

**Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Ministerio de Salud**

**Comité de Análisis de Situación de Salud.
(Resolución SS 1727/04)**

**ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD
DE BUENOS AIRES SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE
COMUNAS.2006**

**Redacción: Lic. Yamila Comes
Coordinador Dr. Raúl Forlenza
Departamento de Epidemiología
Dirección General Adj. de APS
Ministerio de Salud
Año 2007**

INDICE

Introducción

Objetivos del Informe

Marco normativo de la caracterización territorial del presente informe

Aclaraciones metodológicas referidas a la estratificación de la ciudad

Metodología referida al componente de pérdidas de la salud

Metodología referida a los recursos del sistema

Capítulo 1.

Situación General de salud de la Ciudad

Situación demográfica de la Ciudad

Nacidos Vivos

Componente sociodemográfico: Situación social de la población de la ciudad

Componente de pérdidas de la salud: Análisis de la mortalidad en la ciudad de Buenos Aires

a) Mortalidad por causas seleccionadas: Análisis de las muertes por infecciones

b) Mortalidad por causas seleccionadas: Análisis de las muertes por causas externas

Análisis de la mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires

Mortalidad de 1 a 4 años

Mortalidad Materna

Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Componente de pérdidas de la salud: Indicadores de morbilidad.

Enfermedades de notificación obligatoria

Tuberculosis

Hepatitis A

Meningoencefalitis

Motivos de consulta en CESAC

Motivos de consulta en Plan Médico de Cabecera (PMC)

Diagnósticos de egreso hospitalario

Componente de Recursos del Sistema de Salud

Movimiento hospitalario 2005: Egresos

Movimiento hospitalario 2005: Consulta Externa

Partos y cesáreas en hospitales generales y especializados

Movimiento de APS

Inmunizaciones

Capítulo 2: Análisis de la situación de salud según áreas de comunas

Aclaraciones metodológicas

Situación demográfica de la población de la Ciudad según comunas

Situación social de la población de la ciudad según comunas

Mortalidad según estratos de población con similares Necesidades Sociales	
Mortalidad por causas seleccionadas según estratos de Necesidades Sociales	
Mortalidad por enfermedades infecciosas y Necesidades Sociales	
Mortalidad por causas externas según Necesidades Sociales	
Mortalidad Infantil según Necesidades Sociales	
Mortalidad infantil reducible según Necesidades Sociales	
Años potenciales de vida perdidos según Necesidades Sociales	
Capítulo 3: Desigualdades en la mortalidad por causas seleccionadas	
Aclaraciones metodológicas	
Probabilidad de muerte	
Exceso de muerte	
Riesgo atribuible poblacional	
Fracción de riesgo atribuible poblacional	
Índice y curva de concentración	
Capítulo 4: Conclusiones sobre la situación de salud de la población de la ciudad de Buenos Aires	
Anexos Informes sobre problemáticas particulares y situación social	
Anexo I: Análisis de situación de salud de la población residente en el CGP 8 – Año 2005	
Anexo II: Morbilidad por meningitis en residentes de la CABA – Años 1993-2005	
Anexo III: Desigualdades sociales en la incidencia de la infección por VIH de casos notificados a la Coordinación de SIDA de residentes en la Ciudad de Buenos Aires de 15 años y más durante el trienio 2003/2005	
Anexo IV: Desigualdades sociales en la mortalidad por causas externas en la Ciudad de Buenos Aires	

INTRODUCCION

El análisis de Situación de salud (ASIS), constituye una de las áreas de desempeño de la epidemiología. El mismo tiene como objetivo, proveer de información sobre la situación de salud/enfermedad/atención de la población en función de generar evidencia epidemiológica para la toma de decisiones.

El ASIS pretende como herramienta, proponer una explicación de los fenómenos de salud/enfermedad desde la multidimensionalidad de factores interactuantes. Esto se realiza asumiendo que las situaciones de inequidad social, problemas del medio ambiente, crisis políticas institucionales, patrones económicos, etc, incrementan la probabilidad de desarrollar determinados modos de vivir, enfermar y morir. Consiste en la articulación de tres componentes en función de obtener un diagnóstico sobre el proceso de salud/enfermedad/atención en una población.

Los tres componentes son: Los aspectos sociales, demográficos y ambientales de dicha población, las pérdidas de la salud (morbilidad y mortalidad) y los recursos del sistema para hacer frente a la situación. El concepto es articular estos componentes con el fin de relacionar y comparar datos.

El ASIS, como parte de la tarea de vigilancia de la salud, aún presenta dificultades para alcanzar máxima eficacia y efectividad. Debido a los actuales sistemas de registros de datos y los aspectos que se priorizan en los censos y encuestas, es difícil construir indicadores sensibles a las condiciones de salud de la población. En términos generales, predomina el análisis de pérdidas de la salud o enfermedad. Esta situación presenta la utilidad de informar los perfiles de morbi/mortalidad sin embargo, aún no es posible monitorear las condiciones de aquella población que no enferma.

Este informe de ASIS se desarrolla en el Departamento de Epidemiología (DGAAPS) del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y en el marco de la resolución 1727/04 en conjunto con el comité de ASIS (CASIS). En el mismo se ha plasmado el análisis de la situación de salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires durante el año 2005.

OBJETIVOS DEL INFORME

El objetivo de este trabajo es describir y analizar la situación de Salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2005 conjuntamente con los recursos que cuenta para dar respuesta a los problemas.

Objetivos específicos

1. Describir las condiciones de vida de la población de la Ciudad de Buenos Aires
2. Describir y analizar las condiciones de la morbi-mortalidad de la población de la ciudad de Buenos Aires según estratos de condiciones de vida
3. Describir las respuestas sociales del subsector estatal en salud para hacer frente a la situación de salud/enfermedad de la población de la Ciudad de Buenos Aires

MARCO NORMATIVO DE LA CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL DEL PRESENTE INFORME

Este informe de ASIS se desarrolla bajo la división territorial de “*comunas*”, dejando atrás el criterio de agregación territorial de “CGP”.

El motivo de trabajar con comunas es porque el 1ero de septiembre de 2005, la legislatura sanciona con fuerza de Ley, la normativa nro. 1777 denominada Ley Orgánica de Comunas.

En esta normativa se define como comunas a las unidades de gestión política y administrativa descentralizada con competencia territorial, patrimonio y personería jurídica propia. (Art. 2)

En el Art. 3ro la ley dictamina como finalidad de las comunas, entre otras las de:

- a. Facilitar la participación de la ciudadanía en el proceso de toma de decisiones y en el control de los asuntos públicos.
- b. Mejorar la eficiencia y la calidad de las prestaciones que brinda el Gobierno de la Ciudad.
- c. Implementar medidas de equidad, redistribución y compensación de diferencias estructurales a favor de las zonas más desfavorecidas de la ciudad.

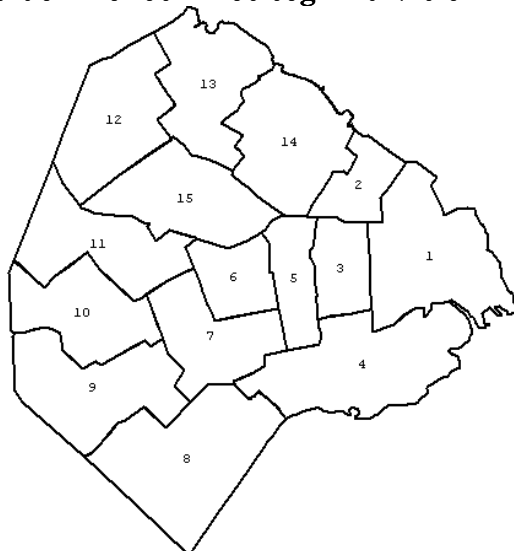
En función de estas tres finalidades, el departamento de Epidemiología, se propone contribuir a estos propósitos por medio de un informe de situación de salud de la población según comunas de residencia.

ACLARACIONES METODOLOGICAS

METODOLOGÍA REFERIDA A LA ESTRATIFICACIÓN DE LA CIUDAD

La ciudad de Buenos Aires, fue dividida en 15 comunas (Véase mapa nro. 1)

Mapa Nro. 1 - Ciudad de Buenos Aires según división Territorial de Comunas



Las comunas agrupan diferentes barrios de la ciudad:

La comuna 1 agrupa los barrios de: Constitución (12), San Telmo (33), Montserrat (18), San Nicolás (32), Retiro (29) y el puerto (27).

La comuna 2 coincide con el barrio de Recoleta (28).

La comuna 3 agrupa los barrios de Balvanera (3) y San Cristóbal (4).

La comuna 4 agrupa los barrios de. Pompeya (20), Parque patricios (25), Barracas (5) y La Boca (7).

La comuna 5 agrupa los barrios de Almagro (3) y Boedo (8)

La comuna 6 coincide con el barrio de Caballito (9)

La comuna 7 agrupa el barrio de Flores (14) y Parque Chacabuco (24)

La comuna 8 agrupa los barrios de Lugano (40), Villa Riachuelo (45) y Villa Soldati (47)

La comuna 9 el de Parque Avellaneda (23), Mataderos (17) y Liniers (16).

La comuna 10 el de Villa Luro (41), Velez Sarsfield (34), Floresta (15), Monte Castro (19), Villa Real (44) y Versailles (35).

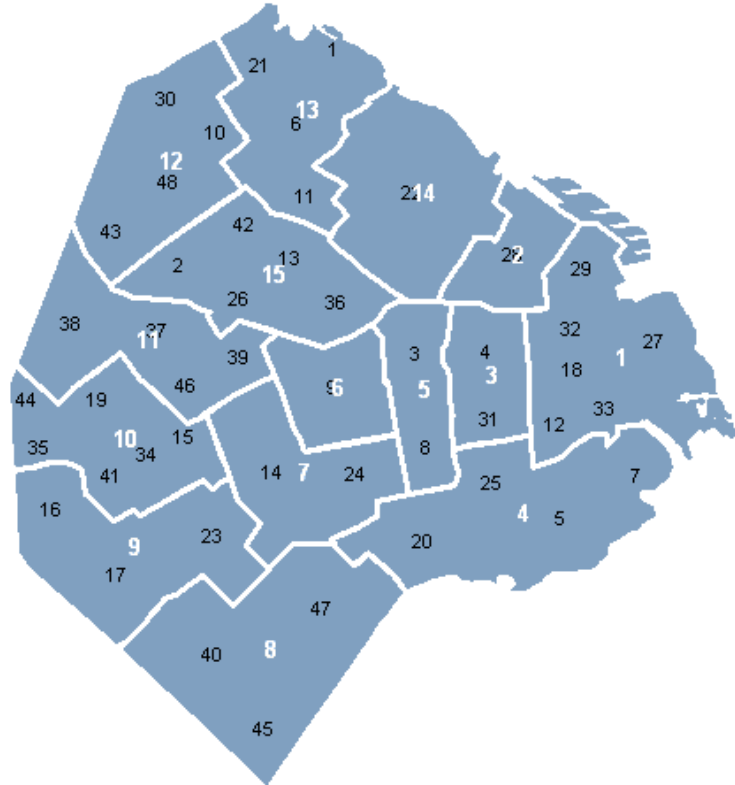
La comuna 11 agrupa los barrios de Villa Devoto (38), Villa del Parque (37), Villa General Mitre (39), Villa Santa Rita (46).

