de gestión privada durante 2016 (907466 personas); de las cuales un 21% eran instituciones religiosas (190805 personas). En las comunas 2, 13 y 14 más de la mitad de la población que estudiaba lo hizo en establecimientos de gestión privada.²⁹

Para realizar una comparación con la situación nacional, en la Argentina, de acuerdo a datos de 2015, entre los asistentes a educación común solo un 29% asistió a institutos de gestión privada frente al 51% de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para ese nivel educativo. (INDEC, 2017)

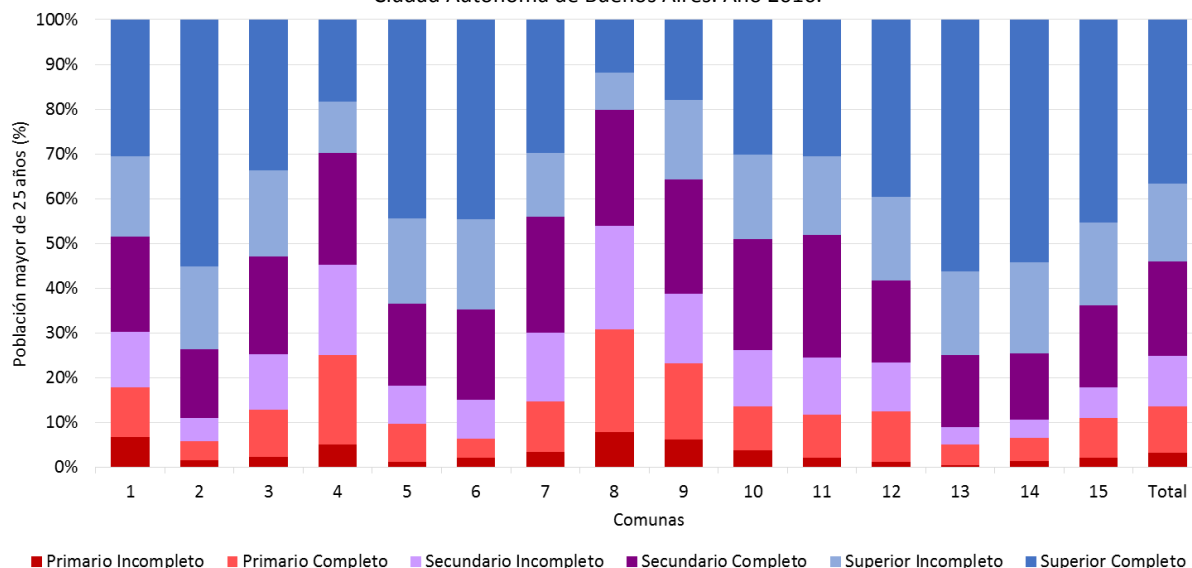
Si se considera a la población mayor de 25 años del total de la ciudad, el 54% cursó estudios superiores y un tercio completó estos estudios. Un 25% de la población no completó el secundario y un 14% sólo cursó estudios primarios.

En el siguiente gráfico se ilustran estos datos según comunas.

²⁸ En el Anexo se presenta una tabla con la cantidad de establecimientos según nivel y tipo de gestión.

²⁹ En el Anexo se presentan el porcentaje de población mayor de 3 años que asiste a instituciones educativas según tipo de institución y comuna.

Gráfico 10. Distribución porcentual de la población de 25 años y más por máximo nivel de enseñanza alcanzado según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Encuesta Anual de Hogares 2016. Ciudad de Buenos Aires. Tabulados Básicos. Dirección de Estadística y Censo³⁰

Las comunas 4 y 8 presentaron los porcentajes más altos de población que no finalizó el secundario.

Si se realizar un corte en el 50% de la población, se observa que mientras en la comuna 8 la mediana se ubicó en secundario incompleto, en las comunas 2, 13 y 14 este cuantil indicó estudios superiores completos.

Un último indicador para analizar los niveles educativos es a través de los niveles de analfabetismo. En el Censo 2010 se contabilizaron 12.403 personas mayores de 10 años analfabetas en la ciudad, el 0,48% de la población mayor a 10 años. Respecto a las edades, las mayores tasas de analfabetismo se hallaron en personas adultas mayores (alcanzando el 1% en mayores de 85 y 1,6% en mayores de 90). Las comunas 4, 7 y 8 presentaron las tasas de analfabetismo más desfavorables respecto al resto de la Ciudad.³¹

6.4. Vivienda

La ciudad presenta características habitacionales particulares, para describirla se presentan distintos indicadores, como tipo de vivienda, nivel de hacinamiento, acceso a servicios básicos y población viviendo en villas y asentamientos.

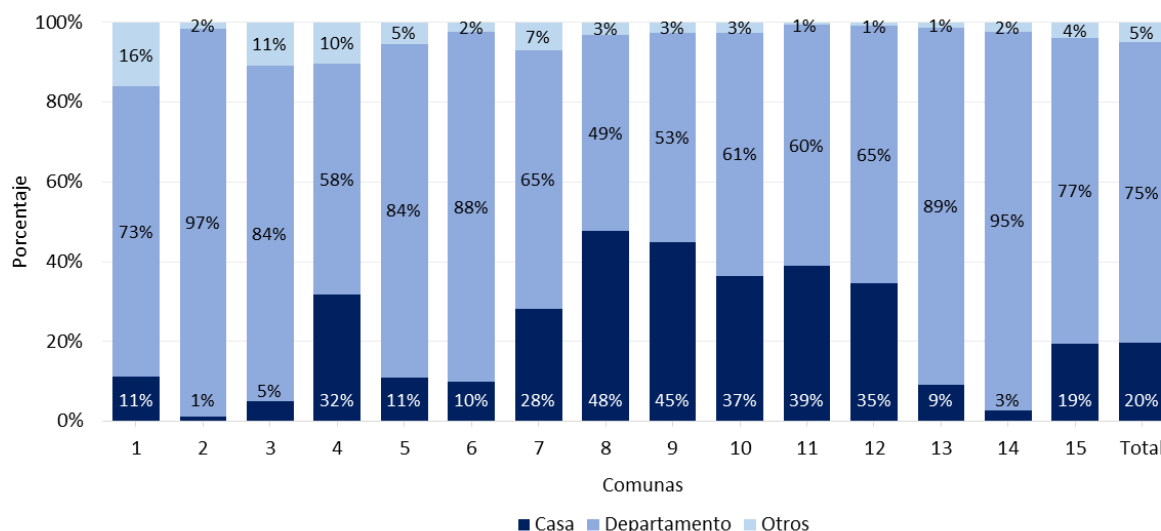
Respecto al tipo de vivienda, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se caracterizó por un fuerte predominio de los departamentos. Para 2016, 3 de 4 viviendas eran departamentos. Un 20% eran casas y el restante 5% se agrupó como otros, incluyendo pieza de inquilinatos, conventillo, pieza de hotel/pensión y construcción no destinada a vivienda.

³⁰ Publicación disponible en http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/05/2016_tabulados_basicos.pdf

³¹ Ver en Anexo la tabla: Población de 10 años y más por condición de alfabetismo y sexo, según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010

En el siguiente gráfico se muestra la distribución de viviendas según su tipo en las comunas de la ciudad.

Gráfico 11. Distribución porcentual de las viviendas por tipo de vivienda según comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016

En las comunas 1, 3, 4 y 7 se observó una mayor proporción de la categoría otros. Esta categoría da cuenta de situaciones de mayor precariedad habitacional. Las comunas 2, 13 y 14 se destacaron por la predominancia de la construcción en altura y donde el porcentaje de viviendas tipo departamento superó el 85%.

Respecto a las condiciones de hacinamiento, no se considera hacinamiento a la presencia de menos de 2 personas por cuarto; hacinamiento no crítico a 2 a 3 por cuarto y hacinamiento crítico a más de 3 personas por cuarto.

En la siguiente tabla se presentan los datos de hacinamiento según comuna.

Tabla 2. Distribución porcentual de los hogares según hacinamiento.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016

Comunas	Sin hacinamiento (%)	Hacinamiento no crítico (%)	Hacinamiento crítico (%)
1	77,6	18,0	4,4
2	94,6	5,0	0,4
3	87,3	10,4	2,2
4	79,9	16,9	3,2
5	91,9	6,5	1,6
6	96,4	3,5	0,1
7	83,9	14,2	1,8
8	79,0	17,2	3,8
9	88,9	10,3	0,8
10	92,3	7,7	0,0
11	91,5	7,4	1,1
12	94,7	4,9	0,4
13	97,5	2,5	0,0
14	96,4	3,5	0,0
15	92,1	7,0	0,9
Total	90,0	8,7	1,3

Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016.

La comuna 1 mostró los niveles más altos de hacinamiento y hacinamiento crítico. La comuna 4 y 8 mostraron valores similares, duplicando los valores de la ciudad.

La residencia en villas y asentamientos condicionan los procesos de salud enfermedad atención. Sus habitantes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social, que se reflejan en falta de acceso a servicios de saneamiento básico, viviendas inadecuadas, menor disponibilidad de espacios verdes, y mayores barreras al acceso a la educación, salud y el trabajo.

Respecto al saneamiento básico (provisión de agua potable, disposición de excretas y de residuos), según datos del Censo 2010, en la ciudad un 0,4% de los hogares no accedía a la red de agua pública y un 1,8% no accedía a la red cloacal.³²

En la siguiente tabla se detallan el acceso a los servicios de agua y red cloacal según comunas.

³² No se cuenta con datos actualizados sobre recolección de residuos.

Tabla 3. Porcentaje de Hogares según acceso a servicios básicos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010

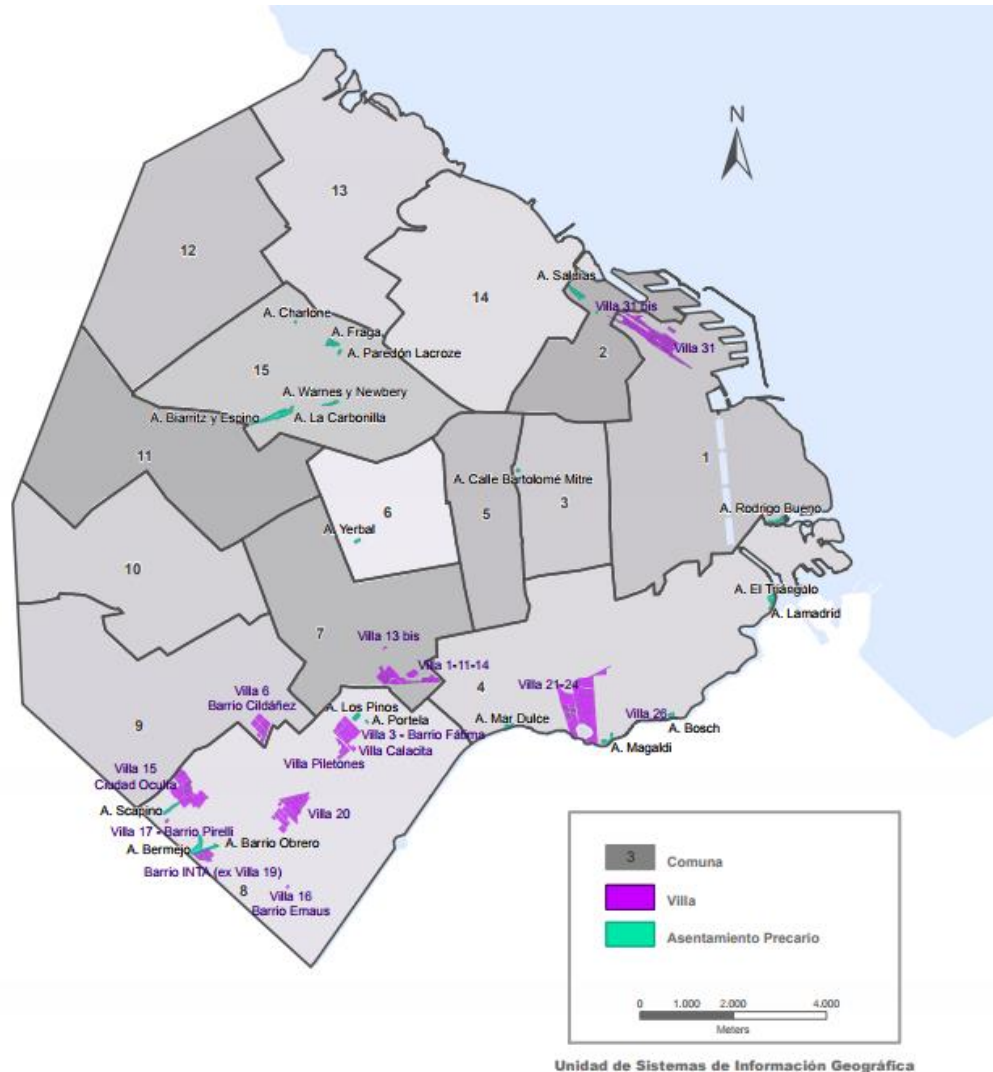
Comunas	Total de hogares	Sin acceso a la red de agua pública	Sin acceso a la red cloacal
1	84.468	1,3%	4,5%
2	73.156	0,3%	0,6%
3	80.489	0,5%	1,6%
4	76.455	0,7%	5,1%
5	76.846	0,3%	1,1%
6	75.189	0,2%	0,5%
7	81.483	0,5%	2,2%
8	58.204	0,9%	6,3%
9	56.495	0,2%	1,9%
10	61.453	0,2%	1,0%
11	71.460	0,1%	0,9%
12	78.547	0,1%	0,8%
13	100.506	0,1%	0,5%
14	102.918	0,3%	0,5%
15	72.465	0,4%	1,5%
Total	1.150.134	0,4%	1,8%

Fuente: Elaboración propia según datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) y Censo 2010, INDEC.

La cobertura de acceso a la red de agua potable en toda la ciudad fue superior a la cobertura de red cloacal. La comuna 1 triplicó los valores de la ciudad en cuanto a acceso a la red de agua pública. La falta de accesibilidad a red cloacal mostró variabilidad entre comunas, registrando los valores más altos en las comunas 1, 4 y 8. Si bien este dato corresponde a 2010, debe analizarse en relación a la localización de villas y asentamientos en estas comunas.

En el siguiente mapa se muestra la ubicación de las villas y asentamientos por comuna en 2016.

Mapa 1. Localización de Villas y Asentamientos.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: USIG. Unidad de Sistemas de Información Geográfica. Ministerio de Modernización GCBA.

Las villas y asentamientos predominan en la zona sur de la ciudad, especialmente en la comuna 4 y 8, pero también en la 7 y la 9. En la comuna 1 se ubica la Villa 31 y la Villa 31 bis, de las de mayor tamaño en la ciudad. Las comunas 2, 3 y 15 cuentan con asentamientos más dispersos y aislados.

Si se considera al total de la ciudad, para el año 2015, el 6,5% de la población vivía en villas, asentamientos o NHT, que sumaron el 4% de los hogares y de las viviendas.

6.5. Pobreza estructural: Necesidades Básicas Insatisfechas

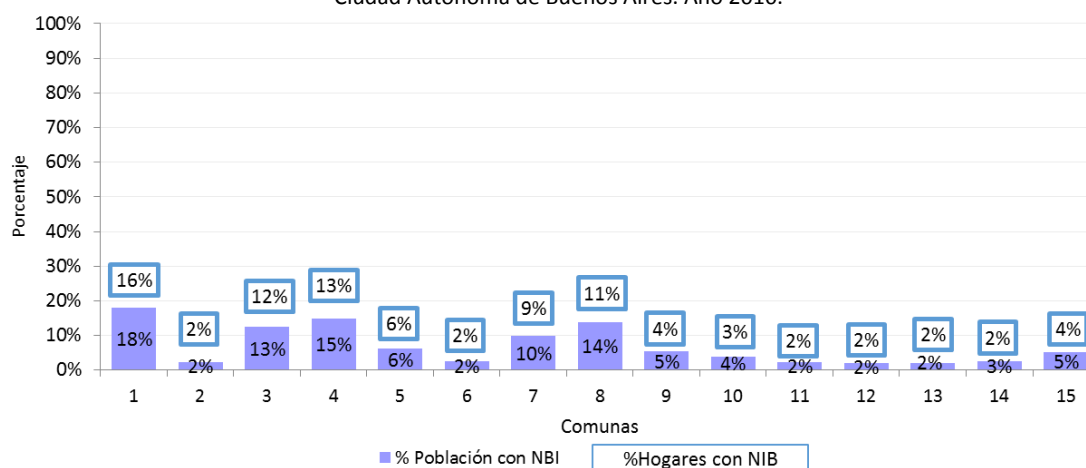
La medición de Necesidades Básicas Insatisfechas (en adelante NBI) permite evaluar las condiciones de vida de la población y la pobreza estructural. Al conformarse a partir de una combinación de indicadores relativos a la educación, las condiciones habitacionales, el acceso a la vivienda, se presenta como una posible medición menos volátil que el nivel de ingresos.

El NBI se compone por los siguientes indicadores. Los hogares que reúnan uno o más de estas condiciones se consideran hogares con necesidades básicas insatisfechas y a sus miembros como población con NBI.

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

Según los datos del Censo 2010, la ciudad tenía un 7% de su población con NBI y un 6% de los hogares. En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de hogares y de población con NBI según comunas de la ciudad.

Gráfico 12. Porcentaje de Hogares y población con necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.

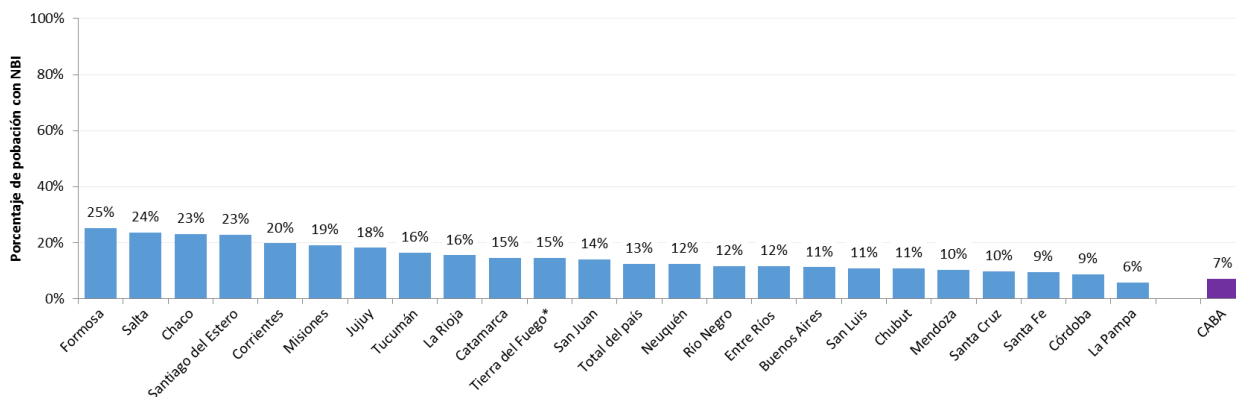


Fuente: Elaboración propia según datos de Censo 2010, INDEC.

Las comunas 1, 3, 4, 7 y 8 presentaron valores por encima de la media de la ciudad. Estas comunas se destacaron por presentar situaciones más desfavorecidas en la mayoría de los indicadores socio-económicos respecto al resto de la ciudad. La comuna 1 presentó los valores más altos en ambos indicadores, los cuales representaron más de 2 veces y media los de la ciudad.

Los datos del Censo 2010 permiten realizar una comparación con el resto del país. En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de hogares y población con NBI según provincia.

Gráfico 13. Porcentaje de Población con NBI por jurisdicción. Argentina. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia según datos de Censo 2010, INDEC.

*Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

Como se observa la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentó los porcentajes más bajos de población y hogares con NBI, solo La Pampa se ubica con porcentajes menores. Si se compara el porcentaje de hogares con NBI de la ciudad con los 24 partidos del conurbano bonaerense, este último casi duplica el respecto a la ciudad: 12,4% frente al 7%.

7. AMBIENTE

7.1. Introducción

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es el principal núcleo urbano del país, situada sobre la orilla occidental del Río de la Plata, en la llanura pampeana, con un clima subtropical húmedo.

Como en otras grandes ciudades, el crecimiento demográfico, comercial e industrial se ha asociado a cambios ambientales que impactan en la salud de la población. La perspectiva de “Una salud”, promovida por diferentes organismos internacionales³³, alerta sobre la importancia de la salud ecológica o medioambiental en su vinculación con la salud humana y la salud animal (Newman, Slingenbergh y Lubroth, 2010). Estos aspectos asumen relevancia para pensar la seguridad alimentaria; las enfermedades zoonóticas y vectoriales; y la emergencia y re-emergencia de enfermedades en un mundo globalizado (Organización mundial de la salud y Organización meteorológica mundial, 2012).

En este capítulo se analizarán algunos de estos determinantes y su comportamiento en la CABA en el 2016 y años anteriores.

7.2. Nota metodológica

La información para el análisis realizado en los apartados “Clima” y “Espacios verdes” de este capítulo proviene de los datos publicados por la Dirección de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Atlas Ambiental de Buenos Aires (APrA)³⁴. El apartado “Contaminación del Aire” se confeccionó en base a la publicación en el Boletín Epidemiológico Semanal del estudio realizado por la Agencia de Protección Ambiental (APrA) (GOE. GCBA, 2016). Los datos representados en el apartado “Cuenca Matanza-Riachuelo” fueron extraídos del Informe Sociodemográfico y de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires realizado por ACUMAR (ACUMAR, 2014).

7.3. Clima

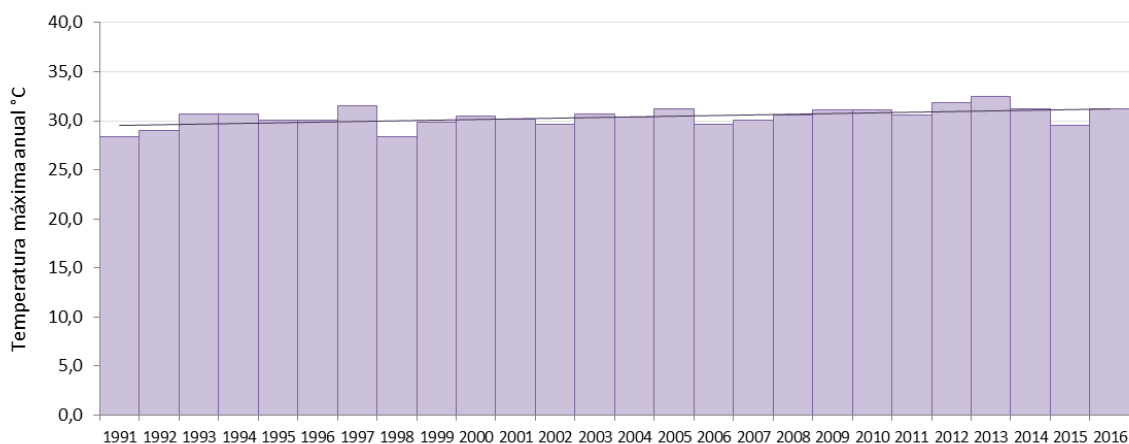
La Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene un clima subtropical húmedo. Considerando el período 1981-2010, normalmente empleado para designar los promedios climáticos, la temperatura media anual de la CABA es de 17,9°C y la media anual de precipitación es de 1.236,3 mm. En todas las estaciones la humedad se mantuvo en niveles altos durante todo el año, alcanzando los mayores valores durante el invierno (como consecuencia de las bajas temperaturas) y los mínimos en los meses estivales.

A continuación se presentarán los gráficos de temperatura y precipitaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

³³ Los principales organismos patrocinadores son: la Organización mundial de sanidad animal (OIE por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO por sus siglas en inglés).

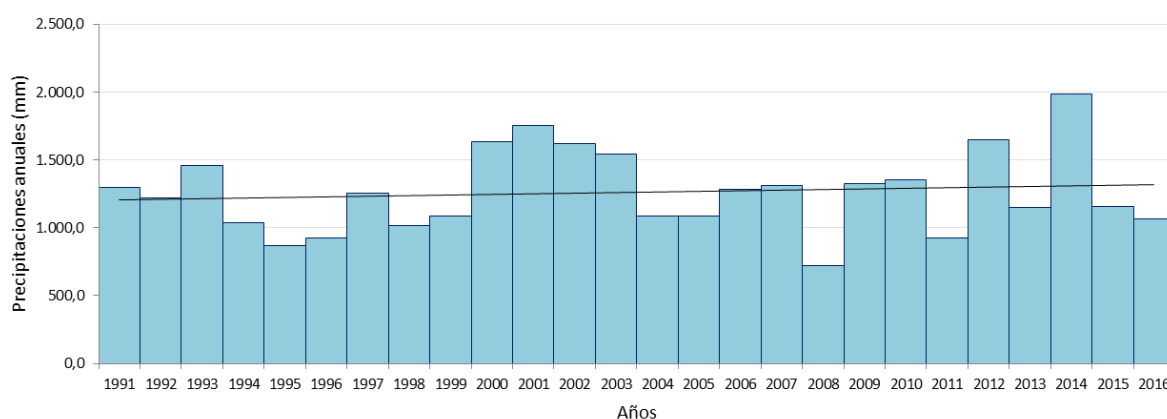
³⁴ La información de APrA puede consultarse en su sitio web: <http://www.atlasdebuenosaires.gov.ar>

Gráfico 1. Temperatura máxima anual.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2010-2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de Servicio Meteorológico Nacional. Estación Meteorológica Buenos Aires.

Gráfico 2. Precipitaciones (mm) anuales.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 1991-2016.



Fuente: Buenos Aires en números, Dirección General de Estadística y Censos.

La evolución de la temperatura máxima anual desde 1991 mostró un leve aumento en las últimas décadas³⁵. Los valores oscilaron entre 2,4°C (en 1991) a 32,5°C (en 2013). En cuanto a las precipitaciones anuales también se registra una leve tendencia al alza, con mayor variabilidad.

Según mediciones del Observatorio Central de Buenos Aires en el periodo 1959-2008 existió un aumento de la temperatura media que alcanzó un valor máximo de 1,6°C/100 años y de la precipitación anual acumulada de 5 mm/año (22% anual). El número de casos en los que la precipitación acumulada durante 24 horas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue superior a 100 mm en las últimas tres décadas (1980-2008) es prácticamente el triple de los observados en las primeras tres décadas (1910-1939).

7.4. Espacios verdes

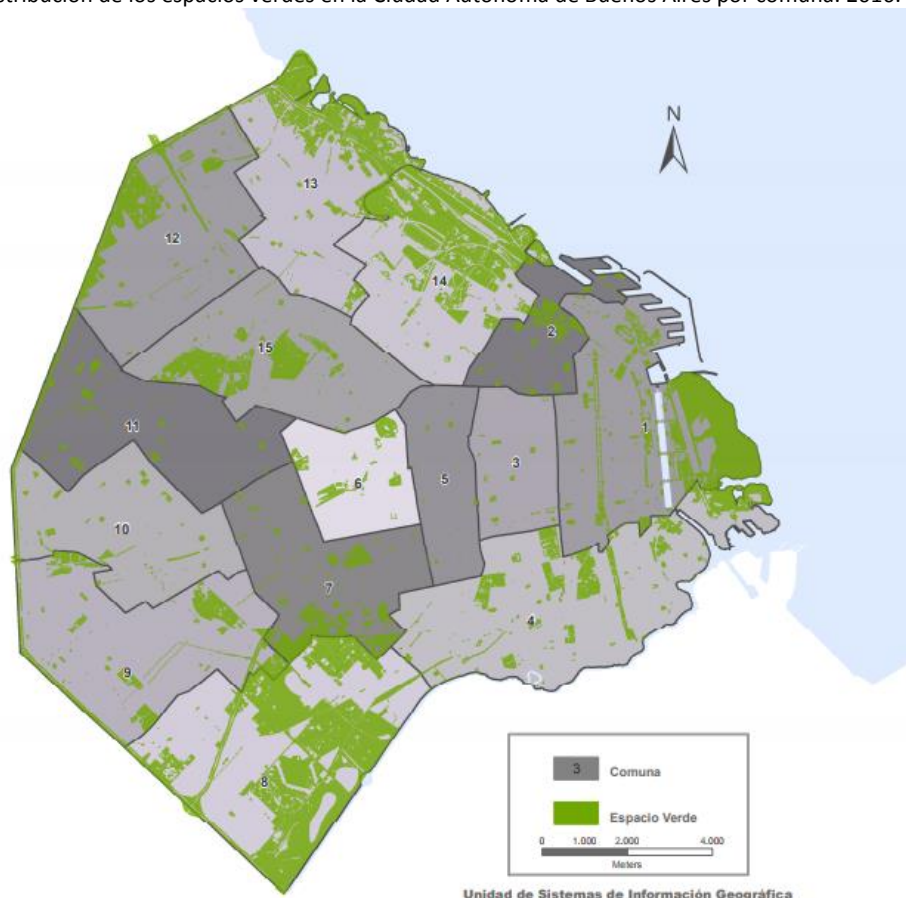
El acceso a espacios verdes impacta en la calidad de vida y la salud de las poblaciones. Algunos de sus beneficios se relacionan con mejora en la calidad del aire al reducir la contaminación, la reducción de las

³⁵ Estos datos no consideran las temperaturas medias sino simplemente la temperatura más alta registrada en el año.

temperaturas y la absorción del agua. También promueven la actividad física al aire libre y se conforman como espacios de interacción social. El mantenimiento y ampliación de los espacios verdes es un desafío de las grandes ciudades (WHO, 2011).

En 2016, en el territorio de la Ciudad había 1.055 espacios verdes que cubrían la superficie de 1.924,5 hectáreas, lo que correspondía a 5,9 m² de espacio verde por habitante³⁶. Existen 43 parques y 240 plazas, siendo los espacios verdes más extensos la Reserva Ecológica ubicada en la Comuna 1 (353 hectáreas) y el Parque del Bicentenario (ex Roca, 154 hectáreas) en la Comuna 8.

Mapa 1. Distribución de los espacios verdes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por comuna. 2016.



Fuente: USIG. Unidad de Sistemas de Información Geográfica. Ministerio de Modernización GCBA.

³⁶ Por espacio verde se contabilizan parques, plazas, plazoletas, jardines, cancheros y otros espacio (patios, patios re-creativos, espacios en asentamiento y polideportivos) mantenidos por la Dirección General de Espacios Verdes.

Tabla 1. Distribución de espacios verdes por comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Comuna	Parques - plazas	Superficie/habitante (ha/mil habitantes)
1	42	1,69
2	26	0,42
3	6	0,04
4	37	0,26
5	4	0,02
6	7	0,14
7	16	0,13
8	22	0,89
9	17	0,30
10	17	0,10
11	6	0,05
12	30	0,48
13	36	0,34
14	43	1,21
15	12	0,14
Total	321	0,45

Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) sobre la base de datos del Ministerio de Ambiente y Espacio Público.

El acceso a espacios verdes difirió según la comuna. Como se observa en el mapa, los espacios verdes predominaron en la zona norte y la zona sur de la ciudad. Son las comunas del centro, con mayor densidad de población, las que poseían menor cantidad de espacios verdes. Las comunas 3 y 5 mostraron valores entre 10 y 20 veces menores al promedio de la ciudad. Las comunas 1 y 14 ofrecen más de 10mts² por habitante.

7.5. Contaminación del aire

La atmósfera contiene varios gases que, en concentraciones mayores a las normales, pueden ser peligrosos para seres humanos, animales y plantas, entre los que se encuentran el monóxido de carbono (CO), el dióxido de azufre (SO₂), el dióxido de nitrógeno (NO₂) y el ozono (O₃). Contiene además una gran variedad de partículas sólidas y líquidas, de variados tamaños. El material particulado en suspensión (MPS) en el aire incluye partículas totales en suspensión (PTS), material particulado inferior a 10 µm (PM 10) y 2,5 µm (PM 2,5).

Los contaminantes del aire exterior pueden estar generados por la naturaleza o la actividad humana a través de fuentes móviles (tránsito vehicular) y fuentes fijas (industrias, incendios, tormentas de polvo, acción volcánica, incendios forestales, la polinización de las plantas).

La contaminación del aire interior en los hogares está asociada al consumo de tabaco, fuentes biológicas y la combustión para calefacción y cocción, en particular en hogares con menor nivel socioeconómico que utilizan como fuente de energía la combustión de carbón, Kerosene, gas envasado y gas natural.

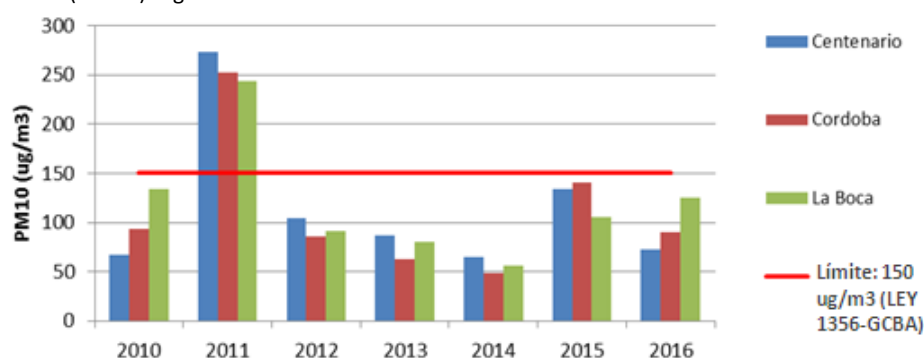
La exposición al monóxido de carbono en el interior de los hogares produce una intoxicación de características graves con alta mortalidad. Tanto el MPS como el NO₂ generan irritación de las vías aéreas, aso-

ciándose a infecciones respiratorias y exacerbaciones asmáticas. Además la exposición crónica a NO_2 aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Se estima que en el año 2012 se produjeron 6,5 millones de muertes debido a la contaminación del aire a nivel mundial, estando la mitad de los casos relacionada con la contaminación del aire exterior.

A continuación se presentan una serie de gráficos que permiten observar los valores de Material Particulado menor a 10 micrones (PM 10), en las estaciones de Monitoreo de Calidad del Aire que posee la Ciudad (La Boca, Parque Centenario y Córdoba), las cuales registran las concentraciones de este contaminante en forma continua (durante 24 horas, los 365 días del año), mediante métodos homologados internacionalmente.

Gráfico 3. Concentraciones máximas registradas anualmente sobre promedios de 24 horas de Material Particulado menor a 10 micrones (PM 10) según estaciones de monitoreo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Años 2010-2016.

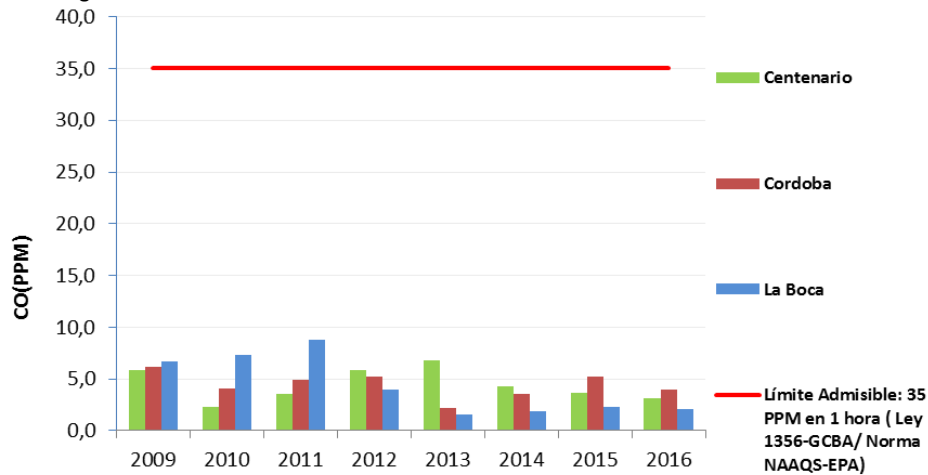


Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones. Ambientales y Laboratorio

Las concentraciones máximas de PM 10 observadas anualmente se mantuvieron por debajo de los límites estipulados, a excepción del año 2011 como consecuencia de la erupción volcánica del Peyehue- cordón Caulle (Chile).

Los valores límite admisibles de CO definidos para 1 hora de exposición son de 30 mg/m^3 según la OMS y de 40 mg/m^3 , según la Ley 1356. Para una exposición de 8 horas ambas normativas fijan un límite de 10 mg/m^3 .

Gráfico 4. Concentraciones máximas registradas anualmente por hora de exposición a monóxido de carbono (CO), según estaciones de monitoreo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2010-2016.

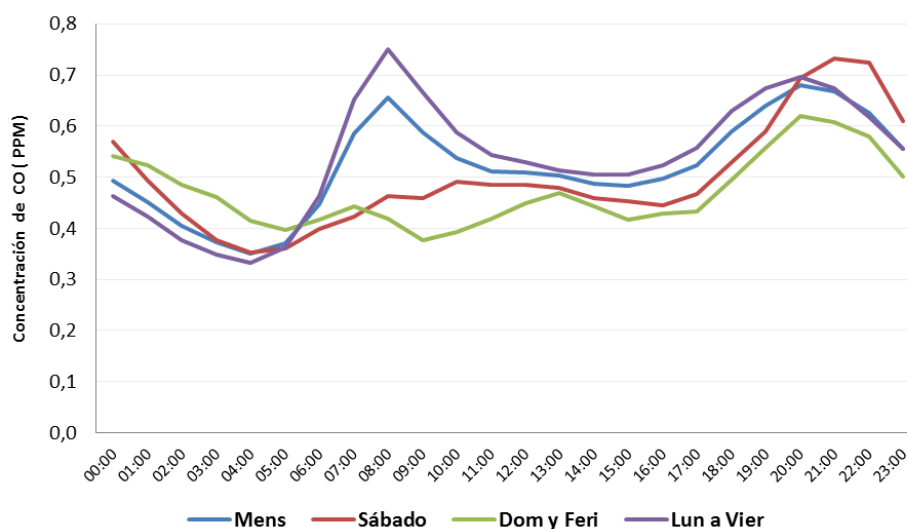


Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

Como puede observarse, durante los años 2009 a 2016 no se han superado los límites establecidos para CO, tanto por la normativa local como por la OMS. Los valores horarios registrados en nuestra Ciudad se encuentran habitualmente por debajo de los 2,5 PPM, siendo el promedio anual inferior a 1 PPM. La topografía de llanura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los vientos ayudan a la dispersión de los contaminantes.

En el siguiente gráfico se presenta el perfil horario de contaminación durante 24 horas en la estación Centenario, de forma mensual y por días de la semana.

Gráfico 5. Perfil Horario de Contaminación por monóxido de carbono (CO) Estación Parque Centenario. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



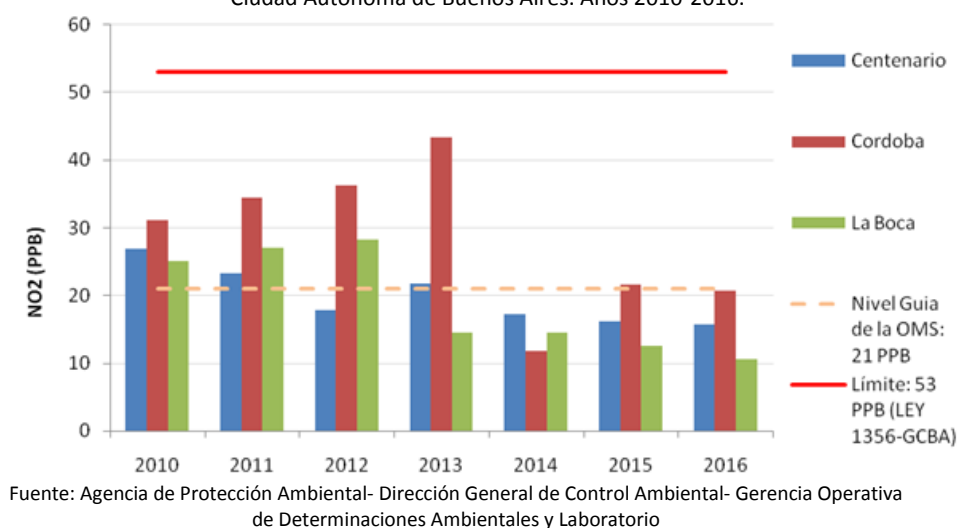
Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

Se evidencian dos picos característicos durante los días de la semana, el primero entre las 7 y 9 horas de la mañana y el otro a partir de las 16 horas, coincidiendo con los momentos de máximo tránsito vehicular. Se observa igual tendencia en el monitoreo horario de las concentraciones de MPS y NO_2 .

En cuanto al dióxido de nitrógeno (NO_2), los valores límites admisibles para una hora de exposición son de $200 \mu\text{g}/\text{m}^3$ según la OMS y de $376 \mu\text{g}/\text{m}^3$ según la Ley 1356.

Cabe aclarar que en los años 2013 y 2014 el dato promedio anual de la Estación Córdoba puede presentar un sesgo debido a problemas operativos en el equipo.

Gráfico 6. Concentraciones promedios anuales de Dióxido de Nitrógeno (NO_2) según estaciones de monitoreo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2010-2016.



Desde 2010 los niveles de contaminación se encontraron por debajo de los límites admisibles establecidos por la normativa local. Sin embargo hasta 2013 superaron los estipulados por la OMS, lo que comenzó a revertirse a partir de 2014.

A partir de los datos presentados sobre exposición a material particulado, monóxido de carbono y dióxido de carbono, se puede concluir que el sistema de monitoreo de la ciudad no registró valores por encima de lo estipulado legalmente desde 2010 (a excepción de 2011 respecto del material particulado). Al menos según los datos que muestra el monitoreo del organismo oficial en la ciudad, el aire de la ciudad no presentaría valores de contaminación nocivos para la salud de su población.

7.6. Cuenca Matanza – Riachuelo

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires es atravesada de este a oeste por la Cuenca Hídrica del Río Matanza-Riachuelo (CMR). Desde sus nacientes, en el municipio de Cañuelas (Provincia de Buenos Aires), hasta su desembocadura en el Río de la Plata, la cuenca abarca una superficie aproximada de 2.200 km^2 . La CMR recibe el curso de desechos industriales y efluentes cloacales, que la posicionaron como el tercer río más contaminado del mundo. En la CMR se distingue tres zonas topográficas: la cuenca alta, media y baja.

La CABA se localiza en la cuenca baja, la cual, a diferencia de la cuenca alta, se caracteriza por una elevada densidad poblacional, un territorio totalmente urbanizado y la presencia de industrias.

8. SITUACION DE SALUD MATERNO INFANTIL

En este capítulo se aborda la situación de salud y prestaciones de la población materno-infantil. En el primer apartado se presentan los datos del programa de Maternidad e Infancia, con datos de los partos realizados en las maternidades estatales de la Ciudad de Buenos Aires. En segundo lugar, se presentan los datos de mortalidad infantil y defunciones fetales.

8.1. Maternidad e Infancia

8.1.1. Análisis del Sistema Informático Perinatal

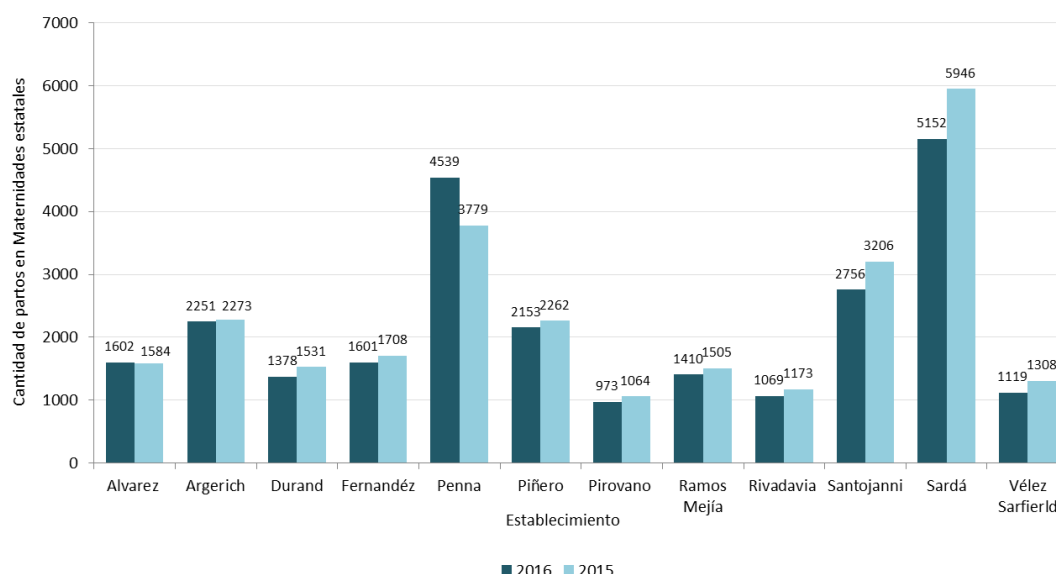
En este apartado se presentan los datos sobre los recursos en el control de embarazo, nacimiento y puerperio en el sistema público dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospitales Generales de Agudos y Maternidad Sardá). El apartado presenta los datos de Sistema Informático Perinatal (SIP).

El SIP se encuentra vigente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el año 1986, con carácter de obligatoriedad desde el 2002 y se rige a través de la Resolución 1286/2002. Este sistema de información constituye en una valiosa herramienta de gestión para el monitoreo y evaluación de resultados de las intervenciones en materia de salud perinatal aportando indicadores que muestran brechas, rangos y determinaciones indispensables para la mejora de la atención perinatal y calidad de vida de las mujeres y sus hijos/as.

8.1.2. Nacimientos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En 2016 hubo 75.416 nacimientos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (incluyendo residentes y no residentes). Del total de nacimientos, 26.016 se realizaron en maternidades públicas. A continuación se exponen los nacimientos ocurridos en maternidades estatales de la CABA durante el año 2016 y 2015 según establecimiento.

Gráfico 1. Distribución porcentual de los nacimientos en efectores estatales.
Maternidades dependientes del GCBA. Año 2015 (n=27.372) y 2016. (n=26.016).



Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

La distribución de los nacimientos en maternidades estatales de la ciudad muestra una fuerte concentración en la Sardá, el Penna y el Santojanni, acumulando casi la mitad (48%) de estos nacimientos. Respecto al 2015, son estas tres maternidades las que registran mayores cambios, con un aumento en 2016 de los nacimientos en la Sardá y el Santojanni, y una disminución en el Penna.