La comuna 12 agrupa los barrios de Villa Pueyrredón (43), Villa Urquiza (48), Coghland (10) y Saavedra (30)

La comuna 13 agrupa a Núñez (21), Belgrano (6) y Colegiales (11).

La comuna 14 coincide con el barrio de Palermo (22)

La comuna 15 agrupa Agronomía (2), Villa Ortúzar (42), Chacarita (13), Paternal (26) y Villa Crespo (36).



METODOLOGÍA REFERIDA AL COMPONENTE DE PÉRDIDAS DE LA SALUD

Mortalidad

Para el análisis de la mortalidad se tomarán los datos por CGP ya que las bases se encuentran bajo esta modalidad de organización geográfica pero se seleccionarán los CGP que coincidan en cantidad mayor al 50% de su territorio a la zona de comuna en cuestión.

Se designó “área sur” o “4” a los CGP 3, 4, 5 y 8, “área este” o “3” al CGP 1, “área Centro/Norte” o “2” a los CGP 2s, 7, 9, 11 y “área Oeste/Norte” o “1”: CGP 6, 10,12,13, 14E, 14O, 2N.

Se advierte que para el desarrollo del capítulo de mortalidad se han utilizado datos del año 2005

Se ha trabajado sobre fuentes secundarias obtenidas en la Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad y la Dirección General de Estadística y Censo (DGEyC) del GCBA.

Los datos fueron extraídos de las bases de mortalidad cedidas por la DGEyC de la Ciudad de Buenos Aires y el procesamiento fue realizado mediante software. El ajuste de tasas fue realizado por método directo, tomando como estándar la población por edades de la Ciudad y fue procesado con el software para datos

tabulados EPIDAT 3.1, realizado por la Xunta de Galicia y de distribución gratuita por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los diagnósticos de causa de muerte se han nominado conforme a la codificación realizada por la DGEyC, que Surge de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Para el presente estudio se ha trabajado con diagnósticos y capítulos según las necesidades de la desagregación del dato.

Las unidades geográficas sobre las que se centra el análisis de la mortalidad han sido los Centro de Gestión y Participación (CGP) ya que la base posee esta categorización, sin embargo se ha realizado un proxy de áreas de CGP a comunas.

Con el fin de relacionar las condiciones de vida con la mortalidad, se ha tomado el indicador de necesidades sociales construido por el Departamento de Epidemiología.

Para el análisis de las desigualdades en salud se han utilizado algunos indicadores de efecto e impacto promovidos por el Ministerio de Salud y la OPS. (Schneider; M, C; 2002)

Entre las medidas de rango se incluyen indicadores de efecto tales como la Razón de Tasas¹ y la Diferencia entre Tasas², También se utilizaron las medidas de impacto tales como el Riesgo Atribuible Poblacional³, el Riesgo Atribuible poblacional porcentual⁴,

Entre las medidas de regresión se tomaron el Índice y curva de Concentración⁵. Estos indicadores utilizan el modelo estadístico de regresión lineal.

Para las medidas de rango, se dividió a la población según Situación Social Inconveniente. Para las de regresión se trabajó específicamente con los datos de cada CGP.

El análisis de la mortalidad de mujeres en edad fértil y mortalidad materna se basa en el informe de Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna que realiza el programa materno infantil de la DGAAPS – Ministerio de Salud – GCBA.

La construcción de los APVP se realizó mediante la base de datos de mortalidad del año 2005 y la aplicación del paquete estadístico para datos tabulados EPIDAT 3.1. El valor del indicador *Esperanza de Vida* fue 75 años (debido a que la esperanza de vida promedio en la ciudad es de 75,9 años) y se consideró en el cálculo, las edades de fallecidos entre 1 y 75 años. Si bien es discutida esta posición, la mayoría de los autores coinciden con este criterio de incluir los APVP a partir del año de vida. “...*La mortalidad en menores de un año se debe en general a causas específicas de esa edad que no guardan relación con las defunciones en otras edades, y además, un fallecido en el primer año de vida aportaría casi 70 años al cómputo total de años perdidos, considerablemente más que los aportados por la defunción de un adolescente, sobreestimando el valor social de una defunción en un recién nacido*⁶....”. Las

¹ La Razón de Tasas es un indicador de efecto que mide la diferencia en términos de proporción entre la mejor y la peor situación social, en función de un indicador socioeconómico y un evento de salud

² La diferencia de Tasas indica el exceso de determinado evento de salud entre la población en mejor y peor situación social en función de un indicador social

³ El Riesgo Atribuible Poblacional permite determinar el impacto que tiene llevar a toda la población a la mejor situación social, medida por un indicador social, respecto a un evento de salud.

⁴ Riesgo atribuible poblacional porcentual expresa en términos de porcentaje el riesgo atribuible poblacional.

⁵ Este índice está basado en el coeficiente de Gini y expresa en términos de deciles de población, ordenada por una categoría socioeconómica, cuanto le corresponde, en términos de porcentaje de dicho evento de salud.

⁶ Romeder JM, McWhinnie JR. Potential Years of Life Lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. Int J Epidemiol 1977; 6(2): 143 51

tasas de APVP fueron ajustadas cuando se compararon por estratos, tomándose como población estándar, la población total de la ciudad.

Morbilidad

La morbilidad surge de datos de distintas fuentes: de la Dirección de Estadísticas para la Salud, (egresos de hospitales y consultas de APS) y de registros del Departamento de Epidemiología sobre enfermedades de notificación obligatoria.

Indagar la morbilidad en la ciudad presenta el obstáculo de no disponer siempre del domicilio del paciente en algunas de las fuentes, lo cual impide la georreferenciación del fenómeno. Por otro lado, el subsector de salud privado y de la seguridad social participa escasamente en el sistema de vigilancia de la salud, y las patologías de notificación obligatorias son notificadas fundamentalmente por el subsector de salud oficial y no se dispone de datos de egresos del sector privado y de obra social.

Esta situación dificulta el enfoque global del análisis del perfil de la morbilidad de la población de la Ciudad.

METODOLOGÍA REFERIDA A LOS RECURSOS DEL SISTEMA

Para indagar los recursos del sistema se han utilizado fuentes provenientes de la Dirección de Estadísticas para la salud del Ministerio de Salud del GCBA y de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de La Nación (DEIS).

Capitulo 1 – Situación General de salud de la Ciudad

Situación demográfica de la ciudad

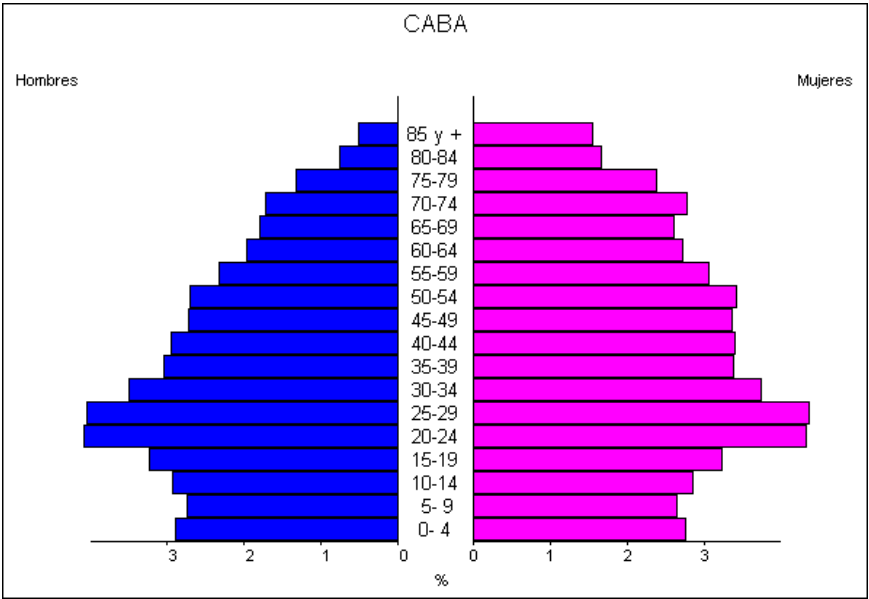
En el año 2004 se ha publicado una modificación en la cantidad de habitantes de la Ciudad. De 2.776.138 habitantes, se ha pasado a 3.006.000 habitantes (INDEC proyecciones del Censo con datos definitivos, estas constituyen proyecciones de la población al 30 de junio del año 2003 sobre resultados definitivos del Censo 2001).

Las mujeres representan un 55% del total de residentes mientras que los varones alcanzan el 45%.

Se trata de una pirámide similar a los países desarrollados, con bajo número de nacimientos y alta proporción de adultos mayores (véase gráfico N° 1).

En el año 2001 se observa la mayor proporción de población entre los 25 y 29 años que en el resto de los grupos etáreos. Sigue constante la proporción de casi 3 a 1 a favor de las mujeres, entre mujeres y varones de 80 años y más. (Véase gráfico N° 1). Durante el proceso de envejecimiento fallecen más tempranamente los varones que las mujeres. Sin embargo mueren más mujeres que varones dado su mayor predominio en números absolutos.

Gráfico N° 1 Pirámide demográfica de la Población de la Ciudad de Buenos Aires – Año 2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas Poblacionales – INDEC Censo 2001

Nacidos vivos

En el año 2005 nacieron en la ciudad 43.064 niños de madres residentes en la misma. La tasa bruta de natalidad de la ciudad fue de 14,3 por mil habitantes,

Componente Sociodemográfico: Situación social de la población de la ciudad.

La situación social de la ciudad, en términos generales presenta mejores indicadores promedio, comparados con aquellos nacionales. (Datos CENSO 2001).

La tasa de población en hogares NBI, en porcentaje representa un diez por ciento menos que la media nacional.

La población con primario incompleto es de alrededor del 5% y esta situación se mantuvo estable en los dos últimos años. (Véase tabla N° 1)

Un cuarto de población declaró tener cobertura en salud únicamente estatal. Las edades más afectadas por esta situación se encuentran entre lo 20 y 50 años. Los mayores de 60 años son los que, proporcionalmente, poseen mayor cobertura de obra social y/o prepaga. (Véase tabla N° 1)

Un 26% de la población de la ciudad declaró padecer al menos una enfermedad crónica. Este dato sería relativo en tanto se trata de la población que contestó afirmativo en la Encuesta Anual de Hogares. La misma estaría influenciada por el grado de conocimiento que tiene sobre su propia salud y las posibilidades de consultar y detectar síntomas y signos patológicos (Véase tabla N° 1)

En la ciudad, un 14% de la población vive en condiciones de hacinamiento o hacinamiento crítico. (Véase tabla N° 1)

Las viviendas deficitarias y las viviendas en hoteles o pensiones albergan en total a casi un 7% de la población de la ciudad.