De los 26.016 nacimientos en establecimientos estatales, 21.470 fueron registrados en el SIP. En el resto del apartado se analizarán esos 21.470 embarazos. En cada caso se indicará si para calcular los indicadores se excluyeron o no los casos sin registro.³⁷

8.1.3. Salud de la madre

Tomando los casos registrados en el SIP, en la siguiente tabla se presentan características de la salud de la madre. Alrededor de un 30% de los casos no registran datos en la mayoría de los indicadores, excluyéndolos para calcular los porcentajes. En la columna “Total de casos con datos” se detalla el denominador de cada indicador.

Tabla 1. Condiciones de la salud de la madre de casos registrados en el SIP
Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016.

Condiciones de la madre	Porcentaje (positivos/total casos con dato)	Total de casos con dato
Sin vacuna antitetánica	25,6%	14.897
Infección urinaria	8,8%	15.101
Diabetes	7,5%	14.507
Amenaza parto prematuro	5,0%	14.765
Preeclampsia	3,4%	14.545
Hipertensión previa	1,1%	21.449
Cardiopatía	0,2%	14.508
Eclampsia	0,2%	14.598

Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Por último, de los 21.470 embarazos registrados en el SIP, 474 (el 2,2%) fueron múltiples.

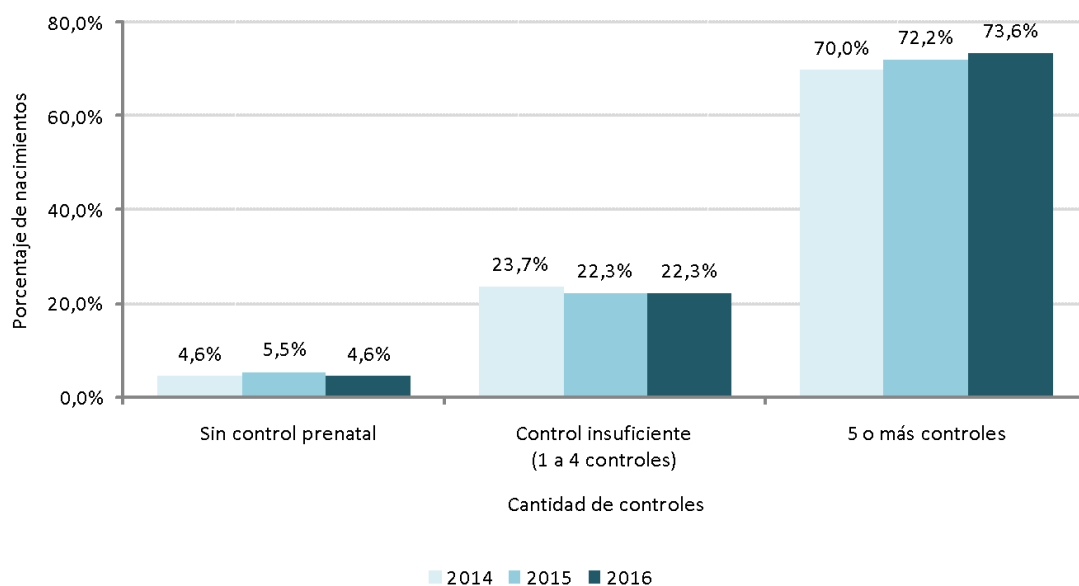
8.1.4. Controles de embarazo

Para analizar los controles de embarazo se utilizan los nacimientos registrados en el SIP (21.470 para el 2016).

En el siguiente gráfico se presentan los nacimientos según cantidad de controles en los años 2014 a 2016. Se considera número adecuado de controles de 5 o más durante todo el embarazo y de 1 a 4 controles una cantidad insuficiente.

³⁷ En el SIP se registran datos de nacimientos de la ciudad, sin embargo este registro se complementa con los partos registrados en los libros de cada efector y los libro de parto. En el 2015 el registro en el SIP representó el 80% de los nacimientos en maternidades públicas.

Gráfico 2. Distribución porcentual de los nacimientos registrados en el SIP según cantidad de controles. Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016. (n=21.470)



Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Para el año 2016, un 27% de los embarazos registrados no accede a los controles suficientes durante el embarazo y un 5% no han tenido contacto con el sistema hasta el momento del parto.

Analizando este trienio, la cantidad de controles por embarazo viene mejorando levemente.

Respecto a la semana de gestación en que inicia los controles del embarazo, lo recomendado es que se realice durante el primer trimestre del embarazo. La mitad de las embarazadas realiza su primer control entre la semana 14 y la 27 de gestación y solo un 31% lo realiza antes de las 14 semanas. En un 5% de los casos no se cuenta con ese dato.

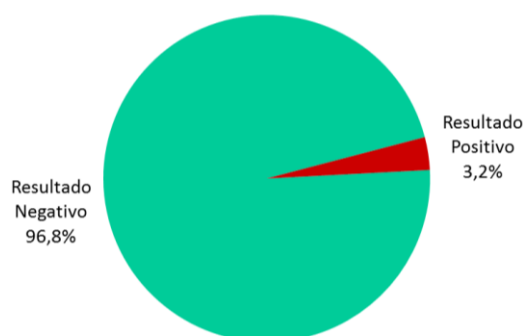
8.1.5. Diagnóstico de VDRL

El VDRL es un testeo sensible para detectar Sífilis, de suma importancia durante el embarazo para evitar la transmisión vertical. La sífilis congénita es un problema persistente en la ciudad y puede causar malformaciones fetales graves³⁸.

Para el 2016, de los 21.470 registrados en el SIP en 19.821 se realizaron testeos de VDRL. En el siguiente gráfico se muestra la distribución de resultados positivos y negativos en las mujeres en las que se cuenta el dato.

³⁸ Los casos de morbilidad por [Sífilis congénita y en embarazada](#) se presentan en el Capítulo 8 del presente trabajo.

Gráfico 3. Distribución porcentual de embarazos registrados en el SIP según testeos de VDRL. Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016. (n=19.822)



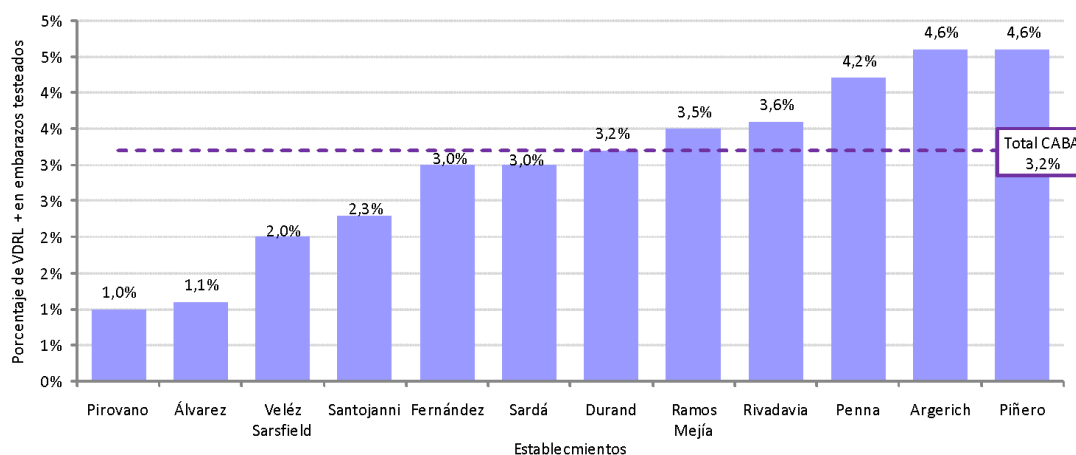
Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Cabe mencionar que los 642 testeos positivo de VDRL no significan diagnóstico positivo para Sífilis, ya que una muestra positiva no confirma la enfermedad.

A continuación se presenta la distribución porcentual de pruebas de VDRL + en el embarazo, según efectores estatales de CABA.

Si se observa el porcentaje de testeos positivos, sobre el total de testeados para la ciudad el porcentaje es de 3,2%. En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de testeos positivos en relación al total de las testadas.

Gráfico 4. Distribución porcentual de pruebas VDRL+ en el embarazo con testeo registrados en el SIP según establecimiento. Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016. (n=19.822)



Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Los hospitales Piñero, Argerich y Penna registran porcentajes de positividad de VDRL por encima de 4%. Estos se ubican en el sur de la ciudad en coincidencia con las tasas de incidencia de sífilis en embarazadas más altas de la ciudad. El hospital Pirovano y Álvarez presentan las tasas más bajas con menos de la mitad de la media de la ciudad.

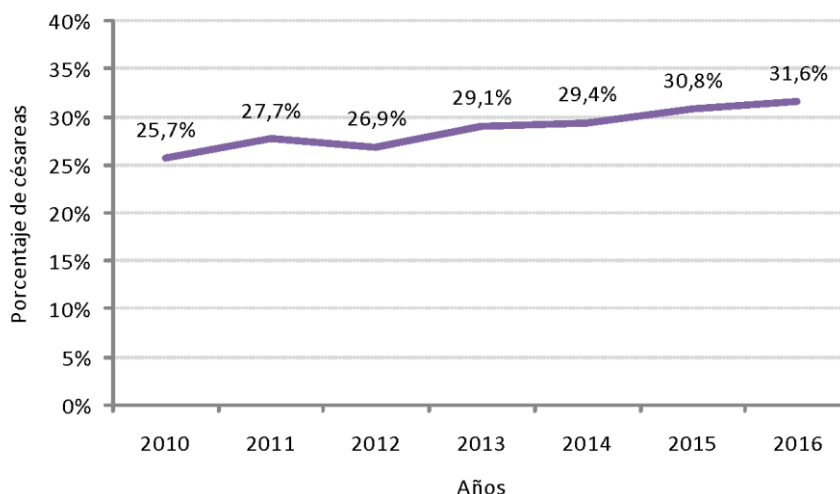
Los casos de VDRL positiva durante el embarazo presentan porcentajes de bebés con bajo peso al nacer (12,2%) mayores a los del resto de la ciudad (7,4%).

8.1.6. Tipo de partos

Tomando como base los embarazos registrados en el SIP, en 2016 se realizaron 6.773 cesáreas en las maternidades estatales de la ciudad.

En el siguiente gráfico se presenta la evolución histórica del porcentaje de cesáreas en la ciudad desde el año 2010 al 2016.

Gráfico 5. Porcentaje de Cesáreas sobre total de nacimientos registrados en el SIP. Maternidades dependientes del GCBA. Año 2010-2016 (n=21.470)

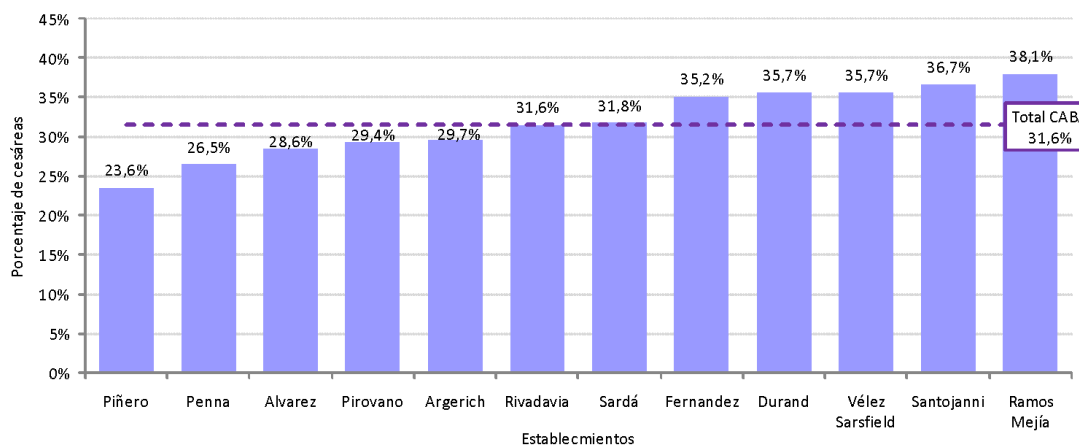


Fuente: Elaboración de Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Se observa una tendencia en aumento del porcentaje de embarazos que concluyen en cesárea en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los últimos siete años aumentó un valor porcentual de 6%, registrando una variación de un 23%. Prácticamente 1 de 3 embarazos terminó en cesárea en las maternidades públicas.

Para analizar el peso relativo de las cesáreas en los diferentes establecimientos se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 6. Porcentaje de Cesáreas sobre nacimientos registrados en el SIP según maternidades dependientes del GCBA. Año 2016.



Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Mientras Ramos Mejía registra 6% de cesáreas por encima del promedio de la ciudad, el Piñero registra un 8% por debajo de la media.

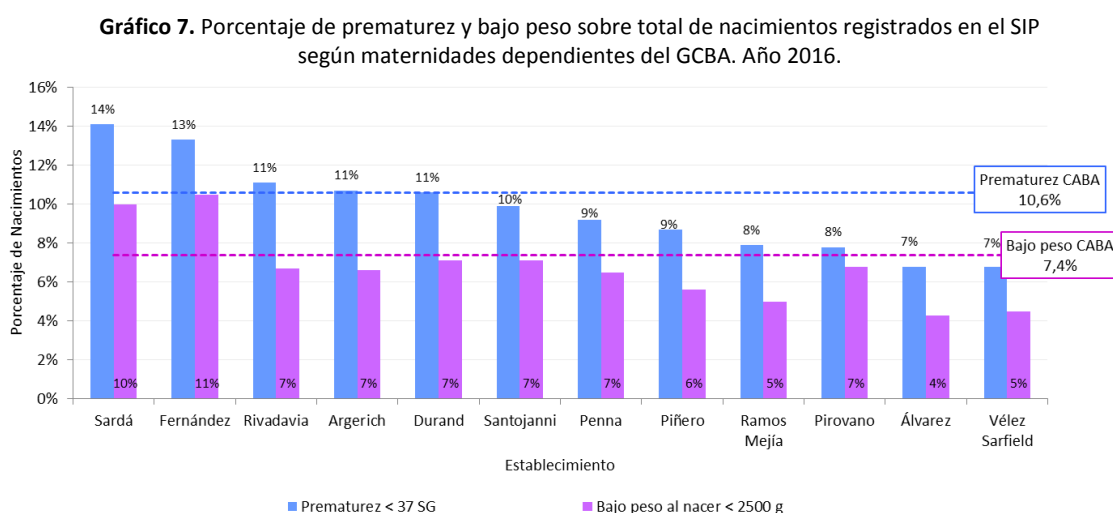
Si se analiza el motivo de la realización de cesárea un 28% de los casos se debe a una cesárea previa; un 10% al descenso detenido; un 6% a presentación podálica; y en un 5% de los casos a sufrimiento fetal. En un 14,4% no hay registro de la causa.

8.1.7. Bajo peso al nacer y prematuridad

El SIP provee datos sobre las características de los nacidos vivos. En 2016, 1.558 nacidos vivos presentaron bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) y de estos, 333 pesaban menos de 1500 gramos.

En cuanto a la prematuridad se registraron 2.209 nacidos en embarazos de menos de 37 semanas de gestación.

En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de bajo peso al nacer y prematuridad según establecimiento para el año 2016 en las maternidades estatales de la Ciudad.

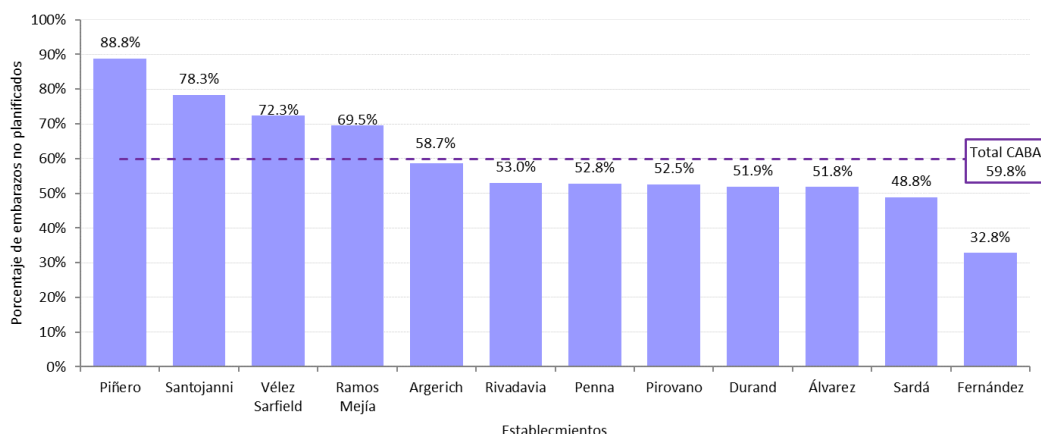


Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Las maternidades de la Sardá, Fernández, Argerich, Durand y Santojanni registran los porcentajes más altos de prematuridad y bajo peso al nacer. Estos valores por encima de la media de la ciudad podrían explicarse por ser estas maternidades de mayor complejidad y por ello reciben derivaciones de otros efectores.

8.1.8. Salud sexual y embarazo

Del total de los embarazos que se atendieron en las maternidades estatales de la ciudad, en un 60% de los casos las mujeres expresaron no haber planificado su embarazo. En el siguiente gráfico se muestra la variación de este indicador en los distintos establecimientos.

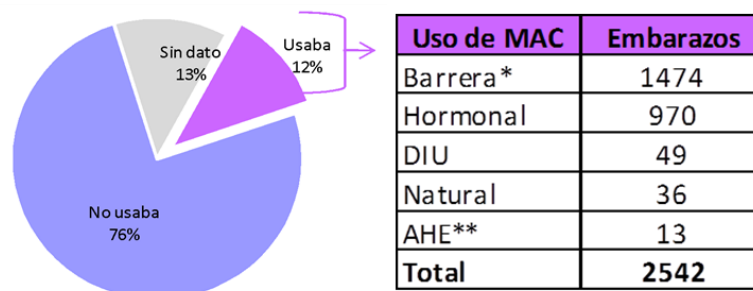
Gráfico 8. Porcentaje de embarazos no planificados registrados en el SIP según maternidades dependientes del GCBA. Año 2016.

Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Con respecto a los embarazos no planificados, las variaciones según establecimientos son amplias, con una máxima de 89% en el Piñero y un mínimo de 33% en Fernández. Los establecimientos de la zona sur-oeste, Piñero y Santojanni, muestran los porcentajes más elevados.

De las mujeres que señalaron que no planificaban un embarazo, el 80% no utilizaba ningún método anticonceptivo. Nuevamente este indicador muestra diferencias según el efector, encontrando en el hospital Santojanni un registro del 97% de mujeres atendidas con embarazos no planificados que no utilizaban ningún método anticonceptivo, mientras que en el Pirovano el porcentaje desciende al 50%.

Tomando todos los embarazos registrados en el SIP, el siguiente gráfico presenta método anticonceptivo utilizado al momento del embarazo y cual era.

Gráfico 9. Porcentaje de uso de método anticonceptivo en embarazos no planificados registrados en el SIP. Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016.

Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales
Subsecretaría Atención Hospitalaria.

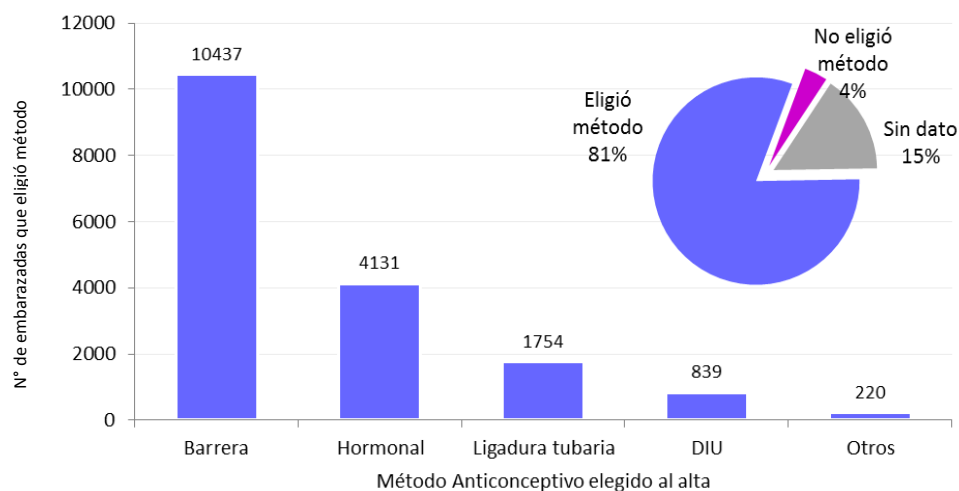
*Barrera: condones y diafragma. **AHE: Anticoncepción Hormonal de Emergencia.

Con los registros que se disponen se puede afirmar que un 76% (16.217) no utilizaba un método al momento de quedar embarazada. Como se observa un 12% de los embarazos se produjo a pesar del uso de un método anticonceptivo. En el 58% de los casos utilizaban algún método de barrera y en un 38% métodos hormonales³⁹.

³⁹ Entre los métodos de barrera se encuentran el preservativo, el diafragma; métodos hormonales disponibles en el sistema público de salud son la anticoncepción oral (pastillas), inyectables y dispositivo subdérmico.

En el siguiente gráfico se detallan los casos que optaron por un método y cuáles fueron los métodos más elegidos al alta.

Gráfico 10. Método conceptual al alta en embarazos registrados en el SIP.
Maternidades dependientes del GCBA. Año 2016.



Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría Atención Hospitalaria.

Como se observa la tasa de elección de método de anticoncepción al alta es de por encima de 80% del total, y aumenta al 96% si excluimos a los registros sin dato. Dentro de los métodos elegidos, el 57% fue de barrera, el 23% hormonal y el 10% ligadura tubárica.

8.2. Mortalidad infantil⁴⁰

Tal como se desarrolló en el capítulo de demografía, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta características de una ciudad madura, regresiva y envejecida. El 21% de sus habitantes son mayores a 60 años. Para el año 2016 la tasa global de fecundidad de la ciudad (promedio de hijos por mujer en edad fértil) fue de 1,7.

Según comunas, el análisis presenta diferencias en la conformación demográfica. En las comunas 1, 4 y 8 se observan pirámides poblacionales más jóvenes; mientras que las comunas 2, 13 y 14 se muestran más envejecidas. Las comunas con mayor densidad de población se ubican en el centro de la ciudad.

En el siguiente apartado se describirán los principales conceptos e indicadores de mortalidad infantil.

A continuación se presentan las defunciones en menores de un año y las tasas por mil nacidos vivos para el año 2016 en residentes de la CABA.

⁴⁰ Las definiciones se describen en el Glosario presente en el capítulo 11 del presente documento.

Tabla 2. Tasas de mortalidad infantil. Residentes CABA. Periodo 2016.

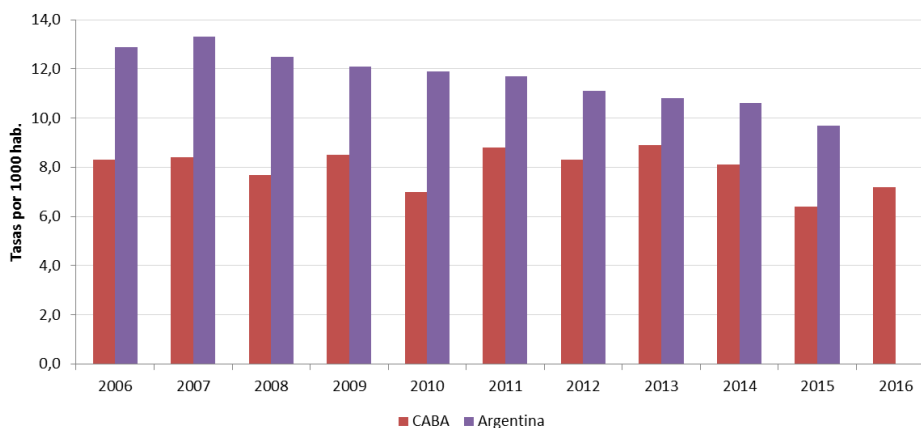
Mortalidad	N° de Defunciones	Tasas por 1000 nacidos vivos
Mortalidad infantil	281	7,2
Postneonatal	69	1,8
Mortalidad neonatal	212	5,4
Mortalidad neonatal precoz	144	3,7
Mortalidad neonatal tardía	68	1,8
Mortalidad de menores de 5 años	324	1,5

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

A nivel general, la mortalidad infantil en la CABA en el año 2016 fue de 7,2 cada mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal mostró un predominio sobre la tasa de mortalidad postneonatal de 3,6 puntos.

El 70% de los fallecidos en el período neonatal lo hicieron antes de los 7 días de vida (Mortalidad Neonatal Precoz).

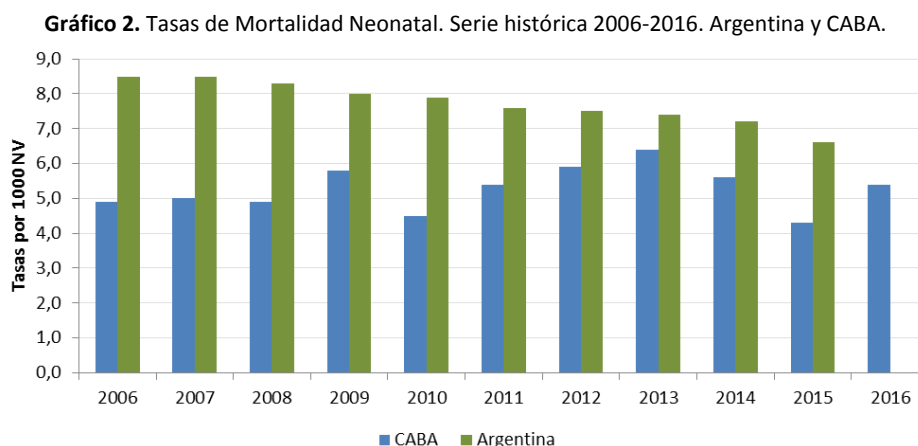
A continuación se presenta la serie histórica 2006-2016 de las tasas de mortalidad infantil en Argentina y en CABA. Cabe aclarar que el año 2016, se registra en el gráfico sin su correspondiente comparación con la tasa nacional dado que este resultado se encuentra en proceso de elaboración.

Gráfico 1. Tasa de Mortalidad Infantil. Serie histórica 2006-2016. Argentina y CABA.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Estadística e información en Salud. DEIS. Ministerio de Salud de la Nación.

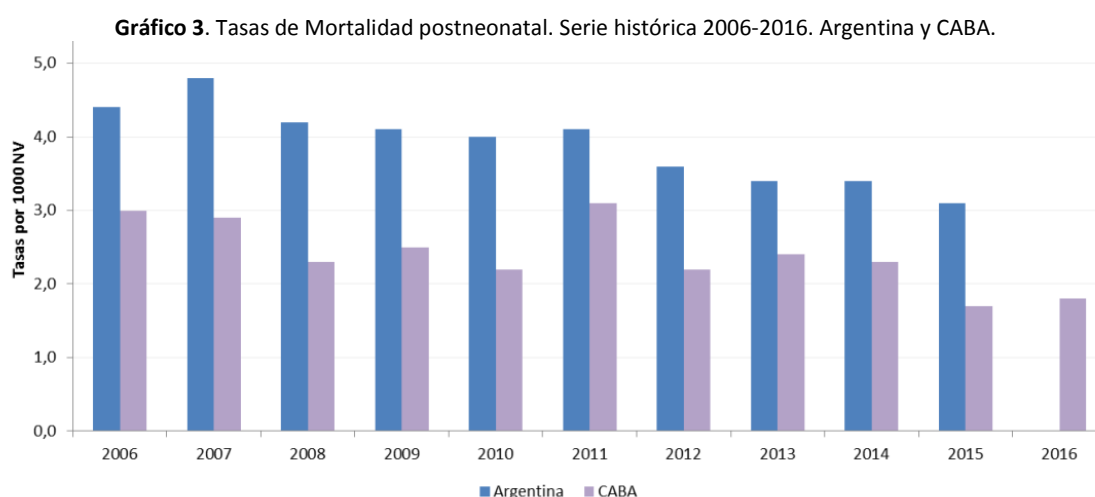
A nivel nacional, la serie histórica 2006-2016 muestra con respecto a la mortalidad infantil una tendencia descendente. Durante el año 2007, se presentó la tasa más alta con 13,3 óbitos/1000 nacidos vivos. A partir de este año se evidencia un descenso hasta el año 2015. En la Ciudad de Buenos Aires, esta distribución histórica presentó variaciones, con un patrón diferente al comportamiento nacional, pero siempre menor que éste. En el año 2013, se observó la tasa más alta de la serie (8,9 óbitos/1000 nacidos vivos), con posterior tendencia a la disminución que cambió en el año 2016 (7,2 óbitos/1000 nacidos vivos).

A continuación se presentan las tasas de mortalidad neonatal a lo largo de la serie histórica 2006-2016 en Argentina y la Ciudad de Buenos Aires.



A nivel nacional la serie histórica muestra una tendencia declinante de la mortalidad neonatal. En la CABA no se observa similar patrón, el comportamiento presenta variaciones a lo largo del periodo. Entre 2010 y 2013 se registra un incremento de aproximadamente 4,5 a 6,5 por 1000 nacidos vivos, para luego descender hasta el año 2015, tasa que volvió a modificarse en el año 2016, sin establecer un nuevo comportamiento de la tendencia.

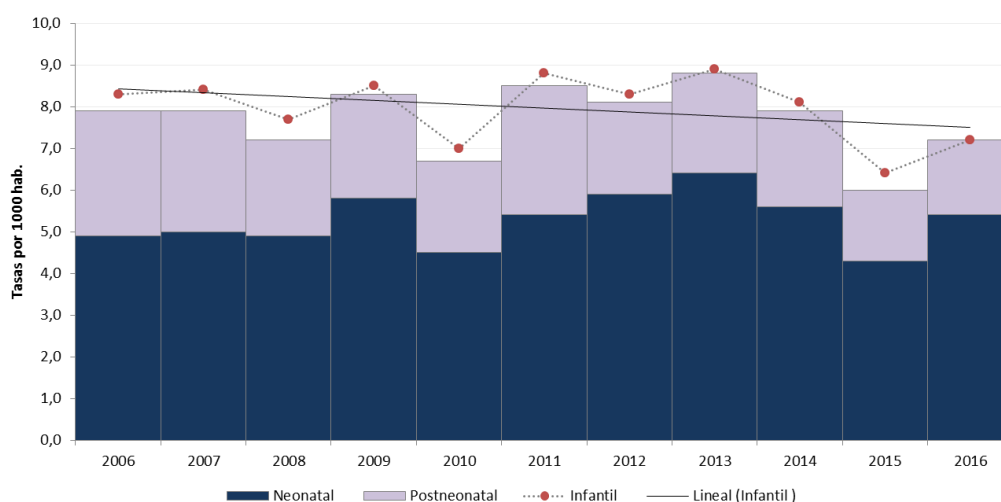
A continuación se expresan las tasas de mortalidad postneonatal en Argentina y CABA durante el periodo 2006-2016.



A nivel nacional, se presenta una tendencia al descenso de la tasa. En la Ciudad de Buenos Aires, se observa un comportamiento diferente con respecto al global de la nación. Se presentan variaciones hasta 2013, mas no una disminución homogénea del indicador a lo largo de la serie. Es a partir de 2013, donde comienza un descenso de la tasa hasta el año 2015. La misma, presenta cambios en el año 2016 incrementándose la tasa levemente a 1,8 óbitos por 1000 nacidos vivos.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad infantil según sus componentes neonatal y postneonatal a lo largo de la serie temporal en el periodo 2006-2016. Se expone la línea de tendencia para todo el periodo.

Gráfico 4. Tasas de Mortalidad Infantil General, Neonatal y Postneonatal.
Serie histórica 2006-2016. Residentes. CABA.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

A lo largo del periodo, se observa un predominio de la mortalidad neonatal por sobre la mortalidad postneonatal, con una leve tendencia al descenso.

8.2.1. Mortalidad Infantil según Comuna de residencia de la madre

En la Ciudad de Buenos Aires en el año 2016 se produjeron 281 defunciones infantiles. El 68% (144) de los fallecidos en el período neonatal lo hicieron antes de los 7 días de vida (Mortalidad Neonatal Precoz).

A continuación se presentan las tasas de mortalidad infantil (de acuerdo a los indicadores que lo componen neonatal y postneonatal) según comuna de residencia. Al igual que en la tabla anterior, los indicadores señalados con color reflejan el orden en el cual se sitúan las tasas de mortalidad. Según la magnitud del indicador entre las comunas en el año 2016, el rojo intenso indica las tasas más altas llegando al verde intenso que representa las menores tasas.

Tabla 3. Tasas de mortalidad infantil por 1.000 NV según residencia de la madre. Residentes CABA. Año 2016.

Grupos de edad	Comunas														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Mortalidad infantil	9,4	3,5	7,7	11,7	8,4	2,4	8,3	9,5	9,3	3,6	6,1	7,0	4,4	3,1	6,3
Neonatal Precoz	5,2	3,0	3,6	6,7	5,6	1,4	4,2	3,1	4,2	2,0	2,8	2,3	2,6	2,4	3,2
Neonatal Tardía	2,3	0,6	2,8	2,8	1,4	1,0	2,1	2,5	1,9	0,5	2,8	1,9	1,1	0,0	0,9
Postneonatal	1,9	0	1,2	2,2	1,4	0,0	2,1	3,9	3,2	1,0	0,5	2,7	0,7	0,7	2,3

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

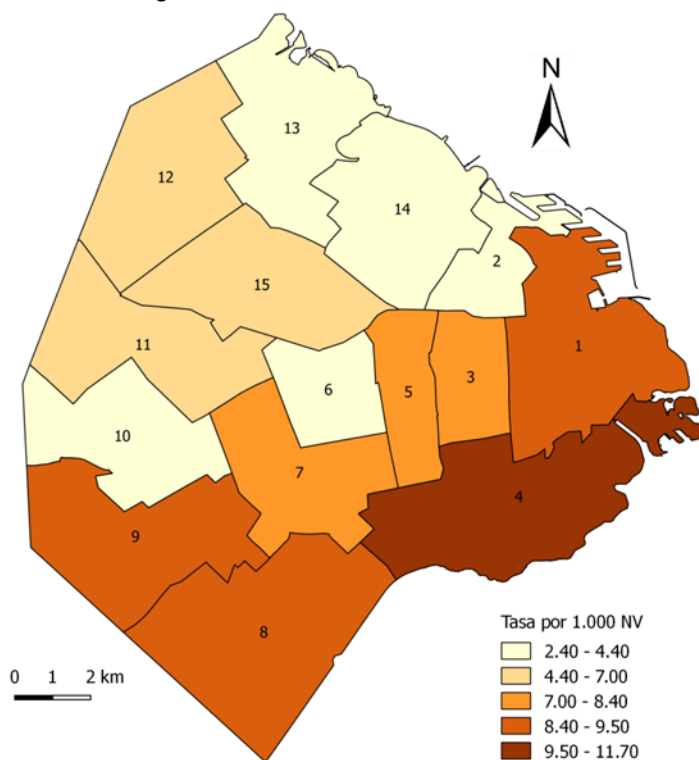
Las tasas más altas de mortalidad infantil se observaron en las comunas 1, 4, 8, y 9. La comuna 4, presentó la tasa total de mortalidad más alta 11,7/1000 nacidos vivos seguido de las comunas 8 y 1. La comuna 4 presentó una diferencia absoluta de 9,3 por 1000 NV con respecto a la comuna 6; esto refleja que el riesgo de morir en los menores de un año en la comuna 4 se multiplica por 5 respecto de la comuna 6.

En las comunas 1 y 4 el mayor impacto de la mortalidad infantil se reflejó en la etapa neonatal. En las comunas 8 y 9 se observó a expensas de la mortalidad postneonatal y neonatal precoz, respectivamente.

El mayor riesgo de mortalidad neonatal precoz lo presentaron las comunas 4, 5, y 1, mientras que con respecto a la mortalidad neonatal tardía, el mayor riesgo se calculó en las comunas 4, 3, y 11.

Finalmente el mayor riesgo de mortalidad postneonatal precoz se observó en las comunas 8, 9, y 12.

A continuación se presenta el mapa de tasas de mortalidad infantil según comuna de residencia de la madre.

Mapa 2. Tasas de mortalidad infantil por comuna por 1000 NV
Según residencia de la madre. CABA. 2016.

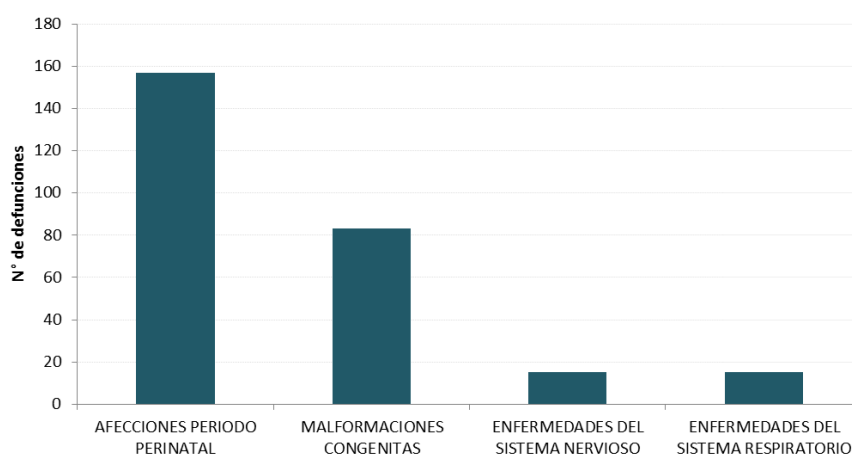
Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

El 44,1% (124) de las defunciones infantiles ocurrieron en la zona sur de la CABA. A nivel comunas, las tasas más elevadas se presentaron en las comunas 1, 4, 7, 8 y 9, mientras que la comuna 2 presentó la tasa más baja, 3,5/1000 nacidos vivos. La comuna 4 presentó una tasa de mortalidad infantil de 11,7/1000 nacidos vivos, la cual se encuentra 4 puntos por encima de la tasa global de la Ciudad para el año 2016.

8.2.2. Principales Causas de Mortalidad Infantil

A continuación se presentan las primeras cuatro causas de mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires según la clasificación de CIE-10 para el año 2016.

Gráfico 5. Número de defunciones en menores de un año según primeras cuatro causas (CIE-10) Residentes CABA. 2016.

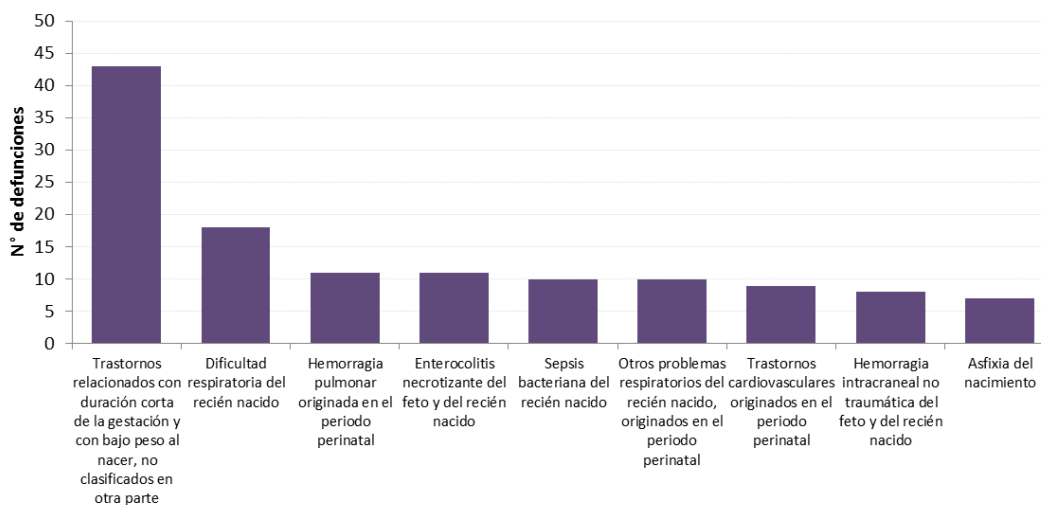


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

El 85,4% (240) de las muertes en menores de 1 año se debieron a afecciones perinatales y malformaciones congénitas.

En el siguiente gráfico se presentan las 10 primeras causas en el periodo perinatal durante el año 2016 en la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 6. Número de defunciones según primeras diez causas (CIE-10) ocurridas durante el periodo perinatal. Residentes de CABA. Año 2016 (n=133).

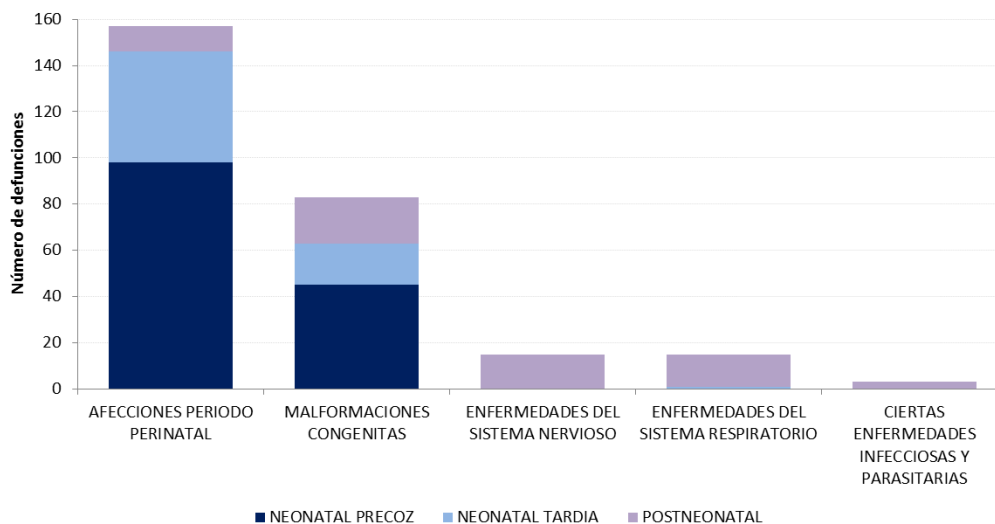


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

Las primeras diez causas de afecciones perinatales representan el 47,3% del total de las defunciones en menores de 1 año durante el año 2016.

A continuación se presenta el número de fallecimientos en menores de 1 año según clasificación CIE-10 y periodo de ocurrencia de la defunción, en residentes de CABA durante el año 2016.

Gráfico 7. Número de defunciones en menores de 1 año según capítulo CIE-10 y periodo (n=281). Residentes de CABA. Año 2016.

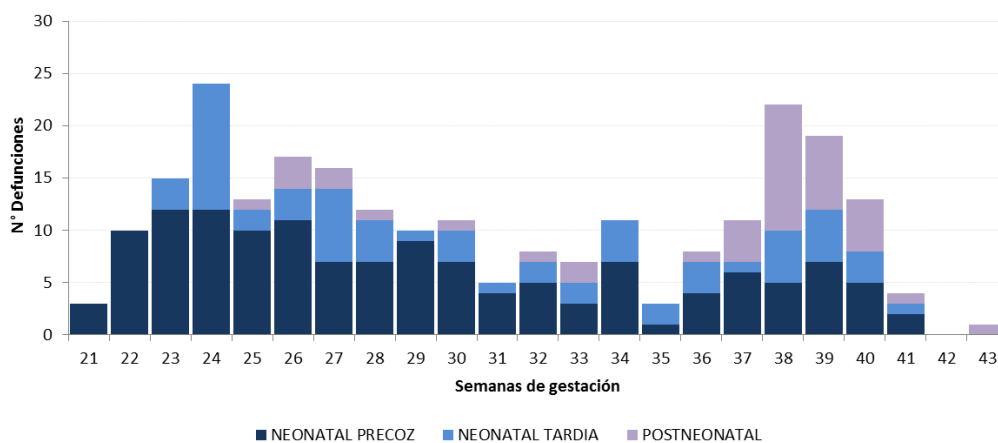


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

El 51,2% (144) de la mortalidad infantil estuvo representada por la mortalidad neonatal precoz, es decir aquella que ocurre en la primera semana de vida. La mortalidad neonatal depende fundamentalmente del peso de nacimiento y la edad gestacional, por un lado, y de la calidad de la atención perinatal por otro, fundamentalmente la de los servicios de neonatología.

A continuación se presenta el número de defunciones en menores de 1 año según semanas de gestación.

Gráfico 8. Número de defunciones en menores de 1 año según semana de gestación al parto (n=243). Residentes de la CABA. Año 2016.

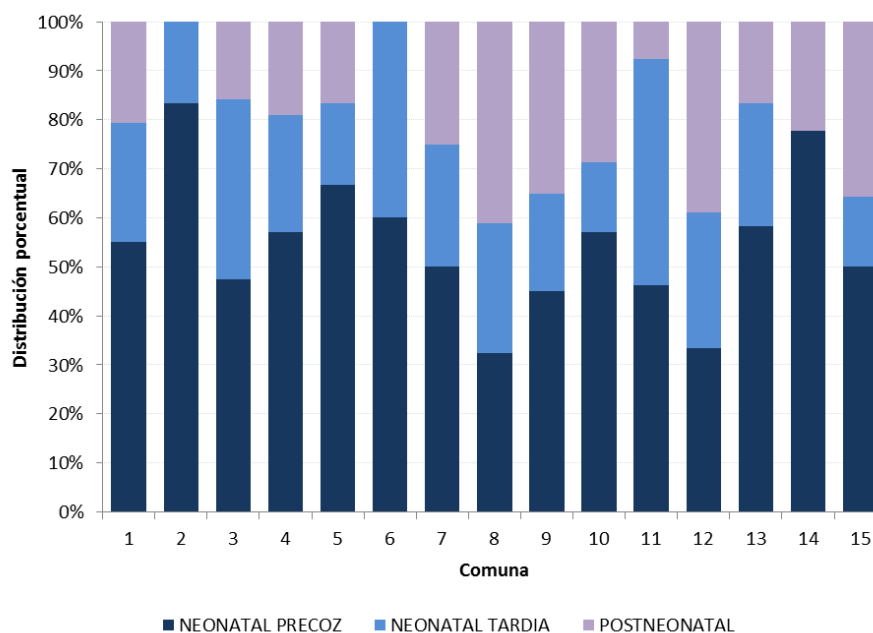


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

Se observa que la mortalidad neonatal muestra los valores más altos en niños nacidos con menos de 35 semanas de gestación, mientras que en niños nacidos a término se constata mayor mortalidad postneonatal tanto en términos relativos como absolutos.