Alrededor de un 2% de la población de la ciudad sufre la falta de agua segura y alrededor de un 3% de la población posee inodoro con descarga de agua a pozo, cámara séptica o a hoyo, o no poseen descarga. (Véase tabla N° 1)

En la ciudad conviven alrededor de unos 680.138+-34.000 animales. Los porcentuales por especies indican que predominan los perros y gatos quedando en tercer lugar las aves y un resto menor de otras especies animales

Tabla N° 1 Indicadores socio –económicos – Ciudad de Buenos Aires – Año 2001

Indicador	Tasa Ciudad en porcentaje	Tasa Total País en porcentaje
Tasa de población en hogares con NBI [∞]	7.8	17,7
Tasa de población con primario incompleto	4.8	8.6
Cobertura médica únicamente del Subsector estatal	22.1	48.1
Tasa de población con hacinamiento y hacinamiento crítico [∞]	14.2	29,1
Tasa de población que habita en viviendas deficitarias [∞]	6.4	18.5
Tasa de población con problemas de agua no segura [∞]	1.9	21,3
Tasa de población con problemas de descarga de agua en Inodoro [∞]	3.3	57,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EAH 2004. y del CNPHV 2001 –

En la ciudad conviven alrededor de 680.138+-34.000 animales (dato del año 2004). Los porcentuales por especies indican que predominan los perros y gatos quedando en tercer lugar las aves y un resto menor de otras especies animales (Véase gráfico N° 2). Se estima que el índice de persona/can es de 7,45 a 1 y el de persona/gato de 24,5 a 1. En lo que respecta a especies sinantrópicas (ratas, murciélagos, palomas y aves silvestres) se carece de estimaciones estadísticas fidedignas⁷

[∞] Este dato corresponde al CNPHV – INDEC 2001

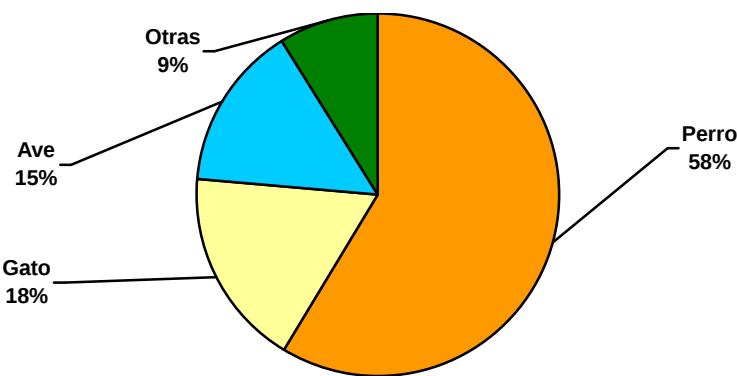
[∞] Este dato corresponde al CNPHV – INDEC 2001

[∞] Este dato corresponde al CNPHV – INDEC 2001

[∞] Este dato corresponde al CNPHV – INDEC 2001

⁷ Datos del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur

Gráfico N° 2 – Distribución porcentual de animales en la Ciudad de Buenos Aires – Año 2004



Fuente: Instituto de Zoonosis Luis Pasteur – Año 2006.

COMPONENTE DE PÉRDIDAS DE LA SALUD: Análisis de la mortalidad en la ciudad de Buenos Aires.

Durante el año 2005 fallecieron 31.792 habitantes de la ciudad de Buenos Aires. La tasa bruta de mortalidad fue de 11,4 tomando como base el dato de población del censo 2001.

Los varones representaron el 45,3% del total de fallecidos y las mujeres el 54,7% restante. Esto no ha variado con relación al año pasado.

La tasa de mortalidad tanto en varones como mujeres fue de 11,4 por mil habitantes. El año 2004 la tasa de mujeres fue de 14 por mil mientras que de varones había sido de 9,8 por mil. Esto muestra una pequeña variación entre ambas.

El promedio de edad continúa siendo de 75 años y la mediana y moda de 79 y 83 años respectivamente.

Las tasas de mortalidad más elevadas continúan siendo las de las enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y tumores. (Véase tabla nro. 2). En relación con el año 2004, se observa en el año 2005 un aumento de la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. También aumentaron las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. Las tasas que disminuyeron fueron las de enfermedades endocrinas, las de signos, síntomas y hallazgos anormales, las de trastornos mentales y las de enfermedades de la piel. Los trastornos mentales bajaron ya que no figuran en el año 2005 los registros de demencias. Ubicaron en ese ítem los casos de intoxicación por alcohol o drogas. (Véase tabla nro. 2).

Tabla nro. 2 – Tasas específicas y porcentajes de la mortalidad según capítulos de la CIE-10 –OMS – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

CAPITULOS	2004		2005	
	%	Tasa	%	Tasa
Enfermedades del sistema circulatorio	29,5	347	32,8	375,3
Enfermedades del sistema respiratorio	23,5	276	23,2	265,5
Tumores	22,2	260	22,3	255,5

Enfermedades del sistema genitourinario	4,8	56,8	4,3	49,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,1	48,6	6,0	69,2
Enfermedades del sistema digestivo	3	35,3	3,3	37,8
Causas externas	2,9	34,4	3,3	37,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,6	31,1	1,7	19,4
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de lab.	2,1	25,3	0,5	6,1
Enfermedades del sistema nervioso	1,6	18,9	1,0	11,5
Trastornos mentales y del comportamiento	1,1	13,3	0,1	0,9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,6	4,1[1]	0,5	3,8
Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,6	6,9	0,4	4,4
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,6	6,9	0,1	0,9
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,4	2,8[2]	0,4	2,6
Enf. del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,2	2,7	0,1	1,3
TOTAL	100	11,7	100	11,4

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2004 y 2005 – Se aclara que para los capítulos de “*embarazo parto y puerperio*”, el de “*ciertas afecciones originadas en el período perinatal*” y el de “*malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas*” se construyeron las tasas con nacidos vivos

Según el sexo de los fallecidos se observa que las mujeres murieron en mayor medida por enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio, mientras que los varones lo hicieron, en mayor medida por enfermedades del sistema circulatorio y tumores. (Véase tabla nro. 4)

Tabla nro. 4 - Distribución porcentual del sexo de los fallecidos y tasa de mortalidad según sexo por capítulos de la CIE-10 – Ciudad de Buenos Aires – Año - 2005

capítulos de la cie - 10 Capítulos CIE-10 - OMS	masculino			femenino		
	rec.	%	Tasa	rec.	%	Tasa
Enfermedades del sistema circulatorio	4436	42,6	352,5	5984	57,4	394,3
tumores	3512	49,5	279,1	3580	50,5	235,9
Enfermedades del sistema respiratorio	3121	42,3	248,0	4249	57,7	280,0
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	847	44,1	67,3	1075	55,9	70,8
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	665	63,3	52,8	386	36,7	25,4
Enfermedades del sistema genitourinario	641	46,5	50,9	737	53,5	48,6
Enfermedades del sistema Digestivo	521	49,7	41,4	527	50,3	34,7
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	191	35,5	15,2	347	64,5	22,9
Enfermedades del sistema nervioso	150	47,0	11,9	169	53,0	11,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	98	60,1	7,8	65	39,9	4,3
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de	80	47,6	6,4	88	52,4	5,8

laboratorio						
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosóm	65	57,0	5,2	49	43,0	3,2
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos,	54	44,6	4,3	67	55,4	4,4
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	10	28,6	0,8	25	71,4	1,6
Trastornos mentales y del comportamiento	8	30,8	0,6	18	69,2	1,2
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	3	12,5	0,2	21	87,5	1,4
Embarazo, parto y puerperio				3	100,0	0,2
TOTAL	14402	45	11.4	17390	54	11.4

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005 - Se aclara que para los capítulos de “embarazo parto y puerperio”, el de “ciertas afecciones originadas en el período perinatal” y el de “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” se construyeron las tasas con nacidos vivos.

La mortalidad por edad y capítulos de la CIE-10 (que determinan grandes causas) muestra que los menores de 0 hasta 14 años, murieron en primer lugar por afecciones originadas en el período perinatal, después, le siguen las malformaciones congénitas, después las enfermedades del sistema respiratorio, las causas externas y los tumores. (Véase tabla N° 5)

La mortalidad de la población de 15 a 64 años ocurrió fundamentalmente por tumores, enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio. (Véase tabla N° 5)

Los mayores de 64 años mueren mayoritariamente por enfermedades del sistema circulatorio, le siguen las causas respiratorias, los tumores, y enfermedades infecciosas (Véase tabla N° 5)

Tabla nro. 5 - Mortalidad por edad y capítulos de la CIE-10 – Frecuencia, Distribución porcentual y Tasas por diez mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Edad en grandes grupos demográficos	capítulos de la CIE – 10 - OMS	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por diez mil h.
0 a 14 a	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	163	33,8	3,5
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	106	22,0	2,3
	Enfermedades del sistema respiratorio	77	16,0	1,6
	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	40	8,3	0,9
	Tumores	24	5,0	0,5
	Resto de las causas	72	14,9	1,5
	Total	482	100	10,3
15 a 64	Tumores	2052	36,6	11,2
	Enfermedades del sistema circulatorio	1281	22,8	7,0
	Enfermedades del sistema respiratorio	723	12,9	4,0
	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	577	10,3	3,2
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	403	7,2	2,2
	Resto de las causas	577	10,2	3,2
	Total	5613	100	30,7
65 y más	Enfermedades del sistema circulatorio	9126	35,5	170,1
	Enfermedades del sistema respiratorio	6570	25,6	122,5
	Tumores	5016	19,5	93,5

	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1502	5,8	28,0
	Enfermedades del sistema genitourinario	1272	4,9	23,7
	Resto de las causas	2669	10,4	49,8
	Total	25697	100	479,0

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

En cuanto a los diagnósticos de muerte, se observa que en el grupo de 0 a 14 años, la mayoría de las causas son neonatales. Se observan 10 casos de envenenamiento accidental por exposición a vapores y cinco de ellos fueron muertos en el incendio de Cromagnon. (Véase tabla nro. 6)

Tabla Nº 6 - Mortalidad según diagnóstico de fallecidos entre 0 y 14 años – Tasas por cien mil Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico de muerte	Frecuencia	Tasas por cien mil hab.
Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y del bajo peso al nacer	89	18,98
Edema pulmonar	51	10,88
Malformaciones congénitas de la válvula aórtica y mitral	29	6,18
Otras malformaciones congénitas	28	5,97
Dificultad respiratoria del recién nacido	17	3,63
Otros trastornos del encéfalo	12	0,26
Otras septicemias	11	0,23
Neumonía, organismo no especificado	10	0,21
Envenenamiento accidental por exposición a gases y vapores	10	0,21
Hemorragia intracraneal del feto y recién nacido	9	0,19
Resto de las causas	216	4,61
Total	482	10,28