En el gráfico siguiente se presenta la distribución porcentual de defunciones en menores de 1 año según tipo de mortalidad y comuna de residencia de la madre. Se descartaron 7 casos en los que no se obtuvo dato de domicilio según comuna.

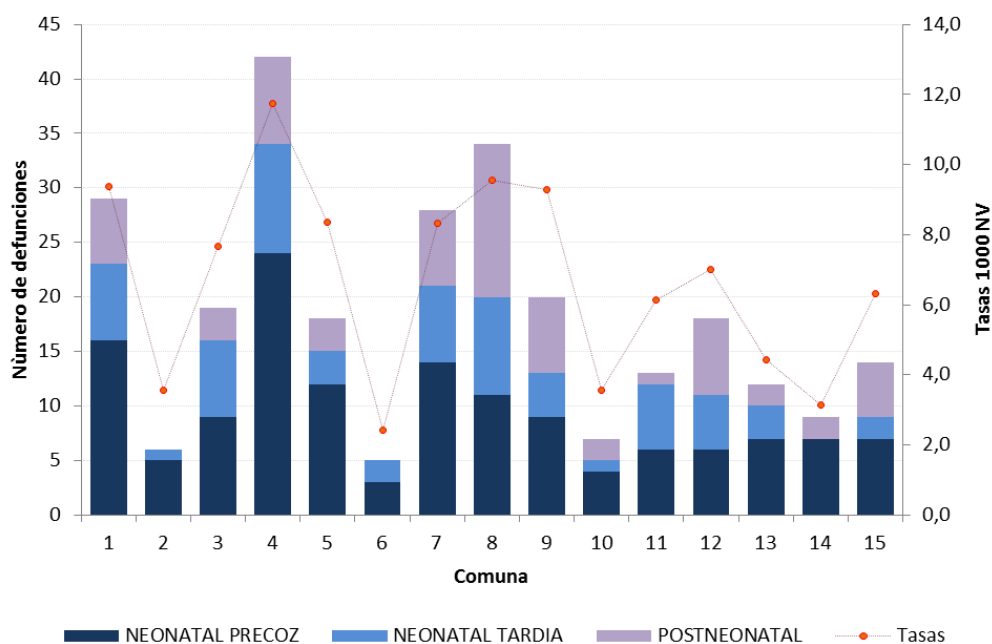
Gráfico 9. Proporción de defunciones en menores de 1 año por comunas según tipo de mortalidad. (n=274). Residentes CABA. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

Se observa que en las comunas 2 y 6 no se registran defunciones en el periodo postneonatal, mientras que en la comuna 8 el porcentaje de este indicador resultó el más alto entre todas las comunas de CABA en el año 2016. La mortalidad postneonatal se produce entre los 28 días y el año de vida, la misma se relaciona con los determinantes sociales dando lugar a infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos y otros.

El siguiente gráfico se expresan las tasas según tipo de mortalidad por comuna de residencia de la madre.

Gráfico 10. Defunciones infantiles según tipo de mortalidad y tasa de mortalidad infantil por 1000 NV según comunas (n=274). Residentes CABA. Año 2016.

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

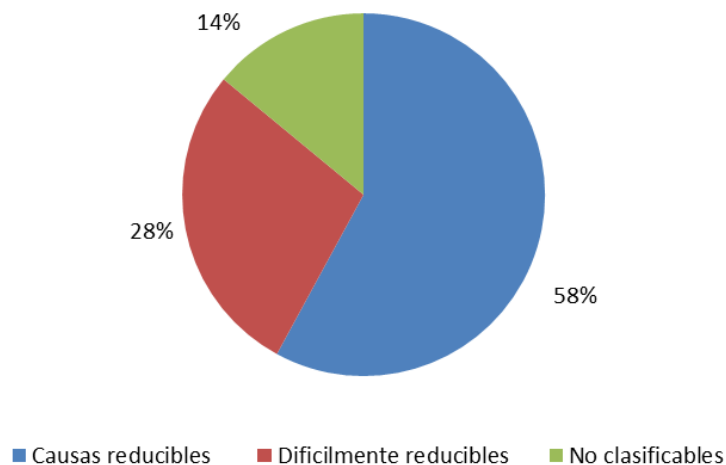
La de mortalidad neonatal precoz por afecciones perinatales se presentó en las comunas del sur y este de la ciudad (4, 1, 8 y 9), mientras que el mayor riesgo de muerte por malformaciones se presentó en las comunas del sur y oeste (8, 9 y 5).

El 41% (58) de las defunciones en el periodo neonatal precoz ocurrió en la zona sur de la CABA, comunas 4, 7, 8 y 9. Las comunas 2 y 6 no presentaron mortalidad postneonatal, siendo esta máxima en la comuna 8.

A continuación se presenta la distribución porcentual de defunciones en menores de 1 año según criterio de reducibilidad⁴¹.

⁴¹ Se incluyen como causas reducibles, las siguientes categorías: reducibles preferentemente en el embarazo, parto, recién nacido. Preferentemente en el periodo perinatal (tratamiento clínico, quirúrgico, clínico y quirúrgico) y otras causas. https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2013_564.pdf

Gráfico 11. Distribución porcentual de las defunciones en menores de 1 año según criterio de reducibilidad (n=271). Residentes CABA. Año 2016.

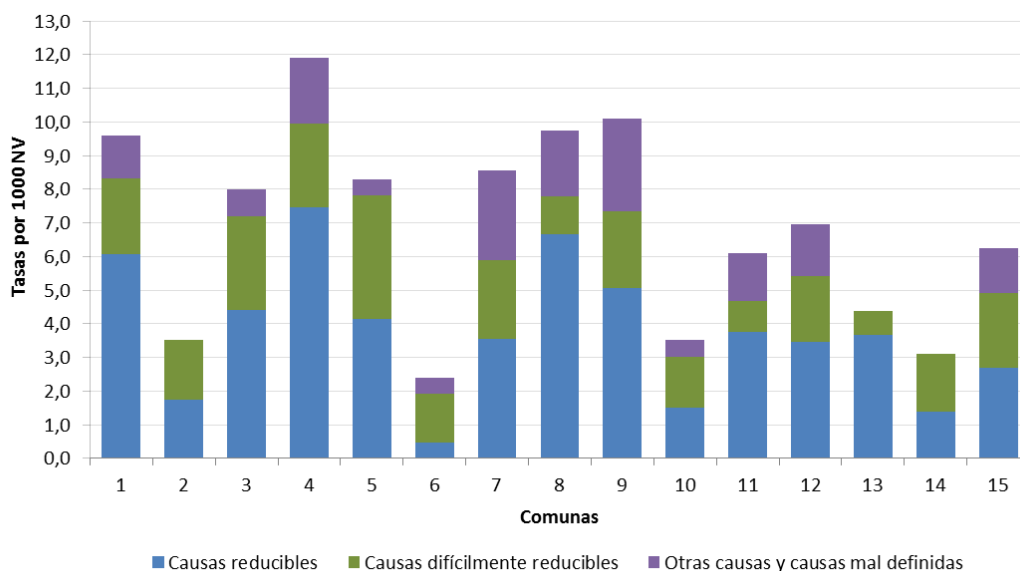


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

Dentro de las causas reducibles el 26,7% incluyen prácticas quirúrgicas, siendo intervenciones que por las características del recién nacido, como muy bajo peso al nacer, frecuentemente no resultan viables.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna.

Gráfico 12. Tasa de mortalidad infantil por 1000 NV según criterios de reducibilidad según comuna. Residentes CABA. Año 2016.

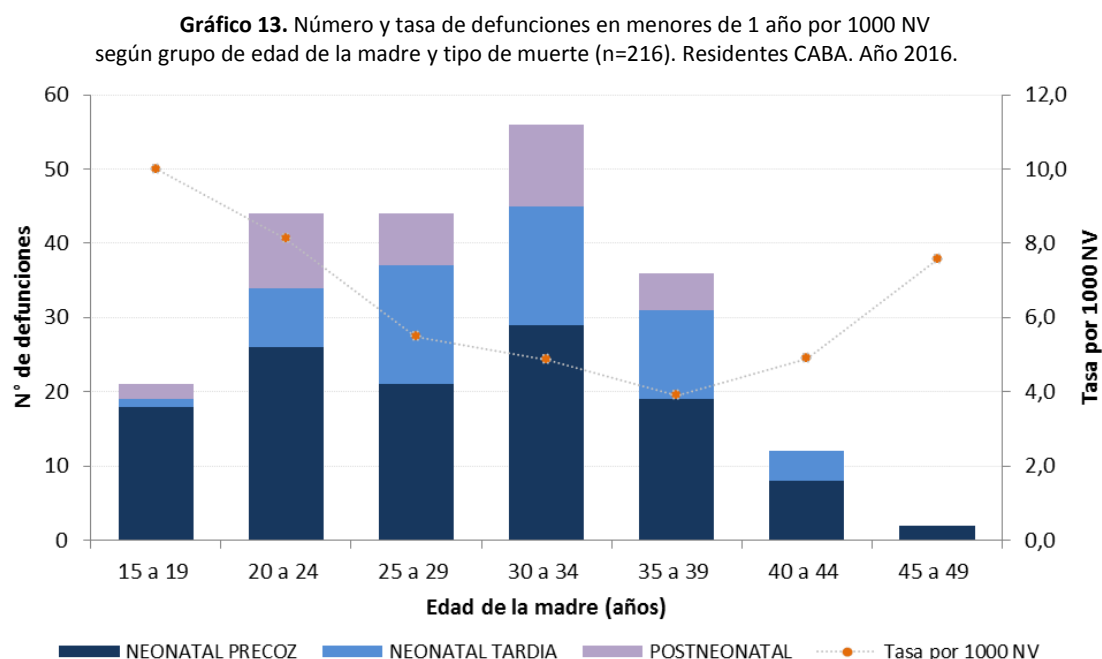


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

La comuna 4 y la comuna 8 presentaron las tasas de mortalidad infantil por causas reducibles más altas de la Ciudad. Mientras la tasa global de CABA fue de 4/1000 nacidos vivos, la tasa de la comuna 4 fue de 7,5

por cada mil nacidos vivos, y la de la comuna 8 de 6,7/1000. Con respecto a las causas de muerte categorizadas como difícilmente reducibles, la comuna 5 presentó la tasa más alta 3,7/1000 nacidos vivos seguido de la comuna 3 con una tasa de 2,8/1000 nacidos vivos.

A continuación se presenta el número y las tasas de defunciones en menores de 1 año según grupos de edad de la madre y periodo de fallecimiento para el año 2016 en CABA.

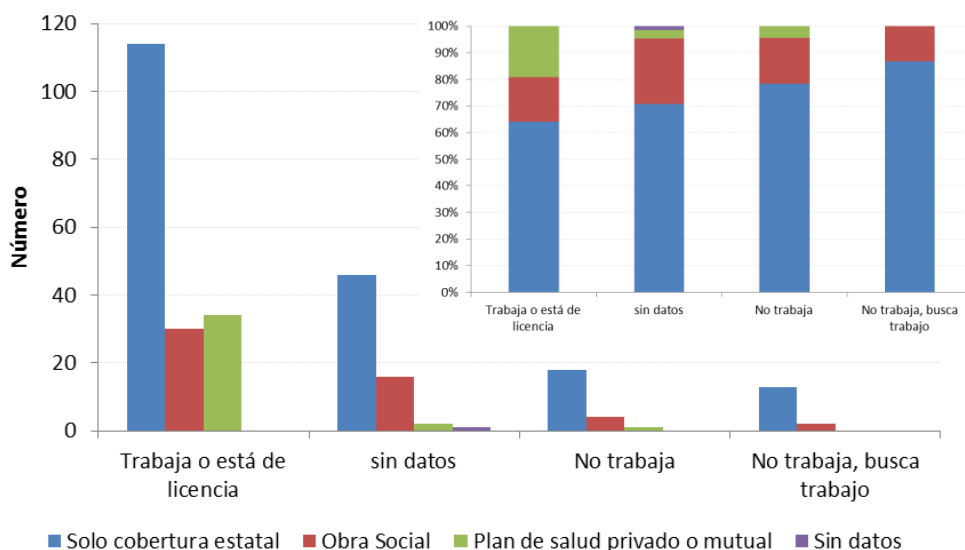


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

En todos los grupos de edad de la madre predominó el componente de mortalidad neonatal precoz. Las tasas más elevadas de mortalidad infantil ocurrieron en los extremos de edad de la madre demostrando mayor riesgo de morbilidad en el embarazo, parto y puerperio en madres adolescentes y mayores de 40 años. En este último grupo, las causas de muerte se deben exclusivamente a malformaciones congénitas y afecciones perinatales.

A continuación se presenta el número y proporción de coberturas de salud de la madre, residentes de CABA para el año 2016, al momento de la defunción del menor según situación laboral.

Gráfico 14. Número y proporción de coberturas de salud de la madre al momento de la defunción del menor según situación laboral (n=281). Residentes CABA. Año 2016.

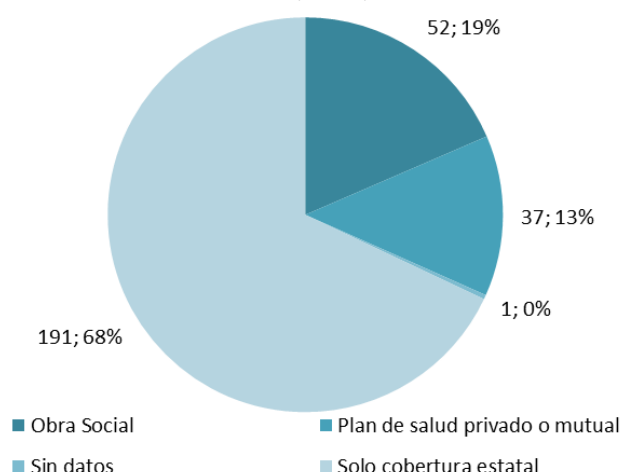


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

El 63% (178) de las madres trabajaba o estaba de licencia al momento de la defunción del menor, de estas el 64% (114) contaba con cobertura estatal únicamente, mientras que solo el 16,8% (30) cuenta con obra social.

En el siguiente gráfico se expresa la proporción de coberturas de salud de la madre al momento de la defunción del menor en residentes de la Ciudad para el año 2016.

Gráfico 15. Proporción de coberturas de salud de la madre al momento de la defunción del menor (n=281). Residentes CABA. Año 2016.

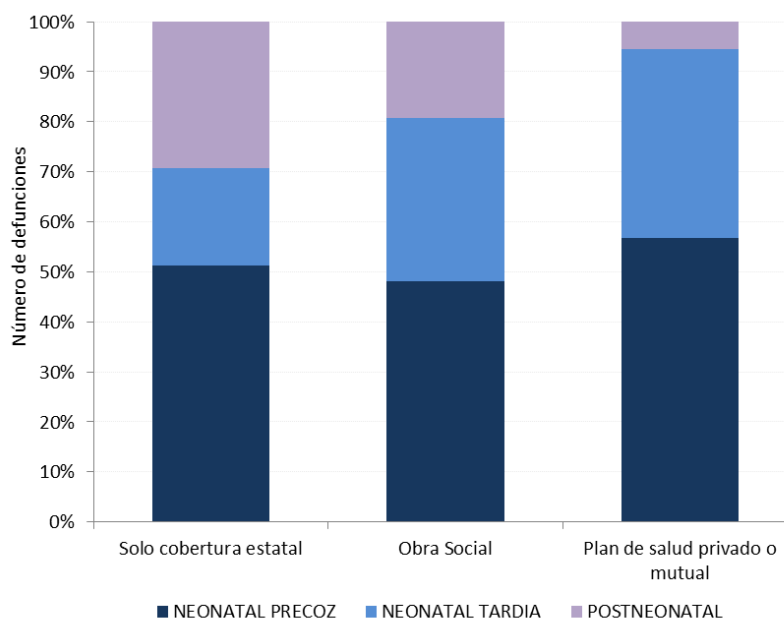


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

Entre las madres que presentan sólo cobertura estatal, un 60% refiere trabajar de manera informal, como se observa en el gráfico anterior.

En el siguiente gráfico se expone la distribución porcentual de coberturas de salud de la madre según edad de fallecimiento del hijo/a y tipo de muerte en residentes de la Ciudad en el año 2016.

Gráfico 16. Distribución porcentual de coberturas de salud de la madre según edad de fallecimiento del hijo/a y tipo de muerte (n=280). Residentes CABA. Año 2016.



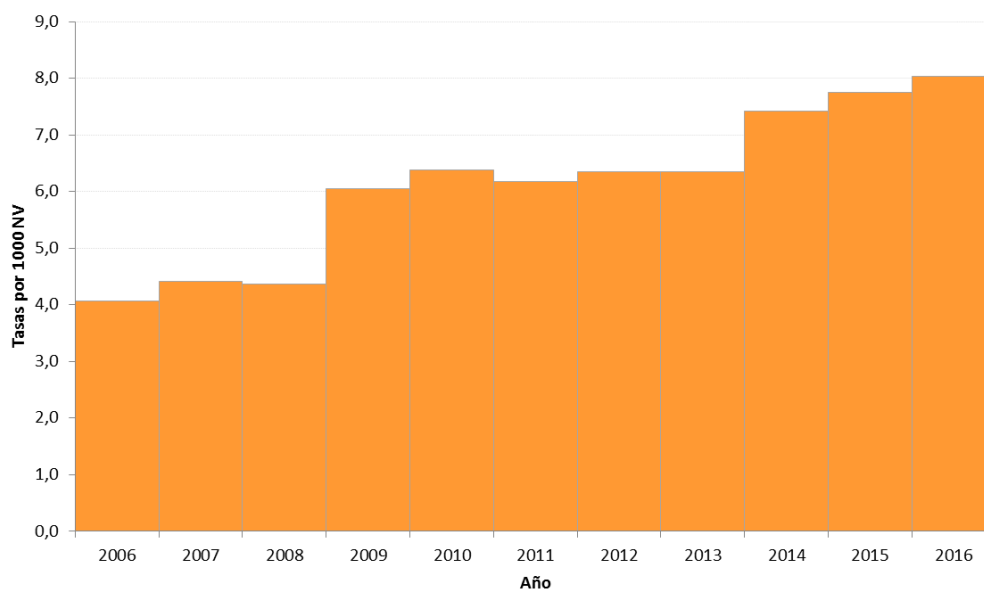
Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.
Se excluyó un caso sin datos sobre cobertura de salud.

El 29,3% de las defunciones en menores de un año cuyas madres solo disponían de cobertura estatal correspondió al componente postneonatal. Mientras que dicho componente, en madres con solo cobertura de salud privada, fue de 5,4% (2).

8.2.3. Defunciones Fetales⁴²

A continuación se presentan las tasas de mortalidad fetal a lo largo de la serie histórica 2006-2016 en residentes de la CABA.

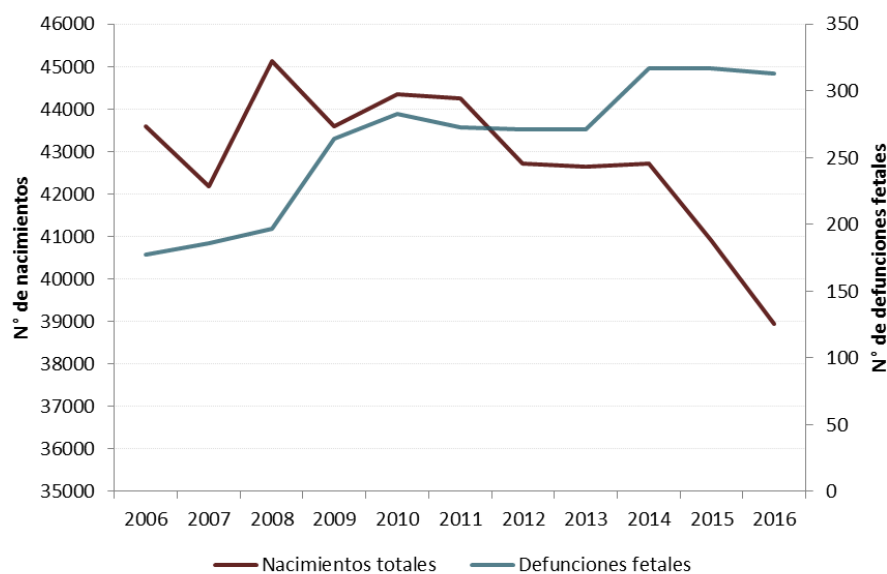
⁴²Es la muerte ocurrida con anterioridad a la expulsión completa o extracción del cuerpo de la madre de un producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración del embarazo; la defunción se señala por el hecho de que, después de tal separación, el feto no respira ni muestra cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, la pulsación del cordón umbilical o el movimiento efectivo de músculos voluntarios. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

Gráfico 17. Tasas de mortalidad fetal por 1000 NV. Residentes CABA. Periodo 2006-2016.

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

En el año 2016 se registraron 313 defunciones fetales lo cual corresponde a una tasa de 8/1000 NV, duplicando la tasa de 2006 (4/1000 NV).

A continuación se presenta el gráfico comparativo del número de defunciones fetales y nacimientos en el periodo 2006-2016.

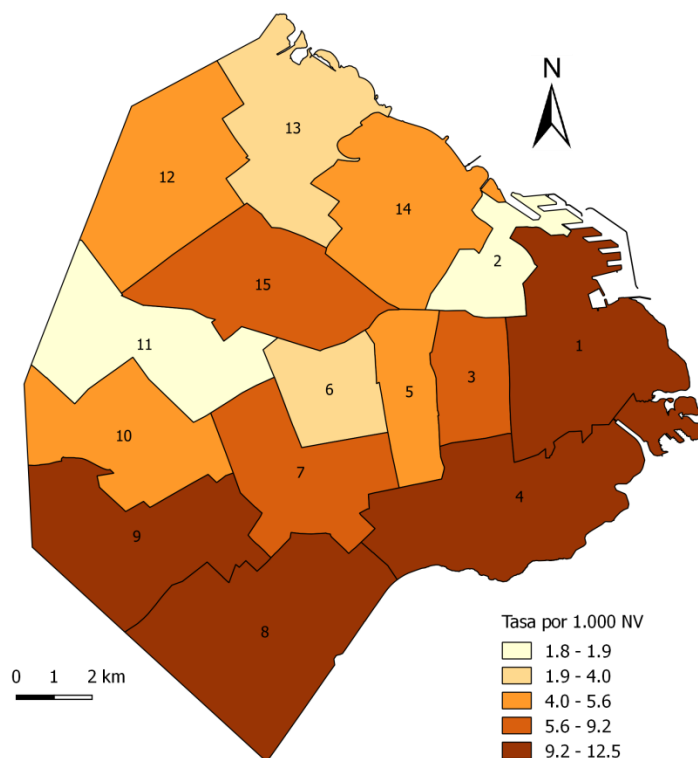
Gráfico 18. Número de nacimientos y defunciones fetales. Residentes CABA. Periodo 2006-2016.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Si bien es notable el aumento de las tasas de defunciones fetales, cabe destacar una disminución del número de nacimientos en el último año analizado, ya que entre 2006 y 2016 se produjo un descenso de los nacimientos en CABA del 10,6%.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad fetal según comuna en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ocurridas en el año 2016.

Mapa 3. Tasas de mortalidad fetal por comuna por 1000 NV. Residentes CABA. 2016. (n=297)



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

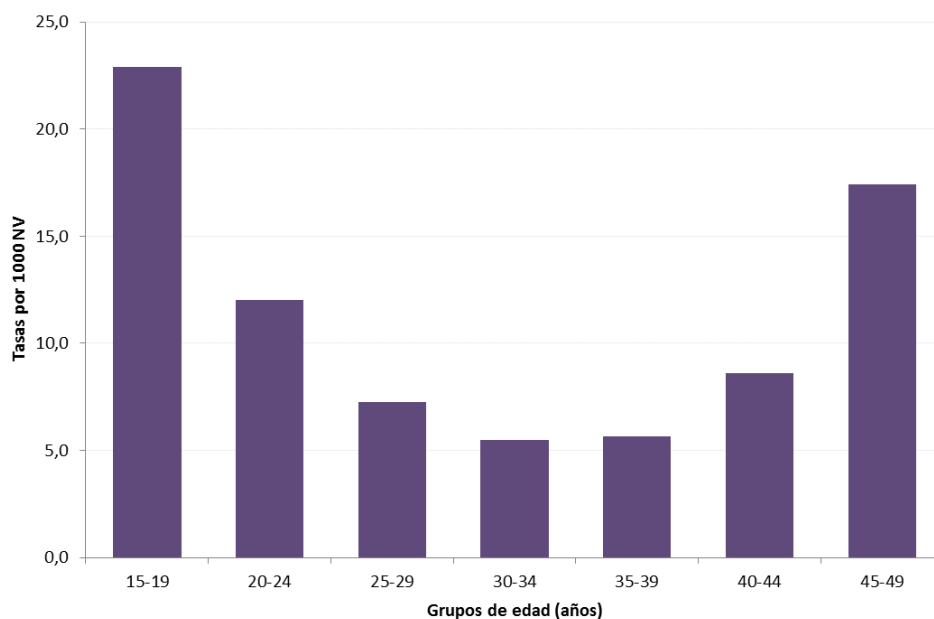
Las comunas 2 y 11 presentaron las tasas más bajas de mortalidad fetal, 1,8/1000 y 1,9/1000 nacidos vivos respectivamente.

8.2.4. Defunciones fetales según edad de la madre⁴³

En el siguiente gráfico se exponen las tasas de defunciones fetales según grupos de edad de la madre.

⁴³La definición de defunción fetal se encuentra en el anexo.

Gráfico 19. Tasas de defunciones fetales por 1000 NV según grupos de edad de la madre. Residentes CABA. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

Las tasas más altas de defunciones fetales se concentraron en los grupos de edad extremos. En el grupo de edad de 15 a 19 años, la tasa de defunciones fetales fue de 22,9/1000 nacidos vivos

El 93% de las defunciones se produjo en el periodo neonatal, siendo la causa principal hipoxia intrauterina (en 70% de los casos, es decir 215 de los diagnósticos consignados).

9. SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA

9.1. Introducción

La vigilancia epidemiológica es una de las funciones esenciales de la salud pública, esto no solo es una afirmación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino que diariamente se ejemplifica con innumerables acciones de prevención, promoción y control que de esta disciplina se desprenden. Implica la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población, así como su sistematización y análisis para la toma de decisiones. En el marco de la Ley nacional Nº 15.465/60 y de la resolución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 1727/04, se establecen los eventos de notificación obligatoria (ENO) como estrategia para la vigilancia epidemiológica.

En este capítulo se abordará la situación epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria durante 2016. En primer lugar se presentará la tabla consolidada por grupo de eventos. Posteriormente, se analizarán en apartados específicos algunos eventos seleccionados, dada su frecuencia o relevancia; tales son las enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* (ETMAa), meningoencefalitis, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas (IRA), infecciones gastroentéricas e infecciones de transmisión vertical (sífilis y Chagas congénitos).

9.2. Nota metodológica

Se presentan las notificaciones efectuadas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud–SNVS- (módulos C2, SIVILA y TBC) en el período comprendido entre SE 1 y la SE 52 del año 2016. Las tasas fueron calculadas sobre datos poblaciones provenientes del Censo 2010 y proyecciones hasta 2016, provistos por la Dirección de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el análisis de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) se incorporaron los datos provenientes de las fichas epidemiológicas de IRAG enviadas a la Gerencia durante el 2016.

Para el análisis de todos los eventos se considera como residentes de la CABA aquellos casos en que el domicilio se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y aquellas personas que se atendieron en efectores de la Ciudad pero no se registra dicho dato.

9.3. Tabla consolidada por grupo de eventos

En las siguientes tablas se presentan el total de las notificaciones hasta la SE 52 de 2016 y se compara con el mismo período del año 2015 mostrando la variación absoluta (en eventos con menos de 20 casos) o porcentual (para los eventos como más de 20 casos). Si bien, el grupo de las ENO no incluye las lesiones, las mismas se consignan en la siguiente tabla.

Tabla 1. Número de notificaciones de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO). Residentes de la CABA. Años 2015-2016.

Grupo de Evento	Evento	2015	2016	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO	172	186		8
	SÍFILIS CONGÉNITA	301	265		-12
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA	366	163		-55
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	148	192		30
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	69	77		12
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	304	238		-22
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	386	414		7
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	554	729		32
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	113	108		-4
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	3	2	-1	
	OFIDISMO	1	2	1	
Gastroentéricas	DIARREAS	25907	23672		-9
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	286	234		-18
	DIARREAS BACTERIANAS	12	1	-11	
	DIARREAS VIRALES	64	12	-52	
	DIFTERIA	1	0	-1	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	1	1	
Hepatitis	HEPATITIS A	4	5	1	
	HEPATITIS B	63	60		-5
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	37	35		-5
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	1	0	-1	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	2	3	1	
Inmunoprevenibles	COQUELUCE	155	253		63
	EFE (SARAMPIÓN-RUBÉOLA)	43	21		-51
	PAF	7	7	0	
	PAROTIDITIS	354	105		-70
	VARICELA	5526	2750		-50
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	193	145		-25
	POR METALES PESADOS	10	16	6	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	195	163		-16
	POR OTROS TÓXICOS	169	83		-51
	POR PLAGUICIDAS	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	16	6	-10	
Lesiones	EN EL HOGAR	1933	1377		-29
	EN ESCUELA	496	242		-51
	LABORALES	923	623		-33
	SIN ESPECIFICAR	53285	47437		-11
	VIALES	6503	5463		-16
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	58	67		16
	MORDEDURA POR RATA	42	45		7
Meningitis y meningocefalitis*	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	8	5	-3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	2	0	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	6	6	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	3	6	3	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	13	1	-12	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	8	13	5	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	17	24	7	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	17	45	28	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	33	26		-21
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	11	5	-6	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	1	1	0	

Fuente: SNVS, C2-SIVILA.

Tabla 2. Número de notificaciones de Eventos de Notificación Ambulatoria (ENO). Residentes de la CABA. Años 2015-2016.

Grupo de Evento	Evento	2015	2016	Diferencia de casos	Variación porcentual
Otras	LEPRA	20	10	-10	
	SÍNDROME URÉMICO-HEMOLÍTICO (SUH)	53	31		-42
	LISTERIOSIS	9	0	-9	
	TUBERCULOSIS	322	810		152
	BOTULISMO DEL LACTANTE	5	0	-5	
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	15089	14150		-6
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	24888	26196		5
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	1821	1012		-44
	NEUMONIA	13559	9248		-32
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	13	4	-9	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	36	74		106
	DENGUE AGRUPADO	134	12175		8986
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	3	2	-1	
	INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA	0	21	21	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	25	19	-6	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	142	16	-126	
	HANTAVIROSI	13	23	10	
	FIEBRE AMARILLA	4	1	-3	
	PSITACOSIS	2	2	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	4	2	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	5	3	-2	
	LEPTOSPIROSIS	27	32		19
	PALUDISMO	3	1	-2	
	TRIQUINOSIS	6	4	-2	

Fuente: SNVS, C2-SIVILA.

9.4. Enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*

Nuestro país presenta un comportamiento epidémico respecto a las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos *Aedes aegypti* (ETMAa) y en particular dengue, por lo que la transmisión depende del arribo de individuos en fase virémica desde zonas endémicas. Es por esto que la identificación de los casos importados adquiere especial relevancia para el inicio de la transmisión en áreas no endémicas pero con presencia del vector y condiciones climáticas favorables como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En este apartado se presentan los casos notificados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de dengue, fiebre Chikungunya y enfermedad por virus Zika.

Durante la primera mitad de 2016 el país sufrió la mayor epidemia de dengue registrada. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las notificaciones de ETMAa aumentaron hasta alcanzar niveles de brote. Se notificaron 12.546 casos de ETMAa frente a los 332 de 2015. De éstos, 9446 eran residentes de la ciudad y en 2761 no se registraron datos de residencia.

9.4.1. Dengue

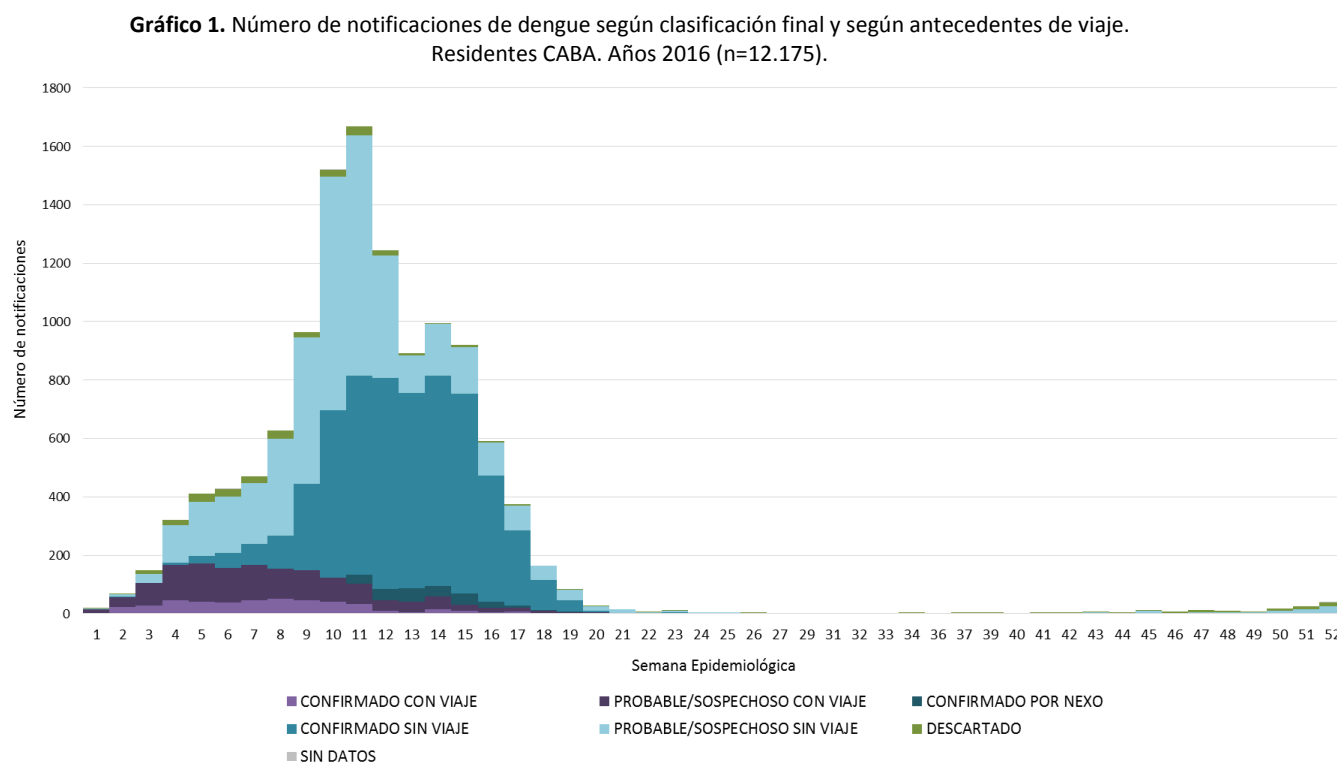
El dengue fue el evento que mayor impacto tuvo en la ciudad. Se notificaron 12.495 casos, de los cuales 12.175 correspondieron a residentes de la CABA o sin datos de domicilio.

De los casos notificados en residentes se confirmaron 6.128 casos, 2.395 por laboratorio, 224 por nexo epidemiológico y en el resto no se registró el dato.⁴⁴ Del total de los casos confirmados, 5.463 casos no

⁴⁴ De la semana epidemiológica 11 hasta la 20 se confirmaron casos por nexo epidemiológico debido al cambio en el escenario epidemiológico.

contaron con antecedente de viaje, por lo cual corresponderían a casos autóctonos. El principal serotipo identificado fue DEN 1. Los serotipos DEN 2 y DEN 4 se presentaron en forma aislada y en pacientes con antecedentes de viaje (a excepción de dos casos donde no se registró este dato).

Del total de las notificaciones de dengue en residentes, el 13,4% tenían antecedente de viaje. En el siguiente gráfico se observa la evolución a lo largo de las semanas según clasificación del caso y según antecedente de viaje.

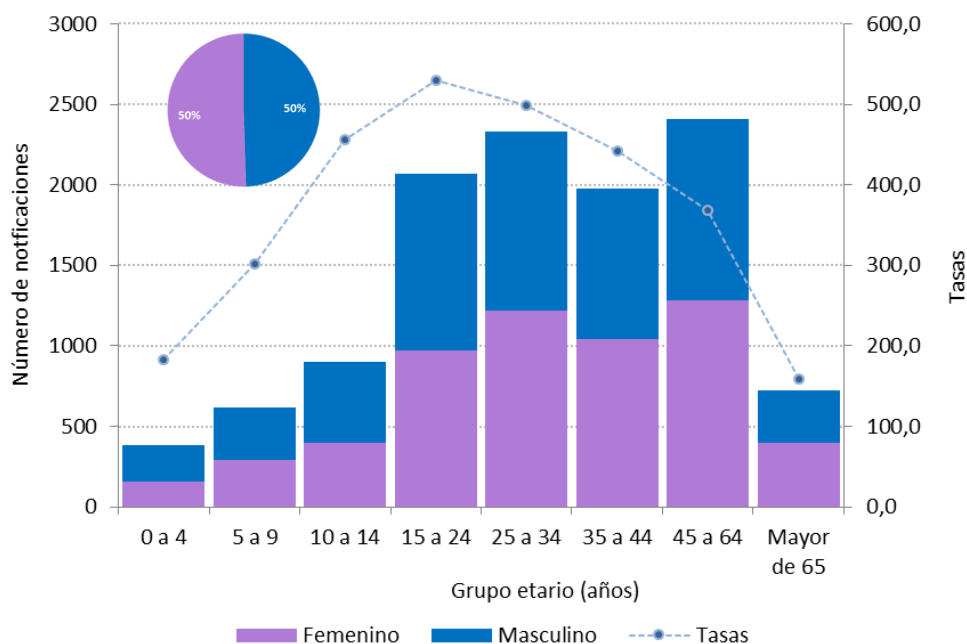


Fuente: Base de la GOE y SNVS, C2-SIVILA.

En el gráfico se observa que los casos con antecedente de viaje predominaron al inicio de la epidemia evolucionando luego hacia una franca mayoría de casos autóctonos.

A continuación, se muestra la distribución y tasa por edad y sexo de los casos notificados.

Gráfico 2. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de dengue según sexo y grupo etario. Residentes CABA. Año 2016 (n=11.413).

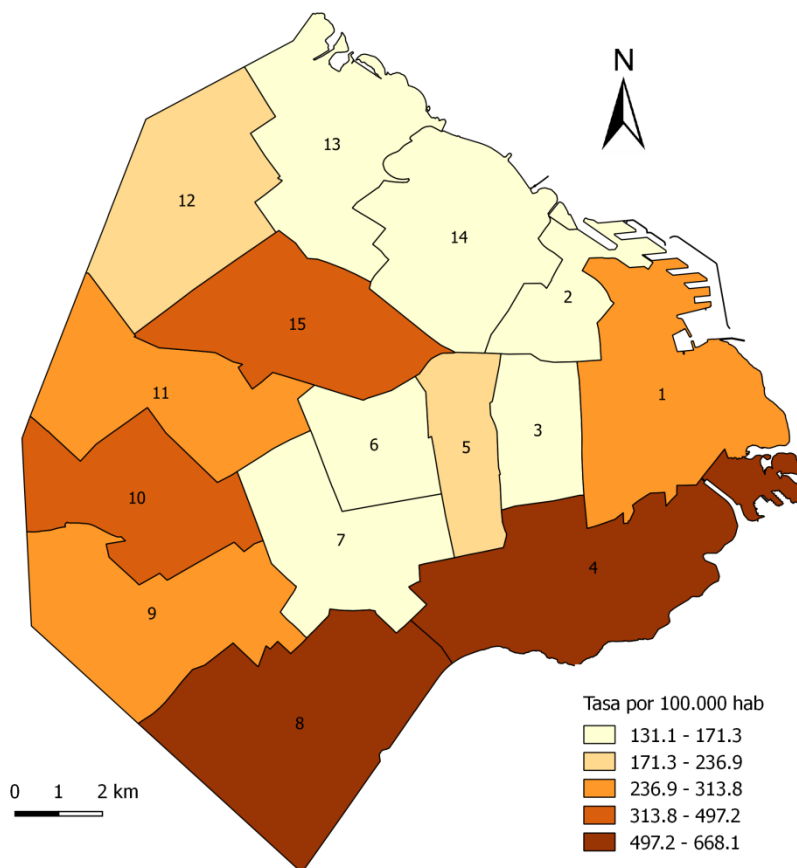


Fuente: Base de la GOE y SNVS, C2-SIVILA.

Si bien no se detectaron diferencias en cuanto al sexo, la distribución según edad fue heterogénea con una mediana de 32 años. Las tasas de incidencia más altas se registraron en la franja etaria de 15 a 34 años, representando este grupo el 36% (4.412) de los casos. Los extremos de la vida presentaron las tasas de notificación más bajas.

En el siguiente mapa se muestra la distribución por comunas de las tasas de notificación por 100.000 habitantes.

Mapa 1. Tasas de notificación de dengue por 100.000 hab. según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016 (n=12175).



Fuente: Base de la GOE y SNVS, C2-SIVILA.

La distribución de casos fue heterogénea con afección predominante de la zona sur de la ciudad, en particular las comunas 4 y 8. El mayor número de casos se concentró en villas y asentamientos de la CABA.

9.4.2. Fiebre Chikungunya

Durante 2016 en la ciudad no se registró circulación autóctona de virus Chikungunya aunque hubo casos importados. Entre la SE 3 y la SE 42 se recibieron 16 notificaciones de casos sospechosos atendidos en la CABA, de los cuales 11 residían en la misma. Se confirmaron 8 casos, se descartó uno y 2 permanecieron como sospechosos. Todos los casos confirmados tenían antecedentes de viaje: 5 de ellos a Bolivia y 3 a Brasil.

9.4.3. Zika

En el año 2016, en la Ciudad se notificaron 35 casos de eventos asociados al virus Zika, 20 de ellos con residencia en la CABA y un caso sin datos de domicilio.

En la siguiente tabla se presentan los eventos desagregados del virus Zika según criterio diagnóstico en los residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 3. Número de notificaciones de eventos asociados a la infección por virus Zika según clasificación final. Residentes CABA. Año 2016 (n=21).

CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO	INFECCIÓN POR VIRUS DEL ZIKA	INFECCION POR VIRUS DEL ZIKA EN EL EMBARAZO	SÍNDROME CONGÉNITO CON ASOCIACIÓN CON ZIKA	TOTAL
CONFIRMADO	6	0	0	6
PROBABLE	0	0	0	0
SOSPECHOSO	6	1	4	11
DESCARTADO	1	2	1	4
TOTAL	13	3	5	21

Fuente: Base de la GOE y SNVS, C2-SIVILA.

Los 6 casos confirmados de infección por virus Zika refirieron antecedentes de viaje: 2 a Venezuela, 2 a Colombia, uno a Brasil y en un caso se desconocía el destino. Entre los residentes no se notificaron casos de Síndrome de Guillain Barré u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación a virus Zika.

9.5. Infecciones Respiratorias Agudas

9.5.1. Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen una importante causa de morbilidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años y las personas mayores de 65 años o que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo de desarrollar complicaciones que puedan derivar en formas graves. En estos grupos se encuentra indicada la vacunación antigripal y antineumocócica.

Se presentarán los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), neumonía, bronquiolitis en menores de 2 años e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

9.5.2. Situación epidemiológica general

A continuación se presenta la caracterización de ETI, Bronquiolitis, Neumonía e IRAG en corredores endémicos semanales, en serie histórica 2006-2015.

Gráfico 3. Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI).
Residentes CABA. Año 2016.

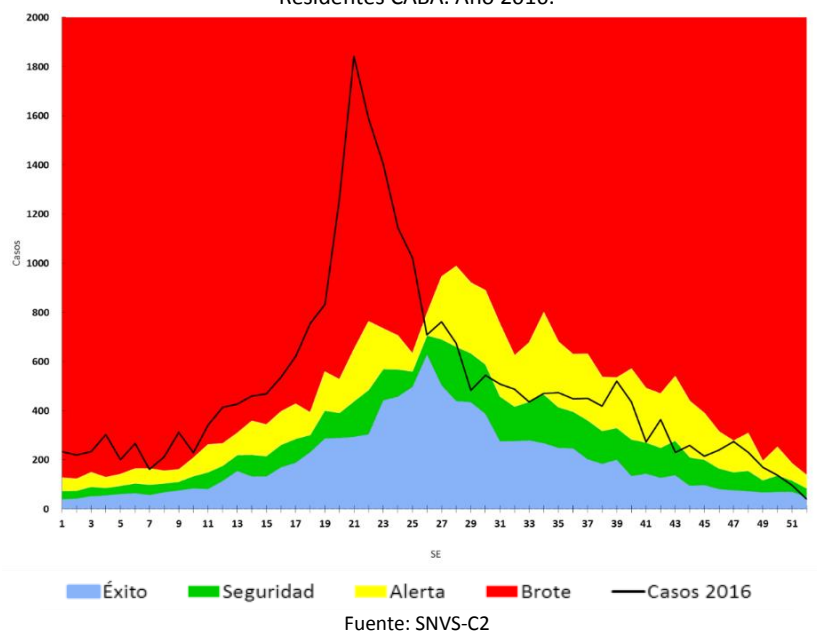
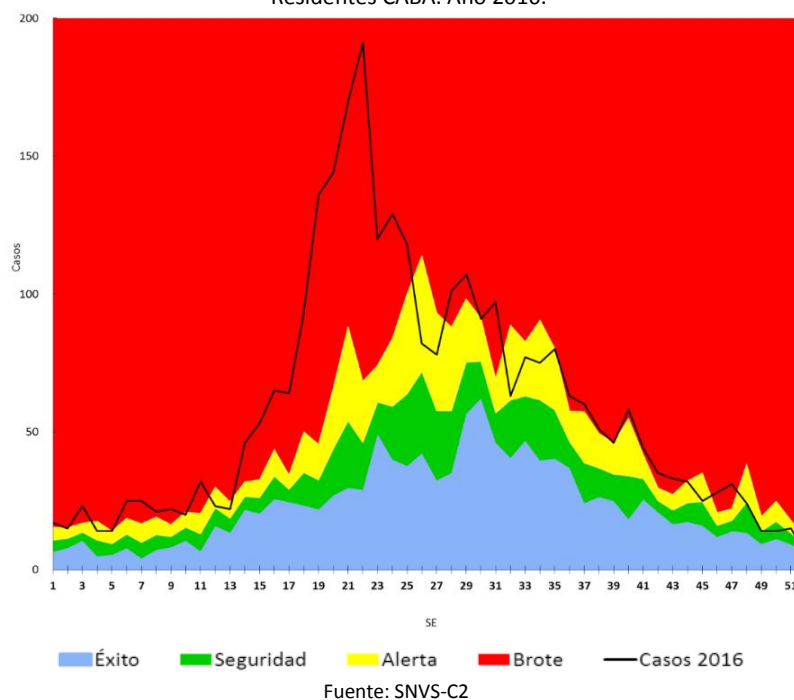
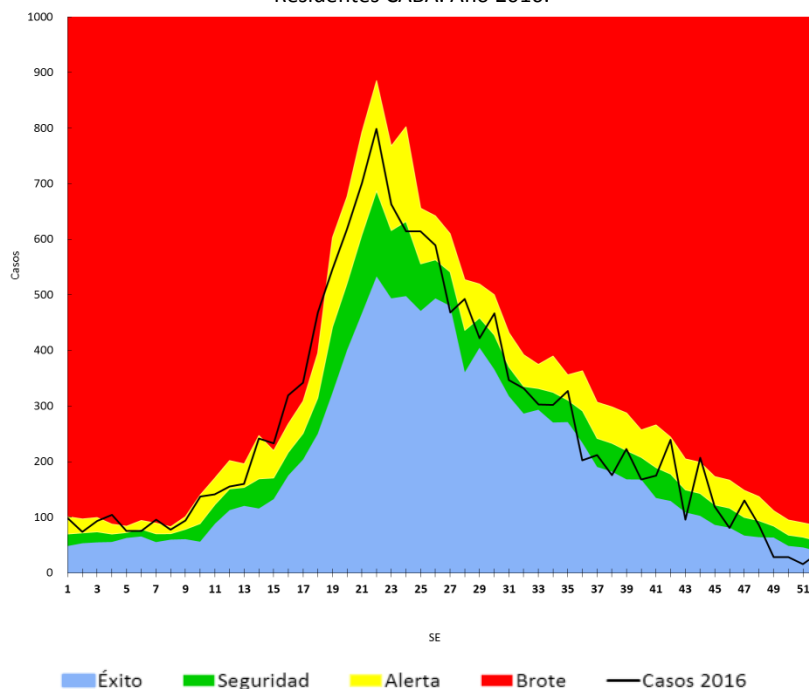


Gráfico 4. Corredor endémico semanal de infección respiratoria aguda grave (IRAG).
Residentes CABA. Año 2016.



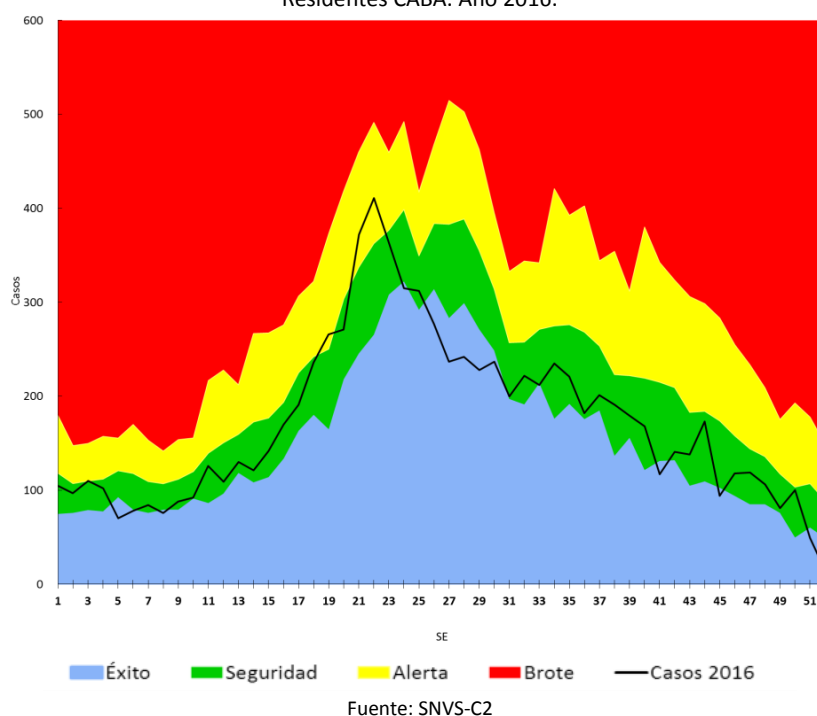
Durante 2016, las curvas de casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) transitaron en zona de brote desde comienzos de año, con tendencia descendente en las últimas semanas.

Gráfico 5. Corredor endémico semanal de bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes CABA. Año 2016.



Los casos de bronquiolitis en menores de 2 años transcurrieron dentro de los valores esperados en la mayor parte del año, transitando por zona de brote únicamente entre las SE 14 a 21. La curva de casos de neumonía ha transcurrido dentro de los valores esperados, con una incidencia acumulada menor a años anteriores.

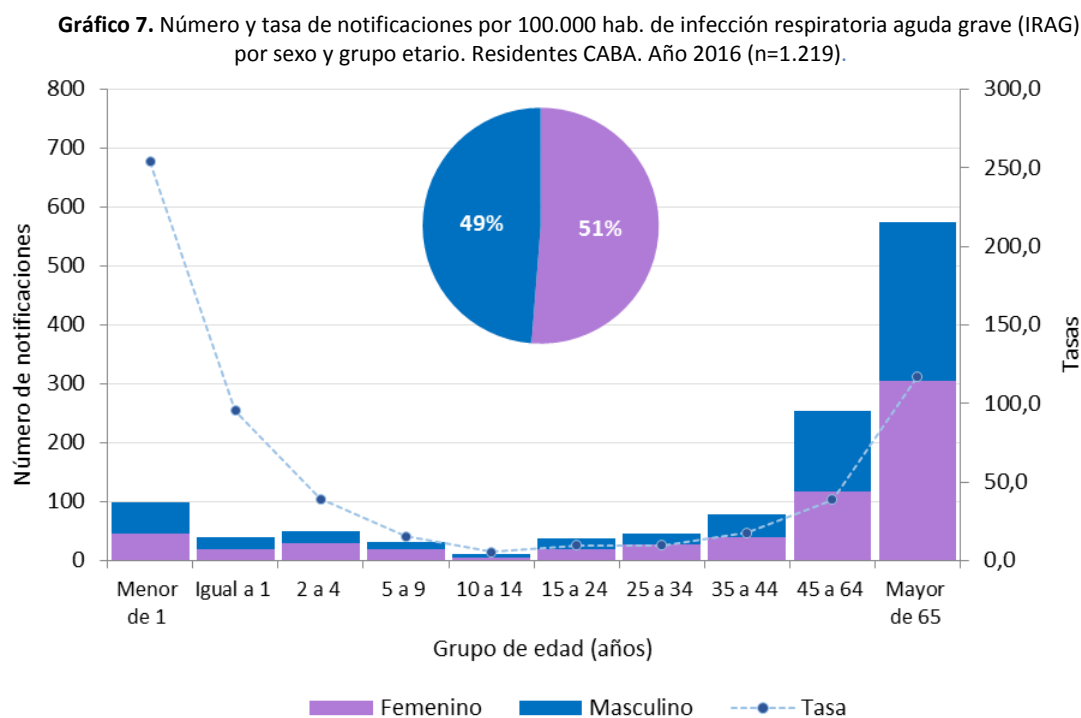
Gráfico 6. Corredor endémico semanal de neumonía. Residentes CABA. Año 2016.



9.5.3. Sobre las IRAG

De acuerdo a la información remitida por diferentes efectores que participaron en una vigilancia intensificada, durante el año 2016 se internaron 2.250 pacientes con IRAG, 45% de los cuales eran residentes de la CABA.

En el siguiente gráfico se puede observar la distribución de casos de IRAG por sexo y grupo etario en residentes de la CABA y casos sin datos de domicilio

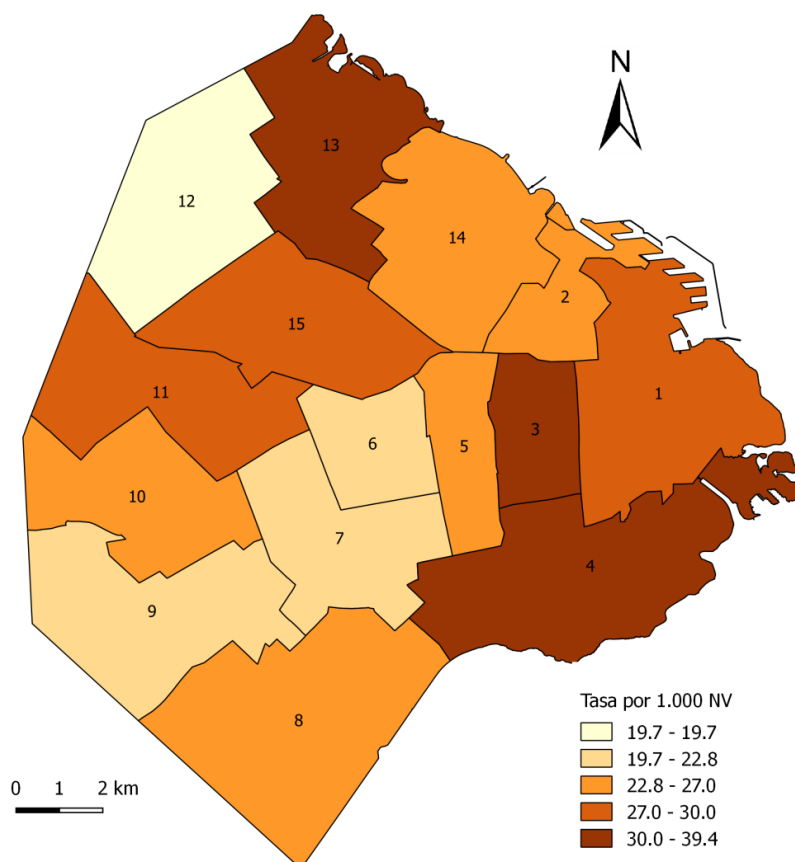


Fuente: Base de GOE de IRA Internados

El máximo de notificaciones se encuentra en mayores de 45 años, representando el 68% (828) del total. Las tasas más elevadas se encuentran en el grupo de menores de 1 año con una tasa de 254,0 notificaciones/100.000, seguido de los mayores de 65 años con una tasa de 117,4/100.000 hab.

A continuación se presenta un mapa con la distribución por comunas de las tasas de notificación de IRAG en residentes de la CABA. La tasa global de la CABA fue de 33,1 por 100.000 habitantes.

Mapa 2. Tasa de notificaciones por 100.000 hab. de Infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016.



Fuente: Elaboración de la GOF en base a datos de SNVS-C2

Con respecto a la vacunación antigripal, desde el inicio de la campaña se aplicaron 566.598 dosis en los hospitales públicos de la CABA, correspondiendo a no residentes el 20% de las mismas. Si bien se superaron las metas del 80% en niños y embarazadas, éstas no fueron alcanzadas oportunamente. Del total de casos de IRAG, el 78% tenía indicación de vacunación antigripal. Dentro de este grupo, sólo un 15% había recibido la dosis de vacuna antigripal 2016 y en un 41% de los casos no se cuenta con este dato.

En cuanto a los virus circulantes, hasta la SE 5 se aislaron principalmente Parainfluenza y Adenovirus, y a partir de la semana 7 se observó circulación sostenida de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) e influenza en general, con predominio de influenza A. Desde la SE 35, Parainfluenza fue el virus aislado en mayor proporción.

9.6. Meningoencefalitis

9.6.1. Introducción

Las meningoencefalitis son enfermedades endemoepidémicas de distribución universal, generalmente graves, que requieren detección precoz y tratamiento oportuno. Para disminuir la morbilidad y evitar la propagación se debe realizar diagnóstico temprano, intervenciones de prevención, y vigilancia epidemio-

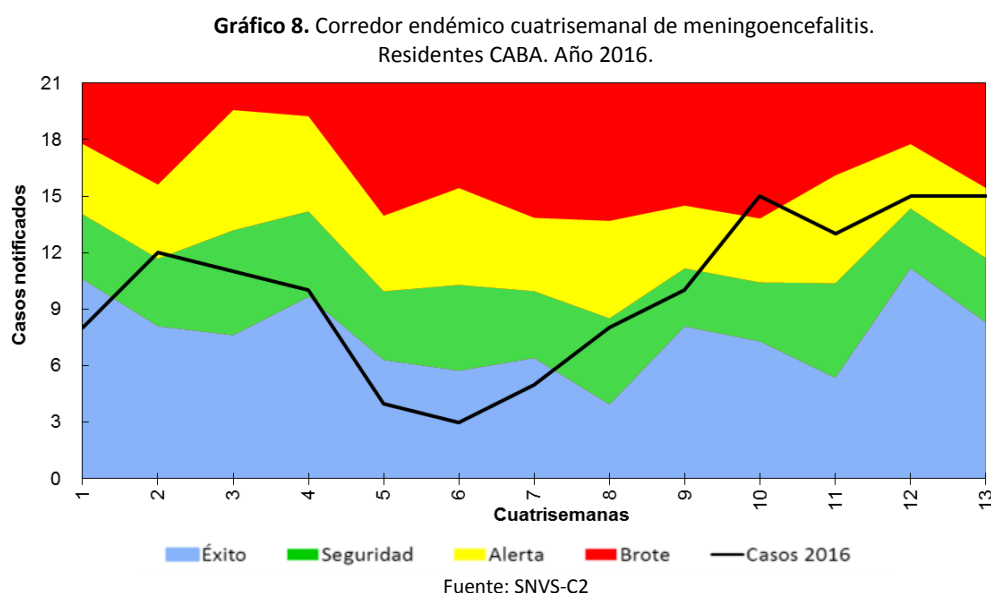
lógica. La vacunación contra *Hemophilus influenzae b* y *Streptococcus pneumoniae* se encuentran incluidas en el Calendario Nacional. A partir del año 2017 se incorpora también la vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente.

En este apartado se presenta la situación epidemiológica de las meningoencefalitis en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del año 2016.

9.6.2. Situación epidemiológica general

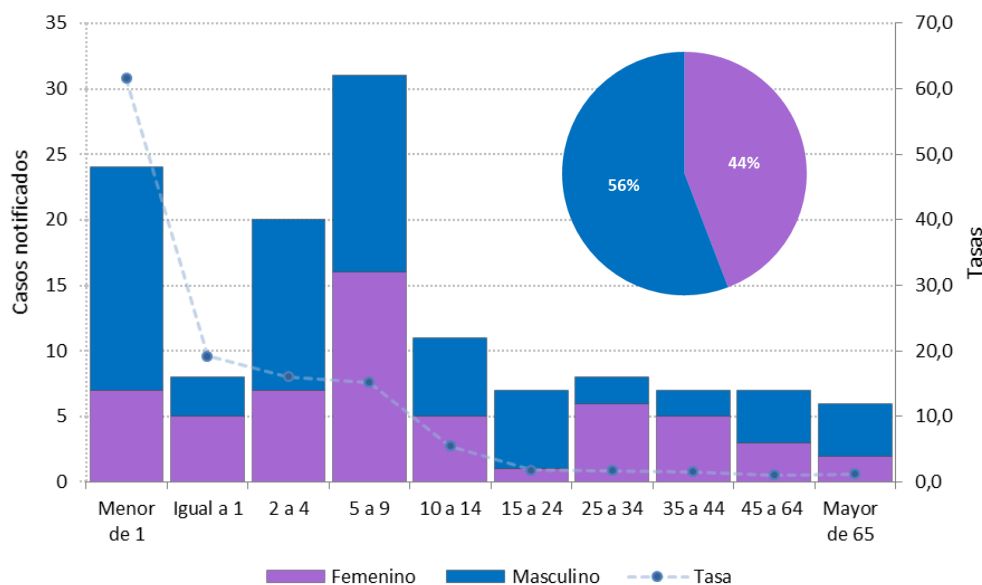
Durante el 2016 se notificaron 516 casos totales de meningoencefalitis; fueron descartados 16 casos que correspondieron a otras patologías. De las 500 notificaciones restantes que incluyen casos sospechosos, probables y confirmados, 129 casos (25,8%) correspondieron a residentes de la Ciudad y 371 casos (74,2%) a no residentes.

A continuación se presenta el corredor endémico de meningoencefalitis en el año 2016, a partir de la serie histórica 2009-2015.



Como se observa en el gráfico, la notificación mantiene la leve variación estacional de años anteriores evidenciándose un corrimiento del máximo en la cuatrisesemana 10, luego de lo cual persiste en zona de alerta.

En el siguiente gráfico se describe la distribución de casos y tasas por 100.000 habitantes en el año 2016 según sexo y grupo etario en residentes de la CABA.

Gráfico 9. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de meningoencefalitis según sexo y grupo etario. Residentes CABA. Año 2016 (n=129).

Fuente: SNVS-C2. Base de datos GO Epidemiología

El rango de edad de los casos notificados fue de 8 días a 87 años, con una mediana de 6,5 años. El 72,1% de los casos se presentaron en menores de 15 años. No se observaron diferencias entre sexos.

En la siguiente tabla se presentan los casos y tasas de meningoencefalitis por comuna de residencia en el año 2016.

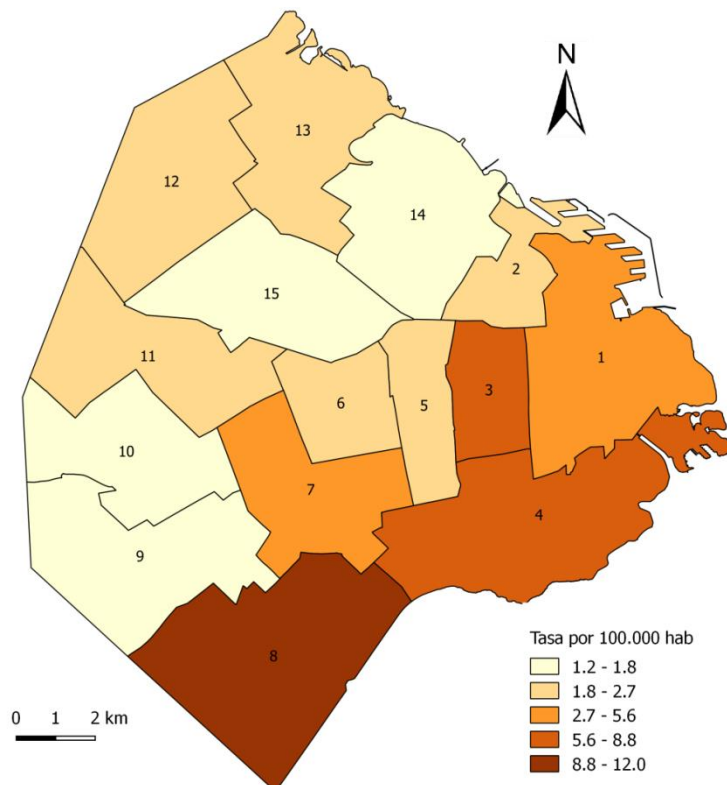
Tabla 4. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de meningoencefalitis según comuna de residencia. Residentes CABA. Años 2015 - 2016.

Comunas	2015		2016		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	9	3,6	14	5,6	5
2	4	2,7	4	2,7	0
3	11	5,7	15	7,8	4
4	14	5,9	21	8,8	7
5	5	2,7	4	2,1	-1
6	1	0,5	4	2,2	3
7	20	8,3	11	4,6	-9
8	23	10,2	27	12,0	4
9	9	5,3	2	1,2	-7
10	2	1,2	3	1,8	1
11	6	3,2	5	2,6	-1
12	4	1,9	5	2,3	1
13	3	1,3	5	2,1	2
14	2	0,9	3	1,3	1
15	4	2,2	3	1,6	-1
Residentes Sd*	1		3		2
Total CABA	118	3,9	129	4,2	11

Fuente: SNVS, SIVILA-C2. *Residentes Sd: sin datos de domicilio

A continuación se presenta el mapa de tasas de notificaciones por comuna de la CABA durante 2016.

Mapa 3. Tasas por 100.000 hab. de meningoencefalitis según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016 (n=129).

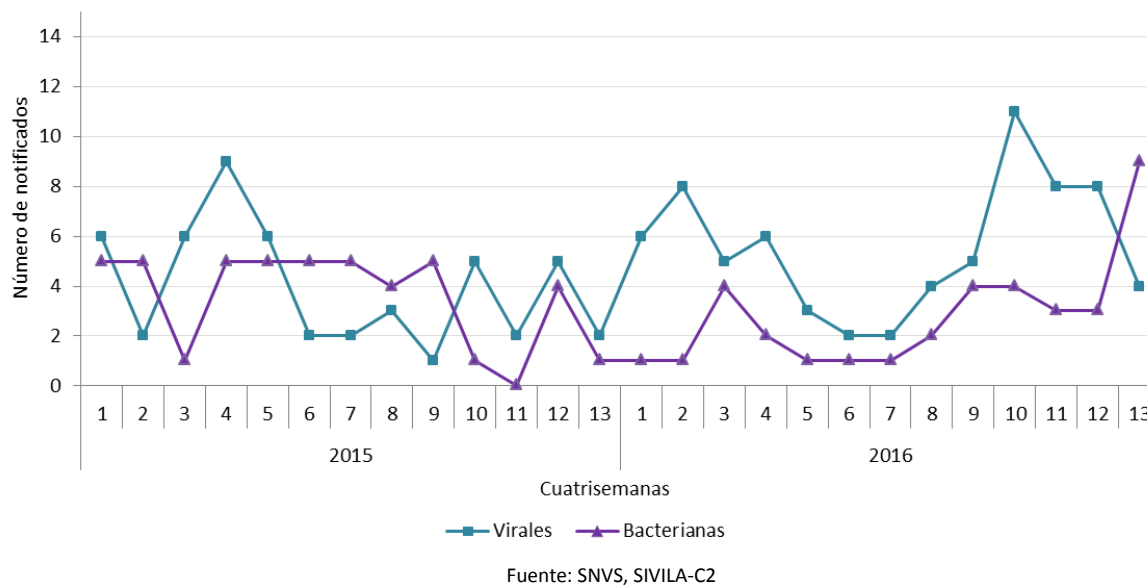


Fuente: Elaboración de la GOE en base a datos de SNVS, SIVILA-C2

El mayor número de casos notificados se observó en la comuna 8 con una tasa de 12/100.000 habitantes. De los 27 casos notificados en esta comuna, 13 correspondieron a meningoencefalitis por enterovirus, representando el 28,9% de todas las meningoencefalitis por esta etiología de la ciudad. Asimismo, se observó que la comuna 7 presenta una disminución de aproximadamente el 50% en la notificación de casos.

A continuación se presenta la distribución de los casos notificados por cuatrisesmana de 2015-2016, según etiología viral o bacteriana.

Gráfico 10. Número de notificaciones de meningoencefalitis virales y bacterianas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes CABA. Años 2015 (n=97) – 2016 (n=108).



Se constata la distribución estacional de las meningoencefalitis virales, con un descenso marcado en época invernal. Por su parte las meningoencefalitis bacterianas presentan mayor estabilidad a lo largo del año.

En lo que respecta a la etiología bacteriana, se presenta a continuación la tipificación de los principales agentes.

Tabla 5. Tipificación de los agentes más frecuentes de meningoencefalitis bacteriana. Residentes CABA. Año 2016.

Tipificación	Casos
<i>Haemophilus influenzae</i>	
B	4
Total	4
<i>Neisseria meningitidis</i>	
B	1
C	1
Sin tipificar	3
Total	5
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
3	1
40	1
22F	1
23A	1
28A	1
Sin tipificar	8
Total	13
Total general	22

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

9.7. Tuberculosis

9.7.1. Introducción

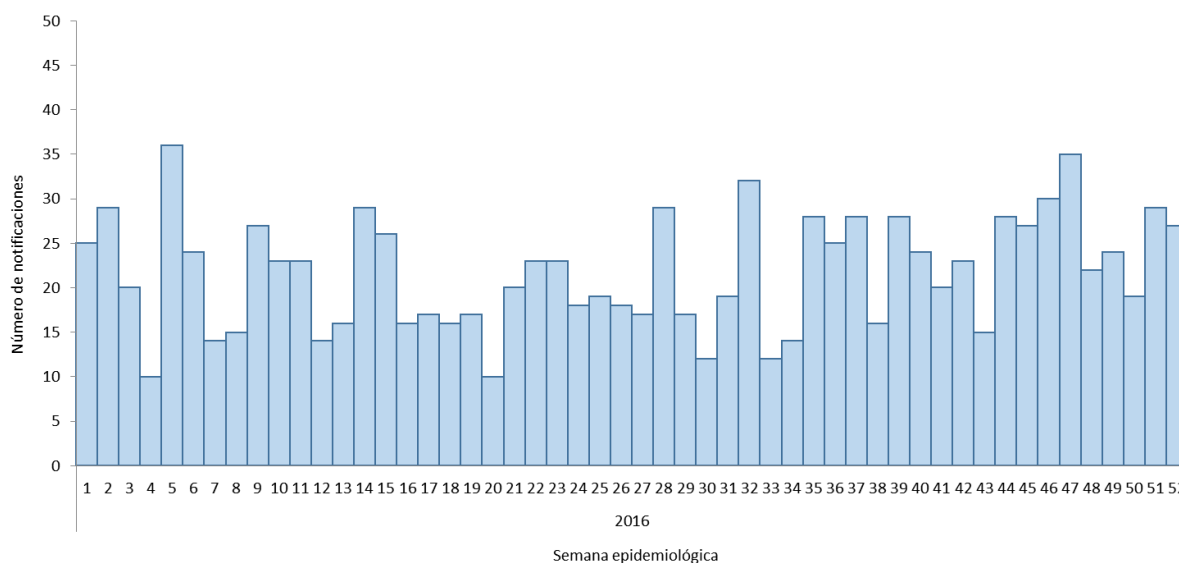
La tuberculosis (TBC) se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en el mundo. En las Américas se calcula una tasa de incidencia de 27,1 por 100.000 habitantes provocando 18.500 fallecimientos anuales y su distribución está estrechamente vinculada con situaciones de vulnerabilidad social. Argentina es considerada un país de mediana incidencia, registrando una tasa de 26,4 casos por 100.000 habitantes en 2016. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires se encuentra entre las jurisdicciones con mayores tasas del país.

9.7.2. Situación epidemiológica general

Durante el año 2016 fueron notificados 2501 casos de TBC, de los cuales 1136 (45%) correspondieron a residentes de la Ciudad o no contaban con datos de domicilio.

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC de residentes de CABA en el año 2016.

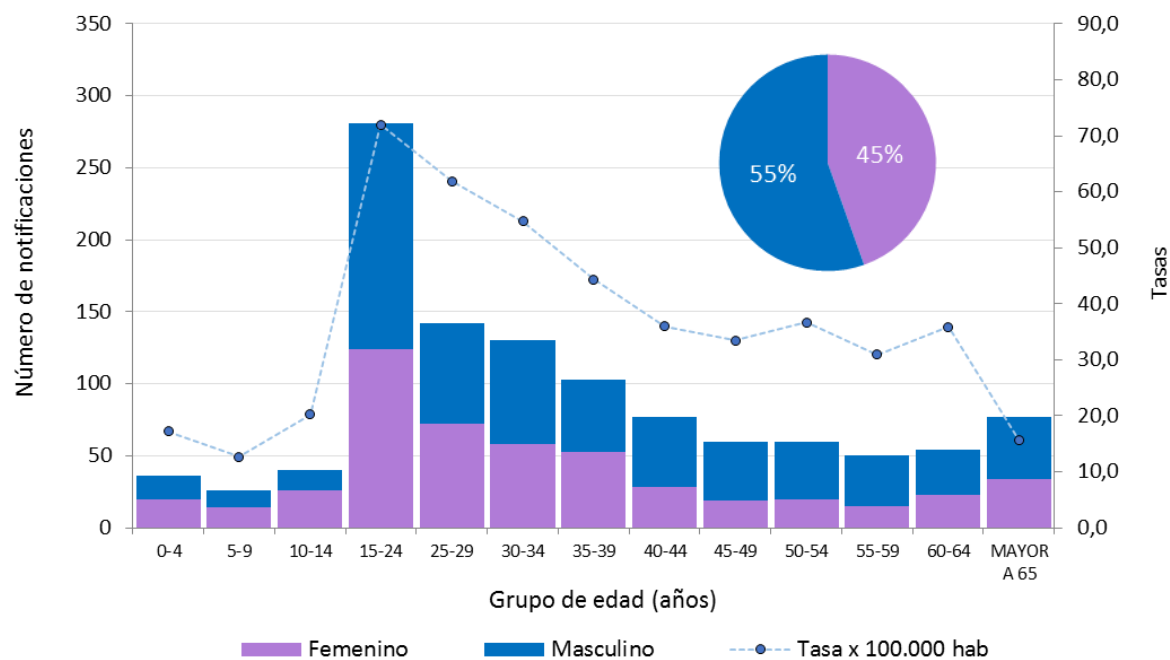
Gráfico 11. Número de notificaciones de TBC por semana epidemiológica.
Residentes CABA. Año 2016 (n=1.136).



Fuente: SNVS TBC.

En el siguiente gráfico se presentan los casos notificados a lo largo de 2016 y tasas por 100.000 habitantes por grupo de edad y sexo.

Gráfico 12. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de TBC por grupo etario y sexo. Residentes CABA. Año 2016 (n=1.136).



Fuente: SNVS TBC.

Las mayores tasas de encuentran en el rango de edad de 15 a 29 años, con una tasa de 72 por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 24 años. Las menores tasas se encuentran en los mayores de 65 y los menores de 9 años.

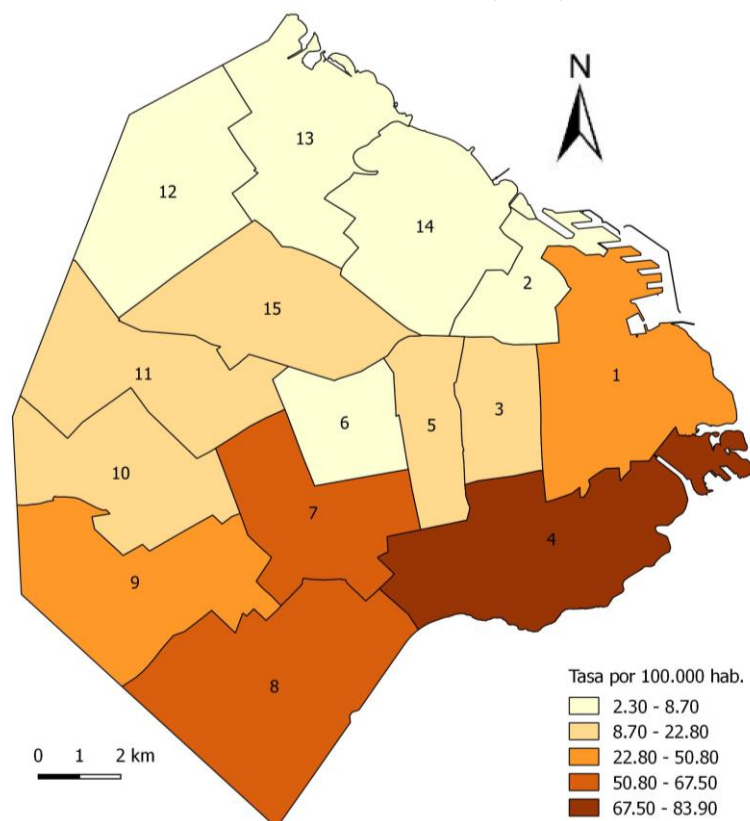
Tabla 6. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de TBC según comunas de residencia. Residentes CABA. Años 2015 - 2016.

Comunas	2015		2016		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	93	37,1	128	50,8	35
2	1	0,7	11	7,3	10
3	8	4,2	44	22,8	36
4	59	24,8	200	83,9	141
5	10	5,4	22	11,8	12
6	0	0,0	16	8,7	16
7	46	19,2	162	67,5	116
8	20	8,9	150	66,4	130
9	23	13,5	71	41,7	48
10	7	4,1	33	19,4	26
11	4	2,1	19	10,0	15
12	0	0,0	5	2,3	5
13	9	3,8	6	2,5	-3
14	6	2,6	8	3,5	2
15	0	0,0	24	13,2	24
Residentes Sd*	907		111		-796
Desconocidos**	0		126		126
Total CABA	1193	39,1	1136	37,1	-57

Fuente: SNVS TBC.

A continuación se presenta el mapa de tasas de notificaciones por Comuna de la CABA durante 2016.

Mapa 4. Tasas de notificación por 100.000 hab. de TBC según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016 (n=899).



Fuente: SNVS TBC.

Se observan en el sur de la Ciudad las mayores tasas de TBC, encontrándose la más alta en la comuna 4 con 83,9 casos por 100.000 habitantes mientras que la tasa de la CABA fue de 37,1 cada 100.000 habitantes en el año 2016.

9.8. Gastroentéricas

9.8.1. Introducción

Las enfermedades gastroentéricas son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños de corta edad. Diversos factores como la malnutrición, fuentes de agua no aptas para el consumo y alimentos elaborados o almacenados de manera inadecuada así como las condiciones de higiene personal deficiente favorecen el desarrollo de estas patologías.

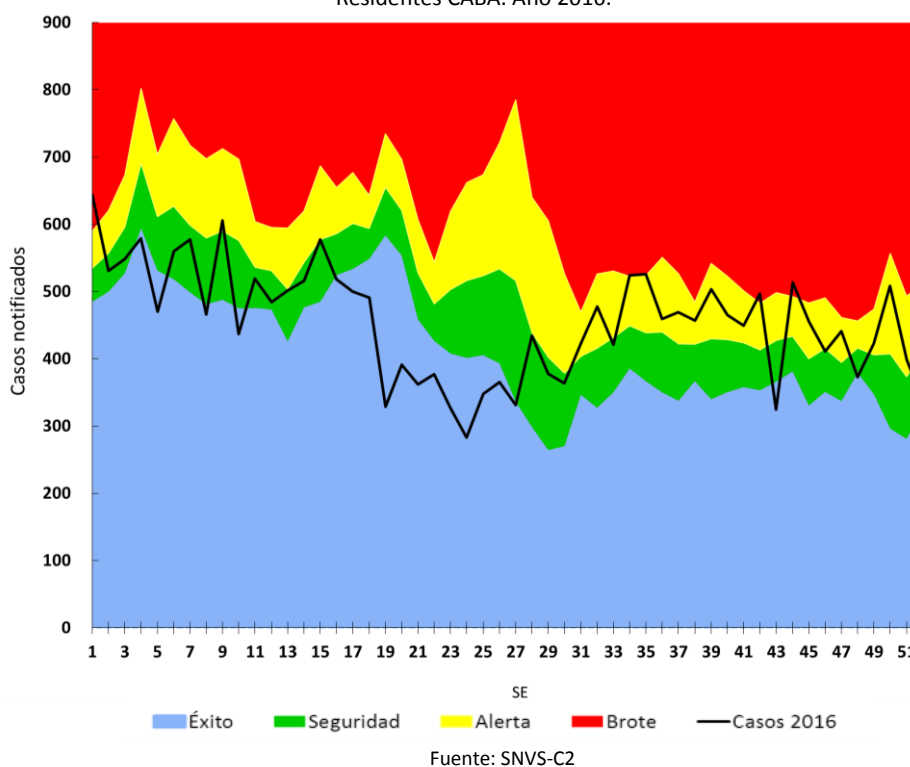
Argentina presenta la mayor tasa de incidencia mundial de SUH en niños menores a 5 años de edad, constituyendo un problema crítico para la salud pública. El SUH es la principal causa de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica en la edad pediátrica, siendo además responsable del 20% de los trasplantes de riñón en niños y adolescentes en Argentina.

En este apartado se presentará la situación epidemiológica de las diarreas agudas, diarreas agudas sanguinolentas (DAS) y síndrome urémico hemolítico (SUH).

9.8.2. Diarreas agudas

Durante 2016 se notificaron en forma agrupada 23.672 casos de diarreas agudas. A continuación se presenta el corredor epidemiológico para dicho año, construido en base a la serie histórica 2009-2015.

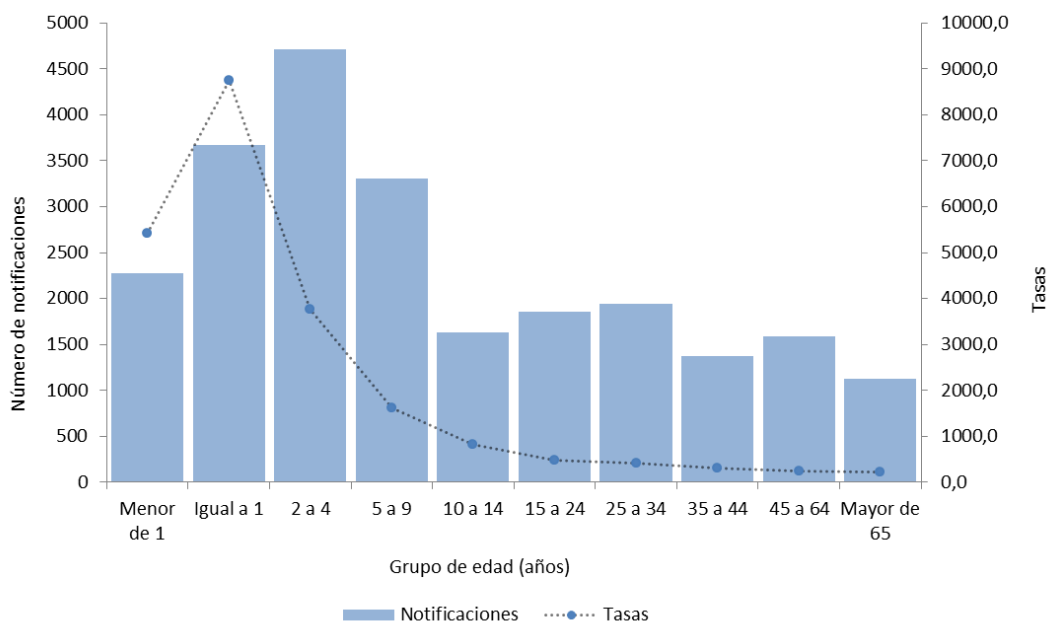
Gráfico 13. Corredor endémico semanal de diarreas agudas.
Residentes CABA. Año 2016.



Como puede observarse, la notificación de diarreas agudas transitó fuera de la zona de brote durante todo el año 2016. Sin embargo, a partir de la semana epidemiológica 31 y hasta fin de año se encontró en zona de alarma.

A continuación se presenta la distribución de las notificaciones por grupo etario.

Gráfico 14. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de diarreas agudas por grupo etario. Residentes CABA. Año 2016.



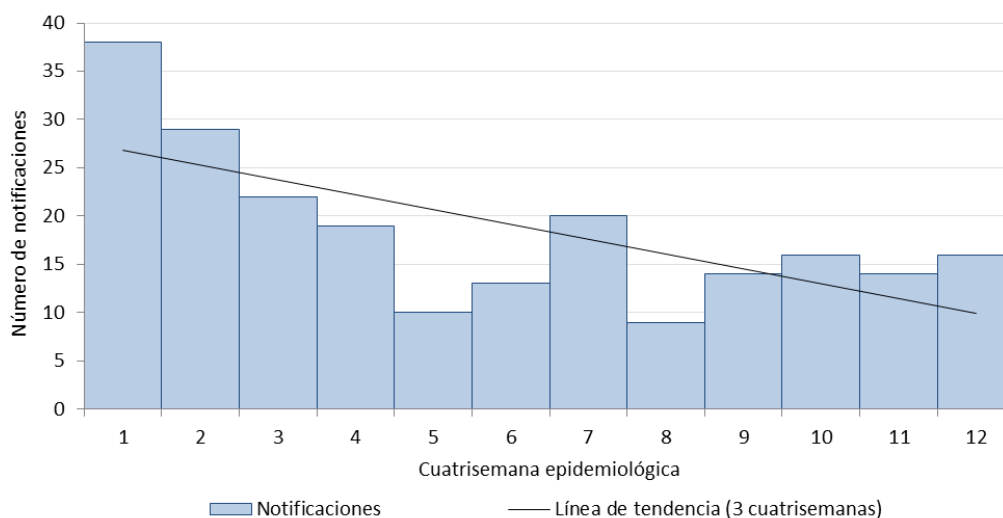
Fuente: SNVS-C2

Como se mencionó previamente, los grupos más afectados son los menores de 10 años, con una tasa máxima en los menores de 1 año.

9.8.3. Diarreas agudas sanguinolentas

En el período 2016 hasta la SE 52, se notificaron 234 casos de DAS en residentes de la CABA.

Gráfico 15. Número de notificaciones de diarreas agudas sanguinolentas (DAS) por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes CABA. Año 2016.

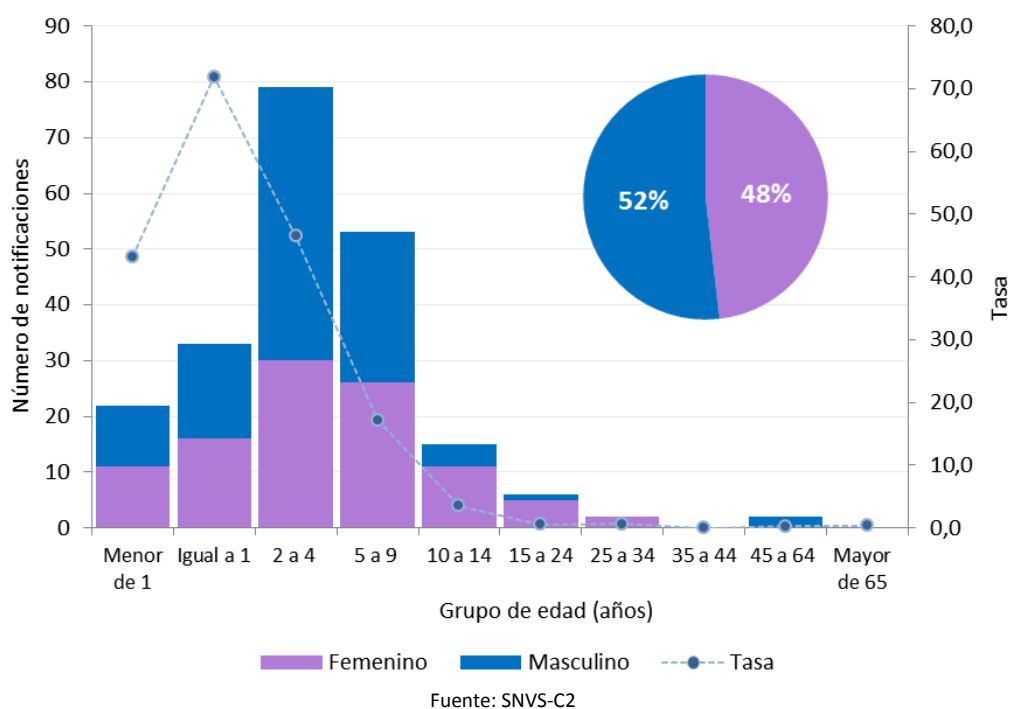


Fuente: SNVS-C2

Se observa una distribución estacional con mayor número de notificaciones en los meses de verano y otoño.

A continuación se presenta el número de notificaciones y las tasas según sexo y edad para el año 2016 desde la SE 1 a la SE 52.

Gráfico 16. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de diarreas agudas sanguinolentas (DAS) por sexo y grupo etario. Residentes CABA. Año 2016 (n=212).



Si bien el 60% de las notificaciones de DAS se presenta en el rango etario de 2 a 9 años, la tasa de incidencia máxima se observa en el grupo de 1 año.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de casos y tasas por comuna de residencia de los años 2015 y 2016.

Tabla 7. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de diarreas agudas sanguinolentas (DAS) según comuna de residencia. Residentes CABA. Años 2015-2016.

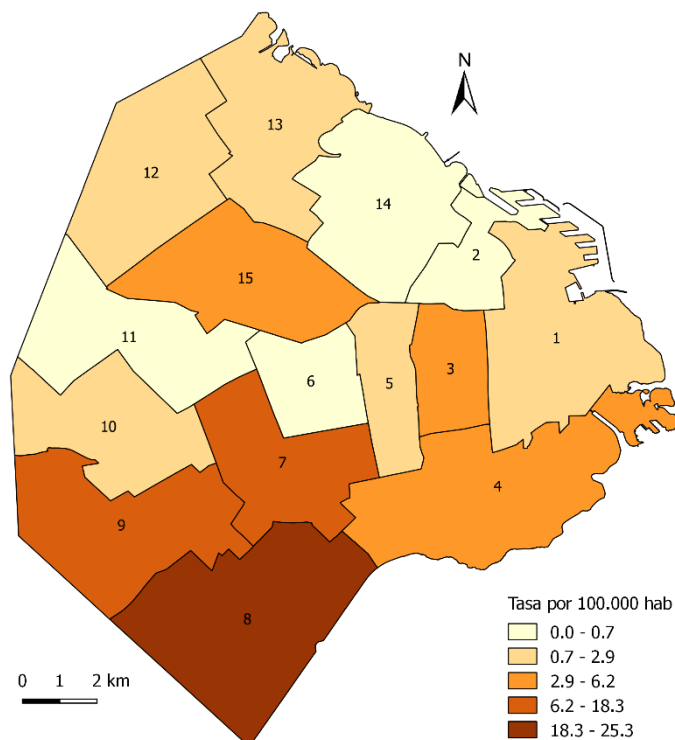
Comunas	2015		2016		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	18	7,2	5	2,0	-5,2
2	2	1,3	1	0,7	-0,7
3	26	13,5	12	6,2	-7,3
4	27	11,4	9	3,8	-7,6
5	10	5,4	4	2,1	-3,2
6	6	3,3	1	0,5	-2,7
7	60	25,0	44	18,3	-6,7
8	100	44,5	57	25,3	-19,2
9	25	14,7	28	16,4	1,7
10	5	2,9	5	2,9	0,0
11	4	2,1	0	0,0	-2,1
12	9	4,2	5	2,3	-1,9
13	1	0,4	6	2,5	2,1
14	5	2,2	0	0,0	-2,2
15	5	2,7	10	5,5	2,7
Residentes Sd*	1		6		
Desconocidos**	19		27		
Total CABA	323	10,6	220	7,2	-3,4

Fuente: SNVS-C2

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia.