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Entre los fallecidos del grupo etáreo entre 15 y 44 años la primer causa de mortalidad fue la infección por enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana. La segunda causa fue la exposición a factores no especificados (cómo causa externa), la tercera también corresponde a causas externas ya que es agresión por disparo de otras armas de fuego y la cuarta corresponde también a causas externas y en ella hay 69 personas que fallecieron en el incendio de Cromagnon ocurrido a fines de diciembre de 2004. Se aclara que la notificación se realizó en el año 2005 por lo tanto aparecen en la base de este año. Como se observa, las causas externas ocupan el segundo, tercero y cuarto lugar en este grupo etáreo. (Véase tabla nro. 7)

Tabla Nº 7 - Mortalidad según diagnóstico en fallecidos de entre 15 y 44 años – Tasas por cien mil Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico	Frecuencia	Tasas por cien mil hab.
Enfermedad por VIH	91	7,5
Exposición a factores no especificados	70	5,8
Agresión con disparo de otras armas de fuego	69	5,7
Envenenamiento accidental por exposición a gases y vapores	67	5,6
Edema pulmonar	59	4,9
Neumonía	49	4,1

Tumor maligno de la mama	48	4,0
Lesión autoinflingida intencionalmente por ahorcamiento	36	3,0
Septicemias	26	2,2
Tumor maligno de los bronquios y pulmón	24	2,0
Resto de las causas	691	57,3
Total	1206	99,9

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

En el grupo de edad de 45 a 64 años, el principal motivo de muerte es el tumor maligno de bronquios y pulmón, le sigue el infarto agudo de miocardio, el tumor maligno de la mama y neumonía. (Véase tabla nro. 8)

Tabla Nº 8 - Mortalidad según diagnóstico en fallecidos de entre 45 y 64 años – Tasas por cien mil Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnósticos CIE-10 OMS	Frecuencia	Tasa por cien mil hab.
Tumor maligno de los bronquios y pulmón	371	59,7
Infarto agudo de miocardio	289	46,5
Tumor maligno de la mama	239	38,4
Neumonía	231	37,1
Septicemia	152	24,4
Insuficiencia Cardíaca	146	23,5
Tumor maligno del colon	142	22,8
Complicaciones y las mal definidas de enfermedad cardíaca	132	21,2
Tumor maligno del páncreas	102	16,4
Edema pulmonar	93	15,0
Resto de las causas	2510	403,6
Total	4407	708,6

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Entre las causas de muerte de la población de 65 y más años figuran en primer lugar las neumonías, la insuficiencia cardíaca, el infarto y septicemia entre otras. Las patologías son las típicas de edades avanzadas. (Véase tabla nro. 9)

Tabla Nº 9 - Mortalidad según diagnóstico en fallecidos de 65 y más años – Tasas por cien mil Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnósticos según capítulos de la CIE-10 - OMS	Frecuencia	Tasa por cien mil hab.
Neumonía	3248	605,47
Insuficiencia cardíaca	2958	551,41
Infarto agudo de miocardio	1668	310,94
Septicemia	1429	266,38
Insuficiencia respiratoria	1059	197,41
Otros trastornos respiratorios	780	145,40
Accidente cerebro vascular	716	133,47
Tumor maligno de colon	673	125,46
Neumonitis	621	115,76
Enfermedad isquémica crónica del corazón	617	115,02
Resto de las causas	11928	2223,54
Total	25697	4790,27

A continuación se presenta una breve síntesis de dos capítulos de la mortalidad que se consideró importante ampliar.

Uno es el de enfermedades infecciosas y parasitarias y este se seleccionó debido al énfasis que se dedica en la ciudad a su prevención. Particularmente, dos de los tres diagnósticos principales (enfermedad por VIH y TBC)

El otro capítulo lo constituyen las causas externas y su importancia radica en la posibilidad de prevención y en la cantidad de muertes jóvenes que implica. También las causas externas dejan en evidencia problemáticas de salud/enfermedad en su dimensión de salud mental. Especialmente en sus tres principales diagnósticos (accidentes, suicidios y agresiones).

a) Mortalidad por causas seleccionadas: Análisis de las muertes por infecciones

Las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias en el año 2004 afectaron a 1350 personas. En el año 2005 a 1922 personas. La tasa de mortalidad por esta causa ascendió de 49 por cien mil habitantes a 69,2 por mil habitantes. En el año 2004 las muertes por infecciones representaron un 4% del total de muertes mientras que en el año 2005, las muertes por infecciones representaron un 6% de las muertes totales en la ciudad. (Véase tabla nro. 10)

Tabla Nº 10 – Mortalidad por principales diagnósticos de infecciones - Tasas por cien mil– Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnósticos	Frecuencia	Tasas por cien mil habitantes
Otras bacterianas (septicemias fundamentalmente)	1635	58,9
Enfermedad por VIH	183	6,6
TBC	30	1,1
Hepatitis viral	27	1,0
Enfermedades infecciosas intestinales	12	0,4
Resto de las causas	35	1,3
Total	1922	69,2

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Los tres diagnósticos de mayor cantidad de casos dentro del capítulo de infecciones fueron, las “otras bacterianas”, la enfermedad por VIH y la tuberculosis

Con relación al sexo de los fallecidos, no existe, en términos generales una diferencia importante según capítulo, sin embargo es evidente la diferencia de perfil de la mortalidad según sexo en cada diagnóstico de muerte (Véase tabla nro. 11)

Tabla nro. 11 - Mortalidad por principales diagnósticos de infecciones - Frecuencia y Tasas según sexo por cien mil hab. – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico	masculino	femenino	Tasa masc	Tasa fem
Otras bacterianas	652	966	51,8	63,6
Enfermedad por VIH	127	56	10,1	3,7
TBC	22	8	1,7	0,5
Resto de las causas	46	45	3,7	3,0
Total	847	1075	67,3	70,8

Respecto a la distribución por grupos de edad de las muertes por enfermedades infecciosas, se observa que las tasas de mortalidad generales, suben con la edad, al igual que las de mortalidad por TBC y septicemia- Las tasas de mortalidad por Enfermedad por VIH son más altas entre los grupos de edad de 15 a 64 años (Véase tabla nro. 12)

Tabla nro. 12 - Mortalidad por principales diagnósticos de infecciones - Frecuencia y Tasas según edad por cien mil hab. – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico	Frecuencia 0-14	Tasa 0-14	Frecuencia 15 - 44	Tasa 15-44	Frecuencia 45 a 64	Tasa 45-64	Frecuencia 65 y más	Tasa 65 y más
TBC	0	0	6	0,5	11	1,8	13	2,7
Septicemia	11	2,3	26	2,2	152	24,4	1429	298,7
VIH	1	0,2	123	10,2	51	8,2	8	1,7
Resto de las causas	5	1,1	13	1,1	21	3,4	52	10,9
Total	17	3,6	168	13,9	235	37,8	1502	313,9

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2005

b) Mortalidad por causas seleccionadas: Análisis de las muertes por causas externas

Este capítulo permite la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias externas al individuo. Los motivos que se incluyen son los siguientes:

- Accidentes de transporte
- Otras causas externas de traumatismos accidentales
- Caídas
- Ahogamiento y sumersión accidentales
- Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura, y presión del aire ambientales extremas
- Exposición al humo, fuego y llamas
- Contacto con calor y sustancias calientes
- Contacto traumático con animales y plantas venenosos
- Exposición a fuerzas de la naturaleza
- Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente
- Agresiones
- Eventos de intención no determinada
- Intervención legal y operaciones de guerra
- Complicaciones de la atención médica y quirúrgica
- Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en su uso terapéutico
- Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica
- Dispositivos médicos de diagnóstico y de uso terapéutico asociados con incidentes adversos
- Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento
- Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad
- Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte.

Las muertes por causas externas en el año 2004 afectaron a 956 personas. La tasa de mortalidad por esta causa fue de 34 por cien mil habitantes. En el año 2005 las muertes por causas externas afectaron a 1051 personas y la tasa fue de 37,8 por cien mil habitantes

No debemos dejar de lado a la hora de argumentar conjeturas sobre los motivos del aumento de la tasa, el hecho de que muchos de los asistentes al recital de Cromañon, que terminó en tragedia, residían en la Ciudad y que de 194 muertos que hubieron en total, 78 personas eran residentes en la ciudad y por más que la muerte fuera a fines del 2004, figuran en la base del 2005.

Entre los diagnósticos de muerte dentro de este capítulo, el que mas casos concentró fue el de “*otros accidentes*” que incluye a todos menos los de tránsito. En segundo lugar se registran los suicidios, seguidos de las complicaciones de la atención médico-quirúrgica y las agresiones (Véase tabla nro. 13)

Tabla nro. 13 - Recuento, Distribución porcentual y Tasas por cien mil habitantes - Diagnósticos de causas externas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico de Causas externas	Recuento	Porcentaje	Tasa
Otros accidentes	438	41,7	15,8
Lesiones auto inflingidas intencionalmente	232	22,1	8,4
Complicaciones en la atención médico-quirúrgica	158	15	5,7
Agresiones	146	13,9	5,3
Accidentes de transporte	44	4,2	1,6
Eventos de intención no determinada	32	3	1,2
Intervención legal y operaciones de guerra	1	0,1	0
Total	1051	100	37,9

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2005

Entre sexos se observa una diferencia de la tasa en general, siendo la total de los varones el doble casi que de la de las mujeres Esta situación es similar en la descripta en el informe de ASIS del año pasado... La mayor diferencia entre tasas se encuentra en las agresiones donde para los varones es 7 veces mayor. (Véase tabla N° 14)

Tabla N° 14 – Mortalidad por causas externas según diagnósticos y sexo – Frecuencias y Tasas por cien mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico	masculino	femenino	tasa Masc	tasa Fem	Tasa total
Otros accidentes	265	173	21,1	11,4	15,8
Lesiones autoinflingidas intencionalmente	149	83	11,8	5,5	8,4
Agresiones	124	22	9,9	1,4	5,7
Complicación en la atención médica y quirúrgica	79	79	6,3	5,2	5,3
Accidentes de transporte	29	15	2,3	1,0	1,6
Eventos de intención no determinada	18	14	1,4	0,9	1,2
Intervención legal y operaciones de guerra	1	0	0,1	0,0	0
Total	665	386	52,8	25,4	37,9

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2005

Las muertes por accidentes de transporte merecen una consideración especial. En el año 2004 los mismos se redujeron a la mitad respecto del año 2003. En el año 2005 la tasa también se redujo casi a la mitad del año anterior. La mayor cantidad de muertes por accidentes en estos períodos fue por peatones lesionados (Véase tabla N° 15)

Tabla N° 15 – Mortalidad por accidentes de tránsito según causa - Frecuencia, porcentaje y tasas por cien mil hab. – Ciudad de Buenos Aires – Años 2003-2004-2005

Causa de muerte	2003			2004			2005		
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa
Peatón lesionado	110	82	4	58	85	2,1	39	89	1,4
Ciclista lesionado	3	2,2	0,1	2	2,9	0,1	2	4,5	0,1
Motociclista lesionado	2	1,5	0,1	4	5,9	0,1	2	4,5	0,1
Ocupantes de vehículos	11	8,2	0,4	4	5,9	0,1	1	2,3	0,
otros accidentes	8	6	0,3	0	0	0	0	0	0
Total	134	100	4,8	68	100	2,4	44	100	1,6

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2003 - 2004 y 2005

El sexo de los fallecidos por accidentes de tránsito en el año 2005 sigue siendo predominantemente masculino. (Véase tabla nro. 16).