En el siguiente mapa se muestra la distribución por comunas de los casos de diarrea aguda sanguinolenta notificados en residentes de CABA durante 2016.

Mapa 5. Tasas de notificación por 100.000 hab. de diarreas agudas sanguinolentas (DAS) según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016 (n=187).



Fuente: SNVS-C2

Se observa una distribución desigual de la tasa de incidencia entre las comunas, superando la tasa de la ciudad en las comunas 7, 8 y 9. A excepción de la 9, 13 y 15, la incidencia disminuyó respecto del año 2015.

9.8.4. Síndrome urémico hemolítico

Durante 2016 se notificaron 31 casos de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A continuación se presentan los casos de SUH en residentes según comuna de residencia.

Tabla 8. Número de notificaciones de SUH según comuna de residencia.
Residentes CABA. Años 2015-2016.

Comunas	2015	2016	Diferencia de casos
1	1	2	1
2	0	1	1
3	2	0	-2
4	3	3	0
5	6	0	-6
6	2	0	-2
7	2	4	2
8	7	2	-5
9	0	1	1
10	2	0	-2
11	1	0	-1
12	1	0	-1
13	5	1	-4
14	2	1	-1
15	0	0	0
Residentes SD*	12	10	-2
Desconocido**	1	6	5
Total	47	31	-16

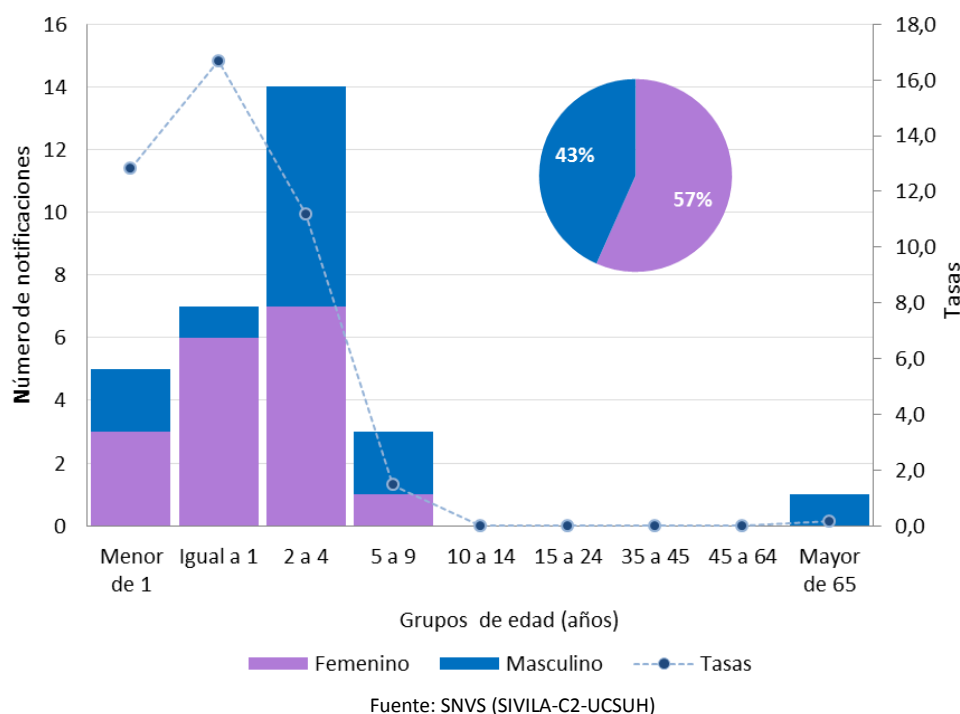
Fuente: SNVS (SIVILA-C2-UCSUH)

*Residentes Sd: sin datos de domicilio. **Desconocido: sin dato de provincia de residencia

La notificación de SUH en el año 2016 muestra una disminución del 33% con respecto al año anterior. Las comunas que presentaron más casos fueron la 7 y la 4. Las comunas 5, 8 y 13 registran un descenso en el número de casos notificados.

A continuación se presenta el número de notificaciones y tasas de SUH según grupos de edad en residentes de la CABA en el periodo 2016.

Gráfico 17. Número y tasa de notificaciones por 100.000 hab. de SUH según grupo etario y sexo. Residentes CABA. Año 2016. (n=30)



Esta patología afecta casi con exclusividad a niños menores de 10 años, concentrando los menores de 4 años el 80% de los casos. Se encontró una leve diferencia entre sexos con predominio de mujeres.

Se obtuvieron resultados de laboratorio en 28 casos (90%), 14 muestras resultaron positivas para *Escherichia coli* productora de Shiga toxina (STEC) serogrupo O157 y 9 casos con resultado STEC no O157.

9.9. Infecciones de transmisión vertical

9.9.1. Introducción

La transmisión materno infantil de Chagas y sífilis son importantes problemas de salud pública que afectan a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión al conjunto de la comunidad en América Latina. Ambas infecciones presentan métodos diagnósticos simples y tratamientos efectivos. Los esfuerzos para la prevención del Chagas y la sífilis congénitos son más efectivos si están totalmente integrados a los servicios materno infantiles y de planificación familiar existentes.

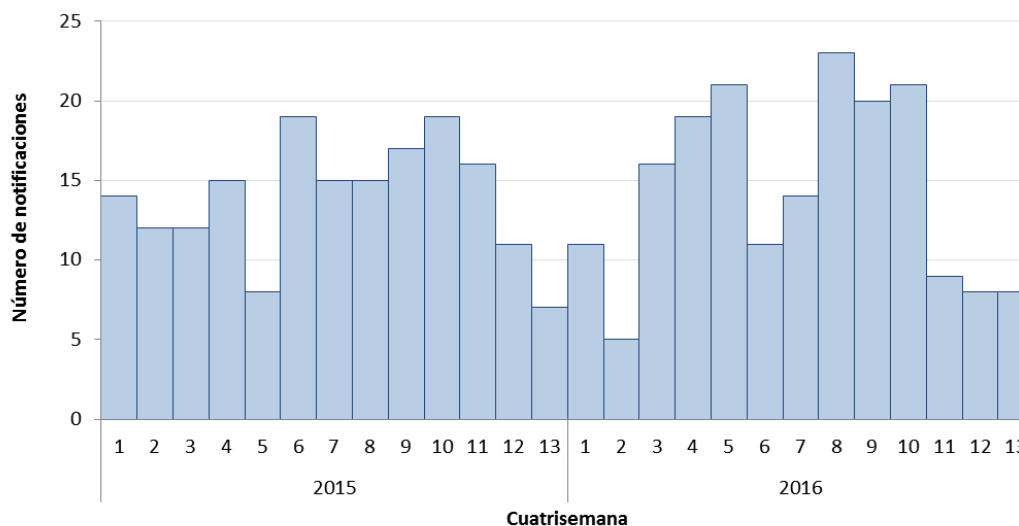
En este apartado se presenta la situación epidemiológica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la transmisión vertical de estas dos patologías en 2016.

9.9.2. Transmisión vertical de Chagas

Durante 2016 se notificaron 186 casos de Chagas congénito en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el siguiente gráfico se muestran los casos notificados por cuatrisesmana según criterio epidemiológico en los años 2015 y 2016.

Gráfico 18. Número de notificaciones de Chagas congénito por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes CABA. Años 2015 (n=180) – 2016 (n=186).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Del total de notificaciones del 2016, se confirmaron 3 casos (1,6%), se descartaron 43 (23,1%), se clasificaron como probables 2 (1,1%) y 138 (74,2%) permanecen como sospechosos, a pesar del tiempo transcurrido, ya que no se consignó el cierre de los mismos en el SNVS.

A continuación se presenta la distribución por comuna de residencia de casos notificados y tasas por 1000 nacidos vivos.

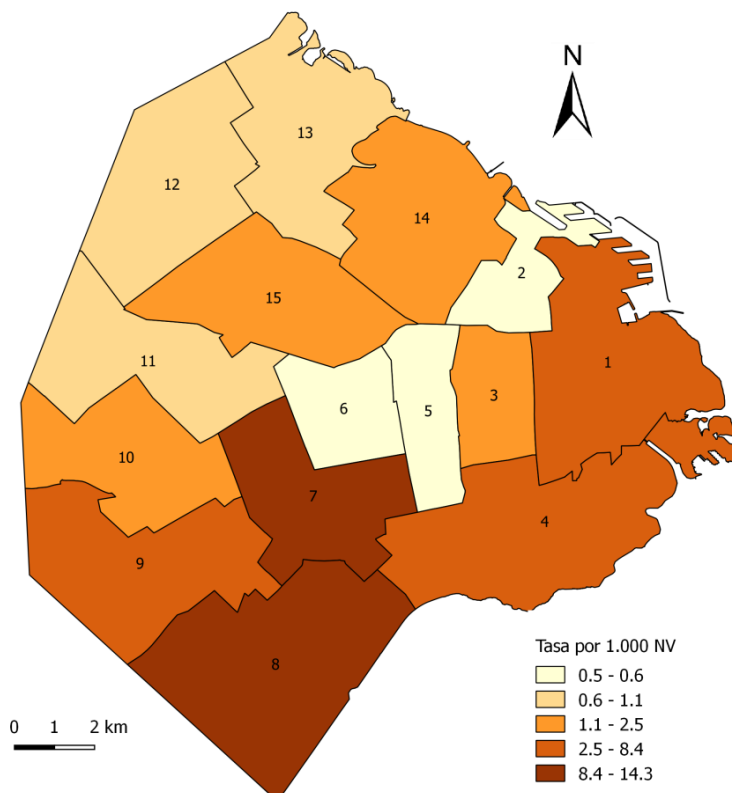
Tabla 9. Número y tasa de notificaciones por 1000 NV de Chagas congénito según comuna de residencia. Residentes CABA. Años 2015-2016.

Comunas	2015		2016		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	9	2,7	16	5,2	2,4
2	0	0,0	1	0,6	0,6
3	2	0,8	4	1,6	0,8
4	20	5,0	30	8,4	3,4
5	3	1,4	1	0,5	-1,0
6	3	1,4	1	0,5	-0,9
7	60	16,1	48	14,3	-1,8
8	58	14,4	50	14,0	-0,3
9	7	2,8	10	4,6	1,8
10	2	1,0	5	2,6	1,6
11	3	1,4	2	0,9	-0,4
12	1	0,4	2	0,8	0,4
13	1	0,4	3	1,1	0,7
14	3	1,0	4	1,4	0,3
15	2	0,9	4	1,8	0,9
Residentes Sd*	2		3		
Desconocidos**	4		2		
Total CABA	180	4,4	186	4,8	0,4

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Mapa 6. Tasa de notificación por 1.000 NV de Chagas congénito según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016.

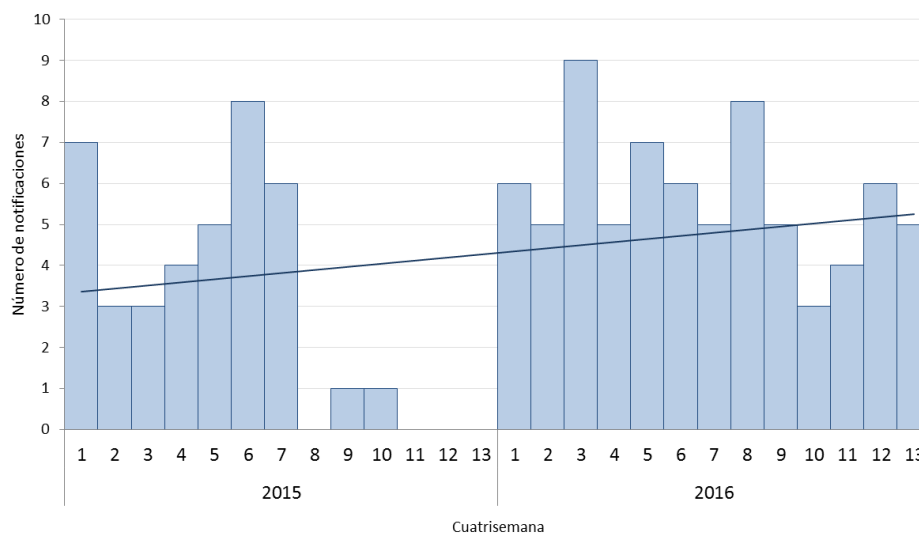


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Las comunas 1, 4, 7 y 8 superan la tasa general de la ciudad, tendencia que se mantiene respecto al año anterior.

Se notificaron 76 casos de Chagas en embarazadas en residentes de la CABA durante 2016. Se muestra su distribución por cuatrisesmana en el siguiente gráfico.

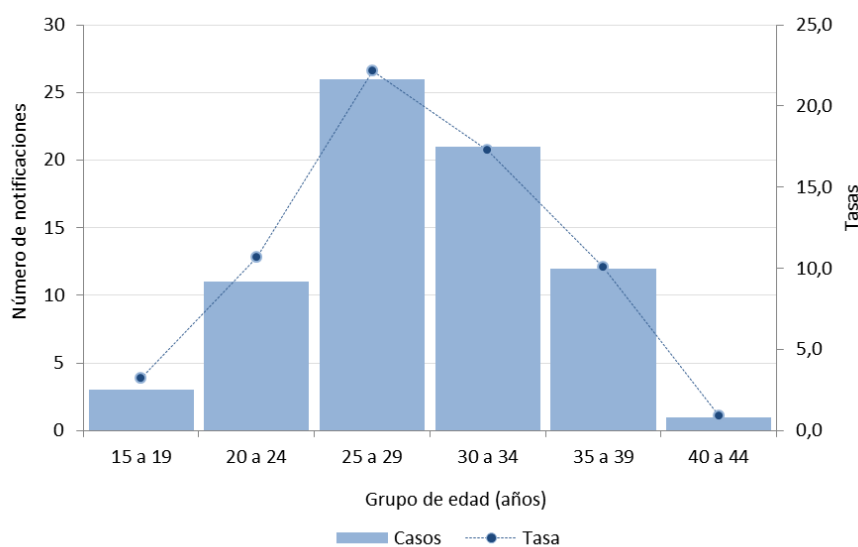
Gráfico 19. Número de notificaciones de Chagas en embarazadas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes CABA. Años 2015 (n=38) y 2016 (n=76).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Se observa una tendencia en aumento de las notificaciones de Chagas en Embarazadas en 2016 respecto al periodo anterior, lo cual probablemente refleje una sensibilización del sistema de vigilancia sobre esta patología.

Gráfico 20. Número y tasa de notificaciones por 100.000 mujeres en edad fértil de Chagas en embarazadas por grupo etario. Residentes CABA. Año 2016 (n=76).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Los diagnósticos de Chagas en embarazadas son máximos en el grupo etario de 25 a 29 años, a edades más tempranas al período máximo de fecundidad de las mujeres de la ciudad (30-34 años).

A continuación se presentan los datos de número de notificaciones y tasas según comuna de residencia.

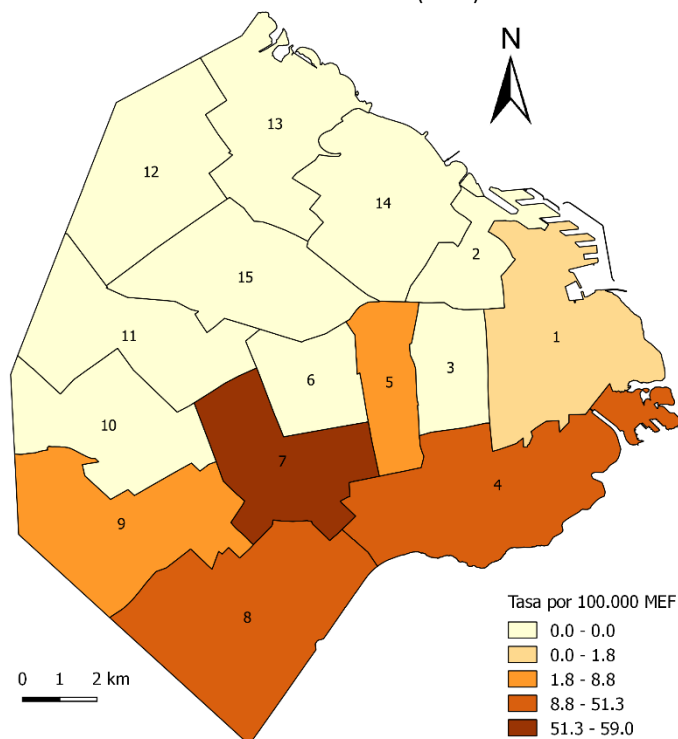
Tabla 10. Número y tasa de notificaciones por 100.000 mujeres en edad fértil de Chagas en embarazadas según comuna de residencia. Residentes CABA. Años 2015-2016.

Comunas	2015		2016		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	1	1,8	1	1,8	0,0
2	0	0,0	0	0,0	0,0
3	1	2,3	0	0,0	-2,3
4	8	15,3	9	17,3	2,0
5	0	0,0	1	2,4	2,4
6	0	0,0	0	0,0	0,0
7	12	23,5	30	59,0	35,5
8	8	15,7	26	51,3	35,6
9	2	5,8	3	8,8	3,0
10	0	0,0	0	0,0	0,0
11	0	0,0	0	0,0	0,0
12	1	2,2	0	0,0	-2,2
13	0	0,0	0	0,0	0,0
14	0	0,0	0	0,0	0,0
15	0	0,0	0	0,0	0,0
Residentes Sd*	5		4		
Desconocidos**	3		0		
Total CABA	41	6,1	74	11,1	5,0

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Mapa 7. Tasas por 100.000 mujeres en edad fértil de Chagas en embarazadas según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016 (n=70).



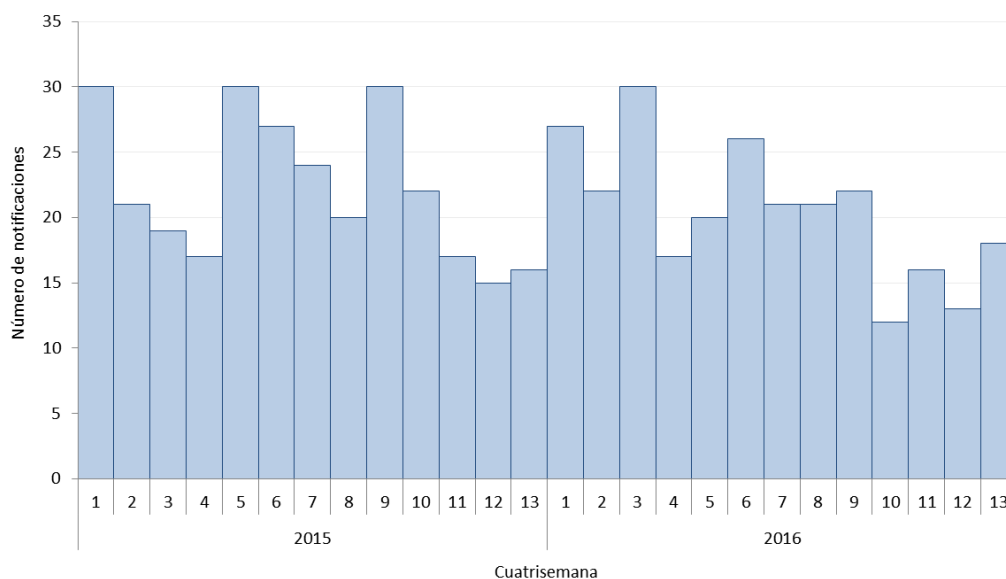
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

La distribución de la incidencia de Chagas crónico en mujeres embarazadas es francamente heterogénea entre comunas, concentrando las comunas 7 y 8 el 75,7% de las notificaciones. Esto se correlaciona con la mayor proporción de residentes migrantes de países limítrofes, donde la enfermedad es endémica.

9.9.3. Transmisión vertical de sífilis

Durante el año 2016 se notificaron 265 casos de sífilis congénita en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones del periodo 2015-2016 desde la SE 1 a 52 por cuatrimestre epidemiológico en residentes de la CABA.

Gráfico 21. Número de notificaciones de sífilis congénita por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes CABA. Años 2015 (n=288) y 2016 (n=265).

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Del total de los casos notificados en 2016 se confirmaron 58 casos (21,8%), se descartaron 26 (9,8%), 9 (3,4%) se clasificaron como probables y el 64,9% restante permanecen como sospechosos.

A continuación se presentan los datos de sífilis congénita según comuna de residencia.

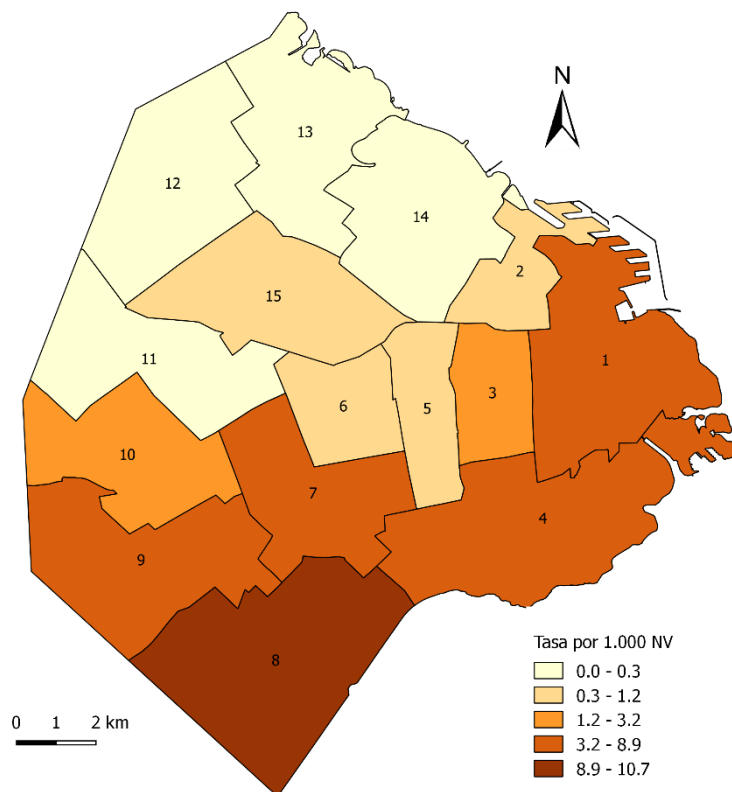
Tabla 11. Número y tasa de notificaciones por 1000 NV de sífilis congénita según comuna de residencia. Residentes CABA. Años 2015-2016.

Comunas	2015		2016		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	12	3,7	16	5,2	4,0
2	0	0,0	2	1,2	2,0
3	9	3,5	8	3,2	-1,0
4	30	7,5	15	4,2	-15,0
5	1	0,5	1	0,5	0,0
6	2	1,0	2	1,0	0,0
7	21	5,6	30	8,9	9,0
8	42	10,4	38	10,7	-4,0
9	7	2,8	11	5,1	4,0
10	4	1,9	6	3,1	2,0
11	0	0,0	0	0,0	0,0
12	0	0,0	0	0,0	0,0
13	1	0,4	0	0,0	-1,0
14	0	0,0	1	0,3	1,0
15	3	1,3	1	0,5	-2,0
Residentes Sd*	0		2		
Desconocidos**	156		132		
Total CABA	288	7,5	265	6,9	-0,6

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Mapa 8. Tasa por 1.000 NV de sífilis congénita. Residentes CABA. Año 2016 (n=131).



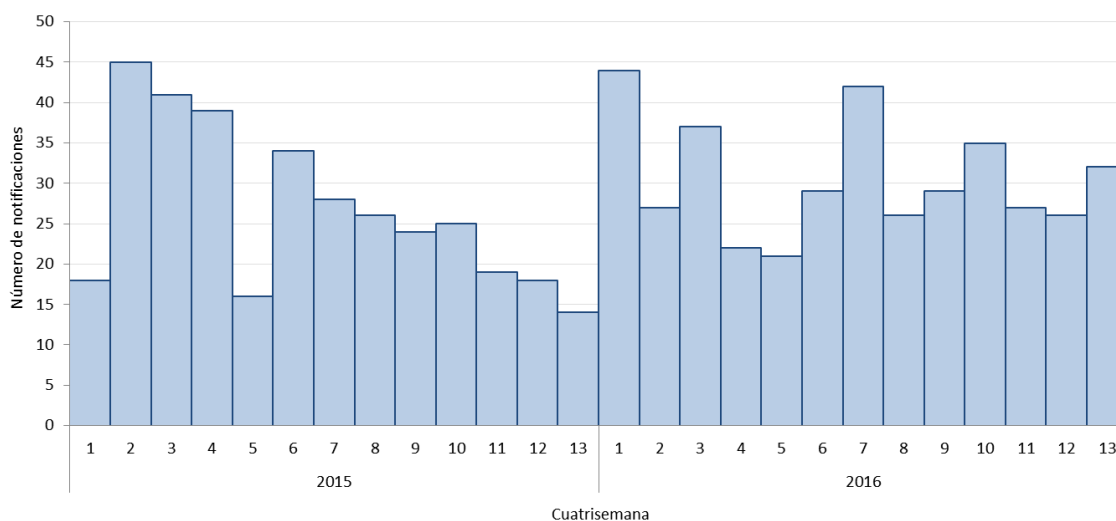
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Las comunas 7 y 8 presentaron las mayores tasas en 2016; en la primera se mantuvo estable respecto al año anterior, mientras que en la segunda mostró el mayor aumento del periodo (con una diferencia de 3,3). Cabe destacar la disminución del 50% de notificaciones en la comuna 4.

Durante 2016 se notificaron 397 casos de sífilis en embarazadas residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o sin datos de provincia de residencia.

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones en el periodo 2015-2016 por cuatrisesmana epidemiológica en residentes de la CABA.

Gráfico 22. Número de notificaciones de sífilis en embarazadas por cuatrisesmana. Residentes CABA. Años 2015 (n=348) y 2016 (n=397).

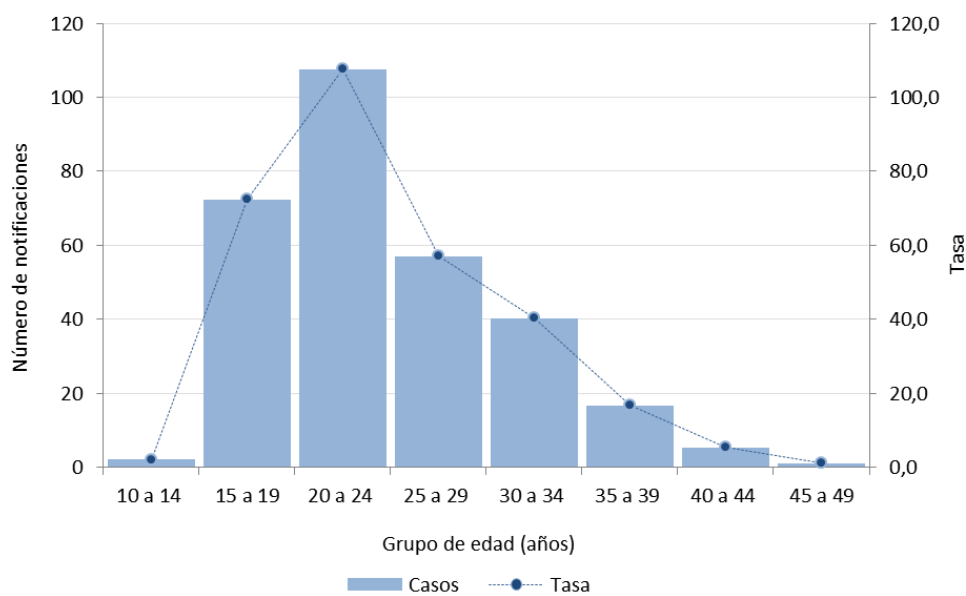


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En 2016 se confirmaron 385 casos (97%), 18% más que el año anterior. No se muestran descartados en el 2016.

A continuación se presenta el número de casos de sífilis en embarazadas y las tasas cada 100.000 mujeres en edad fértil, según grupos de edad.

Gráfico 23. Número y tasa de notificaciones por 100.000 mujeres en edad fértil de sífilis en embarazadas según grupo de edad. Residentes CABA. Año 2016 (n=323).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

El grupo de 20 a 24 años presenta mayor porcentaje de notificaciones en coincidencia con las tasas. Comparando los grupos de edad, se observa que la tasa más alta se presenta en el grupo de mujeres de 20 a 24 años donde se notificaron 111 casos en embarazadas en el año 2016, con una tasa 107,5 cada 100.000 mujeres en edad fértil. Al igual que en la enfermedad de Chagas, el diagnóstico de sífilis en embarazadas se realiza a edades más tempranas al pico de fecundidad de las mujeres de la ciudad (30-34 años).

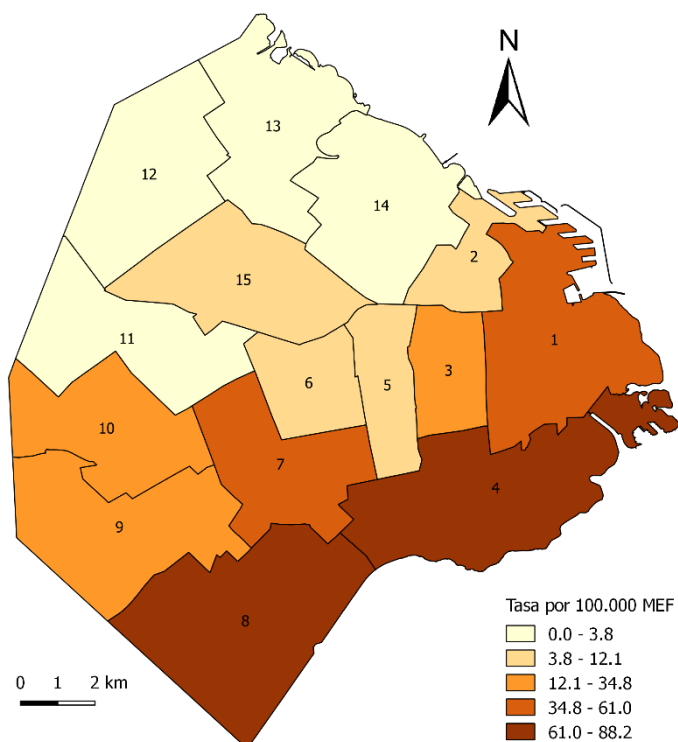
Se presentan los casos notificados y tasas de sífilis en embarazadas según comuna de residencia.

Tabla 12. Número y tasa de notificaciones por 100.000 mujeres en edad fértil de sífilis en embarazadas según comuna de residencia. Residentes CABA. Años 2015-2016.

Comunas	2015		2016		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	14	24,6	27	47,5	23,0
2	1	2,8	3	8,4	5,6
3	14	32,3	15	34,8	2,5
4	36	68,7	46	88,2	19,5
5	4	9,6	5	12,1	2,5
6	2	5,0	3	7,6	2,5
7	27	52,9	31	61,0	8,1
8	44	86,6	40	79,0	-7,6
9	11	32,1	10	29,3	-2,8
10	4	11,6	10	29,1	17,5
11	0	0,0	1	2,6	2,6
12	0	0,0	1	2,2	2,2
13	0	0,0	0	0,0	0,0
14	3	5,6	2	3,8	-1,9
15	5	12,6	2	5,1	-7,5
Residentes Sd*	1		38		
Desconocidos**	182		163		
Total CABA	348	52,1	397	59,7	7,6

Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

Mapa 9. Tasa de notificación por 100.000 mujeres en edad fértil de sífilis en embarazadas según comuna de residencia. Residentes CABA. Año 2016 (n=196).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En 2016 las comunas 4, 7 y 8 presentaron las tasas más elevadas, por encima de la media de la ciudad. La comuna 1 mostró el mayor aumento, prácticamente duplicando las notificaciones en comparación al año previo.

10. SITUACIÓN DE MORTALIDAD

10.1. Introducción

En este capítulo se presentan los resultados del componente que desarrolla la mortalidad de la población de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2016. Los mismos, constituyen una herramienta para el análisis de las principales causas de mortalidad agrupadas por edad.

10.2. Nota metodológica

Para el cálculo de las tasas de mortalidad general e infantil se utilizaron los denominadores poblacionales provistos por la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la CABA (DGEyC) según proyecciones Censo 2010 publicados por el INDEC. Se incluyeron todos los fallecidos residentes de la CABA cuya defunción ocurrió en el año 2016.

Los datos de natalidad (recién nacidos vivos de madres residentes de la CABA) para el año 2016 fueron provistos por (DGEyC).

Para el análisis se utilizaron dos diferentes agregaciones geográficas: Ciudad en su conjunto, y Comunas. Para el cálculo de la tasa general de la Ciudad se incluyeron los fallecidos residentes de la CABA pero con dato de comuna desconocida, por lo cual las muertes totales superaron la suma de las Comunas.

Las tasas de mortalidad (TM) brutas y ajustadas por edad se expresaron por mil (1000) habitantes. El ajuste de tasas se realizó a través del método directo utilizando como población de referencia a la población de la nación. Las tasas de mortalidad específicas por causa se expresaron por cien mil (100.000) habitantes.

La tasa de mortalidad infantil (MI), neonatal precoz, neonatal tardía y postneonatal, se calcularon por mil (1000) nacidos vivos.

Las causas de mortalidad fueron clasificadas por la DGEyC según los códigos de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión) de la OMS.

10.3. Mortalidad General

En la siguiente tabla se expresa la mortalidad general para el año 2016 de residentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

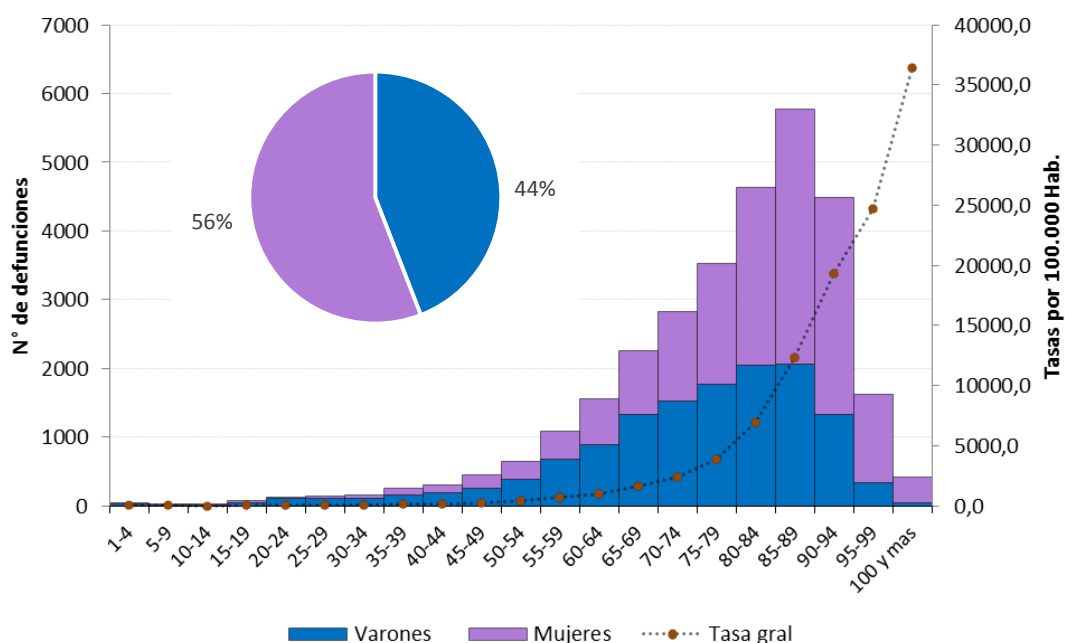
Tabla 1. Mortalidad General número de defunciones y tasas. Residentes CABA. Año 2016.

Mortalidad	N° Defunciones	Tasas CABA
Mortalidad Bruta General (por 1.000 Hab.)	30.421	9,9
Mortalidad infantil (por 1000 NV)	281	7,2
Mortalidad de menores de 5 años (por 1.000 menores de 5 años)	324	1,6

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

A continuación se presenta el número de defunciones y las tasas de mortalidad por 100.000 hab. según grupos de edad y sexo.

Gráfico 1. Número y tasas específicas de mortalidad por 100.000 hab. según grupos de edad y sexo. (n=30.328). Residentes CABA. Año 2016.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

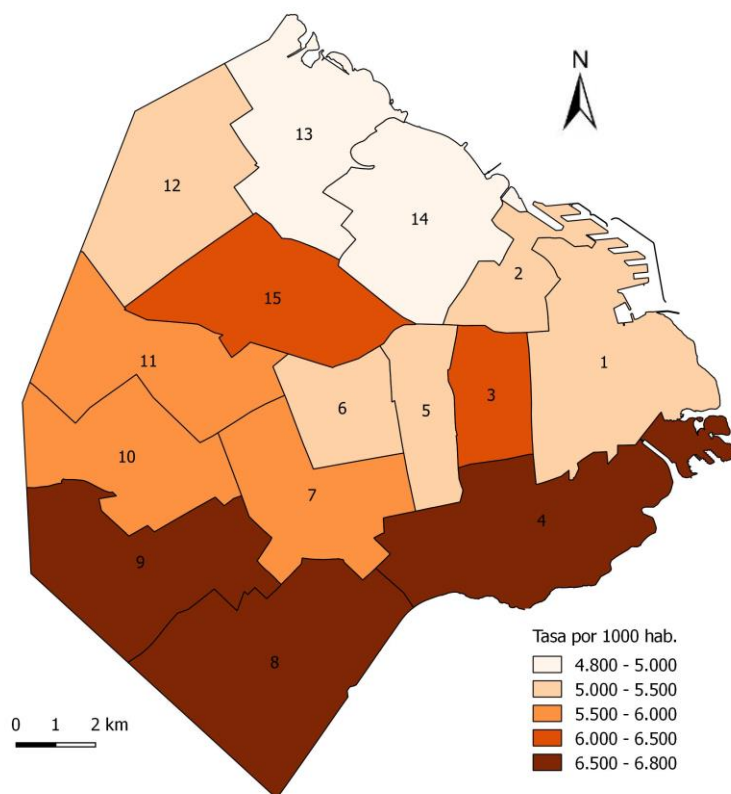
En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2016, se registraron 30.421 defunciones de residentes.

Tal como es esperable, las tasas de mortalidad, presentaron la mayor magnitud en los mayores de 60 años, predominando en el sexo femenino a partir de los 80 años.

Se observó que el 41% (5.529) de las defunciones en varones ocurrieron en el grupo de edad de 60 a 80 años, mientras que en las mujeres el 50% (8.506) de las defunciones ocurrieron en la franja etaria de 85 y más, siendo el 10% mayores de 95 años.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad general en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según comunas ajustadas por edad.

Mapa 1. Tasas de mortalidad general ajustadas por edad según comuna de residencia por 1.000 Hab. Residentes CABA. Año 2016.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

La tasa de mortalidad general ajustada por edad de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2016 fue de 5,7/1000. El análisis de la mortalidad ajustada, mostró diferencias a nivel comunas. Las comunas de las regiones Sur 4, 8 y 9 presentaron tasas más elevadas de mortalidad y en este sentido la comuna 4 presentó la mayor tasa de mortalidad general de la Ciudad.

10.3.1. Mortalidad por Grupos de edad y comunas

A continuación se presentan las tasas de mortalidad según grupos de edad y comunas para el año 2016 en residentes de CABA.

Los indicadores señalados con color reflejan el orden en el cual se sitúan las tasas de mortalidad dentro de cada grupo de edad teniendo en cuenta la magnitud del indicador entre las comunas. El color rojo intenso indican las tasas más altas llegando al verde intenso que reflejan las menores tasas.

Tabla 2. Tasas de mortalidad específicas según grupos de edad y comunas por 100.000 Hab. Residentes CABA. Año 2016.

Grupos de edad	Comunas															Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
De 1 a 9 años	34,1	8,2	28,1	33,1	19,8	9,9	18,1	9,5	8,6	14,3	8,9	11,8	19,8	18,6	14,2	17,9
De 10 a 19 años	40,0	33,5	17,8	31,6	38,0	20,7	20,9	49,1	8,2	22,9	21,2	12,2	12,1	13,0	27,0	26,3
De 20 a 29 años	43,9	28,5	62,4	118,8	53,1	38,5	88,3	121,2	94,6	62,0	39,7	45,7	26,5	36,4	57,3	62,3
De 30 a 39 años	129,9	28,2	123,8	103,5	42,7	56,6	132,4	150,3	91,3	90,1	92,9	77,2	36,5	38,2	85,4	88,1
De 40 a 49 años	237,0	223,8	250,2	252,2	179,3	150,6	206,8	284,1	217,9	209,5	124,2	151,3	105,2	98,8	186,5	190,6
De 50 a 59 años	521,9	435,2	620,5	703,7	443,7	393,0	602,2	804,6	701,5	495,0	523,4	470,8	391,1	384,6	580,0	534,6
De 60 a 69 años	1258,3	883,3	1472,2	1844,3	1199,6	1241,9	1435,9	1726,8	1411,9	1519,3	1367,1	1368,4	985,7	970,8	1496,5	1328,7
De 70 a 79 años	2965,9	2692,4	3390,2	3609,1	2809,5	2694,7	3004,3	3355,9	3747,5	3182,6	2793,7	3042,8	2734,2	2593,1	3425,4	3049,3
80 y mas años	10446,3	12165,8	12451,4	12330,1	11358,7	10915,6	11028,4	12257,1	13084,5	11820,1	12615,4	11077,7	10993,0	11498,9	13071,3	11739,2

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

En la Comuna 8, se registraron las tasas más altas de mortalidad en casi todos los grupos de edad. Se observa en las comunas 12, 13 y 14 un patrón más homogéneo entre las distintas franjas etarias.

En el grupo de menores de 19 años se observa la mayor variabilidad de tasas entre comunas y al interior de cada comuna. Esto podría deberse al bajo número de eventos registrados comparados con el denominador. Por ejemplo, las comunas 2, 13 y 14 en los grupos menores de 20 años muestran valores por encima de la tasa de la CABA, mientras que en el resto de los grupos etarios se posicionan con valores por debajo de la misma. Así también, la comuna 8 que registra las tasas más altas de mortalidad en casi todos los grupos etarios, en el grupo de 1 a 9 años, presenta uno de los indicadores más bajos. La comuna 1 y 4 se destacan por registrar altas tasas en los menores de 20 años, sin expresar oscilaciones.

Entre los 10 y los 70 años, las mayores tasas de mortalidad se presentan en las Comunas 4 y 8, mientras que las menores tasas se observan en las Comunas 13 y 14. Esta situación es más evidente en el grupo de 10 a 50 años, donde la tasa de mortalidad de la comuna 8 duplica la tasa del total de la Ciudad. En el mismo grupo de edad, las tasas más bajas se presentan en las Comunas 13 y 14, siendo alrededor de la mitad con respecto a la tasa de esa franja etaria a nivel Ciudad.

A partir de los 50 años, la variabilidad entre comunas es menor, no obstante las comunas 3, 4, 8, 9 y 15 continúan mostrando las tasas más altas.

En el grupo edad de mayores de 80 años las tasas de mortalidad por comuna se distancian de los patrones que mostraban en rangos etarios anteriores. Las comunas 1, 12 y 13 muestran las tasas más bajas y las comunas 9, 11 y 15 las más altas. Esto podría deberse a la diversa composición demográfica según cada comuna, habiendo comunas con mayor peso relativo en el grupo de mayores a 90 años.

En síntesis, las tasas de mortalidad muestran mayor variabilidad entre comunas en los grupos etarios más jóvenes. A medida que avanza la edad las diferencias entre comunas se atenúan.

10.3.2. Principales Causas de mortalidad general

Según las principales causas de muerte para el año 2016, las primeras cinco causas fueron: las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, tumores, genitourinarias y digestivas.

Tabla 3. Número de Defunciones y distribución porcentual según causas (CIE-10).
Residentes CABA. Año 2016.

Capítulos CIE-10	N° de Defunciones	Porcentaje
Cardiovasculares	10080	33,1
Respiratorias	6965	22,9
Tumores	6231	20,5
Genitourinarias	1531	5,0
Digestivas	1270	4,2
Infecciosas y Parasitarias	1210	4,0
Causas Externas	718	2,4
Hallazgos anormales	658	2,2
Sistema Nervioso	622	2,0
Endocrinas	525	1,7
De la piel	330	1,1
De la sangre	115	0,4
Osteomusculares	105	0,3
Malformaciones Congénitas	33	0,1
Trastornos Mentales	23	0,1
Embarazo, parto y puerperio	5	0,0
Total	30421	100

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

10.3.3. Causas de muerte y comunas

A continuación se presentan las tasas ajustadas por edad por 100.000 hab. según las primeras siete causas de muerte según comunas. Los indicadores señalados con color reflejan el orden en el cual se sitúan las tasas de mortalidad por causas para el año 2016. Se observan las diferencias entre las tasas de las comunas expresadas en rojo intenso (tasas más altas) a verde intenso (tasas más bajas). La columna de total CABA se encuentra a la derecha con las tasas globales de la Ciudad ajustadas por 100.000 hab.

Tabla 4. Tasas de mortalidad específica según causa, ajustadas por edad y comunas por 100.000 hab.
Residentes CABA. Periodo 2016.

Causas Específicas	COMUNAS															Total CABA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Enf. Cardiovasculares	172,9	160,3	214,8	209,8	160,4	151,7	180,7	210,1	219	203,2	187	182,1	149,5	145,6	205,5	181,9
Tumores	126,4	138,1	134,3	141,4	115,4	124,6	130,2	139,4	134,8	131,2	133,9	137,2	116,1	127,0	153,9	131,8
Enf. Respiratorias	115,5	108,3	129,4	142,2	117,8	109,6	121,5	132,2	146,7	115,7	115,3	109,9	112,6	104,3	131,2	120,3
Enf. Genitourinarias	26,3	24,4	19	30,1	27,7	23,9	30,2	40,7	33,4	27,5	24,6	19,3	22,1	21,1	27,7	26,3
Enf. Digestivas	22,5	19,2	26,3	34,3	23	20,1	22,7	34,7	27,8	27,7	23,8	23,1	16,7	20	32,9	24,7
Enf. Infecciosas y parasitarias	22,4	20,2	22,4	44,2	23,8	22	26,5	26,2	26,2	17,1	19,4	18,4	20	20,7	19,8	23,7
Causas Externas	14,2	12,8	31,2	29,5	18,4	8,5	26,3	38,6	24,1	17,3	12,2	13,7	12,2	11,2	13,8	19,6

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

El perfil epidemiológico de la CABA muestra que las ECNT son la principal causa de muerte de los residentes, encontrando diferencias entre las zonas de la Ciudad. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las lesiones por causas externas representan el 56% del total de las muertes en la Ciudad.