Tabla N° 16 – Mortalidad por accidentes de tránsito según causa y sexo del fallecido - Frecuencia, y tasas por cien mil hab. – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Tipo de accidente de tránsito	Frecuencia Masculino	Tasa masculino	Frecuencia Femenino	Tasa femenino
ciclista lesionado en accidente de trasporte	2	0,2	0	0
motociclista lesionado en accidente de transporte	1	0,1	1	0,1
ocupante de vehículo lesionado en accidente de transporte	1	0,1	0	0,0
peatón lesionado en accidente de transporte	25	2,0	14	0,9
Total	29	2,3	15	1,0

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2005

Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito son superiores en la población de 65 años y más (Véase tabla N° 17)

Tabla N° 17 - Mortalidad por grupos de edad según diagnósticos de accidentes de tránsito en casos y tasas por cien mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico	0 a 14		15 a 44		45 a 64		65 y más	
	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas	casos	tasas
ciclista lesionado en accidente de trasporte	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2
motociclista lesionado en accidente de transporte	0	0	2	0,2	0	0,0	0	0,0
ocupante de vehículo lesionado en accidente de transporte	0	0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
peatón lesionado en accidente de transporte	3	0,6	18	1,5	7	1,1	11	2,3
Total	3	0,6	21	1,7	8	1,3	12	2,5

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2005

Análisis de la Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires

En el año 2004 los muertos menores de un año fueron 375 y la tasa de mortalidad infantil fue de 8,5 por mil nacidos vivos. En el año 2005 murieron

337 menores de 1 año y la tasa de mortalidad infantil fue de 7,8 cada mil nacidos vivos (Véase tabla nro.18).

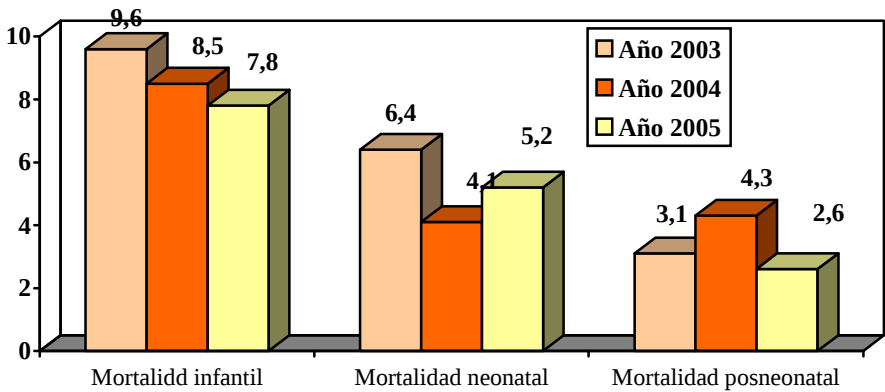
Tabla nro. 18 - Tasa de mortalidad infantil según componente – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Mortalidad Infantil	Frecuencia	Porcentaje	Tasa
postneonatal	112	33,2	2,6
neonatal	225	66,8	5,2
Total	337	100	7,8

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC — Años 2005

Estos datos muestran que la mortalidad infantil ha disminuido con relación al año anterior, sin embargo subió el componente neonatal. (Véase gráfico nro. 3)

Gráfico N° 3 – Tasa de mortalidad infantil y mortalidad neonatal y posneonatal – Ciudad de Buenos Aires – Año 2003 – 2004 y 2005.



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 – 2004 y 2005.

Los diagnósticos de muerte en menores de un año fueron en primer lugar, los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer, le siguió el edema pulmonar y en tercer lugar las “otras malformaciones congénitas” (Véase tabla nro.19)

Tabla N° 19 – Mortalidad infantil según diagnósticos de la CIE-10 en frecuencia, porcentaje y tasas por mil nacidos vivos – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

diagnósticos CIE-10 - OMS	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por mil nacidos vivos
Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el bajo peso al nacer	89	26,4	2,7
Edema pulmonar	46	13,6	1,7
Otras malformaciones congénitas	27	8,0	0,6
Otras malformaciones congénitas del corazón	21	6,2	0,5
Dificultad respiratoria del recién nacido	17	5,0	0,4
Resto de las causas	137		3,2
Total	337	100	7,8

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Dirección General de Estadística y Censo – Año 2005.

Mortalidad de 1 a 4 años

En esta franja etarea fallecieron 56 niños. Las causas de muerte en este grupo, según capítulos de la CIE-10 – OMS fueron en primer lugar las causas externas y dentro de las causas externas, el diagnóstico que mayor cantidad de casos

concentra es el de “*envenenamiento accidental por exposición a gases y vapores*”. Esto evidencia la posibilidad de prevención de estas muertes. El año pasado (2004) la primer causa fueron las enfermedades del sistema respiratorio y las causas externas ocuparon el cuarto lugar con 7 casos. Este año se ubican en el primer lugar. En este grupo etáreo hubo un fallecido por el incendio de Cromagnon (Véase tabla N° 20)

Tabla N° 20 – Mortalidad en menores de 1 a 4 años según capítulos de la CIE-10 en casos, porcentaje y tasas por cien mil niños de 1 a 4 años – Ciudad de Buenos Aires – Año 2004

Capítulos CIE-10 - OMS	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por cien mil
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	14	25,0	12,2
Enfermedades del sistema respiratorio	12	21,4	10,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosóm	10	17,9	8,7
Enfermedades del sistema nervioso	7	12,5	6,1
Tumores	3	5,4	2,6
Enfermedades del sistema genitourinario	3	5,4	2,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	3,6	1,7
Enfermedades del sistema circulatorio	2	3,6	1,7
Enfermedades del sistema Digestivo	2	3,6	1,7
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	1,8	0,9
Total	56	100	48,9

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Dirección General de Estadística y Censo – Año 2005.

En cuanto al sexo de los fallecidos, hubieron mayor cantidad de varones que mujeres (Véase tabla nro.21)

Tabla nro. 21- Mortalidad de niños de 1 a 4 años en casos, porcentaje y tasas por cien mil según sexo – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Mortalidad de 1 a 4 años	Frecuencia	Porcentaje	Tasa por cien mil
masculino	34	60,7	57,9
femenino	22	39,3	39,4
Total	56	100	48,9

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Dirección General de Estadística y Censo – Año 2005.

Mortalidad Materna

La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

El departamento de Maternidad e Infancia subdivide las defunciones maternas en dos grupos:

Defunciones Obstétricas Directas:

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, y de intervenciones, de omisiones, o tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

En la ciudad de Buenos Aires, en el año 2004 ocurrieron 9 muertes maternas directas en residentes y la tasa fue de 2 por diez mil nacidos vivos.

Defunciones Obstétricas Indirectas:

Son las que resultan de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo

En el año 2005 ocurrieron 6 muertes maternas directas e indirectas y la tasa fue de 1,39 por diez mil nacidos vivos. (Véase tabla nro. 22)

Tabla nro. 22 - Muertes maternas (directas e indirectas) según causas en casos – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Causas	casos
Aborto Sepsis	1
Cesárea Sepsis (HIV)	2
Shock Hipovolémico (Parto Normal)	1
F.M. Shock Hipovolémico	1
HIV Aborto	1
TOTAL	6

Fuente: programa materno infantil de la DGAAPS – Ministerio de Salud – GCBA - Año 2005.

Si se tomaran solo las muertes maternas por causas directas, en residentes, la tasa sería de 0,69 por diez mil nacidos vivos. (Véase tabla nro.23)

Tabla nro.23 - Muertes Maternas Hospitalarias de Residentes según Causas Directas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Causa	Cantidad	Porcentaje
Aborto	1	33,33
Cesárea Histerectomía Shock Séptico	1	33,33
Parto Esp. Coag. vascular diseminada	1	33,33
Total	3	100,00%

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Dirección General de Estadística y Censo – Año 2005.

Años potenciales de vida perdidos (APVP)

En promedio se perdieron 69 años potencialmente productivos cada mil habitantes en la Ciudad. Esto Surge de comparar las edades de los muertos mayores de un año con la esperanza de vida, que para la ciudad es de 75 años.

La tasas de APVP por causa muestran en primer lugar, la muerte temprana por tumores seguida por causas cardiovasculares y en tercer lugar causas externas. Las enfermedades infecciosas constituyeron la cuarta causa Este orden se mantuvo entre los años 2004 y 2005. Se observa una disminución de todas las tasas de APVP en el año 2005. (Véase Tabla N° 24)

Tabla nro. 24 - Tasas de APVP por mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires – Años 2004 y 2005

Tipo de APVP	Tasa por mil habitantes 2005	Tasa por mil habitantes 2004
Tasa general de APVP cada mil habitantes	69	78
Tasa de APVP por tumores cada mil habitantes	21,8	25.3
Tasa de APVP por enfermedades del sistema circulatorio cada mil habitantes	14,4	16
Tasa de APVP por causas externas	9,9	10.8

Tasa de APVP por enfermedades infecciosas	5,2	6.1
Tasa de APVP por resto de las causas	19,5	19.5

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Dirección General de Estadística y Censo – Año 2005.

Los APVP muestran diferencia entre varones y mujeres. Si bien en ambos sexos, las causas suceden el mismo orden, los varones perdieron muchos mas años que las mujeres. (Véase tabla nro. 25)

Fue llamativa la brecha entre sexos de las causas cardiovasculares y las externas. En los varones quedó en evidencia la mayor cantidad de años de vida prematuramente perdidos. (Véase tabla nro. 25)

Tabla N° 25 – Tasa de APVP cada 1.000 habitantes por sexo – Ciudad de Buenos Aires- Año 2004 y 2005

Causa de Muerte	Tasa de APVP					
	Varón		Mujer		Total	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Tumores	27,1	23.9	24.1	20	25.4	21.8
Cardiovasculares	23.6	21.5	8.4	8.2	15.4	14.4
Causas Externas	17.7	15.3	4.7	5.2	10.6	9.9
Enfermedades infecciosas	9.1	7.2	2,9	3.5	5.8	5.2
Resto de las causas	27.1	23.9	15.4	20	20.7	19.5

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2004 - 2005

No se han perdido años de vida por zoonosis y vectores durante el año 2005.

COMPONENTE DE PÉRDIDAS DE LA SALUD: Indicadores de morbilidad. Enfermedades de notificación obligatoria

Un conjunto de 85 patologías se incluyen en el Sistema de Notificación obligatoria. Las mismas se agrupan en 8 categorías (enfermedades transmisibles, accidentes, enfermedades respiratorias, no transmisibles, gastrointestinales, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades inmunoprevenibles, zoonosis y vectores).