Si bien se observa que la principal causa de muerte en todas las comunas son las enfermedades cardiovasculares, se observan diferenciales entre las distintas zonas de la ciudad. Respecto de las enfermedades cardiovasculares, los extremos están representados por la comuna 9 (219 x 100.000 habitantes) y la 14 (145,6), representando una diferencia del 33% entre ambas comunas.

Con respecto a la mortalidad por tumores, la comuna 15 presentó la tasa más alta superando la media de la CABA.

En relación a las enfermedades respiratorias se observó que las comunas de la zona sur de la Ciudad - principalmente comunas 4 y 9- registraron las tasas más altas a diferencia de las tasas de la zona norte.

Con respecto a las enfermedades transmisibles, las enfermedades infecciosas continúan siendo una importante causa de mortalidad. La Comuna 4 presentó la tasa más alta de mortalidad por esta causa duplicando la tasa total de la CABA.

En cuanto a la mortalidad por Lesiones de Causas Externas (LCE), las tasas más altas se registraron en las comunas 3, 4, 7 y 8, concentrando el 38,5% de las defunciones por esta causa en 2016. La comuna 8 presentó una tasa de mortalidad por LCE que duplica la tasa global de la CABA.

10.4. Principales causas de Mortalidad General según grupos de edad.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad específicas por grupos de edad y se resumen las cinco primeras causas de muerte para cada grupo. A partir del estrato de 15-19 años los datos se discriminan por sexo.

Tabla 5. Tasas de mortalidad específica por grupo de edad y principales causas de muerte*. Residentes CABA. Año 2016.

Grupos Etarios	< 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años	
Sexo	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1ª causa	PERI	NEU	TUM	NEU	CE	CE	CE	TUM	CE	TUM	CE	TUM	CV	TUM	CV	TUM
2ª causa	MALF	TUM	NEU	TUM	TUM	TUM	TUM	CE	INF	CE	CV	RES	CE	INF	TUM	CV
3ª causa	RES	RES	RES	CE	CV	RES	INF	INF	TUM	RES	TUM	CE	TUM	CV	CE	INF
4ª causa	INF	CE	MALF	MALF	RES	NEU	NEU	RES	CV	CV	RES	CV	INF	CE	RES	CE
5ª causa	NEU	CV	RES	CV	INF	CV	RES	NEU	RES	NEU	INF	INF	RES	RES	INF	RES
Grupos Etarios	45 a 49 años		50 a 54 años		55 a 59 años		60 a 64 años		65 a 69 años		70 a 74 años		75 a 79 años		80 y mas	
Sexo	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1ª causa	CV	TUM	CV	TUM	TUM	TUM	TUM	TUM	CV	TUM	CV	TUM	CV	CV	CV	CV
2ª causa	TUM	CV	TUM	CV	CV	CV	CV	CV	TUM	CV	TUM	CV	TUM	TUM	RES	RES
3ª causa	RES	RES	DIG	RES	RES	RES	RES	RES	RES	RES	RES	RES	RES	RES	TUM	TUM
4ª causa	CE	DIG	INF	DIG	DIG	CE	DIG	DIG	DIG	GEN	DIG	DIG	GEN	DIG	GEN	GEN
5ª causa	INF	INF	CE	INF	INF	INF	INF	INF	INF	DIG	GEN	GEN	DIG	GEN	INF	INF

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

*Malformaciones Genéticas (MALF) – Perinatales (PERI) – Enfermedades Neurológicas (NEU) – Enfermedades Cardiovasculares (CV) – Causas Externas (CE) – Tumores (TUM) – Enfermedades Respiratorias (RES) – Enfermedades Infecciosas (INF) – Enfermedades Genitourinarias (GEN).

En ambos sexos, se observa la magnitud de las lesiones de causas externas y los tumores, estas corresponden al grupo de las enfermedades no transmisibles en la mortalidad en la población de 15 años a 34 años.

Según sexo, para los varones las lesiones por causas externas constituyeron la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 30 años, mientras que las mujeres a partir de los 20 años tuvieron como primera causa la mortalidad por tumores. Desde los 35 años las enfermedades cardiovasculares y los tumores constituyen la primera causa de muerte en ambos sexos, predominando estos últimos en las mujeres.

Las infecciones y las afecciones respiratorias tuvieron un lugar importante como causa de mortalidad en casi todos los grupos etarios. Se observa que la mortalidad por enfermedades genitourinarias, comienza a presentarse en mujeres a partir de los 69 años.

10.5. Mortalidad según grupos de edad

A continuación se expone el número de defunciones y las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes según grupos de edad. Los grupos etarios se describen según quinquenios hasta los 19 años en ambos sexos y según decenios a partir de los 20, caracterizando la mortalidad según sexo a partir de la mencionada edad.

10.5.1. Mortalidad de 1 a 4 años

Tabla 6. Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 1 a 4 años de edad según causa.
Ambos sexos. Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.
Neurológicas	12	7,1
Tumores	10	5,9
Respiratorias	5	2,9
Malformaciones Congénitas	5	2,9
Causas Externas	3	1,8
Genitourinarias	1	0,6
Cardiovasculares	1	0,6
Digestivas	1	0,6
Total	38	22,3

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Las principales causas de mortalidad en este grupo etario fueron enfermedades del sistema nervioso, seguidas de tumores y enfermedades respiratorias y malformaciones congénitas compartiendo el tercer lugar.

El 31% de las defunciones ocurridas en esta franja etaria se debió a enfermedades neurológicas, y en relación a las mismas, se observaron cuatro casos de epilepsia, una hidrocefalia, y encefalitis/mielitis. En 6 casos (50% del total) no se especificó el diagnóstico.

Los tumores representan el 26,3% (10) del total; los más frecuentes fueron la leucemia mieloide, leucemia linfóide y tumor maligno del encéfalo

Con respecto a las Causas Externas, si bien ocupa el sexto lugar en frecuencia, en los tres casos codificados por esta causa se desconoce tanto la circunstancia, como la intencionalidad y el mecanismo de la muerte.

10.5.2. De 5 a 9 años

Tabla 7. Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 5 a 9 años de edad según causa. Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.
Tumores	11	5,4
Neurológicas	5	2,5
Respiratorias	4	2,1
Malformaciones Congénitas	2	1,0
Causas Externas	2	0,9
Digestivas	2	0,8
Cardiovasculares	1	0,4
Endócrinas	1	0,5
Infecciosas y Parasitarias	1	0,6
Total	29	17,7

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Los niños de 5 a 9 años presentaron una tasa global de mortalidad menor a la del grupo de 1 a 4 años.

Las causas de mortalidad más frecuentes en la Ciudad fueron los tumores, las enfermedades del sistema nervioso, y las enfermedades respiratorias, englobando el 68% del total.

Los tumores más frecuentes fueron la leucemia linfocítica y los tumores de encéfalo.

Entre las enfermedades del sistema nervioso, el diagnóstico más frecuente fue la parálisis cerebral infantil. Un 89,7% de las muertes correspondieron a eventos no transmisibles.

10.5.3. De 10 a 14 años

Tabla 8. Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 10 a 14 años de edad según causa. Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.
Neurológicas	7	3,5
Tumores	6	3,0
Causas Externas	4	2,0
Malformaciones Congénitas	3	1,5
Cardiovasculares	2	1,0
Respiratorias	1	0,5
Osteomusculares	1	0,5
Total	24	12,1

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Los adolescentes entre 10 y 14 años presentaron la tasa de mortalidad específica por edad más baja de la Ciudad. Las principales causas de muerte fueron las enfermedades neurológicas, los tumores y las causas externas. El 41% de los adolescentes fallecieron por causas externas y tumores.

Entre los tumores, los más frecuentes fueron la leucemia mieloide, los tumores malignos de sitios no especificados y el tumor maligno del encéfalo.

Los principales diagnósticos englobados entre las causas externas fueron inespecíficos e incluyeron: el disparo de armas de fuego (de intención no determinada), exposición a gases y vapores (de intención no determinada) y exposición a factores no especificados.

10.5.4. De 15 a 19 años

Tabla 9. Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 15 a 19 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.
Causas Externas	38	20,4
Tumores	13	7,0
Neurológicas	8	4,3
Respiratorias	8	4,3
Cardiovasculares	5	2,7
Malformaciones Congénitas	2	1,1
Infecciosas y parasitarias	2	1,1
Endocrinas	1	0,5
Total	77	41,3

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

En este grupo etario, las causas externas se constituyen como la principal causa de muerte (50% de las defunciones). El 39% (15) de ellas se debió a disparo por arma de fuego (1 secundaria a agresión y 14 de intención no determinada), 29% a factores no determinados, 13% a heridas por objetos cortantes. Del total de las causas externas, 68% (26) se presentó en varones.

La segunda causa de muerte en este grupo son las enfermedades oncológicas. A diferencia de la franja etaria anterior, las leucemias (4) ocupan el segundo lugar en frecuencia, pasando al primer lugar los tumores óseos y del tejido conectivo (5).

Entre las causas restantes, los principales diagnósticos fueron inespecíficos.

10.5.5. De 20 a 29 años

Tabla 10. Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 20 a 29 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Causas Externas	119	27,5	50,3	5,4
Tumores	34	7,8	10,8	5,0
Infecciosas y Parasitarias	29	6,7	11,3	2,3
Respiratorias	24	5,5	8,0	2,7
Nurológicas	23	5,3	7,1	1,4
Cardiovasculares	18	4,2	5,2	0,5
Sangre	5	1,2	0,5	0,9
Genitourinarias	4	0,9	0,9	0,5
Malformaciones congénitas	3	0,7	0,5	0,5
Endocrinas	3	0,7	0,5	0,5
Dermatológicas	2	0,5	0,9	0,9
Embarazo, parto y puerperio	2	0,5	0	0,5
Digestivas	2	0,5	0	0,9
Trastornos Psiquiátricos	1	0,2	0	0,5
Halazgos anormales no clasificados	1	0,2	0	0,5
Total	270	62,3	97,3	28,5

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

En este grupo se destacan las causas externas (44% del total) con una tasa mayor a la observada en la franja etaria anterior. En el 42,8%(51) de estas muertes no se especificó el factor causal ni la intención. El porcentaje restante se debió a disparo de arma de fuego (26%), ahorcamiento/estrangulamiento/ sofocación (15%), lesiones por objetos cortantes, corriente eléctrica, gases o vapores y drogas o medicamentos.

Entre las causas tumorales, las enfermedades onco-hematológicas representaron el 32% del total de estos diagnósticos, seguidos por los tumores de colon (4 casos).

Las causas infecciosas ocupan el tercer lugar en frecuencia, cobrando una importancia especial en este grupo. El 50% de ellas se debió a enfermedades asociadas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mientras que la tuberculosis representó el 31% de todas las causas infecciosas.

Con respecto a la mortalidad por Lesiones de Causas Externas en varones, no solo la diferencia de tasas entre varones y mujeres es de 9 veces, sino que la misma explica más de la mitad del total de la diferencia. El principal mecanismo con datos completos fue Disparo de Arma de fuego en los varones, mientras que en las mujeres las causas de muerte sin especificar tanto el mecanismo como la intencionalidad corresponden a la mitad de las defunciones por estas causas.

Las tasas de mortalidad por tumores en varones duplicaron a las de las mujeres.

Las enfermedades infecciosas fueron 9 puntos más altas que en las mujeres. El 50% (12) de los casos presentaron diagnóstico de infección por VIH.

10.5.6. De 30 a 39 años**Tabla 11.** Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 30 a 39 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Tumores	90	19,2	17,0	21,2
Causas Externas	88	18,7	29,7	8,3
Cardiovasculares	72	15,3	24,0	7,1
Infecciosas y parasitarias	58	12,3	14,0	10,8
Respiratorias	44	9,4	10,9	7,9
Digestivas	17	3,6	10,9	2,5
Neurológicas	15	3,2	3,1	7,0
Endocrinas	8	1,7	3,1	0,4
Genitourinarias	6	1,3	2,2	0,4
Hallazgos anormales	5	1,1	1,7	0,4
Malformaciones congénitas	3	0,6	0,9	0,4
Embarazo, parto y puerperio	3	0,6	0	1,2
Osteomusculares	3	0,6	0,0	1,2
Piel	1	0,2	0	0,4
Trastornos Psiquiátricos	1	0,2	0	0,4
Total	414	88,1	111,4	66,0

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

El patrón general de mortalidad mostró diferencias con respecto al grupo etario anterior, siendo los tumores la primera causa de muerte a nivel general. En el grupo etario de 30 a 39 años las enfermedades cardiovasculares pasan a constituir la tercera causa de muerte en esta población.

El 25% (13) de los tumores en mujeres correspondieron a tumor de mama seguido por tumor maligno de cuello de útero 19,6% (10). En varones los principales diagnósticos fueron linfoma de Hodgkin, cáncer de colon y de pulmón.

El 21,2% (88) de las muertes en este grupo etario se debió a lesiones de causas externas, que continúan entre las primeras causas de muerte en la población a partir de los 15 años. En el 43% (38) de estas, no se especifican el factor de exposición ni la intencionalidad. En los restantes se destacan las heridas por arma de fuego, el ahorcamiento/estrangulamiento/sofocación y las lesiones por objetos cortantes.

Las mujeres presentaron una diferencia de 4 puntos con respecto a los varones en relación a la mortalidad por estas causas.

Con respecto a la mortalidad por lesiones de Causas Externas, al igual que en el grupo etario anterior las tasas de mortalidad por causas violentas en varones triplicaron a la de las mujeres.

En este grupo etario las enfermedades cardiovasculares se ubican en tercer lugar, sin embargo en los varones representaron una diferencia porcentual de 238% respecto a las mujeres.

Las principales Enfermedades Infecciosas en varones fueron infección por VIH siendo el 84% (27) casos.

10.5.7. De 40 a 49 años**Tabla 12.** Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 40 a 49 años de edad según causa. Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Tumores	262	66,6	57,0	75,3
Cardiovasculares	180	45,7	68,2	25,3
Causas Externas	80	20,3	32,5	9,2
Respiratorias	79	20,1	28,2	12,6
Infecciosas y parasitarias	53	13,5	17,1	10,2
Digestivas	42	10,7	15,5	6,3
Neurológicas	12	3,0	3,2	2,9
Endocrinas	9	2,3	3,2	1,5
Genitourinarias	13	3,3	4,8	1,9
Hallazgos anormales	8	2,0	2,7	1,5
Malformaciones congénitas	5	1,3	0,0	2,4
Osteomusculares	1	0,3	0,0	0,5
Piel	2	0,5	1,1	0,0
Enf. De la sangre	4	1,0	1,1	1,0
Total	750	190,6	234,5	150,6

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Los tres primeros grupos de eventos representan el 69% (522) del total de muertes, predominando, al igual que en otros grupos, un perfil de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

Según causa, los tumores explicaron el 35% de la mortalidad. Los Tumores más frecuentes fueron: Mama, Pulmón y sitio sin especificar. Según sexo, los más frecuentes fueron mama y cuello de útero en las mujeres y pulmón y colon en varones. La tasa de mortalidad por tumor de mama en mujeres en este grupo fue de 26,7/100.000 hab. mientras que en el grupo de 30 a 39 se observó una tasa casi 5 veces menor 5,3/100.000.

Con respecto a las enfermedades cardiovasculares (ECV), al menos el 27 % (43) se debió a eventos secundarios a enfermedad arteriosclerótica. No obstante, los eventos clasificados como cardiomiopatía e insuficiencia cardíaca (51% del total de ECV) también corresponden a entidades que se asocian en gran medida a cardiopatía isquémica.

La mortalidad por Lesiones de Causas Externas, al igual que en los grupos anteriores se encontró entre los tres primeros diagnósticos de muerte. Disparo de arma de fuego 22,5% (18) y Ahorcamiento y sofocación 15% (12). Se sostienen entre los principales diagnósticos con causas definidas, mientras que las defunciones que carecen de datos tanto sobre el mecanismo como acerca de las circunstancias corresponden al 36% del total de las defunciones en este grupo de edad. Según sexo, los varones duplicaron al menos las tasas de mortalidad por lesiones que presentaron las mujeres.

Se observa que las Enfermedades infecciosas y parasitarias, la infección por VIH representó el 56% (30) de las muertes por estas causas. En los varones, la mortalidad por infección por VIH presentó una diferencia de tasas de 3 puntos con respecto a la tasa de las mujeres.

Entre las enfermedades digestivas se observó que el 7,6/100.000 hab. de los varones presentaron diagnósticos de fibrosis y cirrosis del hígado y enfermedad alcohólica del hígado.

10.5.8. De 50 a 59 años**Tabla 13.** Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 50 a 59 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Tumores	670	206,1	227,5	188,3
Cardiovasculares	461	141,8	225,4	72,2
Respiratorias	187	57,5	77,2	41,2
Digestivas	107	32,9	60,3	10,1
Causas Externas	88	27,1	37,9	18,0
Infecciosas y Parasitarias	86	26,5	39,9	15,2
Genitourinarias	42	12,9	13,5	12,4
Endocrinas	24	7,4	10,2	5,1
Neurológicas	24	7,4	10,2	5,1
Hallazgos anormales	22	6,8	9,5	4,5
Malformaciones congénitas	3	0,9	0,7	1,1
Osteomusculares	10	3,1	1,4	4,5
Piel	8	2,5	4,1	1,1
Enf. De la sangre	5	1,5	2,7	0,6
Trastornos Psiquiátricos	1	0,3	0,7	0
Total	1738	534,6	721,0	379,4

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Para este grupo etario, los tumores representaron la primera causa de muerte tanto en varones como en mujeres. Pulmón, colon y páncreas correspondieron a los sitios tumorales más frecuentes.

La tasa de mortalidad de los varones fue un 17, 1% más alta que la de las mujeres.

Según diagnóstico, el 21,8% de las muertes para ambos sexos, se debió a tumor de bronquios y de pulmón.

Para las mujeres el 27% (90) de los diagnósticos correspondió a tumor de mama, seguido por pulmón 16,4% (55), colon 8,3% (28) y páncreas 3,5% (12)

De acuerdo a las causas respiratorias, el 53% (99) fueron neumonía como primera causa de muerte.

La mortalidad por causas externas desciende al quinto lugar en este grupo etario, mientras que las causas digestivas como cuarta causa muestran que la diferencia de tasas entre varones y mujeres es 5 veces mayor en los primeros. El 27% (24) de los varones que presentaron el mencionado diagnóstico tuvieron como causa de muerte fibrosis y cirrosis del hígado.

El 35% (161) se debió a eventos secundarios a enfermedad arteriosclerótica. No obstante, los eventos clasificados como cardiomiopatía e insuficiencia cardíaca (51% del total de ECV) también corresponden a entidades que se asocian en gran medida a cardiopatía isquémica.

En las Enfermedades infecciosas y parasitarias, la infección por VIH representó el 41,8% (36) de las muertes por estas causas. En los varones, la mortalidad por infección por VIH presentó una diferencia de tasas de 3 puntos con respecto a la tasa de las mujeres.

10.5.9. De 60 a 69 años**Tabla 14.** Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 60 a 69 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Tumores	1379	480,0	608,6	384,8
Cardiovasculares	1143	397,9	597,2	250,2
Respiratorias	541	188,3	272,4	126,0
Digestivas	164	57,1	76,1	43,0
Genitourinarias	133	46,3	57,3	38,2
Infecciosas y Parasitarias	132	45,9	63,8	32,7
Causas Externas	94	32,7	54,0	17,0
Endocrinas	68	23,7	27,0	21,2
Hallazgos anormales	63	21,9	27,0	18,2
Neurológicas	54	18,8	22,1	16,4
Piel	24	8,4	9,0	7,9
Enf. De la sangre	9	3,1	2,5	3,6
Osteomusculares	8	2,8	4,1	1,8
Malformaciones congénitas	3	1,0	0,0	1,8
Trastornos Psiquiátricos	2	0,7	0,0	1,2
Total	3817	1328,7	1821,0	964,0

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Las dos primeras causas de muerte correspondieron a tumores y a enfermedades cardiovasculares, representando entre ambos el 66 % (2.522) de la mortalidad en este grupo, expresando un comportamiento similar de riesgo por eventos no transmisibles del grupo anterior.

Los principales sitios tumorales para los varones fueron Cáncer de pulmón, páncreas, colon y próstata. Mientras que en mujeres, los principales diagnósticos fueron: Cáncer de pulmón, mama, colon, páncreas, Cáncer de sitios no especificados.

Las principales Infecciones comprendieron, otras septicemias, TBC respiratoria no confirmada, Enfermedades por HIV resultante en otras afecciones, Meningitis debida a otras causas y a las no especificadas.

Entre las enfermedades genitourinarias el 59,3% (79) correspondieron a Insuficiencia renal crónica, Insuficiencia renal aguda e Insuficiencia renal no especificada.

En varones, el mayor riesgo de muerte se atribuyó a las enfermedades cardiovasculares.

10.5.10. De 70 a 79 años**Tabla 15.** Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 70 a 79 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Cardiovasculares	2035	977,5	1119,5	651,6
Tumores	1731	831,5	1380,6	725,8
Respiratorias	1222	587,0	768,4	473,7
Digestivas	307	147,5	192,4	119,4
Genitourinarias	263	126,3	172,4	49,2
Infecciosas y Parasitarias	205	98,5	137,4	74,1
Hallazgos anormales	151	72,5	88,7	23,4
Endocrinas	123	59,1	78,7	46,8
Neurológicas	112	53,8	68,7	44,5
Causas Externas	83	39,9	42,5	26,5
Piel	59	28,3	31,2	26,5
Osteomusculares	30	14,4	13,7	14,8
Enf. De la sangre	24	11,5	13,7	10,1
Malformaciones congénitas	2	1,0	0,0	1,6
Trastornos Psiquiátricos	1	0,5	0,0	0,8
Total	6348	3049,3	4126,9	2376,3

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Las dos primeras causas de muerte correspondieron a enfermedades cardiovasculares y tumores, representando entre ambas causas el 59% (3766) de la mortalidad. El tercer riesgo de mortalidad en este grupo lo constituyen las causas respiratorias, sumando el 79% de los fallecidos.

Este patrón de mortalidad se observa en los varones de este grupo de edad; en mujeres, el orden se invierte y la principal tasa de mortalidad corresponde a tumores, seguida por enfermedades cardiovasculares.

10.5.11. De 80 a 89 años**Tabla 16.** Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 80 a 89 años de edad según causa.
Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Cardiovasculares	3654	3225,9	3746,4	2983,3
Respiratorias	2768	2443,7	3010,4	2179,6
Tumores	1605	1417,0	2124,5	1087,2
Genitourinarias	641	565,9	694,3	506,1
Digestivas	427	377,0	427,7	353,3
Infecciosas y Parasitarias	387	341,7	424,9	302,9
Hallazgos anormales	243	214,5	272,2	187,7
Neurológicas	194	171,3	197,2	159,2
Endocrinas	182	160,7	225,0	130,7
Piel	137	120,9	108,3	126,8
Causas Externas	82	72,4	100,0	59,5
Enf. De la sangre	45	39,7	41,7	38,8
Osteomusculares	34	30,0	41,7	24,6
Trastornos Psiquiátricos	5	4,4	8,3	2,6
Malformaciones congénitas	2	0,0	0,0	2,6
Total	10406	9186,8	11422,5	8144,9

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

A diferencia del grupo de edad anterior, las dos primeras causas de muerte correspondieron a enfermedades cardiovasculares y respiratorias, representando entre ambas causas el 62% (6.422) de la mortalidad. El tercer riesgo de mortalidad en este grupo lo constituyen los tumores, sumando el 77% de los fallecidos. Este patrón de mortalidad se observa en ambos sexos.

10.5.12. De 90 años y más

Tabla 17. Número de defunciones y tasas por 100.000 hab. de 90 y más años de edad según causa. Residentes CABA. Periodo 2016.

Eventos	N° de Defunciones	Tasas por 100.000 Hab.	Tasa Varones	Tasa Mujeres
Cardiovasculares	2508	8135,7	7885,9	8219,1
Respiratorias	2082	6753,8	7263,3	6583,9
Genitourinarias	428	1388,4	2114,1	1111,7
Tumores	420	1362,4	1738,0	1271,8
Infecciosas y Parasitarias	257	833,7	531,8	692,1
Digestivas	201	652,0	830,1	834,9
Hallazgos anormales	165	535,2	570,7	523,4
Neurológicas	156	506,0	454,0	523,4
Endocrinas	106	343,9	337,2	346,1
Piel	97	314,7	259,4	333,1
Causas Externas	37	120,0	116,7	121,1
Enf. De la sangre	23	74,6	51,9	129,8
Osteomusculares	18	58,4	64,9	82,2
Trastornos Psiquiátricos	12	38,9	38,9	38,9
Total	6510	21117,9	53346,3	20738,0

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

Las dos primeras causas de muerte correspondieron a enfermedades cardiovasculares y respiratorias, representando entre ambas causas el 70% (4.590) de la mortalidad. A diferencia de los grupos de edad anteriores (mayores de 60 años), en esta franja de edad la tercer causa de muerte no son tumores ni causas respiratorias, sino enfermedades genitourinarias. Las tres principales causas de mortalidad en este grupo suman el 77% de los fallecidos. Este patrón de mortalidad se observa en ambos sexos.

10.6. Mortalidad por lesiones por siniestros viales 2016

10.6.1. Nota metodológica

Se presenta la mortalidad por lesiones ocurridas por siniestros viales durante el año 2016. Los datos acerca de las defunciones ocurridas por siniestros viales provienen del relevamiento realizado por el equipo del Observatorio de Seguridad Vial en los distintos efectores de la CABA.

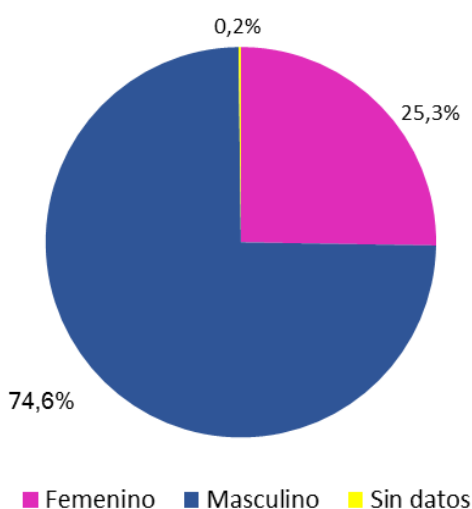
Los datos sobre las personas con lesiones graves y fallecidas se consolidaron por el Observatorio de Seguridad Vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir del relevamiento realizado sobre las siguientes fuentes: Libro de Guardia, de óbitos, registros de admisión y egresos.

10.6.2. Resultados

En el año 2016, de los 9.492 asistidos por lesiones de tránsito en efectores públicos de CABA, el 11% (1057) fueron registrados como casos graves y fallecidos. Se registraron 1.023 lesiones graves y 34 personas fallecidas en siniestros viales dentro del lapso de los 30 días de ocurrido el hecho.⁴⁵

Se expone la distribución porcentual de las lesiones graves y personas fallecidas en siniestros viales según sexo.

Gráfico 2. Distribución porcentual de lesiones graves y fallecidos por siniestros viales según sexo. Residentes y no residentes. Año 2016. (n=1.057).



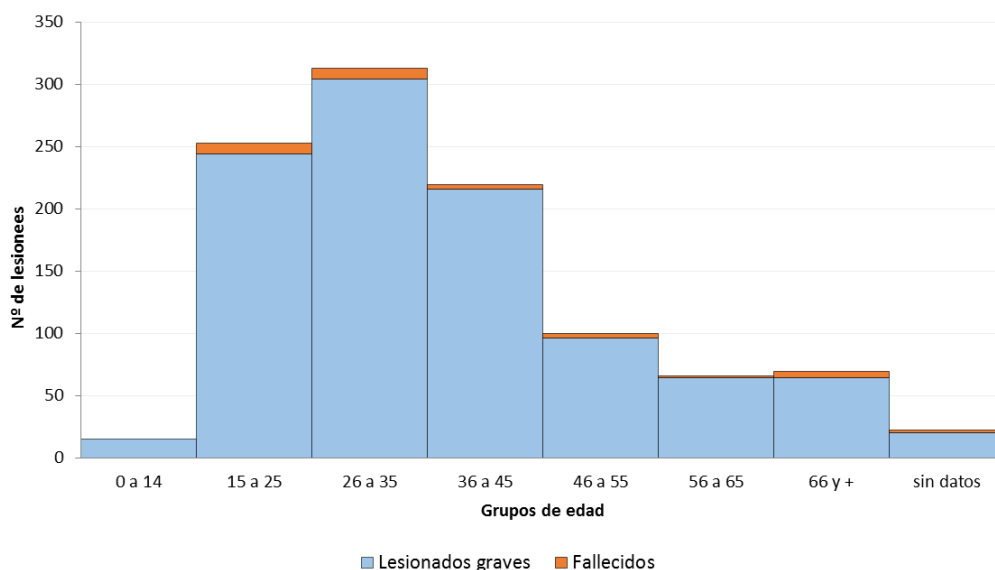
Fuente: Observatorio de Seguridad Vial CABA-GOE

La distribución por sexo ubicó a los varones representados con un 74,6%, siendo 763 casos graves y 25 fallecidos. Dentro del grupo de las mujeres, 8 resultaron fallecidas y 259 con lesiones graves, lo que refleja que la proporción de fallecidos entre los varones y las mujeres es similar. Aun así, cada 3 varones con este tipo de lesiones, hubo una mujer con similares características de gravedad en el período estudiado.

En el siguiente gráfico se presenta la clasificación de las lesiones según criterio de gravedad (personas con lesiones graves y fallecidas) por siniestros viales según grupo de edad.

⁴⁵ De los 34 casos de víctimas fatales relevadas en el sistema hospitalario pudo detectarse que 8 casos también fueron reportados por las fuerzas policiales por lo que para las estadísticas oficiales son considerados como fallecidos en el lugar del hecho.

Gráfico 3. Lesiones graves y fallecidos por siniestros viales según grupo de edad. Residentes y no residentes. Año 2016. (n=105)

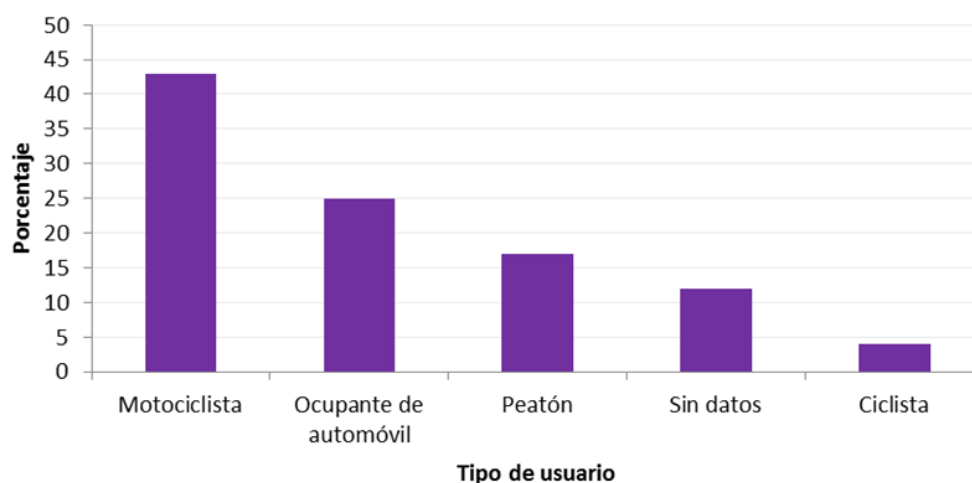


Fuente: Observatorio de Seguridad Vial. GCBA

De los datos relevados se obtiene que el grupo de 15 a 45 años contiene al 74,3% (785 casos) del total de los casos de lesiones graves y fallecidos por siniestros viales y el 62% de los fallecidos (21 casos).

En el siguiente gráfico se representan las lesiones graves y los fallecidos según el tipo de usuario de la vía.

Gráfico 4. Lesiones graves y fallecidas según tipo de usuario de la vía. Residentes y no residentes. Año 2016. (n=1.023)



Fuente: Observatorio de Seguridad Vial. GCBA

De los casos registrados como graves y fallecidos, el 88% (n= 1.023) tuvieron dato de tipo de usuario de la vía, es así como se observó que los motociclistas representaron al 43% de los casos (n= 436), el 25% (n=252) fueron ocupantes de automóviles y 210 casos fueron peatones y ciclistas (17% y 4%) respectivamente.

mente. En relación a los fallecidos, el 50% fueron varones y según tipo de usuario de la vía motociclistas. Según edad, la franja etaria de 15 a 34 años concentró al 76,5% de los varones fallecidos. Los varones fallecidos triplican la frecuencia que presentan las mujeres, esta diferencia se explica por el tipo de usuario de la vía.

En el caso de los peatones, se observa mayor homogeneidad en la distribución según sexo, aunque con una mayor concentración en el grupo de 65 años el cual representa el 40% del total.

11. RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

11.1. Introducción

Los sistemas sanitarios son estructuras complejas y heterogéneas; incluyen todas las organizaciones, instituciones y recursos con el objetivo de satisfacer necesidades de salud y enfermedad (INE, 2000).

En nuestro país, el sistema de salud puede clasificarse según origen del financiamiento de cada subsector. Dentro de la financiación de origen estatal existen establecimientos de dependencia municipal, provincial o nacional, estos son de cobertura gratuita y universal, y no exige condicionantes para su atención. Dentro de los establecimientos de financiamiento de origen estatal se incluyen los efectores que dependen de universidades nacionales y PAMI (Programa Integral de Adultos Mayores). Este último da cobertura a pensionados y jubilados y sus grupos familiares.

Dentro de los subsistemas de financiamiento no estatal se diferencian las obras sociales (nacionales y provinciales) y las prepagas. Las obras sociales cubren a los trabajadores formales y se financian principalmente a través de aportes de los beneficiarios y contribuciones patronales y son obligatorios para todos los trabajadores en relación de dependencia. Las prepagas son empresas de seguros que dan cobertura a partir de la contratación voluntaria e individual.

Este apartado tiene por objetivo describir los recursos con los que cuenta la ciudad para dar respuestas a las necesidades en salud de la población. Se entiende por recursos en salud a los recursos físicos, humanos y materiales que utiliza el sector en todos sus subsistemas (OMS, 2017).

Tal como se desarrolló en la introducción del presente informe, es nodal el conocimiento de los mencionados recursos sanitarios con los que cuenta la Ciudad de Buenos Aires, resulta fundamental para planificar acciones en salud. En el marco del Plan de Salud 2016-2019 para la Ciudad, se sostiene que es central en el fortalecimiento de una política sanitaria, construir una red integrada de cuidados progresivos basada en las necesidades de la población. Además se sostiene el fortalecimiento de los servicios del Primer Nivel de Atención, la garantía en el acceso universal, equitativo, integral y oportuno sin restricciones, y el fortalecimiento de la provisión de servicios. Es central para el logro de estos objetivos, la viabilidad de este enfoque a partir de la articulación y la coordinación de los distintos componentes del sistema mismo teniendo como eje la provisión del cuidado de manera integral.

11.2. Estructura del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Durante 2016 se realizaron cambios en la estructura de todo el Poder Ejecutivo en el marco de nueva gestión de gobierno. El decreto 315 y 675 de 2016 explicitan cambios en el organigrama del Ministerio de Salud de la Ciudad, mientras que el decreto 118 de 2017 detalla con mayor profundidad los cambios en el ministerio. En el siguiente link se detalla el organigrama detallado: <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-DEC-AJG-AJG-675-16-ANX.pdf>

11.3. Nota metodológica

Este apartado se nutre de diversas fuentes de información. Para algunos indicadores se cuenta con información para todo el sector salud (incluyendo el subsistema de estatal, privado y las prepagas); mientras

que para otros indicadores sólo existen los datos de los efectores dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante GCBA).

Los datos sobre cantidad de establecimientos, cantidad de camas y cantidad de profesionales de la ciudad fue obtenida de los registros que conforman el Sistema integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA): Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) y Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS). Estos registros, en constante proceso de mutación, fueron consultados en el mes de octubre de 2017.

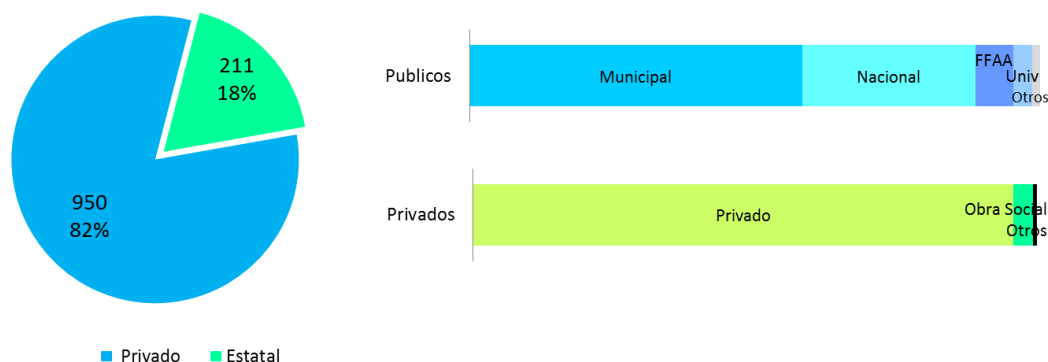
Los datos sobre movimiento hospitalario fueron provistos por la Subgerencia Operativa de Estadísticas de la Salud. Se utilizó también el Anuario Estadístico de 2016 de la Dirección de Estadística y Censo dependiente del Ministerio de Hacienda del GCBA.

Asimismo este apartado contó con la colaboración de diferentes programas y direcciones del Ministerio de Salud de la Ciudad. La Unidad de Proyectos Especiales - Historia Clínica Electrónica aportó datos sobre la implementación de la Historia Clínica Electrónica. El Programa de Inmunizaciones proveyó datos sobre cobertura de vacunas. Los datos de control de embarazo y nacimiento fueron provistos por el Programa de Maternidad e Infancia. La Dirección de Atención Primaria de la Salud aportó los datos sobre las incorporaciones de profesionales de la salud a los equipos básicos de los CeSAC.

11.4. Establecimientos de atención

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 1.161 establecimientos de salud. En los siguientes gráficos se clasifican según origen del financiamiento y tipo de efector.

Gráfico 1. Establecimientos de salud según origen del financiamiento y tipo de dependencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Fuente: Elaboración propia a través de Central de Reportes de Registro Federal de Establecimientos de Salud. Sistema Integrado de Información en Salud (SISA)

Como se observa, predominan los establecimientos privados, que representan el 82% (950) de los 1.161 efectores.

En cuanto al tipo de establecimiento, en la siguiente tabla se presentan los establecimientos con y sin internación según origen del financiamiento.

Tabla 1. Establecimientos de salud según origen de financiamiento y tipo de establecimiento.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

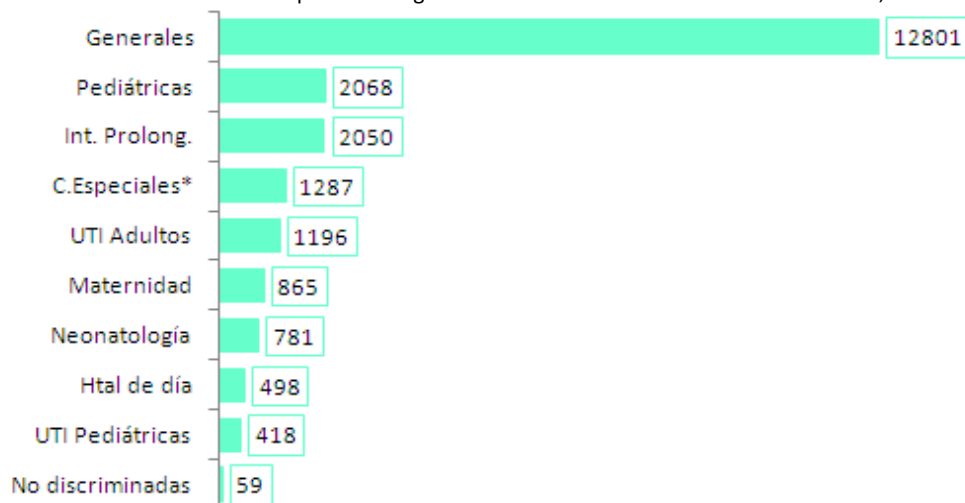
Tipo de Establecimiento	Total		Estatad		Privado	
	Frec. Abs	%	Frec. Abs	%	Frec. Abs	%
Con internación	170	14,6%	41	19,4%	129	13,6%
Con internación general	77	6,6%	20	9,5%	57	6,0%
Con internación esp. en pediatría	5	0,4%	3	1,4%	2	0,2%
Con internación esp. en maternidad/m. infantil	3	0,3%	1	0,5%	2	0,2%
Con internación esp. en salud mental	38	3,3%	5	2,4%	33	3,5%
Con internación esp. en otras especialidades	46	4,0%	12	5,7%	34	3,6%
Con internación esp. en tercera edad	1	0,1%	0	0,0%	1	0,1%
Sin internación	991	85,4%	170	80,6%	821	86,4%
Sin internación de diagnóstico y tratamiento	656	56,5%	109	51,7%	547	57,6%
Sin internación de diagnóstico	153	13,2%	0	0,0%	153	16,1%
Sin internación de tratamiento	65	5,6%	2	0,9%	63	6,6%
Establecimiento de salud complementario	117	10,1%	59	28,0%	58	6,1%

Fuente: Elaboración propia a través de Central de Reportes de Registro Federal de Establecimientos de Salud. SISA.

Dentro del sector estatal hay mayor peso de los establecimientos con internación respecto al sector privado.

La ciudad cuenta con 22.023 camas disponibles. En el siguiente gráfico se muestran su distribución según servicio.

Gráfico 2. Camas hospitalarias según servicio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2016.



Fuente: Elaboración propia a través de Central de Reportes de Registro Federal de Establecimientos de Salud. SISA.

*C. Especiales: Incluye todas las camas que no son de cuidados simples, ni las de terapia intensiva (Por ejemplo: terapia intermedia, camas aislamiento, etc.). Son aquellas que están adecuadas para hacer un seguimiento más continuo del paciente, sin ser una terapia intensiva y que categorizan al 2º nivel de los establecimientos.

Más de la mitad de las camas (58%) de la ciudad corresponden a los servicios clínicos generales. Las camas de uso pediátrico (Pediátricas, UTI y Neonatología) suman 3.267 (15% de las camas totales).

11.4.1. Subsector estatal**11.4.1.1. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con los siguientes establecimientos estatales de atención de la salud.****11.4.1.1.1. Hospitales****✓ 13 Hospitales Generales de Agudos**

Brindan asistencia a la salud en clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía y otras especialidades. Los 14 establecimientos cuentan con guardia las 24 hs. del día los 365 días del año.

- ✓ Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez
- ✓ Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich
- ✓ Hospital General de Agudos Dr. C. Durand
- ✓ Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández
- ✓ Hospital General de Agudos J. M. Penna
- ✓ Hospital General de Agudos P. Piñero
- ✓ Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano
- ✓ Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía
- ✓ Hospital General de Agudos B. Rivadavia
- ✓ Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
- ✓ Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú
- ✓ Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield
- ✓ Hospital General de Agudos A. Zubizarreta

✓ 2 Hospitales Generales de Niños

Estos establecimientos brindan atención ambulatoria, internación, diagnóstico y tratamiento. Cuentan con guardia las 24 hs.

- ✓ Hospital General de Niños Pedro de Elizalde
- ✓ Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez

✓ 19 Establecimientos de salud especializados monovalentes

- ✓ Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear
- ✓ Hospital de Salud Mental Braulio Moyano
- ✓ Hospital de Salud Mental J. T. Borda
- ✓ Hospital Infanto Juvenil C. Tobar García
- ✓ Talleres de rehabilitación en salud mental
- ✓ Hospital de Odontología José Dueñas
- ✓ Hospital de Odontología Dr. Ramón Carrillo (ex nacional)
- ✓ Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín
- ✓ Hospital de Oftalmología Santa Lucía
- ✓ Hospital Oftalmológico Dr. Pedro Lagleyze
- ✓ Hospital de Gastroenterología B. Udaondo
- ✓ Hospital Municipal de Oncología María Curie
- ✓ Hospital de Rehabilitación Respiratoria M. Ferrer
- ✓ Hospital de Infecciosas F. Muñiz
- ✓ Instituto de Zoonosis L. Pasteur
- ✓ Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.R.E.P.)

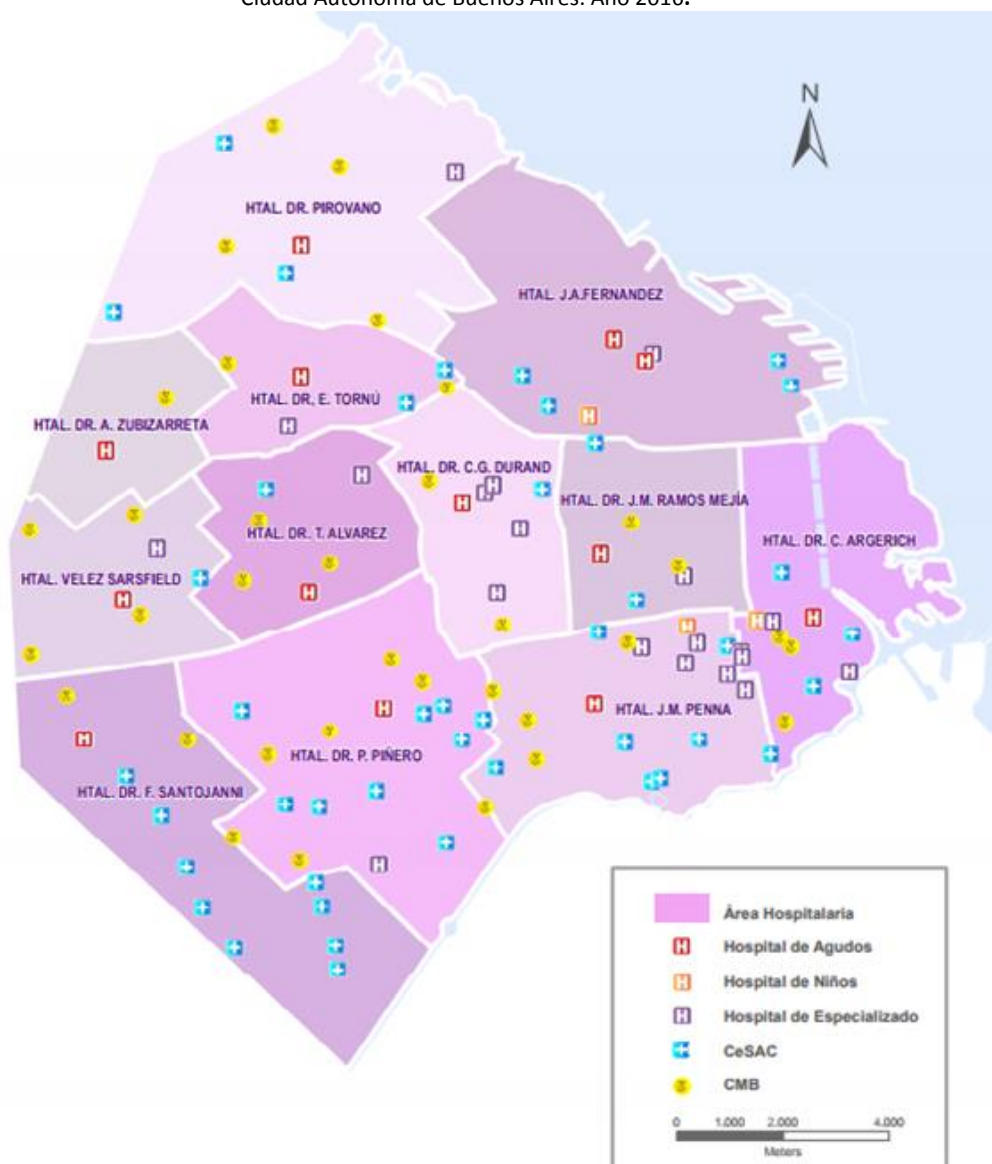
- ✓ Hospital de Quemados Dr. Arturo Umberto Illia
- ✓ Hospital de Rehabilitación M. Rocca
- ✓ Hospital Materno Infantil R. Sardá

11.4.1.1.2. Centros de Salud y Acción Comunitaria, Centros Médicos Barriales y Centro Asistencial de Salud

La ciudad cuenta con 43 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), instituciones que pertenecen al Primer Nivel de Atención pensadas para abordar los diferentes eventos de salud de la población. Estos centros implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad, según los principios de la atención primaria de la salud, conformados por equipos interdisciplinarios. Asimismo, dentro de la estrategia de atención primaria existen 33 Centros Médicos Barriales (CMB).

En el siguiente mapa se presentan los efectores de salud de la Ciudad.

Mapa 1. Hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) por comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Unidad de Sistemas de Información Geográfica

Fuente: USIG. Unidad de Sistemas de Información Geográfica. Ministerio de Modernización GCBA.

- **1 Centro Asistencial de Salud**
 - ✓ Centro Asistencial de Salud Cecilia Grierson
- **2 Centros de Salud Mental**
 - ✓ Centro de salud mental y acción comunitaria nº 1 “Dr. Hugo Rosario”
 - ✓ Centro de salud mental nº 3 “Dr. Arturo Ameghino”
 - ✓
- **2 Centros Odontológicos Infantiles**
 - ✓ Centro Odontológico Infantil Nº1
 - ✓ Centro Odontológico Infantil Nº4

11.4.1.1.3. Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME)

En cuanto al sistema de emergencias, el sistema público dispone de 113 ambulancias de auxilios de alta complejidad, 12 ambulancias para situaciones especiales y 2 helicópteros. Existen 5 helipuertos en 4 hospitales generales de agudos y en la sede central del SAME. Este sistema busca dar respuesta médica adecuada frente a emergencias y/o urgencias médicas pre-hospitalarias individuales o colectivas.

11.4.1.2. Programas

- Salud Materno Infantil
 - ✓ Programa de pesquisa neonatal (PPN)
 - ✓ Lactancia materna
 - ✓ Red de Neonatología
 - ✓ Programa nutricional
- Programa de Inmunizaciones
- Salud en la escuela
 - ✓ Programa de Salud Escolar
 - ✓ Programa Nutricional
 - ✓ Programa Buenos Aires Sonríe (Salud Bucal)
 - ✓ Programa de Salud Visual
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva e Infecciones de Transmisión Sexual
- Enfermedades Crónicas no Transmisibles
 - ✓ Programa Nutricional
 - ✓ Red de Oncología
 - ✓ Programa de Prevención y Control del Tabaquismo
 - ✓ Programa de Prevención y Asistencia a la Diabetes
- Programa de Salud para Adultos Mayores
 - ✓ Red de Gerontología
- Red de Medicina Transfusional
- Red de Chagas
- Programa de Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad
- Programa de Salud Ambiental Infantil (SAI)
- Programa Juegotecas en salud
- Enfermedad Celíaca
- Programa de salud para Ex Combatientes de Malvinas
- Programa Permanente de Salud Integral para Damnificados de la Tragedia de Cromañón

- Programa de Tuberculosis
- Programa de Adolescencia

11.4.1.3. Laboratorios

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con una red de laboratorios públicos. 31 pertenecen a hospitales del sistema público del GCBA. Los laboratorios pertenecientes a los Hospitales Gutiérrez y Muñiz, son referentes para diferentes patologías. En la CABA, también se encuentran el Malbrán y el Fátala Chabén, laboratorios de referencia nacional.

11.4.1.4. Sistemas de información en salud

Durante el 2016 se comenzó a implementar en la ciudad la Historia Clínica Electrónica (HCE) en los Centros de Salud del sistema público de la ciudad.⁴⁶ Entre junio y diciembre de 2016 se implementó la HCE en 23 de los 44 efectores de atención primaria.

En la siguiente tabla se observa la incorporación de los centros de salud a lo largo del segundo semestre de 2016.

Tabla 2. Cantidad y nombre de los efectores que incorporaron la HCE por mes.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

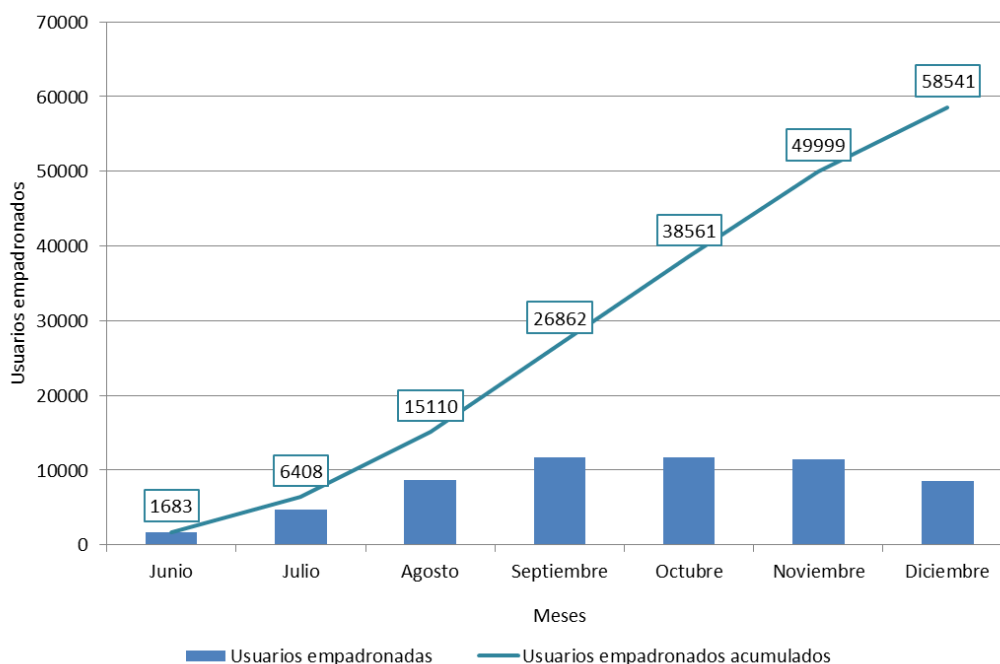
Mes	Efectores con HCE	Cantidad efectores con HCE
Junio	Cesac 26 Cesac 05 Cesac 07 Cesac 29	4
Julio	Cesac 01 Cesac 16 Cesac 35	3
Agosto	Cesac 04 Casac 08 Cesac 39	3
Septiembre	Cesac 03 Cesac 09 Cesac 10 Cesac 15 Cesac 41	5
Octubre	Cesac 11 Cesac 22 Cesac 45	3
Noviembre	Cesac 31 Cesac 43	2
Diciembre	Cesac 13 Cesac 30 Cesac 40	3
Total		23

Fuente: Elaboración propia con datos provistos por de la Dirección General de Información Sanitaria

Desde Junio a Diciembre de 2016 se empadronaron en la HCE 69.330 usuarios; con un promedio de 9.904 usuarios empadronados por mes. En el siguiente gráfico se presentan el avance de usuarios empadronados en el periodo analizado.

⁴⁶ El 2 de diciembre de 2016 se publicó en el Boletín oficial la Ley de Historia Clínica Electrónica N° 5669 que regula el funcionamiento de la HCE.

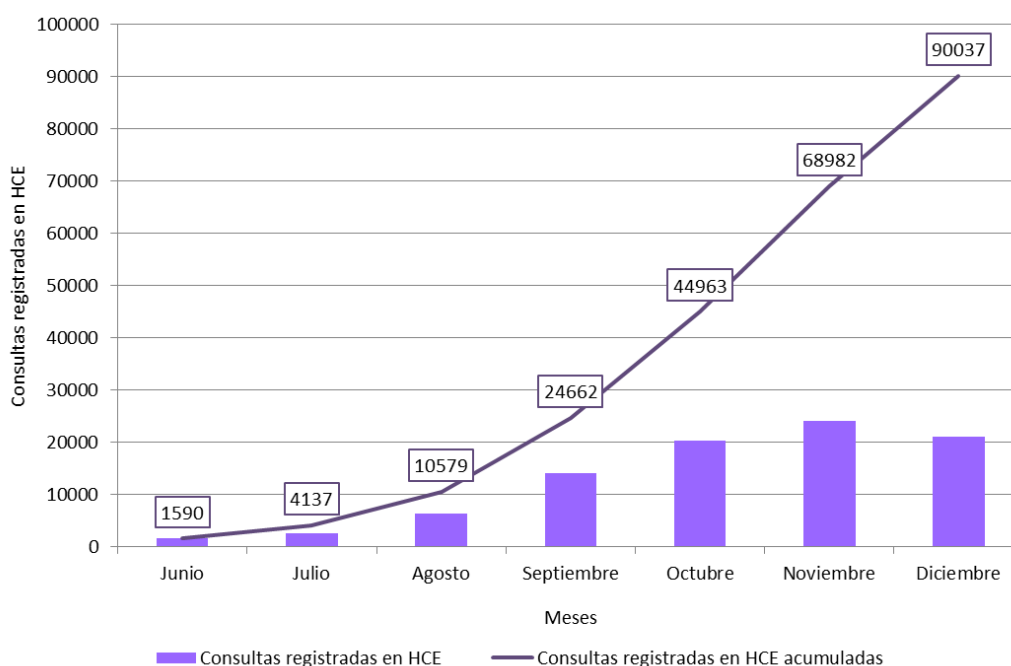
Gráfico 3. Número de usuarios empadronados por mes y frecuencia acumulada.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos provistos por de la Dirección General de Información Sanitaria

En el periodo 2016 se registraron 900.037 consultas en la HCE. En el siguiente gráfico se observa la cantidad de consultas registradas en HCE por mes y el valor acumulado de 2016.

Gráfico 4. Número de consultas registradas en la HCE por mes y Frecuencia acumulada.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos provistos por de la Dirección General de Información Sanitaria

Como se observa en el gráfico las consultas registradas en HCE fueron en aumento mes a mes. En promedio se realizaron 1,53 consultas por usuario empadronado.

11.4.2. Subsector estatal – dependencia nacional

Se suman los establecimientos de dependencia Nacional que tienen sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

- Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan
- Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones: Laura Bonaparte (ex CENARESO)

11.4.3. Subsector estatal – dependencia universitaria

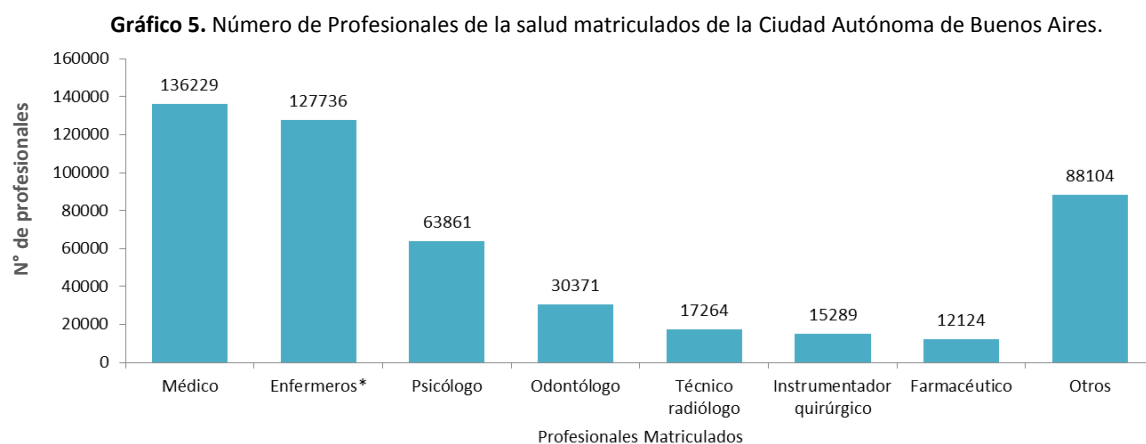
Además, los 6 establecimientos de dependencia universitaria nacional forman parte de la atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

- Facultad de Odontología
- Hospital de Clínicas José de San Martín
- Instituto de Investigaciones Cardiológicas Prof. Dr. Alberto C Taquini
- Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari
- Instituto de Oncología Ángel H. Roffo
- Instituto de Tisiopneumología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza

11.5. Profesionales de la salud

A partir de la conformación del Sistema Integral de Información en Salud se creó la Red Federal de Registro de Profesionales de la Salud. De este registro se extrajeron los datos que se presentan en este apartado.

La Ciudad cuenta con casi medio millón de profesionales de la salud matriculados. En el siguiente gráfico se presenta la cantidad de profesionales según profesión.



Fuente: Elaboración propia a través de Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. SISA.

*En la categoría enfermeros agrupa a los Enfermeros (57%), Lic. en enfermería (13%) y auxiliares en enfermería (31%).

Para realizar una comparación con el resto del país se presentan los datos de cantidad de profesionales matriculados y tasas por mil habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el total del país.

Tabla 3. Cantidad de Profesionales de la Salud y Tasa por mil habitantes.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Argentina.

Jurisdicción	Matr. Médicas	Matr. Enfermeros	Matri. Odontólogos	Médicos x mil hab	Enfermeros x mil hab	Odontólogos x mil hab	Población 2017
CABA	136229	127736	30371	44,5	41,7	9,9	3.063.728
Argentina	354742	323496	48867	8,1	7,3	1,1	44.044.811

Fuente: Elaboración propia a través de Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud. SISA.

Cabe aclarar que los datos hacen referencia a matrículas y no a profesionales, en la medida que un profesional puede tener matrículas en diversas jurisdicciones.

En 2015 se publicó un informe del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud donde se contabilizaban para el año 2013, 166.187 médicos en todo el país y una tasa de 3,4 médicos por mil habitantes.

11.5.1. Fortalecimiento del primer nivel

En respuesta al fortalecimiento del plan de salud donde se priorizó la estrategia de atención primaria de la salud con equipo territoriales, en el año 2016 fueron incorporaron 167 profesionales (de las especialidades de medicina, pediatría, enfermería, farmacia, psiquiatría, fonoaudiología, nutrición y técnicos en farmacia) distribuidos en diferentes CeSAC en equipos básicos de salud.

11.6. Movimientos hospitalarios

En el año 2016 se registraron 8.903.404 consultas externas y 166.098 egresos en los hospitales públicos de la CABA.

A continuación, se presentan las tablas sobre movimiento hospitalario en el año 2016; en las mismas el total de consultas presentadas constituye la suma de las consultas hospitalarias y la de los CeSAC. Estos valores se mantuvieron estables respecto del año anterior (8.911.016 y 168.422, respectivamente).

Tabla 4 .Movimiento hospitalario. Hospitales estatales de la CABA. Años 2015-2016.

Establecimiento	Consultas externas		Egresos		Promedio camas disponibles		Promedio cama-paciente	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Total	8911016	8903404	168422	166098	7027,5	6981,4	5051,7	5001,6
Hospital General de Agudos	6367599	6383318	115257	113897	3653,4	3664,5	2572,7	2587,0
Alvarez	452472	481323	9087	9481	262,0	271,8	177,0	183,1
Argerich	792732	783809	12943	12965	387,8	392,8	300,8	311,5
Durand	448326	447540	8454	7964	265,2	267,8	195,2	196,0
Fernández	505027	592148	9668	9489	343,7	348,6	278,6	279,7
Penna	437340	438903	13981	14592	307,5	310,5	245,0	246,5
Piñero	576912	621441	10779	10094	300,6	297,6	213,9	200,4
Pirovano	498138	475777	8551	8146	344,4	345,1	228,2	227,8
Ramos Mejía	601174	549680	10746	10378	412,3	400,5	280,6	282,1
Rivadavia	267195	278478	6762	6593	264,6	268,6	135,7	144,4
Santojanni	876111	798085	11594	11434	378,5	381,9	259,3	263,5
Tornú	323806	321321	4425	4430	168,5	160,3	111,6	106,6
Velez Sarsfield	258136	249021	5047	4802	112,2	113,9	73,9	69,3
Zubizarreta	330230	345792	3220	3529	106,1	104,9	72,9	76,2
Hospital general de niños	875704	879136	18564	18266	550,7	542,3	389,5	389,2
Elizalde	450486	448452	9042	8540	230,1	225,1	166,5	166,5
Gutierrez	425218	430684	9522	9726	320,6	317,2	223,0	222,8
Hospitales especializados	1667713	1640950	34601	33935	2823,4	2774,6	2089,5	2025,3
Alvear	23972	14310	364	304	63,4	63,9	60,7	54,8
Borda	31133	32710	887	913	747,0	705,2	618,4	599,3
Lagleyze	201601	208332	3034	2253	20,0	20,4	10,3	8,4
María Curie	73399	77400	2481	2506	82,2	80,3	56,4	58,2
María Ferrer	43911	46389	1239	1556	37,0	36,9	27,4	30,4
Moyano	32789	29985	1010	1034	925,8	900,7	717,3	657,9
Muñiz	165733	217573	4221	4580	316,1	322,3	203,5	208,6
Quemados	60510	60370	1334	1500	68,9	70,0	43,0	44,6
Rehab. Psicofísica	30506	31611	614	492	61,5	73,2	26,2	34,0
Rocca	54406	55883	197	179	75,0	74,3	52,8	54,3
Santa Lucía	719076	628508	4223	4104	37,0	39,7	8,8	8,2
Sardá	133097	136113	12644	12106	248,0	248,3	160,8	161,1
Tobar García	19974	20302	434	472	64,0	62,0	38,3	40,9
Udaondo	77606	81464	1919	1936	77,6	77,5	65,6	64,8

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

En la tabla anterior se evidencia que se mantuvo una tendencia estable de consultas externas y egresos entre los años 2015 y 2016. Con respecto a consultas externas entre los hospitales generales de agudos y de niños no mostraron diferencias. Entre los hospitales especializados mostraron una disminución inter año el hospital Alvear, el Moyano y el Santa Lucía; mientras que el Muñiz y el Udaondo están entre los que aumentaron las consultas durante el año 2016.

En cuanto los egresos, se mantuvo relativamente estable con una leve baja a nivel general en el año 2016.

Tabla 5. Indicadores de internación según hospital.
Hospitales estatales de la CABA. Año 2016

Hospital		Indicadores de Internación					
		Promedio Pac.Día	Promedio C.Disp.	% Ocupac.	Promedio Permanen.	Tasa de Mort.(%)	Giro
Hospitales Generales de Agudos	Alvarez	183,06	271,78	67,36	7,07	5,16	34,89
	Argerich	311,53	392,81	79,31	8,79	5,04	33,01
	Durand	195,99	267,84	73,17	9,01	6,12	29,73
	Fernández	279,67	348,59	80,23	10,79	3,64	27,22
	Penna	246,47	310,52	79,38	6,18	3	46,99
	Piñero	200,37	297,64	67,32	7,27	5,4	33,91
	Pirovano	227,82	345,11	66,01	10,24	5,3	23,6
	Ramos Mejía	282,07	400,54	70,42	9,95	7,16	25,91
	Rivadavia	144,43	268,59	53,77	8,02	3,75	24,55
	Santojanni	263,53	381,94	69	8,44	5,55	29,94
	Tornú	106,62	160,28	66,52	8,81	10	27,64
	Velez Sarsfield	69,26	113,93	60,79	5,28	3,46	42,15
	Zubizarreta	76,19	104,92	72,62	7,9	7,88	33,63
	Promedio Hospitales Generales de Agudos	199,00	281,88	69,68	8,29	5,50	31,78
Hospitales Generales de Niños	Elizalde	166,45	225,08	73,95	7,13	0,76	37,94
	Gutierrez	222,8	317,2	70,24	8,38	1,14	30,66
	Promedio Hospitales Generales de Niños	194,63	271,14	72,10	7,76	0,95	34,30
Hospitales Especializados	Sardá	161,07	248,33	64,86	4,87	0,73	48,75
	Muñiz	208,64	322,26	64,74	16,67	7,75	14,21
	Oncología	58,17	80,31	72,42	8,5	17,08	31,2
	Quemados	44,6	69,95	63,76	10,88	2,4	21,45
	La Gleyze	8,36	20,42	40,97	1,36	0	110,36
	Santa Lucía	8,19	39,71	20,62	0,73	0,02	103,35
	Udaondo	64,78	77,48	83,62	12,25	8,21	24,99
	Borda	599,26	705,22	84,98	240,23	1,1	1,29
	Moyano	657,92	900,69	73,05	233,1	1,65	1,15
	Tobar García	40,93	61,99	66,03	31,74	0	7,61
	Alvear	54,81	63,88	85,81	65,99	0	4,76
	Rocca	54,26	74,27	73,06	110,94	1,68	2,41
	Rehab. Psicofísica	33,97	73,23	46,39	25,27	0	6,72
	María Ferrer	30,36	36,86	82,37	7,14	6,62	42,21
	Promedio Hospitales Especializados	144,67	198,19	65,91	54,98	3,37	30,03

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

Tabla 6. Egresos por especialidad según hospital estatales con internación de la CABA. Año 2016.

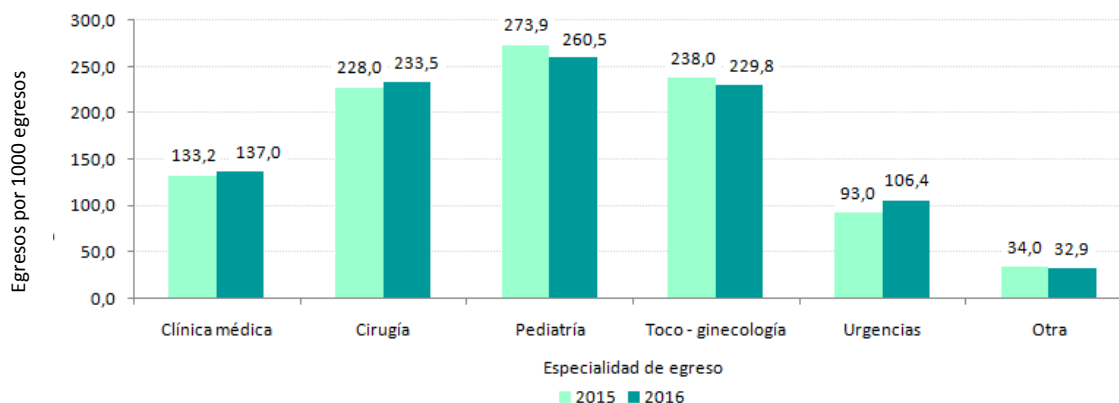
Establecimiento	Total	Especialidad					
		Medicina	Cirugía	Pediatría	Toco-ginecología	Urgencia	Otra
Total	166098	30164	41674	36472	32806	12717	12265
Hospital General de Agudos	113897	15605	26591	29665	26174	12119	3743
Alvarez	9481	1443	1653	3003	2091	1291	0
Argerich	12965	1489	4765	2737	2714	1260	0
Durand	7964	1148	1574	2356	2178	708	0
Fernández	9489	1773	3083	2476	1852	305	0
Penna	14592	628	1684	4681	5386	2213	0
Piñero	10094	109	411	2995	2865	1332	2382
Pirovano	8146	1404	3151	1939	1558	94	0
Ramos Mejía	10378	2825	2510	1992	1797	1254	0
Rivadavia	6593	1176	2127	1700	1490	100	0
Santojanni	11434	1650	3053	3493	2856	382	0
Tornú	4430	1356	1473	0	0	1601	0
Velez Sarsfield	4802	495	1107	1745	1387	68	0
Zubizarreta	3529	109	0	548	0	1511	1361
Hospitales generales de niños*	18266	5097	4585	0	0	74	8510
Elizalde	8540	30	0	0	0	0	8510
Gutierrez	9726	5067	4585	0	0	74	0
Hospitales especializados	33935	9462	10498	6807	6632	524	12
Alvear**	304	196	0	0	0	108	0
Borda	913	897	16	0	0	0	0
Lagleyze	2253	0	2253	0	0	0	0
María Curie	2506	1642	864	0	0	0	0
María Ferrer	1556	1462	0	0	0	94	0
Moyano	1034	1026	8	0	0	0	0
Muñiz	4580	3327	617	498	0	138	0
Quemados	1500	0	1012	371	0	105	12
Rehab. Psicofísica	492	87	405	0	0	0	0
Rocca	179	83	96	0	0	0	0
Santa Lucía	4104	0	4103	0	0	1	0
Sardá	12106	0	0	5466	6632	8	0
Tobar García	472	0	0	472	0	0	0
Udaondo	1936	742	1124	0	0	70	0

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA.

* Las especialidades de medicina y cirugía de estos establecimientos son únicamente pediátricas. ** Periodo abril-diciembre 2016.

En la siguiente tabla se muestra la proporción cada mil egresos por todas las causas, en Hospitales Generales, según especialidad, entre los años 2015 y 2016

Gráfico 6. Egresos por especialidad cada 1000 egresos de todas las causas.
Hospitales Generales GCBA. Años 2015-2016

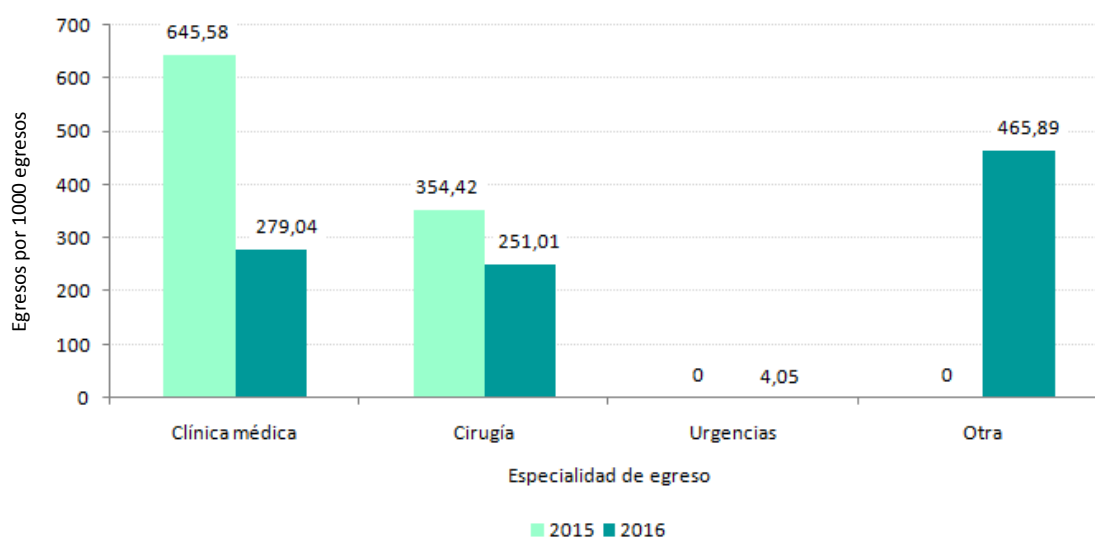


Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

Respecto de los hospitales generales de agudos, se observa que el número de egresos hospitalarios entre los años 2015 y 2016 en las especialidades de pediatría y Toco-ginecología han disminuido en un 15%.

En la siguiente tabla se muestra la proporción cada mil egresos por todas las causas en Hospitales Generales de Niños, según especialidad, entre los años 2015 y 2016.

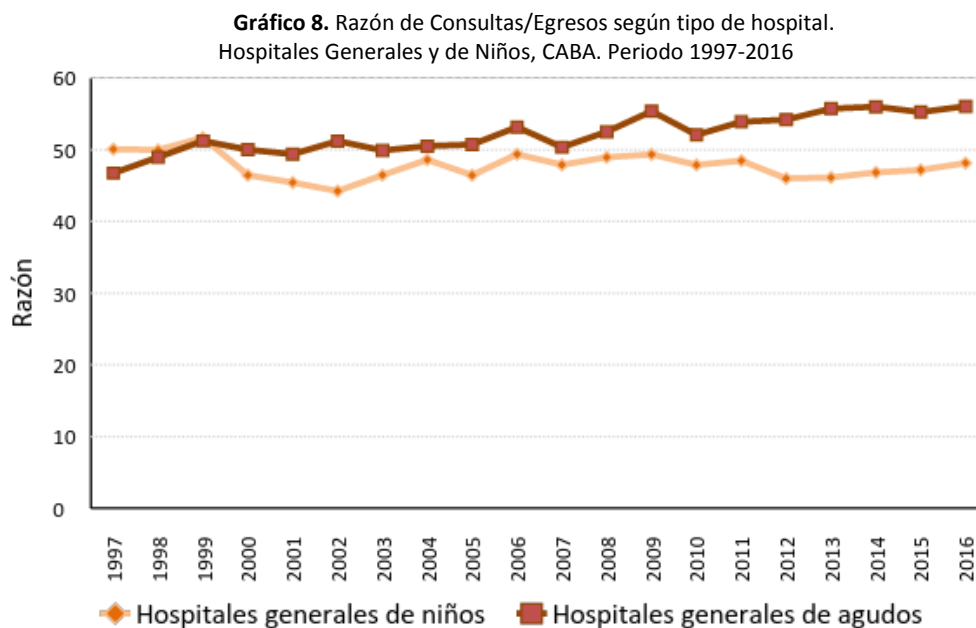
Gráfico 7. Egresos por especialidad por 1000 egresos por todas las causas.
Hospitales Generales de Niños de CABA. Años 2015-2016



Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

Entre los años 2015 y 2016, se observa un descenso del registro de Egresos por Clínica Médica, principalmente y por Cirugías, asimismo se presentó un aumento de Egresos de otro tipo de motivos. La proporción egresos en Clínica Médica cada 1000 egresos por todos los motivos ha descendido en un 67%, en Cirugía en un 30%. La categoría Otros, en 2015 no presentó datos y en 2016, alcanzó un valor de 466,9 x 1000 egresos por todos los motivos.

En el siguiente gráfico se presenta la razón de consultas por los egresos, según tipo de hospital.



Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

La razón entre consultas y egresos se ha comportado en aumento en los Hospitales generales de agudos, presentando un pico en el año 2009 de 55,4 consultas por cada egreso, en el año 2010 comienza a tener un aumento sostenido, alcanzando en el 2016, 56 consultas por cada egreso.

En el siguiente gráfico se expresa la razón entre las consultas y los egresos para los Hospitales Generales de Agudos y los Hospitales Generales de Niños.

Tabla 7. Razón de Consultas/Egresos según tipo de hospital.
Hospitales Generales y de Niños, CABA. Periodo 1997-2016.

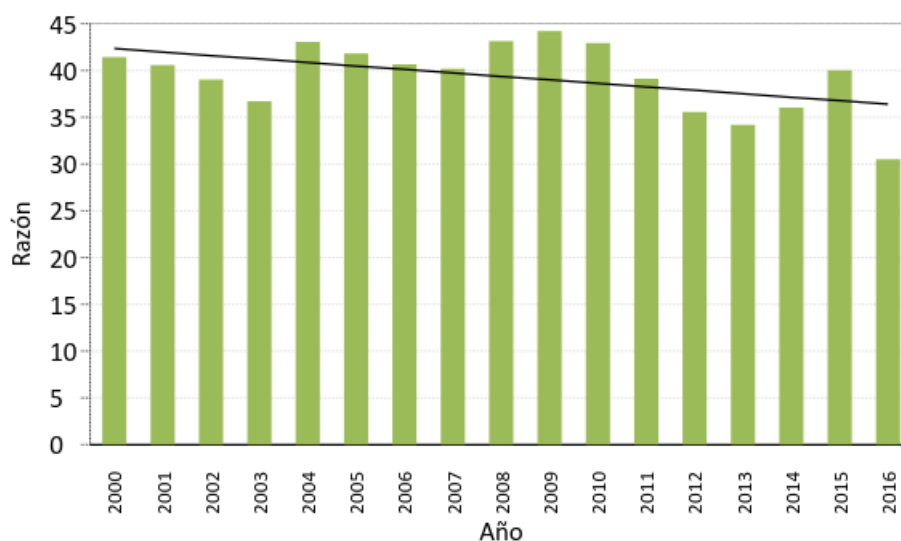
Hospital	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hospitales generales de agudos	46,7	48,9	51,2	50	49,4	51,2	49,9	50,5	50,7	53,2	50,3	52,5	55,4	52,1	53,9	54,2	55,7	56	55,2	56
Hospitales generales de niños	50,1	50	51,7	46,4	45,4	44,2	46,5	48,6	46,4	49,4	47,9	48,9	49,3	47,9	48,5	46	46,1	46,8	47,2	48,1

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

Los Hospitales Generales de niños, han presentado valores que van de los 50,1 consulta por egreso en 1997 a 48,1 en el 2016. En los años intermedios han variado estos valores, presentando los valores más bajos entre los años 2001 y 2002 (45,4 y 44,2, respectivamente).

En el siguiente gráfico se muestra la razón de consultas y egresos Hospitales especializados de Salud Mental entre los años 2000 y 2016

Gráfico 9. Razón de Consultas/Egresos Hospitales especializados de Salud Mental. CABA. Periodo 2000-2016.



Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

La tendencia entre el 2000 y el 2016 de consultas y egresos en hospitales especializados de Salud Mental fue descendente, aun así, el comportamiento no fue uniforme, registrándose el valor más alto en el año 2009 (44,2), seguido por el año 2008 (43,1) y 2004 (43). El año 2016 registra la razón más baja (30,5), representando un 26,3% de disminución en el período estudiado.

Esta tendencia en disminución en la razón de egresos y consultas en Hospitales especializados de Salud Mental, entre los años 2000 y 2016 es de un 26% (41,3 y 30,5 consultas por cada egreso, respectivamente). Este indicador refleja la modalidad de utilización del Sistema. En este sentido, la relación entre consultas y egresos se vio modificada en los últimos 17 años, teniendo mayor presencia los egresos. Resultaría necesario pensar estrategias de intervención que tiendan a sostener la Atención Primaria de la Salud, fortaleciendo los servicios ambulatorios.⁴⁷

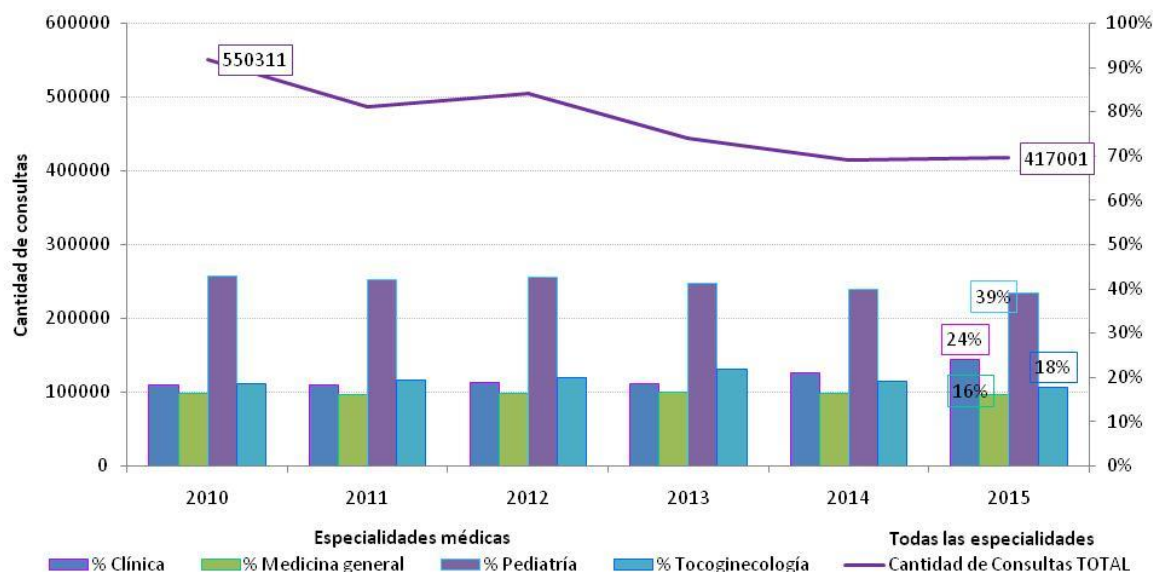
11.7. Consultas en Centros de Salud y Acción Comunitaria

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 42 centros de salud y el Centro Asistencial de Salud Grierson (este último de reciente construcción mantiene un funcionamiento similar a un centro de salud).⁴⁸

En 2015 se contabilizaron 417.001 consultas médicas y 277.646 de otras disciplinas en centros de salud. En el siguiente gráfico se presentan la evolución en los últimos seis años sobre la cantidad total de consultas médicas y el peso relativo de las principales especialidades.

⁴⁷En el anexo se presenta la tabla con los datos

⁴⁸El CeSAC N°43 fue inaugurado en febrero 2017 por tanto no forma parte de este apartado

Gráfico 10. Evolución de la cantidad de consultas médicas en CeSAC y distribución de las principales especialidades médicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2006-2015.

Fuente: Elaboración propia en base a datos publicados por la Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

Con respecto al registro de las consultas médicas del SICEsAC (Sistema de Información de Centros de Salud y Acción Comunitaria) la carga de las consultas presentadas por intervalos de tiempo se discontinuó en algunos efectores, por tanto los datos pueden no ser exactos.⁴⁹

Como se observa el número absoluto de consultas médicas disminuyeron en un 24% en los últimos años. En cuanto al tipo de especialidad durante todo el periodo se observa un predominio de las consultas pediátricas, que concentra más de un tercio de las consultas. Clínica médica es una especialización con creciente peso relativo, aunque en términos absolutos la cantidad de consultas se mantuvo estable.

En la siguiente tabla se presentan la cantidad de consultas por especialidad en todos los centros de salud para el 2015.

⁴⁹ Para consultar las fechas en que se interrumpió la carga en cada efector véase *Anuario Estadístico de la Ciudad* Año 2016 (2017: 212)

Tabla 8. Cantidad de prestaciones médicas y no médicas en CeSAC.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015.

Tipo de prestaciones	Cantidad
Prestaciones médicas	417001
Clínica	99655
Medicina general familiar	66585
Pediatría	162983
Psiquiatría	4161
Tocoginecología	73584
Otras especialidades	10033
No médicas	277646
Psicología	62442
Psicopedagogía	19224
Trabajo social	27726
Fonoaudiología	22627
Kinesiología	5612
Odontología	33969
Nutrición	24660
Obstetricia	42356
Antropología	435
Sociología	716
Otras profesiones	37879

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

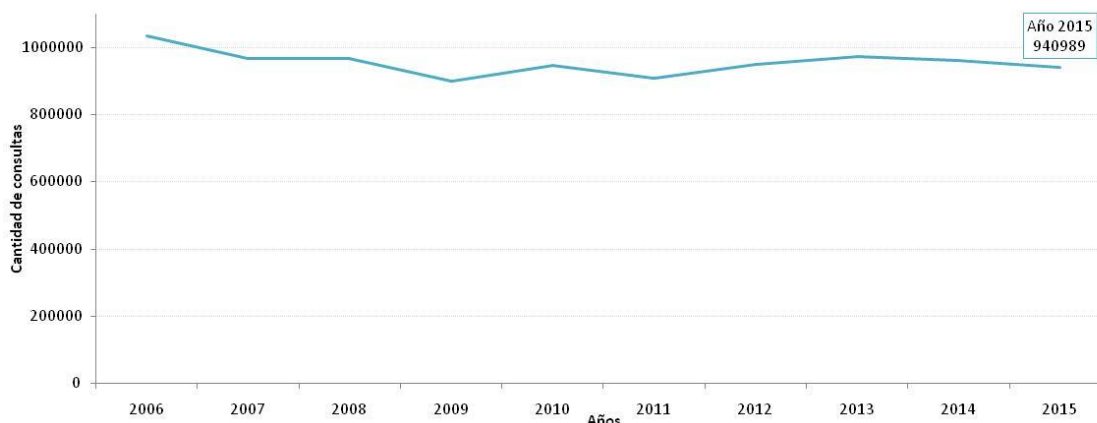
Entre las prestaciones médicas pediatría es la que mayor cantidad de consultas recibe y entre las profesiones no médicas, las que ocupan mayor peso son las de psicología y en segundo lugar obstetricia.

11.8. Consultas odontología

El sistema público de la ciudad cuenta con tres hospitales especializados en odontología: el Hospital Infantil Benito Quinquela Martín, José Dueñas y Dr. Ramón Carrillo. Además de estos establecimientos, los hospitales generales y otros especializados prestan servicios de odontología.

En el siguiente gráfico se presenta la cantidad de consultas odontológicas en los últimos 10 años.

Gráfico 11. Evolución de la cantidad de consultas odontológicas.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2006-2015.



Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

En 2015 se registraron 940.989 consultas odontológicas. En los últimos diez años la cantidad de consultas odontológicas muestra una tendencia a la baja con una caída del 9% al 2015 respecto al 2006.

En las siguientes tablas se muestra la distribución porcentual de las consultas registradas en 2015 según tipo efector.

Tabla 9. . Distribución porcentual de las consultas según efecto de atención.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015. (n=940.989)

Efector	Porcentaje
Centros Odontológicos	62%
Dr. R. Carrillo	34%
J. Dueñas y COI 1	20%
Q. Martín	9%
Hospitales	38%
Generales de Agudos	27%
Generales de Niños	2%
Especializados	8%

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

La mayoría de las consultas se realiza en efectores especializados. El Hospital Dr. Ramón Carrillo es el efecto con mayor cantidad de prestaciones, acumula un tercio del total de las consultas. Del resto de las consultas en otros hospitales, tiene mayor peso los hospitales generales.

11.9. Consultas de Salud Mental

En 2015 se realizaron 46.367 admisiones de salud mental en los hospitales de la ciudad. En la siguiente tabla se presentan los datos de admisiones de 2015 según grupo de edad y sexo.

Tabla 10. Distribución de las admisiones según sexo y edad.
Hospitales de GCBA. Año 2015.

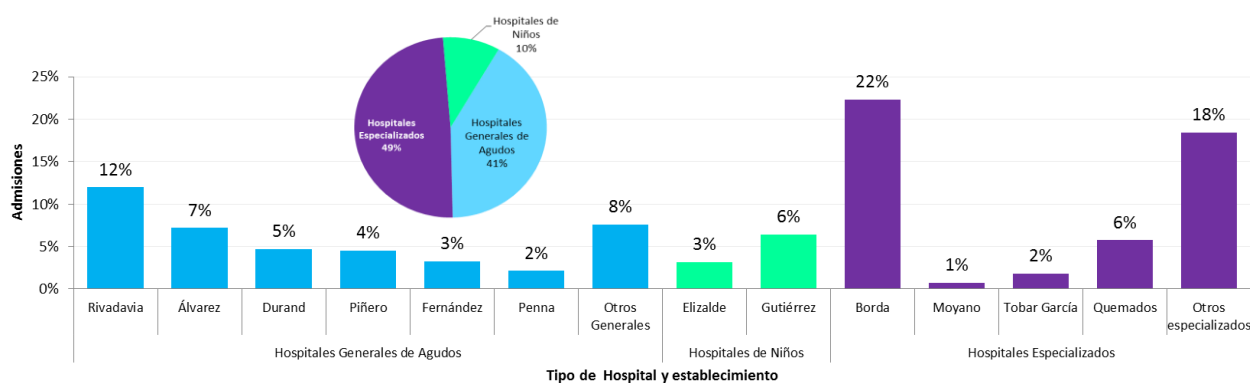
Grupos de edad	Varón	% Edad Varones	Mujer	% Edad Mujeres	Total	% Edad Total
0 - 9	3456	14%	3525	16%	6981	15%
10 - 19	4418	18%	4417	20%	8835	19%
20 - 39	7160	29%	6055	28%	13215	29%
40 - 59	6354	26%	5464	25%	11818	25%
60 - 79	2696	11%	2152	10%	4848	10%
80 y más	300	1%	370	2%	670	1%
Total	24384	100%	21983	100%	46367	100%

Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

En términos de edad la demanda de varones y mujeres es similar. Respecto a la edad, la mayor cantidad de consultas se concentra entre los 20 y los 60 años.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de las admisiones según establecimiento.

Gráfico 12. Admisiones de salud mental por tipo de hospital y establecimiento. Hospitales GCBA. Año 2015.



Fuente: Sub-Gerencia de estadística de Salud. Ministerio de Salud. CABA

Se evidencia que en los hospitales generales y de niños se realizó el 51 % de las admisiones en salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2015, lo que implica la descentralización de instituciones monovalentes y se amplió la atención de otros efectores.

11.10. Inmunizaciones

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con un total de 62 vacunatorios públicos en 20 hospitales y 42 CeSAC.

En este apartado se presenta el análisis de las coberturas alcanzadas en la ciudad en 2016. Se consideran coberturas útiles aquéllas que superan el 95%.