Entre las enfermedades inmunoprevenibles, la mayor notificación de casos correspondió a la hepatitis A y en segundo lugar a las parotiditis. (Véase tabla nro. 26)

Tabla N° 26 - Enfermedades inmunoprevenibles - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

INMUNOPREVENIBLES	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
Hepatitis A	366	56,6	0,19	13,18
Parotiditis	135	20,9	0,07	4,86
Hepatitis B	88	13,6	0,05	3,17
Hepatitis sin especificar	49	7,6	0,03	1,77

Parálisis Fláccida < 15a.	5	0,8	0,00	1,07
Coqueluche	3	0,5	0,00	0,11
Rubeola confirmada	1	0,2	0,00	0,04
Total grupo inmunoprevenibles	647	100,0	0,33	23,31

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Entre las enfermedades respiratorias, las bronquiolitis concentraron la mayor cantidad de casos notificados. En segundo lugar figuraron la enfermedad tipo influenza y la neumonía (Véase tabla nro.27)

Tabla Nº 27 - Enfermedades Respiratorias - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
RESPIRATORIAS				
Bronquiolitis	17917	52,86	9,21	645,39
Enf.tipo Influenza	9011	26,58	4,63	324,59
Neumonía	6970	20,56	3,58	251,07
Total grupo respiratorias	33898	100	17,42	1221,05

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Las enfermedades gastrointestinales presentaron una alta notificación, especialmente en las diarreas en menores de 5 años (Véase tabla nro. 28)

Tabla Nº 28 - Enfermedades Gastroentéricas - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
GASTROENTERICAS				
Enf. Diarreica Aguda < 5 años	11630	48,33	5,98	7379,11
Enf. Diarreica Aguda > 5 años	10181	42,30	5,23	388,80
Parasitosis intestinales	1500	6,23	0,77	54,03
Enf. Diarreica Aguda Sin Especificar	399	1,66	0,21	14,37
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA)	326	1,35	0,17	11,74
Síndrome Uremico Hemolítico (SUH)	28	0,12	0,01	1,01
Botulismo de Lactante	2	0,01	0,00	0,07
Total grupo gastroentéricas	24066	100	12,37	7849,15
Enf. Diarreica Aguda < 5 años	11630	48,33	5,98	7379,11
Enf. Diarreica Aguda > 5 años	10181	42,30	5,23	388,80
Parasitosis intestinales	1500	6,23	0,77	54,03
Enf. Diarreica Aguda Sin Especificar	399	1,66	0,21	14,37
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA)	326	1,35	0,17	11,74

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Dentro de las enfermedades trasmitidas por vectores, la que mayor cantidad de casos notificados acumuló, fue el chagas agudo congénito. (Véase tabla nro.29)

Tabla N° 29- Enfermedades transmitidas por vectores - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
ENFERMEDADES VECTORIALES				
Chagas Agudos Congénito	53	88,33	0,03	1,91
Leishmaniasis	5	8,33	0,00	0,18
Dengue clásico confirmado	1	1,67	0,00	0,04
Paludismo	1	1,67	0,00	0,04
Total grupo enfermedades vectoriales	60	100	0,03	2,16

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Las mordeduras de rata fueron, entre las zoonosis, las más prevalentes, le siguió la mordedura de murciélago y la psitacosis. (Véase tabla nro.30)

Tabla N° 30 - Zoonosis - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
ENFERMEDADES ZOONOTICAS				
Mordedura de rata	66	50,77	0,03	2,38
Mordedura de murciélago	42	32,31	0,02	1,51
Psitacosis	6	4,62	0,00	0,22
Brucelosis	5	3,85	0,00	0,18
Hidatidosis	4	3,08	0,00	0,14
Rabia animal	3	2,31	0,00	0,11
Leptospirosis	2	1,54	0,00	0,07
Fiebre Hemorragica Argentina	1	0,77	0,00	0,04
Hantavirus	1	0,77	0,00	0,04
Total grupo enfermedades zoonoticas	130	100	0,07	4,68

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Entre las meningoencefalitis, las meningitis virales fueron las que mayor cantidad de casos acumularon, le siguieron las bacterianas y las “*sin especificar*” · (Véase tabla nro.31)

Tabla N° 31 - Meningoencefalitis - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
MENINGOENCEFALITIS				
Meningitis virales	214	61,32	0,11	7,71
Menigitis bacterianas	111	31,81	0,06	4,00
Meningitis sin especificar	21	6,02	0,01	0,76
Meningitis otras etiologías	3	0,86	0,00	0,11

Total grupo meningoencefalitis	349	100,00	0,17	11,81
--------------------------------	-----	--------	------	-------

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Entre las “*otras trasmisibles*” la varicela y la tuberculosis fueron las de mayor notificación respectivamente en cuanto al número de casos (Véase tabla nro. 32)

Tabla N° 32 - Otras enfermedades trasmisibles - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
OTRAS ENF. TRANSMISIBLES				
Varicela	5329	80,66	2,74	191,96
Tuberculosis 1º Vez	1053	15,94	0,54	37,93
Hepatitis C	112	1,70	0,06	4,03
Sífilis Congénita	74	1,12	0,04	2,67
Infec. Intra hospitalarias	23	0,35	0,01	0,83
Lepra	14	0,21	0,01	0,50
Encefalopatía Espongiforme	2	0,03	0,00	0,07
Total grupo otras trasmisibles	6607	100	3,40	237,99

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Las enfermedades de transmisión sexual que mayor cantidad de casos acumularon fueron el VIH y las supuraciones no gonocócicas. (Véase tabla nro. 33)

Tabla N° 33 - Enfermedades de transmisión sexual - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
ENF. TRANSMISION SEXUAL				
HIV	1223	21,64	0,63	44,05
Supuraciones No gonocócicas	886	15,68	0,46	31,91
Supuraciones Gonocócicas	688	12,17	0,35	24,78
Condiloma Acuminado	681	12,05	0,35	24,53
Sífilis s / esp.	502	8,88	0,26	18,08
Herpes Genital	502	8,88	0,26	18,08
Chancro Blando	332	5,87	0,17	11,96
Granuloma Inguinal	251	4,44	0,13	9,04
Sífilis Latente	168	2,97	0,09	6,05
Sífilis Primaria	149	2,64	0,08	5,37
Sida	98	1,73	0,05	3,53
Sífilis Secundaria	95	1,68	0,05	3,42
Linfogranuloma Venéreo	42	0,74	0,02	1,51
Sífilis Terciaria	35	0,62	0,02	1,26
Total grupo enfermedades trasm. sexual	5652	100	2,90	203,59

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

La intoxicación por monóxido figuró en primer lugar entre las intoxicaciones. En segundo lugar prevalecen las intoxicaciones por otros tóxicos y las medicamentosas (Véase tabla nro.34)

Tabla N° 34 - Intoxicaciones - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
INTOXICACIONES				
Intoxicación monóxido carbono	57	37,75	0,03	2,05
Intoxicación por otros tóxicos	44	29,14	0,02	1,58
Intoxicación medicamentosa	41	27,15	0,02	1,48
Intoxicación plaguicidas domésticos	7	4,64	0,00	0,25
Alacranismo	1	0,66	0,00	0,04
Aracnoidismo	1	0,66	0,00	0,04
Total grupo intoxicaciones	151	100	0,08	5,44
Intoxicación monóxido carbono	57	37,75	0,03	2,05
Intoxicación por otros tóxicos	44	29,14	0,02	1,58
Intoxicación medicamentosa	41	27,15	0,02	1,48

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Las diabetes e hipertensión fueron las primeras causas de enfermedades no trasmisibles (Véase tabla nro.35)

Tabla N° 35 - Enfermedades no trasmisibles - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
ENF. NO TRANSMISIBLES				
Diabetes tipo 2	16523	40,48	8,49	595,18
Hipertensión Arterial	14253	34,92	7,32	513,41
Diabetes tipo 1	5311	13,01	2,73	191,31
Reac. Adversas a fármacos	2850	6,98	1,46	102,66
ACV	1002	2,45	0,51	36,09
IAM 1° Vez	559	1,37	0,29	20,14
Desnutrición	319	0,78	0,16	11,49
Total grupo no trasmisibles	40817	100	20,97	1470,28

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Entre las lesiones, la mayor morbilidad se concentró en los accidentes sin especificar, los accidentes viales y los accidentes del hogar (Véase tabla nro. 36)

Tabla N° 36 - Lesiones - Casos Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

	casos	distribución porcentual sobre total del grupo	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
LESIONES				

Accidentes Sin especificar	70277	85,47	36,11	2531,47
Accidentes Viales	5026	6,11	2,58	181,04
Accidentes del Hogar	3128	3,80	1,61	112,67
Accidentes Laborales	1678	2,04	0,86	60,44
Mordedura animal domestico	1627	1,98	0,84	58,61
Accidentes en Escuelas	486	0,59	0,25	17,51
Total grupo lesiones	82222	100	42,25	2961,74

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

En términos generales, las lesiones notificadas constituyeron un 42% de la notificación, le siguió, en cantidad, las no trasmisibles, respiratorias, gastroentéricas, las otras trasmisibles, las enfermedades de transmisión sexual, inmunoprevenibles, meningoencefalitis, intoxicaciones, Zoonóticas y vectoriales. (Véase tabla nro. 37)

**Tabla Nº 37 - Total de Enfermedades de notificación obligatoria - Casos
Porcentajes y Tasas de notificación por cien mil habitantes – Residentes
Ciudad de Buenos Aires – Año 2005**

GRUPO	casos	distribución porcentual sobre total de enfermedades notificadas	Tasas por cien mil habitantes
Total grupo lesiones	82222	42,3	2961,74
Total grupo no trasmisibles	40817	21,0	1470,28
Total grupo respiratorias	33898	17,4	1221,05
Total grupo Gastroentéricas	24066	12,4	13920,08
Total grupo otras trasmisibles	6607	3,4	237,99
Total grupo enfermedades transmisión sexual	5652	2,9	203,59
Total grupo inmunoprevenibles	647	0,3	23,31
Total grupo meningoencefalitis	349	0,2	12,05
Total grupo intoxicaciones	151	0,1	5,44
Total grupo enfermedades Zoonóticas	130	0,1	4,68
Total grupo enfermedades vectoriales	60	0,0	2,16
Total grupo enfermedades reglamento Internacional	0	0,0	0
TOTAL Morbilidad	194599	100	7021,59

Fuente: Dto. Epidemiología – Año 2005

Tuberculosis

En el año 2005 se incorporaron al programa de TBC unos 1053 casos de residentes, esto significa un 50,5% del total de personas ingresadas (2078)

La tasa de notificación de residentes fue de 37 casos por cien mil habitantes. La nacionalidad de las personas afectadas era un 51% argentina, un 34,4% boliviana, le siguen los peruanos con un 10% de los casos. El área programática que mayor cantidad de casos ha notificado al programa es la del Piñero, con 300 casos o un 28% de los mismos y la del Alvarez con 104 casos o un 9,9% de los casos.

La edad de mayor tasa de notificación cada cien mil habitantes fue de 20 a 24 años, de 25 a 29 años y de 30 a 34 años respectivamente. (Véase tabla nro. 38)

Tabla nro. 38. Casos porcentajes y tasas de notificación por TBC cada cien mil habitantes, según grupos de edad – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Edad	Casos	Porcentajes	Tasa
0-4	69	6,6	43,8
5 a 9	84	8,0	56,0
10 a 14	66	6,3	40,9
15 a 19	89	8,5	49,4
20 a 24	178	17,0	76,0
25 a 29	155	14,8	66,1
30 a 34	122	11,7	60,5
35 a 39	71	6,8	39,6
40 a 44	50	4,8	28,3
45 a 49	38	3,6	22,4
50 a 54	36	3,4	21,1
55 a 59	33	3,2	21,9
60 a 64	17	1,6	13,0
65 y más	39	3,7	8,2
Total	1047	100,0	37,7

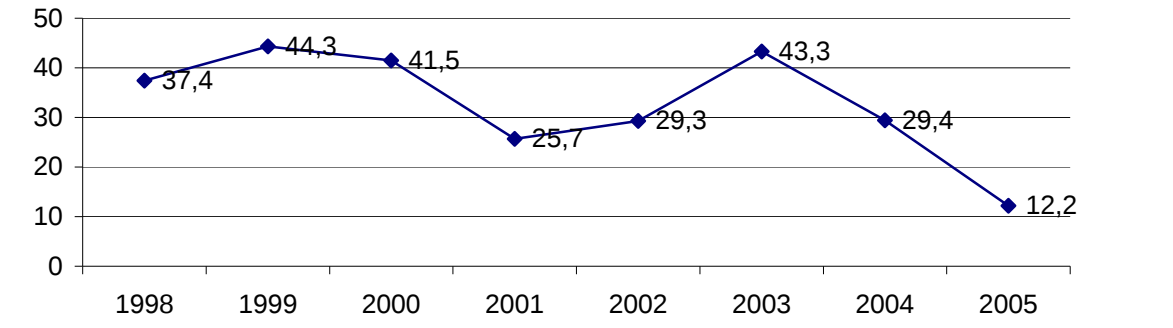
Fuente: Red de Atención de la tuberculosis

Los hospitales que mayor cantidad de casos incorporaron fueron el Muñiz en primer lugar con 778 casos que representan un 37,4% del total de casos, el Piñero con 219 casos que representó un 10,5% del total de casos y el Alvarez con 127 que representó un 6,1% del total de casos

Hepatitis A

La tasa de notificación de Hepatitis para el año 2005 fue de 13,3 por cien mil habitantes. La morbilidad por hepatitis A ha disminuido en los últimos tres años (Véase gráfico nro. 4) y no es ajena a esta situación la incorporación de la vacuna antihepatitis A en el Calendario Nacional para todos los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004.

Gráfico nro. 4- Tasas de morbilidad por hepatitis A en residentes de la Ciudad de Buenos Aires – Años 1998-2005



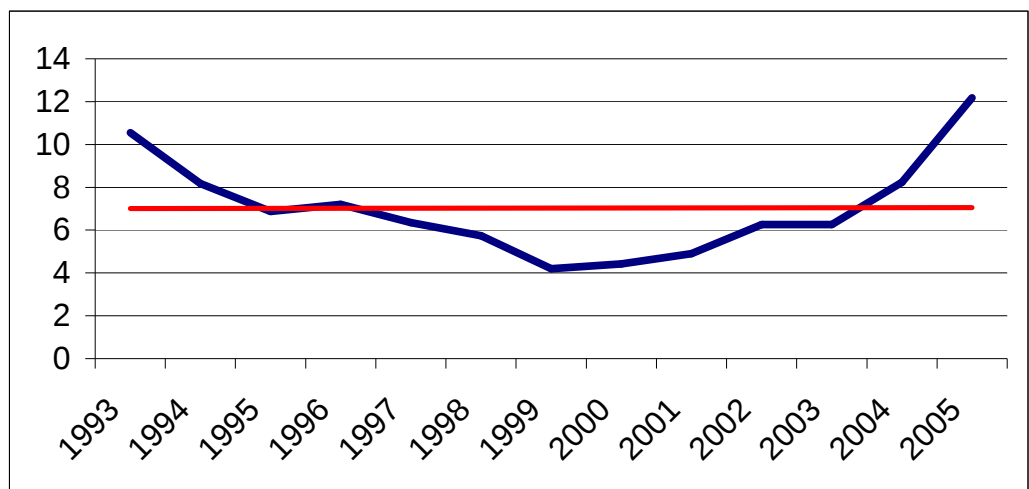
Fuente: Dto. Epidemiología – Ministerio de Salud - GCBA

Los grupos de edad más afectados fueron los de 2 a 14 años (85% de los casos), presentándose la mayor cantidad de casos entre 5 y 9 años (38% de los casos). El área programática que mayor cantidad de casos notificó fue el área del Penna. (Notificó el 46% de los casos). En segundo lugar se encontraba el Piñero (27,7% de los casos notificados) y en tercer lugar el Velez Sarsfield (21,6% de los casos notificados).

Meningoencefalitis

El análisis de las series temporales muestra una tendencia estable de la morbilidad. Las tasas por cien mil habitantes, han oscilado en este período de tiempo, sin embargo no se observa una tendencia creciente o decreciente de las mismas. El brote del año 2005 no ha modificado esta tendencia ya que las series reflejan la variabilidad en largos períodos de tiempo. (Véase gráfico nro. 5)

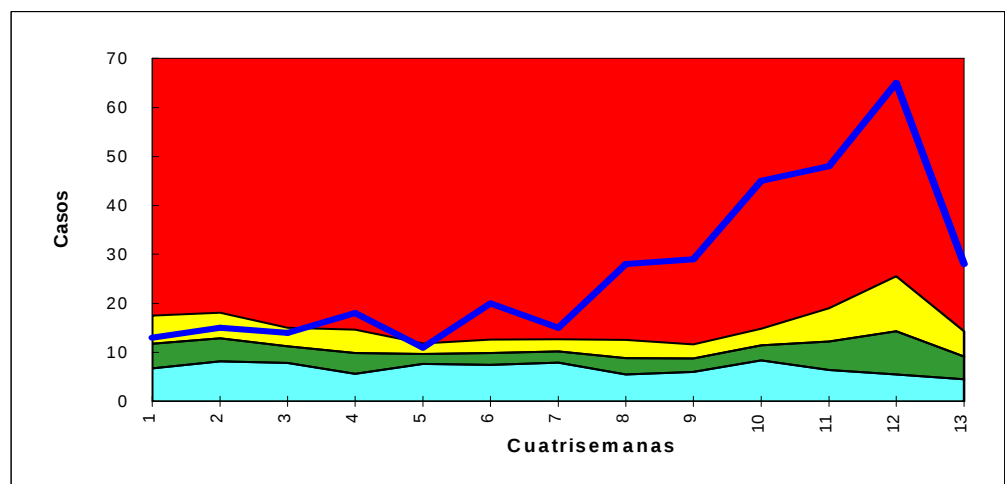
Gráfico nro. 5 - Tendencia de las tasas de notificación por meningitis – período 1993-2005 – Residentes Ciudad de Buenos Aires.



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

El corredor endémico del año 2005 analiza la información histórica de los últimos 7 años y evidencia la situación de brote de este último año. (Véase gráfico nro. 6)

Gráfico nro. 6- Corredor endémico cuatrisesmanal de meningitis - Residentes en Capital Federal. Año 2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Motivos de consulta en CESAC

En los centros de salud, hasta el año 2005 inclusive, se encontraban registradas 340.175 personas. De las cuales el 65% son mujeres y el resto varones. Del total de población registrada, el 34% son mujeres en edad fértil. El 43% de la población registrada son menores de 15 años y el 4,7% de la misma lo constituyen los mayores de 65 años.

La población registrada realizó en este año, en promedio 2,1 consultas por persona activa.

Del total de las consultas, el 41,6% correspondió a consultas por controles y exámenes, el 6,1% son consultas por enfermedades no transmisibles, el 12,6% son consultas por enfermedades respiratorias agudas y el 5,1% son por enfermedades infectocontagiosas (Véase tabla nro. 39)

La tasa de morbilidad en consulta por diabetes (por mil activos) es de 6 personas, la de hipertensión de 34,4 por mil, la de desnutrición de 16,5 por mil y la de sobrepeso de 14 por mil. (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA)

Tabla nro. 39 -Diagnósticos de consulta en CESAC en porcentaje – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico de consulta en CESAC	Porcentaje
Controles y exámenes	41.6
Enfermedades no transmisibles	6.1
Enfermedades respiratorias agudas	12.6
Consulta por sintomatología	6.3
Consulta por repetición de receta	3,0
Trastornos del aparato genital femenino	4.2
Enfermedades infectocontagiosas	5.1
Enfermedades respiratorias crónicas	3.1
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	3.2
Enfermedades asociadas a la nutrición	2.1
Enfermedades del tracto digestivo	0.7
Demás diagnósticos	12.1
Total	100,0

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA

Motivos de consulta en Plan Médico de Cabecera. (PMC)

La población registrada en PMC hasta el año 2005 fue de 294.236 personas. De las cuales el 57% son mujeres y el resto varones. Del total de población registrada, el 29% fueron mujeres en edad fértil. El 21% de la población registrada eran menores de 15 años y el 12% de la misma lo constituyeron los mayores de 65 años.

La población registrada realizó en este año, en promedio 2,4 consultas por persona activa.

Del total de las consultas, el 36,1% correspondieron a consultas por controles y exámenes, el 17,5% a consultas por enfermedades no transmisibles, el 5,3% a consultas por enfermedades respiratorias agudas y el 2,1% fueron por enfermedades infectocontagiosas (Véase tabla nro.40)

Tabla nro. 40 - Diagnósticos de consulta en PMC en porcentaje – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico de consulta en PMC	Porcentaje
Controles y exámenes	36.1
Enfermedades no transmisibles	17.5
Enfermedades respiratorias agudas	5.3
Consulta por sintomatología	3.8
Consulta por repetición de receta	8.3
Trastornos del aparato genital femenino	4.2

Enfermedades infectocontagiosas	2.1
Enfermedades respiratorias crónicas	2.3
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	1.1
Enfermedades asociadas a la nutrición	2.1
Enfermedades del tracto digestivo	1,0
Demás diagnósticos	16.2
Total	100,0

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA

La tasa de morbilidad en consulta por diabetes (por mil activos) fue de 25,1 personas, la de hipertensión de 81,3 por mil, la de desnutrición de 7,7 por mil y la de sobrepeso de 14,8 por mil. (Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA)

Se observa que la población registrada en el PMC poseía un perfil más relacionado con edad avanzada y patología crónica que la población registrada en CESAC.