Tabla 11. Coberturas alcanzadas por tipo de vacuna según edad. Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

	VACUNA	COBERTURA
RECIÉN NACIDO	HEPATITIS B < 12	88,4
	BCG EN MATERNIDAD	86,2
< DE 1 AÑO	ROTAVIRUS 1º	90
	ROTAVIRUS 2º	80,6
	SABIN/IPV 1º	93,8
	SABIN/IPV 2º	84,4
	SABIN 3º	79,8
	PENTAVALENTE 1º	91,5
	PENTAVALENTE 2º	84,3
	PENTAVALENTE 3º	81,4
	NEUMOCÓCCICA 1º	89,7
	NEUMOCÓCCICA 2º	82
1 AÑO	CUADRUPLE REFUERZO	71,2
	SABIN REFUERZO	75
	NEUMOCÓCCICA 3º	63,9
	TRIPLE VIRAL 1º	83,5
	HEPATITIS A	84,5
	VARICELA	71,8
6 AÑOS	TRIPLE VIRAL REFUERZO	76,1
	TRIPLE BACTERIANA	82,8
	SABIN REFUERZO	80,3
11 años	TRIPLE ACELULAR	74,8
	VPH 1º	85,6
	VPH 2º	63,9
Embarazadas	TRIPLE ACELULAR	59,5

Fuente: Programa de Inmunizaciones, Ministerio de Salud, GCBA

11.10.1. Indicadores de coberturas

Acceso: El 91% de la población menor a 1 año accede a la primera dosis de la vacuna pentavalente. Este indicador visibiliza la dificultad en la accesibilidad de la población objetivo.

Tasa de deserción: Este indicador mide la pérdida de seguimiento entre distintas dosis de una misma vacuna, siendo aceptable una deserción de hasta un 5%. Tomando como parámetro la vacunación con pentavalente, en el grupo de menores de 1 año se observa una tasa de deserción del 11% entra la primera y la tercera dosis. En el caso de la vacunación contra el virus papiloma humano (VPH) en niñas de 11 años, la tasa de deserción entre la primera y la segunda dosis asciende al 25%.

Simultaneidad: Este indicador utiliza como numerador el número de niños que recibieron 2 o más vacunas simultáneas a la edad apropiada, lo que permite identificar oportunidades perdidas en vacunación. En el grupo de menores de un año, se estima una tasa de simultaneidad del 91,5% tomando como parámetro las vacunas indicadas a los 2 meses de vida. En el grupo etario de 6 años el indicador de simultaneidades del 76,1%. Llama la atención la diferencia de 2,2% entre la tasa de cobertura con 1º dosis de vacuna de hepatitis B (HBV) al nacer, y la aplicación de BCG antes del egreso de la maternidad.

Esquema completo para la edad: En el grupo etario de menores de un año se podría estimar que un 79,8% cumple con este requisito.

Es de destacar que en el marco del Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis, el 29 de abril de 2016 se modificó en la República Argentina el esquema de vacunación contra esta enfermedad. En los niños de 2 y 4 meses la vacuna oral (OPV) fue reemplazada por la vacuna inyectable (IPV); las dosis de OPV trivalente administradas a los 6 y 18 meses de vida, así como la de los 6 años, fueron reemplazadas por OPV bivalente, libre del componente poliovirus 2, responsable de la mayoría de los casos de parálisis aguda flácida relacionados con la vacunación.

12. GLOSARIO

12.1. General

Asentamiento: Emplazamiento poblacional irregular sobre predios estatales o privados que no pueden ser urbanizados, ni destinados a un uso residencial. Las construcciones son muy precarias y no cuentan con servicios urbanos. Las condiciones habitacionales son, de hecho, de absoluta transitoriedad. Se localizan, en su mayoría, debajo de un puente, a la vera de las vías del ferrocarril, en una plaza pública, en un predio baldío, en terrenos inundables, etc.

Canasta Alimentaria (CA): Incluye el valor de los alimentos y bebidas que un hogar requiere para satisfacer sus necesidades básicas alimentarias.

Canasta Alimentaria y de Servicios del Hogar (CAySH): Incluye la CA más gastos en alquiler, expensas, electricidad, gas, agua, comunicaciones (telefonía fija, celular e internet) y transporte público.

Canasta de Bienes y Servicios Mensuales (CBSM): Incluye la CAySH más gastos en servicios para la educación, útiles escolares, artículos de limpieza, servicios de esparcimiento y bienes para el cuidado personal.

Canasta Total (CT): Incluye la CBSM más gastos en bienes y servicios estacionales o contingentes, como indumentaria para niños y adultos, gastos en remedios y salud, y bienes durables para el hogar. Se ha imputado el valor de ingresos a aquellos casos que no declaran el monto de los mismos.

Dependencia: Este indicador relaciona las personas que supuestamente no son autónomas por razones demográficas (la edad), es decir los mayores de 65 años y los menores de 15, con las personas de 15 a 64 años, supuestamente activas económicamente.

$(\text{Población menor de 15} + \text{Población mayor de 64}) / \text{Población de 15} - 64 * 100$

Edad media: Se estima computando la media ponderada de los valores centrales de las clases usando las frecuencias relativas de cada grupo como factores de ponderación.

Edad mediana: Es aquella que divide en dos partes iguales a la población cuyos habitantes han sido ordenados según la edad. Es más variable que la edad media pero es menos sensible a los cambios estructurales propios de cada población.

Estructura de la población activa: Porcentaje de la población de 15 a 64 años sobre el total de la población.

Índice de Burgdöfer: Este índice compara los porcentajes de población en el grupo de población entre los 5 y los 14 años con el de los mayores de 45 y menores de 65 años. Cuando el primer grupo es más numeroso (porcentualmente mayor) la población se considera joven; cuando ambos grupos son aproximadamente iguales se habla de una población madura y si el grupo de 5 a 14 es menor, se considera que se trata de una población envejecida.

$\% \text{Población de 5-14} / \% \text{Población de 45-64} * 100$

Índice de envejecimiento: Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes.

$\text{Mayores de 65 años} / \text{Población de 0-14 años} * 100$

Índice de Friz: Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años.

$\text{Población 0-19 años} / \text{Población de 30-49 años} * 100$

Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. De 60 a 160 se considera una población madura.

Índice de Sundbärg: Este índice toma como base el grupo de población entre los 15 y los 49 años, comparándolo con el grupo de 0 a 14 años y el de los mayores de 50. Cuando el porcentaje de los menores de 15 años supera al de los mayores de 50 se define a la población estudiada como de carácter progresivo. Si esos porcentajes son similares se considera estacionaria y si el grupo de mayores de 50 supera al de menores de 15 se considera regresiva.

$(\text{Población de 0-14 años} / \text{Población 15-49}) : (\text{Mayores 50 años} / \text{Población 15-49}) * 100$

Índice Generacional de Ancianos: Representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más.

$\text{Población 35-64} / \text{Población mayor de 65} * 100$

Masculinidad: Cantidad de varones por cada 100 mujeres.

Masculinidad de adultos mayores: Cantidad de varones mayores de 65 años por cada 100 mujeres mayores de 65 años.

Núcleos habitacionales transitorios (NHT): Conjunto de viviendas multifamiliares que surgen para dar una solución habitacional transitoria a los habitantes de las villas, mientras se edifican los departamentos o casas definitivas que se adjudicaran en propiedad. Si bien surgieron para dar respuestas transitorias, algunos terminaron siendo emplazamientos definitivos, de condiciones muy precarias para los hogares que residen en ellos.

Reemplazamiento de la población activa: Es el cociente formado por los que están a punto de entrar al mercado laboral (15-24 años) sobre los que están a punto de salir (55 a 64 años).

$\text{Población de 15-24} / \text{Población de 55-64} * 100$

Tasa de Actividad: Porcentaje de la población de 10 años o más que se encuentra económicamente activa.

Tasa de empleo: Porcentaje de la población de 10 años o más que se encuentra empleada.

Tasa de desocupación: Porcentaje de la población de 10 años o más que se encuentra desocupada. Cociente entre la suma de la población desocupada sobre el total de la población económicamente activa.

Tasa de subocupación: Porcentaje de la población de 10 años o más que se encuentra ocupada y trabaja menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y desea trabajar más horas.

Tasa general de fecundidad por 10 mil: Se obtiene del cociente entre los nacidos vivos durante un año y la población femenina en edad fértil (15-49 años).

$\text{Nacidos vivos} / \text{Población femenina de 15- 49 años} * 10000$

Villa: Asentamiento poblacional no planificado, de trazado irregular, surgido de la ocupación ilegal de terrenos fiscales, cuyas viviendas originalmente de materiales de desecho son mejoradas a lo largo del tiempo por sus habitantes y van incorporando servicios públicos y equipamiento comunitario por la acción del Estado y/o de instituciones de la sociedad civil. Las villas de la CABA se encuentran, en su mayoría, en proyecto de urbanización e incorporación a la trama urbana y poseen saneamiento básico (provisión de agua potable, disposición de excretas y de residuos), sin las condiciones y calidad del servicio del resto de la ciudad.

12.2. Conceptos e indicadores de mortalidad infantil⁵⁰

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Se llama mortalidad neonatal a la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida y la expresión mortalidad postneonatal designa la ocurrida desde el fin del período neonatal hasta la edad de un año.

La Tasa de Mortalidad Infantil relaciona las defunciones de menores de un año acaecidas durante un año y el número de nacidos vivos registrados en el transcurso del mismo año.

Mortalidad Neonatal: Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos.

La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal) y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) que en la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida).

Mortalidad Post-Neonatal: Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo, y expresada por cada 1000 nacimientos.

⁵⁰ Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>

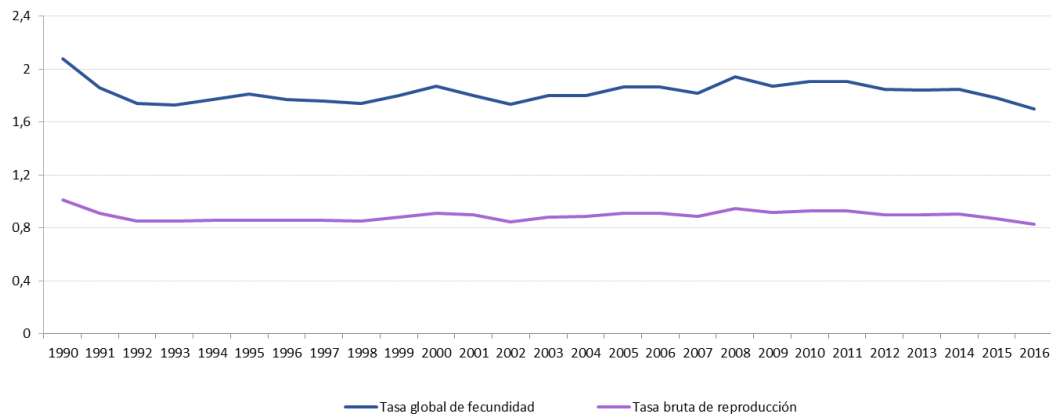
13. BIBLIOGRAFÍA

- ACUMAR (2014) Informe Sociodemográfico y de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de CABA. Dirección General de Salud Ambiental. ACUMAR. Octubre de 2014. Disponible en <http://www.acumar.gov.ar/content/documents/1/4951.pdf>
- ACUMAR (2014 b) Resultados: Informe de la Evaluación Integral de Salud en Área de Riesgo (EISAR) de la Villa 21-24, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). ACUMAR: 29 de mayo de 2014. Disponible en <http://www.acumar.gov.ar/informes>
- ACUMAR (2014 c) Informe de la Evaluación Integral de Salud en Área de Riesgo (EISAR) del Asentamiento Magaldi, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). ACUMAR: 29 de mayo de 2014. Disponible en <http://www.acumar.gov.ar/informes>
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Division of Toxicology and Human Health Sciences. USA. 2016.
- Aránguez, E *et al* (1999) Contaminantes atmosféricos y su vigilancia. Revista Española de Salud. Pública. Vol. 73 no.2 Madrid mar.1999. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de la Buenos Aires (1996) Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Publicado en Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de la Buenos Aires N°47. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/leg_tecnica/sin/normapop09.php?id=26766&qu=c
- Decreto 315 (2016) Boletín oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N°4889, 24/05/2016. Disponible en <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/20160524.pdf> [Acceso noviembre 2017]
- Decreto 675 (2016) Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 5038, 02/01/2017. Disponible en <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/20170102.pdf> [Acceso noviembre 2017]
- Decreto 118 (2017) Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 5153, 06/04/2017. Disponible en <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/20170406.pdf> [Acceso noviembre 2017]
- Dirección General de Estadísticas y Censos (2017) Glosario del banco de datos de la DGEyC. Buenos Aires. Disponible en http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/05/glosario_bdatos_mayo_2017.pdf
- Dirección General de Estadísticas y Censos (2017b) informa de resultados 1155. Tendencias y características de las uniones civiles en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al 2016. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/06/ir_2017_1155.pdf
- GOE. GCBA (2016) “8. Salud ambiental, vigilancia y monitoreo de la calidad de aire” en Boletín Epidemiológico Semanal. N°17. Año I. información hasta la SE 28. 16 de Diciembre de 2016. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/sites/GCBA/files/bes_17_vf.pdf
- INDEC (2014) Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2014. Disponible en <http://www.INDEC.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>
- INDEC (2017) Anuario estadístico de la República Argentina 2015. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Libro digital, PDF. Disponible en http://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/Anuario_Estadistico_2015.pdf
- Legislatura Porteña, (s/ref.). La legislatura en las Comunas y sus barrios. Disponible en <https://www.legislatura.gov.ar/assets/documentos/comunas/leydecomunas.pdf?iframe=true&width=99%&height=100%>
- Ley 5669 (2016) Ley de Historia Clínica Electrónica. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 5019, 02/12/2016. Disponible en <https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/20161202.pdf> [Acceso noviembre 2017]
- Loyola, L A *et al* (s/ref.) Módulo 3: Salud y Ambiente. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Disponible en http://www.msal.gob.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/modulo_3_2016_web.pdf

- Marchetti, C. (2009) “Contaminación y contaminantes del aire exterior”; Manual de Salud Ambiental Infantil OPS, Ministerio de Salud Gobierno de Chile, Ministerio de Salud República Argentina 2009.
- Ministerio de Salud de la Nación. Argentina (2011) Guía de prevención, diagnóstico tratamiento y vigilancia epidemiológica de las intoxicaciones por monóxido de carbono, Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000335cnt-06-Guia_intoxic_monoxido.pdf
- Newman, S. H.; Slingenberg, J. y Lubroth, J. (2010) “Una salud, un destino. Aprender la conectividad entre los ecosistemas, la vida silvestre, el ganado y la población” en Revista Unasylva: revista internacional de silvicultura e industrias forestales. N°236, Vol.61, 2010. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3342871> [Acceso 6 de diciembre de 2017]
- Observatorio Federal de Recursos Humanos (2015) Los Recursos Humanos en Salud en Argentina. Año 2015. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/RHuS_ARG_2015.pdf [Acceso octubre 2017]
- OMS (2006) Guías de Calidad de Aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. Actualización Mundial 2005, Organización Mundial de la Salud, 2006. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69478/1/WHO_SDE_PHE_OEH_06.02_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Meteorológica Mundial (2012) Atlas de la Salud y del clima. Ginebra Editorial OMS. Disponible en <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112303> [Acceso 6 de diciembre de 2017]
- OMS (2017) Sistemas de salud. www.who.int Disponible en http://www.who.int/topics/health_systems/es/ [Acceso noviembre 2017]
- Oyarazún, M (2010) Contaminación aérea y sus efectos en la salud. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. v.26 n.1 Santiago mar.2010
- PAHO (s/ref.) Demografía. Disponible en http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=45-bases-conceptuales-demograficas&category_slug=publicaciones-antecedentes&Itemid=235
- Priá Barros et al (2006) Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Disponible en http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Guia_elaboracion_ASIS_en_atencion_primaria.pdf [Acceso octubre 2017]
- Quiroga, D et al (2010) Salud ambiental infantil: Manual para enseñanza de grado en Escuelas de Medicina. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2010.
- Ramos Domínguez (2006) Enfoque conceptual y de procedimiento para el diagnóstico o análisis de situación de salud. En *Revista cubana Salud Pública*. Volumen 32, Número 2, página 164-170. Ciudad de La Habana abr-jun 2006. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es [Acceso octubre 2017]
- Resolución 1727 (2004) Creación del Sistema de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial n°2070 – 18 de noviembre de 2004. Disponible en <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/archivos/normas/R-SS-Exp%2069833-2003%20resol%201727-04.pdf> y Anexo 3: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/archivos/normas/ANEXO%20III.pdf> [Acceso octubre 2017]
- WHO (2011) Health in the green economy. Génova, WHO Press. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44609/1/9789241501712_eng.pdf [Acceso 6 de diciembre de 2017]

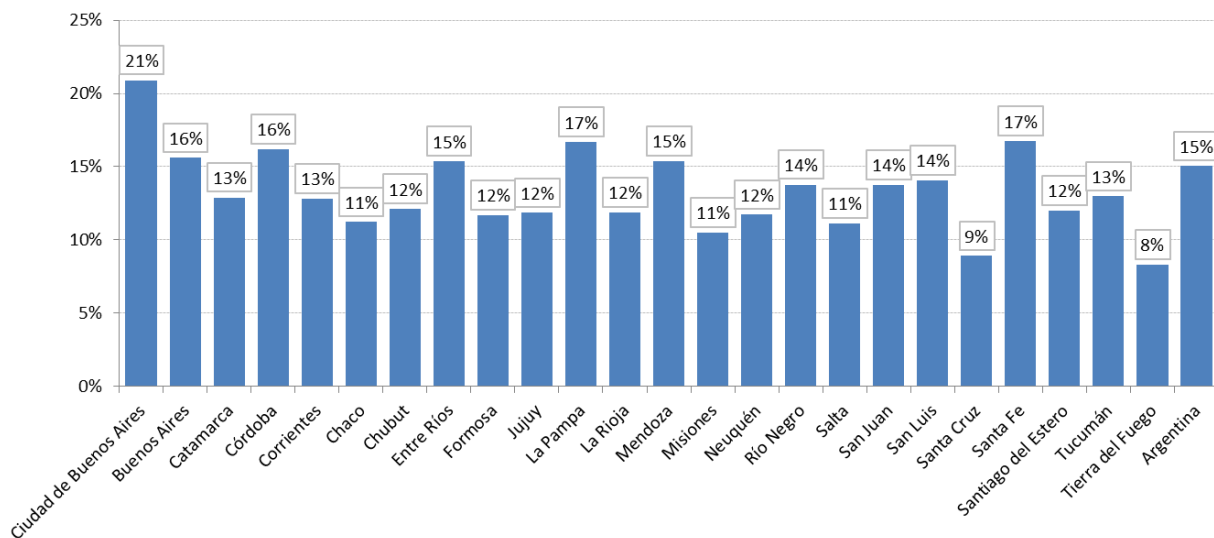
14. ANEXO

Gráfico 1. Tasa Global de Fecundidad y Tasa Bruta de Reproducción.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 1990-2016



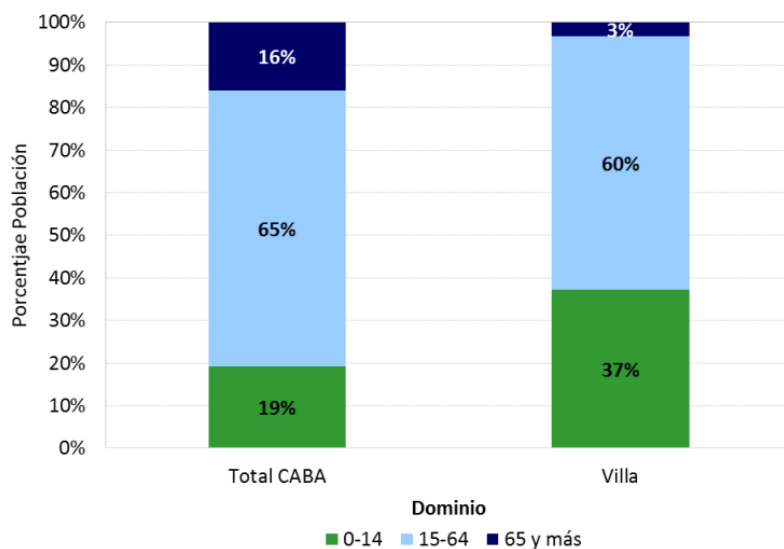
Fuente: Elaboración propia en base a datos de Dirección de Estadística y Censo (Ministerio de Hacienda)

Gráfico 2. Porcentaje de población de 60 años y más por jurisdicción
Argentina Año 2016.



Fuente: Elaboración propia con datos de Proyecciones de INDEC.

Gráfico 3. Distribución porcentual de la población en grandes grupos de edad según dominio Ciudad Autónoma de Buenos Aires Año 2016.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas y censos (Ministerio de Hacienda)

Tabla 1. Indicadores demográficos por Comunas Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015 y 2016.

Comunas	Friz		Sundborg		Burgdöfer		Envejecimiento	Índe de masculinidad	Índice de dependencia
1	65	Madura	65	Regresivo	90	Madura	74%	96,9	40%
2	54	Envejecida	38	Regresivo	62	Envejecida	144%	80,6	44%
3	63	Madura	59	Regresivo	86	Envejecida	86%	88,9	43%
4	93	Madura	96	Estacionaria	131	Joven	50%	91,0	47%
5	60	Madura	53	Regresivo	80	Envejecida	96%	84,7	44%
6	59	Envejecida	49	Regresivo	75	Envejecida	104%	83,6	47%
7	84	Madura	74	Regresivo	109	Madura	68%	88,2	49%
8	118	Madura	141	Progresivo	184	Joven	34%	90,4	51%
9	83	Madura	72	Regresivo	107	Madura	71%	92,9	50%
10	73	Madura	60	Regresivo	88	Envejecida	85%	88,1	49%
11	69	Madura	56	Regresivo	84	Envejecida	91%	89,3	48%
12	64	Madura	57	Regresivo	85	Envejecida	89%	87,1	47%
13	58	Envejecida	49	Regresivo	76	Envejecida	108%	83,8	47%
14	54	Envejecida	46	Regresivo	70	Envejecida	114%	82,4	43%
15	65	Madura	60	Regresivo	86	Envejecida	84%	87,8	44%
Total	92	Madura	63	Regresivo	61	Envejecida	80%	87,8	56%

Fuente: Elaboración propia con datos de Proyecciones de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Tabla 2. Esperanza de vida al nacer según sexo por jurisdicciones.
Argentina. Año 2015.

Jurisdicción	Varones	Mujeres
Ciudad de Buenos Aires	75,4	81,7
Buenos Aires	73,5	80,2
Catamarca	74,7	80,4
Chaco	71,5	78,3
Chubut	73,9	81,3
Córdoba	74,1	80,7
Corrientes	73,3	79,3
Entre Ríos	73,0	80,5
Formosa	73,0	78,9
Jujuy	73,7	79,8
La Pampa	74,6	80,9
La Rioja	73,9	80,1
Mendoza	74,9	80,8
Misiones	72,8	79,4
Neuquén	75,4	82,0
Río Negro	74,9	80,8
Salta	73,5	79,9
San Juan	74,3	79,6
San Luis	74,6	80,8
Santa Cruz	73,2	80,8
Santa Fe	73,0	80,6
Santiago del Estero	72,8	79,6
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	75,6	81,3
Tucumán	73,9	79,9
Argentina	73,7	80,3

Fuente: Elaboración propia con datos de Proyecciones de INDEC

Tabla 3. Estado Civil en mayores de 14 años según edad y según sexo.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016

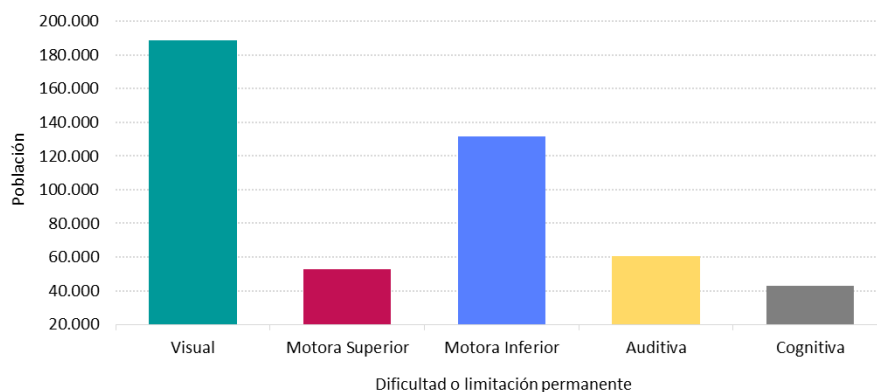
	Grupos etarios	Soltero/a	Unido/a	Casado/a	Separado/a divorciado/a	Viudo/a
Ambos sexos	Total	30,2	20,1	28,5	13,3	7,9
	14 - 24	88,4	9,3	0,4	1,8	0,1
	25 - 34	39,4	38,1	14,9	7,6	0,0
	35 - 44	16,9	33,3	35,5	13,6	0,5
	45 - 54	10,2	21,8	43,6	21,4	3,0
	55 - 64	9,2	11,2	45,3	25,9	8,4
	65 y más	7,7	4,8	39,6	15,4	32,5
Varones	Total	33,4	22,4	31,6	9,6	2,9
	14 - 24	92,2	7,0	0,2	0,6	0,0
	25 - 34	44,9	37,2	12,8	5,1	0,0
	35 - 44	17,7	36,5	35,6	10,1	0,1
	45 - 54	10,5	24,6	47,1	16,8	1,0
	55 - 64	8,2	16,6	54,6	17,1	3,5
	65 y más	5,5	8,0	57,9	14,1	14,6
Mujeres	Total	27,4	18,1	26,0	16,4	12,1
	14 - 24	84,7	11,5	0,6	3,0	0,2
	25 - 34	34,1	38,9	16,9	10,0	0,1
	35 - 44	16,2	30,4	35,5	16,9	1,0
	45 - 54	9,8	19,5	40,6	25,3	4,7
	55 - 64	9,9	7,3	38,6	32,2	12,0
	65 y más	9,0	2,8	28,4	16,2	43,6

Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección General de Estadística y Censo (Ministerio de Hacienda)

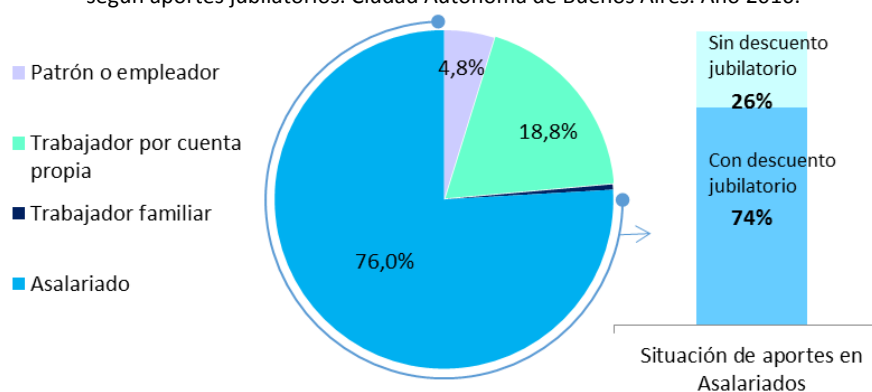
Tabla 4. Relación entre matrimonios y uniones civiles en parejas heterosexuales.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2004-2016

Año	Matrimonio	Unión civil
2004	14977	69
2005	14713	112
2006	13798	239
2007	13455	323
2008	13203	280
2009	12404	345
2010	12997	504
2011	12600	512
2012	12241	574
2013	11206	641
2014	11043	601
2015	11295	478
2016	11168	563

Fuente: Informe de Resultados 1155. Dirección de Estadística y censo (Ministerio de Hacienda)

Gráfico 4. Población en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por tipo de dificultad o limitación permanente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadística y Censo (Ministerio de Hacienda GCBA)

Gráfico 5. Distribución porcentual de la población ocupada por categoría ocupacional y distribución porcentual de asalariados según aportes jubilatorios. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016.

Tabla 5. Tasa de actividad, empleo, desocupación y subocupación horaria en población de 10 años y más. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Comuna	Actividad	Empleo	Desocupación	Subocupación
1	67,9	61,7	9,1	11,9
2	66,8	63,2	5,4	7,1
3	65,2	61,4	5,9	9,8
4	62,5	53,9	13,7	10,9
5	65,8	61,3	6,7	9
6	67,8	63,4	6,5	7,1
7	62,3	55,7	10,6	8,3
8	56,1	48,5	13,7	11,5
9	63,6	56,1	11,8	10,9
10	61,7	58,3	5,5	11,4
11	63,9	58,3	8,8	12,2
12	63,5	59,2	6,8	6,7
13	66,3	63,8	3,8	7,6
14	67,5	63,1	6,6	7,4
15	64,8	61,1	5,7	9,1
Total	64,4	59,2	8	9,4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016

Tabla 6. Distribución porcentual de la población y los hogares según relación ingresos y canastas de consumo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015.

Relación Ingresos - Canastas de consumo	%		Recuento	
	Hogares	Población	Hogares	Población
Ingresos menores a la Canasta Alimentaria	3,2	4,6	42.500	142.000
Ingresos entre la Canasta Alimentaria y la Canasta Alimentaria y de Servicios del Hogar	7,8	9,1	102.000	278.500
Ingresos menores a la Canasta de Bienes y Servicios Mensuales	4,1	6,1	53.000	186.000
Ingresos menores a la Canasta Total	3,9	5,2	51.000	158.500
Ingresos iguales o mayores a la Canasta Total	80,9	75,0	1.055.000	2.289.500
Total	100,0	100,0	1.303.500	3.054.500

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2015 e IPCBA.

Tabla 7. Distribución porcentual de la población y los hogares según relación ingresos y canastas de consumo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016.

Relación Ingresos - Canastas de consumo	%		Recuento	
	Hogares	Población	Hogares	Población
Ingresos menores a la Canasta Alimentaria	3,9	5,8	50.600	176.000
Ingresos entre la Canasta Alimentaria y la Canasta Alimentaria y de Servicios del Hogar	9,1	10,7	117.300	327.800
Ingresos menores a la Canasta de Bienes y Servicios Mensuales	4,2	5,4	53.700	166.100
Ingresos menores a la Canasta Total	4,8	6,1	61.400	188.000
Ingresos iguales o mayores a la Canasta Total	78,1	72,0	1.009.200	2.201.400
Total	100,0	100,0	1.292.200	3.059.200

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016 e IPCBA.

Tabla 8. Porcentaje de población que no accede a la canasta total de consumo según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2012 – 2016

Comunas	2012	2013	2014	2015	2016
1	43,5	40,2	40,3	35,6	42,0
2	18,4	14,1	13,2	11,1	17,2
3	31,8	29,8	26,7	24,8	31,5
4	50,8	49,7	46,9	44,5	48,0
5	17,7	17,9	17,5	15,9	23,6
6	15,5	16,1	19,9	14,9	15,8
7	42,2	35,1	35,3	31,3	33,3
8	46,7	47,6	46,7	54,3	55,2
9	26,3	30,4	39,9	28,1	36,4
10	33,4	17,9	18,7	24,8	24,0
11	17,7	15,1	19,3	23,1	24,2
12	15,9	16,0	17,4	13,2	18,7
13	15,6	11,2	16,9	14,5	10,3
14	18,1	13,1	13,2	9,8	11,1
15	24,0	21,4	28,1	23,1	19,4
Total	28,0	25,2	27,0	25,0	28,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH e IPCBA.

Tabla 9. Distribución porcentual de la población por cobertura médica según comuna.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016

Comunas	Sólo sistema público	Obra social	Prepaga o mutual vía obra social	Prepaga por contratación voluntaria	Otro ¹
1	33%	43%	11%	10%	4%
2	7%	39%	18%	24%	12%
3	20%	50%	16%	7%	7%
4	36%	49%	9%	3%	3%
5	12%	47%	16%	15%	9%
6	8%	37%	31%	17%	7%
7	27%	41%	18%	8%	6%
8	50%	39%	8%	2%	1%
9	27%	46%	14%	7%	6%
10	21%	44%	17%	10%	9%
11	15%	34%	25%	19%	7%
12	11%	38%	30%	14%	6%
13	7%	29%	36%	21%	8%
14	5%	37%	27%	20%	12%
15	13%	39%	26%	18%	3%
Total	20%	41%	20%	13%	7%

¹ Incluye la población cubierta por dos o más sistemas (sin incluir al público) y la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). EAH 2016.

Tabla 10. Distribución porcentual de la población en viviendas particulares por cobertura de salud según provincia. Argentina. Año 2010

Jurisdicción	Solo cobertura en el sistema	Otra cobertura de salud
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	18%	82%
Buenos Aires	35%	65%
Catamarca	39%	61%
Chaco	58%	42%
Chubut	27%	73%
Córdoba	33%	67%
Corrientes	48%	52%
Entre Ríos	36%	64%
Formosa	57%	43%
Jujuy	45%	55%
La Pampa	32%	68%
La Rioja	38%	62%
Mendoza	37%	63%
Misiones	44%	56%
Neuquén	35%	65%
Río Negro	34%	66%
Salta	48%	52%
San Juan	44%	56%
San Luis	40%	60%
Santa Cruz	17%	83%
Santa Fe	32%	68%
Santiago del Estero	56%	44%
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	21%	79%
Tucumán	36%	64%
Total del país	36%	64%

Fuente: Elaboración propia con datos del Censos 2010. INDEC

Tabla 11. Unidades Educativas según nivel y según tipo de gestión.
Ciudad Buenos Aires. Año 2016.

Tipo de Unidad	Total	Gestión pública	Gestión Privada
Total	2.761	1.227	1.534
Común	2.371	936	1.435
Inicial	726	246	480
Primario	882	460	422
Secundario	497	157	340
Superior no universitario	266	73	193
Especial	111	61	50
Inicial	35	22	13
Primario	72	39	33
Secundario	4	-	4
Adultos	279	230	49
Primario	90	83	7
Secundario	189	147	42

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Educación (GCBA). Unidad de Evaluación Integral de la Calidad y Equidad Educativa (UEICEE). Investigación y Estadística sobre la base de Relevamiento Anual. Datos Provisorios.

Tabla 12. Población de 3 años y más que asiste a un establecimiento educativo por sector de gestión al que pertenece el establecimiento según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2016

Comunas	Estatat	Privado Religioso	Privado no religioso
1	73%	14%	14%
2	44%	25%	31%
3	55%	22%	23%
4	77%	16%	7%
5	55%	29%	16%
6	53%	17%	30%
7	64%	18%	18%
8	71%	19%	10%
9	60%	25%	16%
10	57%	29%	15%
11	58%	22%	20%
12	51%	23%	27%
13	36%	16%	48%
14	33%	25%	42%
15	56%	23%	21%
Total	57%	21%	22%

Fuente: Elaboración propia con datos de base usuario EAH 2016.

Tabla 13. Población de 10 años y más por condición de alfabetismo y sexo según comuna .Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010

Comuna	Población mayor a 10 años	Analfabetos (Total)	% Analfabetos
1	184.068	996	0,54%
2	146.016	395	0,27%
3	168.421	728	0,43%
4	187.604	1.533	0,82%
5	161.340	586	0,36%
6	158.572	483	0,30%
7	192.590	1.435	0,75%
8	154.931	1.732	1,12%
9	141.511	793	0,56%
10	147.377	819	0,56%
11	169.509	611	0,36%
12	178.319	623	0,35%
13	208.658	519	0,25%
14	206.054	443	0,21%
15	163.171	707	0,43%
Total	2.568.141	12.403	0,48%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Tabla 14. Población de 10 años y más por condición de alfabetismo y porcentaje de analfabetismo por sexo según grupo de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010

Grupo de edad (años)	Total	Condición de alfabetismo						Porcentaje de analfabetismo		
		Alfabetos			Analfabetos					
		Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
10-14	150.501	149.282	75.627	73.655	1.219	727	492	0,81%	0,95%	0,66%
15-19	167.681	166.853	82.860	83.993	828	478	350	0,49%	0,57%	0,41%
20-24	228.125	227.289	110.461	116.828	836	454	382	0,37%	0,41%	0,33%
25-29	247.594	246.752	120.108	126.644	842	459	383	0,34%	0,38%	0,30%
30-34	248.069	247.105	119.724	127.381	964	491	473	0,39%	0,41%	0,37%
35-39	215.326	214.493	102.822	111.671	833	427	406	0,39%	0,41%	0,36%
40-44	180.876	180.061	85.077	94.984	815	374	441	0,45%	0,44%	0,46%
45-49	171.626	170.865	79.101	91.764	761	355	406	0,44%	0,45%	0,44%
50-54	171.021	170.237	77.367	92.870	784	347	437	0,46%	0,45%	0,47%
55-59	161.136	160.386	70.335	90.051	750	293	457	0,47%	0,41%	0,50%
60-64	152.115	151.393	65.066	86.327	722	263	459	0,47%	0,40%	0,53%
65-69	128.415	127.843	53.071	74.772	572	183	389	0,45%	0,34%	0,52%
70-74	105.173	104.620	41.102	63.518	553	142	411	0,53%	0,34%	0,64%
75-79	93.296	92.776	34.275	58.501	520	132	388	0,56%	0,38%	0,66%
80-84	78.070	77.501	25.235	52.266	569	95	474	0,73%	0,38%	0,90%
85-89	46.599	46.132	13.385	32.747	467	75	392	1,00%	0,56%	1,18%
90 y más	22.518	22.150	4.867	17.283	368	49	319	1,63%	1,00%	1,81%
Total	2.568.141	2.555.738	1.160.483	1.395.255	12.403	5.344	7.059	0,48%	0,46%	0,50%

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) sobre la base de datos de INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Tabla 15. Cantidad de prestaciones médicas según CeSAC.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015.

Centro de Salud y Acción Comunitaria	Especialidad						
	Total	Clínica	Medicina general familiar	Pediatría	Psiquiatría	Tocoginecología	Otra ¹
Total	417.001	99.655	66.585	162.983	4.161	73.584	10.033
1	5.779	1.514	814	1.950	-	1.195	306
2	10.250	5.415	-	2.303	340	1.844	348
3	13.912	3.241	2.608	4.501	-	3.558	4
4	10.144	1.669	1.167	3.963	56	3.277	12
5	6.930	1.287	672	4.201	-	770	-
6	16.423	9.478	349	6.362	-	217	17
7	14.048	1.714	3.948	4.160	-	4.221	5
8	10.811	2.526	207	6.360	-	1.191	527
9	10.292	-	4.016	3.665	483	2.128	-
10	6.206	1.379	-	2.353	693	1.140	641
11	13.394	4.027	-	8.270	-	1.097	-
12	3.833	2.923	-	17	-	891	2
13	5.871	2.083	54	2.792	-	928	14
14	2.970	615	102	1.469	224	559	1
15	12.791	1.254	851	8.207	86	2.350	43
16	9.477	2.744	171	4.149	-	1.848	565
17	4.150	1.351	-	1.061	-	1.737	1
18	25.577	4.530	-	17.148	424	3.440	35
19	19.131	17.205	-	-	-	350	1.576
21	16.036	2.451	4.208	6.834	313	2.038	192
22	8.668	72	2.720	3.039	-	2.748	89
24	19.562	1	12.215	5.779	-	1.567	-
25	7.484	1.515	1.296	4.185	-	488	-
26	6.569	1.276	-	3.438	-	1.855	-
27	355	119	-	157	-	79	-
28	716	139	-	577	-	-	-
29	7.841	2	2.882	2.682	-	2.264	11
30	10.655	2.976	525	4.558	-	1.298	1.298
31	9.665	2.356	152	4.697	-	2.453	7
32	5.613	705	2.197	2.133	-	578	-
33	14.364	5.361	17	4.908	601	3.455	22
34	13.990	1.254	5.644	2.573	-	4.518	1
35	17.818	2.013	4.520	7.350	7	3.475	453
36	12.881	1.235	6.795	3.532	-	1.206	113
37	418	146	-	272	-	-	-
38	9.130	2.107	-	3.061	525	2.311	1.126
39	13.870	3.158	946	6.143	-	1.961	1.662
40	16.326	5.410	-	6.436	-	4.480	-
41	8.934	155	3.453	3.055	409	1.849	13
45	8.418	844	4.056	2.830	-	688	-
Grierson	5.699	1.405	-	1.813	-	1.532	949

1 Incluye: Cardiología, Deportología, Dermatología, Gerontología, Neumonología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Toxicología, Traumatología

Nota: sin información para los siguientes CESAC: enero: 5, 14, 20, 27, 44; febrero: 5, 14, 20, 27, 44; marzo: 5, 14, 20, 27, 44; abril: 14, 20, 27, 44; Grierson; mayo: 5, 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; junio: 10, 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; julio: 5, 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; agosto: 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; septiembre: 10, 12, 20, 27, 44, Grierson; octubre: 1, 10, 20, 27, 44, Grierson; noviembre: 1, 5, 10, 20, 27, 44, Grierson; diciembre: 1, 5, 10, 20, 27, 44, Grierson.

Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud.

Tabla 16. Cantidad de profesionales no médicos según CeSAC.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015.

Centro de Salud y Acción Comunitaria	Tipo de prestación					
	Total	Psicología	Psicopedagogía	Trabajo social	Fonoaudiología	Kinesiología
Total	137.631	62.442	19.224	27.726	22.627	5.612
1	2.044	1099	814	78	53	-
2	4.223	2.541	-	1.682	-	-
3	2.894	2.817	-	77	-	-
4	7.149	3.136	1.674	748	1.591	-
5	1.185	740	334	111	-	-
6	717	269	124	193	131	-
7	4.749	2.657	-	1.345	747	-
8	3.007	2.236	-	223	548	-
9	2.834	1.232	416	985	122	79
10	3.814	1.634	722	895	376	187
11	5.631	1.968	1.593	323	1.123	624
12	1.669	292	612	563	202	-
13	3.275	1.650	751	176	698	-
14	2.603	2.105	239	259	-	-
15	4.685	1.794	1.476	1.415	-	-
16	3.399	1.211	549	413	1.226	-
17	2.455	1.219	725	235	276	-
18	12.148	3.046	1.935	2.356	3.386	1.425
19	6.897	3.377	1.082	1.506	932	-
20	-	-	-	-	-	-
21	1.382	705	595	82	-	-
22	2.701	1.954	-	461	-	286
24	4.761	1.506	-	1.515	868	872
25	2.295	683	398	482	732	-
26	3.857	814	404	1.425	679	535
27	154	40	-	102	12	-
28	21	21	-	-	-	-
29	3.170	1.370	-	1.271	529	-
30	2.230	1.353	-	600	277	-
31	2.108	1.479	404	225	-	-
32	785	288	-	74	423	-
33	4.942	3.346	-	581	1.015	-
34	2.458	839	549	69	1.001	-
35	3.997	1.165	433	1.670	729	-
36	3.894	2.118	440	317	1.019	-
37	3.371	1.936	589	72	774	-
38	2.181	1.315	-	616	-	250
39	6.069	2.865	711	2.152	341	-
40	6.084	2.191	1.037	1.339	1.517	-
41	3.677	724	618	759	814	762
44	-	-	-	-	-	-
45	1.571	444	-	86	486	555
Grierson	545	263	-	245	-	37

Continua

Tabla 16 (continuación). Cantidad de profesionales no médicas según CeSAC.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2015.

Centro de Salud y Acción Comunitaria	Tipo de prestación						
	Total	Odontología	Nutrición	Obstetricia	Antropología	Sociología	Otras profesiones
Total	140.015	33.969	24.660	42.356	435	716	37.879
1	2.020	816	177	396	-	-	631
2	6.698	1.374	358	584	-	-	4.382
3	5.900	1.399	1.758	2.743	-	-	-
4	4.336	1.155	593	2.588	-	-	-
5	1.086	594	177	315	-	-	-
6	4.819	1.956	1.169	1.694	-	-	-
7	5.150	1.240	563	3.347	-	-	-
8	266	-	-	266	-	-	-
9	3.781	848	334	2.179	-	284	136
10	2.882	-	-	191	-	-	2.691
11	4.234	1.683	2.071	480	-	-	-
12	1.147	374	506	267	-	-	-
13	1.856	553	460	832	-	-	11
14	1.262	626	-	636	-	-	-
15	3.927	1.192	423	1.750	-	-	562
16	4.395	503	371	832	-	-	2.689
17	170	-	-	170	-	-	-
18	9.319	2.100	3.726	3.493	-	-	-
19	5.346	2.199	540	2.018	-	-	589
20	-	-	-	-	-	-	-
21	3.907	835	1.281	1.401	-	-	390
22	1.035	-	-	110	-	-	925
24	6.384	1.113	1.071	1.545	131	-	2.524
25	738	-	-	738	-	-	-
26	3.081	1.649	593	839	-	-	-
27	93	30	61	2	-	-	-
28	0	-	-	-	-	-	-
29	2.059	110	998	862	89	-	-
30	3.564	-	117	1.058	-	-	2.389
31	7.308	629	631	2.061	-	-	3.987
32	3.311	-	79	457	-	-	2.775
33	5.073	1.343	619	-	-	-	3.111
34	2.204	740	1.233	231	-	-	-
35	4.202	1.426	996	1.330	-	146	304
36	3.482	911	1.450	1.121	-	-	-
37	120	-	120	-	-	-	-
38	246	84	-	162	-	-	-
39	2.089	791	552	746	-	-	-
40	9.373	3.454	977	2.440	-	-	2.502
41	8.629	1.481	338	1.161	215	286	5.148
44	-	-	-	-	-	-	-
45	444	-	120	324	-	-	-
Grierson	4.079	761	198	987	-	-	2.133

Nota: sin información para los siguientes CESAC: enero: 5, 14, 20, 27, 44; febrero: 5, 14, 20, 27, 44; marzo: 5, 14, 20, 27, 44; abril: 14, 20, 27, 44; Grierson; mayo: 5, 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; junio: 10, 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; julio: 5, 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; agosto: 12, 14, 20, 27, 44, Grierson; septiembre: 10, 12, 20, 27, 44, Grierson; octubre: 1, 10, 20, 27, 44, Grierson; noviembre: 1, 5, 10, 20, 27, 44, Grierson; diciembre: 1, 5, 10, 20, 27, 44, Grierson.

Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud.

Tabla 17. Razón de Consultas/Egresos en Hospitales especializados en Salud Mental. Serie 2000-2016. CABA

Hospital	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hospitales especializados en Salud Mental	41,43	40,6	39	36,7	43	41,8	40,6	40,2	43,1	44,2	42,9	39,1	35,6	34,2	36	40	30,5

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).