Diagnósticos de egreso hospitalario

El motivo de egreso hospitalario en hospitales generales de agudos, que mas cantidad de casos acumuló, en residentes en la ciudad, durante el año 2005 fue el de nacidos vivos, le siguió el parto espontáneo, las “*demás complicaciones del embarazo, parto y puerperio*” y el aborto no especificado. Es decir, todos temas ligados al neonato y la mujer en etapas reproductivas. (Véase tabla nro. 41)

Tabla nro. 41 - Lista reducida para el diagnóstico único de egreso en HGA del GCBA, de residentes en capital – Hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Lista reducida para el diagnóstico único de egreso en HGA de residentes en capital (causas que acumulan más de mil egresos)	Cantidad de egresos en HGA
Nacidos vivos	8843
Parto espontáneo	7795
Demás complicaciones embarazo, parto y puerperio	4644
Aborto no especificado	3049
Mal definidas	2626
Demás afecciones originadas en el período perinatal	2219
Colelitiasis y colecistitis	2184
Fracturas de fémur y otros huesos de miembros	1773
Neumonía e influenza	1692
Trabajo de parto obstruido y hemorragia post parto	1324
Insuficiencia cardiaca	1257
Otras enfermedades isquémicas del corazón	1209
Demás enfermedades del sistema respiratorio	1194
Enfermedades del apéndice	1144
Bronquitis y Bronquiolitis agudas	1066
Demás enfermedades del sistema digestivo	1014
Demás causas	34214
Total	77247

Fuente: Dirección de estadísticas para la salud – Ministerio de Salud - GCBA

COMPONENTE DE RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

La ciudad de Buenos Aires dispone entre públicos, privados y de obra social, de 1.666 efectores de salud. La mayor cantidad son privados, seguidos por los oficiales de la ciudad, aquellos pertenecientes a obras sociales, los nacionales y otros. (Véase tabla N° 42)

Tabla N° 42 - Efectores de salud según dependencia y modalidad – Ciudad de Buenos Aires – Año 2000

Dependencia Administrativa	Total	Modalidad	
		Con internación	Sin internación
Total	1.666	172	1.494
Nacional	9	9	-
Municipal	72	29	43
Otros	8	1	7
Obras sociales	60	10	50
Privados	1.517	123	1.394

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales 2000 de la Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de La Nación

El subsector estatal cuenta con 13 hospitales generales de agudos, 2 hospitales generales de niños, 17 hospitales especializados, 40 CeSAC, 38 consultorios médicos barriales, 303 médicos de cabecera y alrededor de 150 odontólogos de cabecera.

Movimiento hospitalario 2005: Egresos

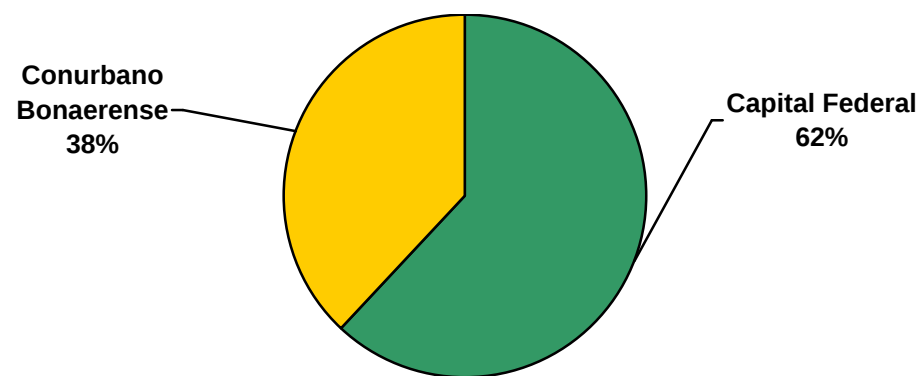
El egreso es la salida del establecimiento de un paciente internado, y las categorías pueden ser:

Egreso de paciente vivo: es la finalización del período de internación por cura, mejoría o inalteración de su estado. Se incluye alta médica, traslado a otro establecimiento, retiro voluntario, otra situación que no sea defunción.
Egreso de paciente fallecido: es la finalización del período de internación por el fallecimiento del paciente. No se considera egreso de paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento, en el consultorio externo o de guardia (salvo que tenga internación y haya ocupado una cama).
Tampoco se incluyen como egresos de pacientes fallecidos a las defunciones fetales.” (Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA)

En el año 2005 hubo 191.100 egresos hospitalarios en Hospitales Generales de Agudos (HGA) del Ministerio de Salud del GCBA. En el año anterior ocurrieron alrededor de 196.000.

Casi el 60% de los egresos en HGA fueron de usuarios con residencia habitual en Capital federal y el 36% poseían residencia habitual en el conurbano bonaerense (Véase gráfico nro. 7)

Gráfico nro. 7- Distribución porcentual de la procedencia en egresos hospitalarios en Hospitales generales de agudos – Ministerio de Salud - Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud - GCBA

Entre los partidos del conurbano con mayor cantidad de procedencia de egresos figuraron La Matanza, Lomas de Zamora, Lanús y General Sarmiento (Véase tabla nro.43)

Tabla nro.43 - Distribución de egresos de pacientes del conurbano según partido de procedencia en hospitales Generales de Agudos – Ministerio de Salud -Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Partido del conurbano	Egresos en Número	Egresos en porcentaje
La Matanza	15498	32.6
Lomas de Zamora	6833	14.4
Lanús	2547	5.4
Gral. Sarmiento	2432	5.1
Avellaneda	2239	4.7
Tres de Febrero	2158	4.5
Gral. San Martín	1948	4.1
Quilmes	1714	3.6
Merlo	1693	3.6
Morón	1667	3.5
Moreno	1493	3.1
Esteban Echeverría	1367	2.9
Almirante Brown	1191	2.5
Tigre	911	1.9
Florencio Varela	815	1.7
Vicente Lopez	639	1.3
Berazategui	576	1.2
Pilar	540	1.1
Escobar	398	0.8
San Fernando	262	0.6
San Isidro	238	0.5
San Vicente	169	0.4
Cañuelas	78	0.2
Marcos Paz	59	0.1
Gral. Las Heras	21	0.0

Fuente: Dirección de Estadísticas para la salud – Ministerio de Salud - GCBA

Según tipo de hospital, los HGA aportaron el 69,3% del total de Egresos de los Establecimientos dependientes del Ministerio de Salud del GCBA en el sector estatal de la ciudad, los Hospitales Generales de Niños el 11.3% y los especializados el 19,4%.

Movimiento Hospitalario 2005: Consulta Externa

Con relación a la consulta externa, los hospitales Generales de Agudos aportaron el 74,3%, los hospitales Generales de Niños el 11,1 y los Especializados el 14,6%. En total se realizaron 9.035.603 consultas de consultorio externo en total en todos los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Entre los índices de rendimiento se presentan algunos según tipo de hospital.

Camas disponibles son aquellas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso para la atención de los pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas. (Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA)

Paciente día es la permanencia de un paciente internado, es decir ocupando una cama en un establecimiento de salud, durante un período comprendido entre las 0 y 24 horas de un mismo día. Se calculan sumando los pacientes que han permanecido internados en una fecha determinada correspondiente a un día censal. A la existencia a las 24 horas hay que sumar los pacientes que ingresaron y egresaron del establecimiento en el mismo día. (Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA)

Porcentaje Ocupacional

Total de pacientes día del período sobre el Total de días camas disponibles del período en porcentaje (Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud – GCBA)

Promedio de Permanencia

Total de pacientes día del período sobre el total de egresos del período

Giro

Total de egresos del período sobre el promedio de camas disponibles

Los hospitales Generales de Agudos, poseen mayor cantidad de promedio de camas disponibles, los hospitales Generales de Niños son los que poseen mayor cantidad de giro/cama. Los hospitales especializados poseen mayor cantidad de pacientes/día, la mayor cantidad de porcentaje ocupacional y también el mayor promedio de permanencia. (Véase tabla nro. 44)

Tabla nro. 44 - Indicadores de interacción en Hospitales del Ministerio de Salud – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Tipo de Hospital	Promedio Paciente/ día	Promedio camas disponibles	Porcentaje Ocupacional	Promedio de permanencia	Giro
Hospitales Generales de agudos	2983.24	3950.05	75.52	8.22	33.53
Hospitales Generales de Niños	433.57	617.39	70.23	7.33	34.96
Hospitales Especializados	3207.12	3745.64	85.62	31.56	9.9
Total	6623.93	8313.08	79.68	12.65	22.99

Fuente: Dirección de Estadísticas para la salud – Ministerio de Salud - GCBA

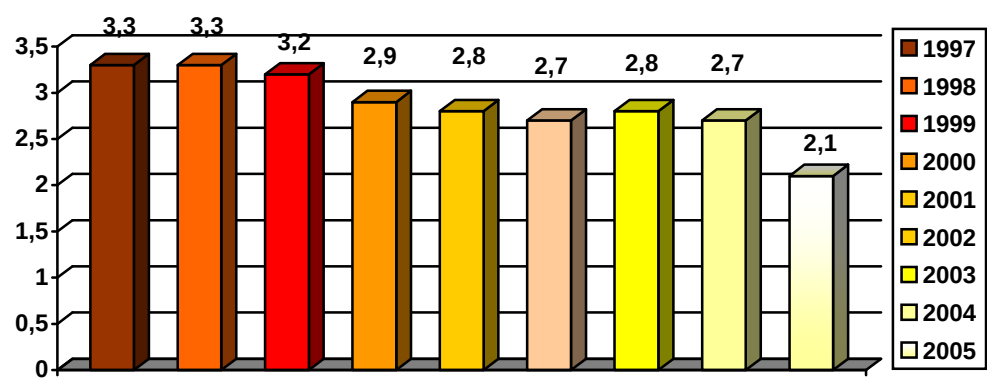
Partos y Cesáreas en hospitales generales y especializados

En el año 2005 se produjeron 21.235 partos normales, 8.113 cesáreas, 668 partos con fórceps y 23 clasificados como otros. En total se produjeron en los hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad la ciudad 30.049 partos.

En los hospitales Generales de agudos se realizaron el 76% de los mismos, mientras que en la Maternidad Sardá se realizó el 24% restante.

La razón entre parto normal y cesárea es de 2,1 en el año 2005 y se observó un descenso en los últimos años (Véase gráfico nro. 8)

Gráfico N° 8 - Razón entre parto normal y cesárea – Serie histórica – Hospitales del Ministerio de Salud-Ciudad de Buenos Aires – Años 1997-2005



Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud de la Ciudad.

Movimiento de APS

Como ya se expresó anteriormente, en el año 2005 se registraron en CESAC 341.175 personas y 294.236 en PMC.

En el mismo año esta población realizó, en promedio, 2.1 consultas en CESAC y 2,4 en PMC

“En el año 2005 la población registrada en la Atención Primaria de la Salud alcanzó las 635.000 personas. Si se descuentan las personas que se han inscripto en ambos subsistemas de atención - CESAC y PMC – que ascienden a 38.850, la población cubierta alcanzaría las 596.500 personas, que significa un incremento de casi 100.000 inscriptos respecto del año anterior. Considerando únicamente los residentes en la Ciudad, la población registrada representaría el 79 % de la población objetivo, que es la que carece de otra cobertura de salud” (información en atención primaria de la Salud – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la salud – Ministerio de Salud GCBA). Para ampliar revisar documento en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2005/a_primaria_final.pdf

La consulta médica en CESAC que mayor demanda produjo fue la pediátrica, le siguió clínica médica, Tocoginecología y medicina General (Véase tabla nro.45)

Tabla nro. 45 - Cantidad de consultas por especialidad médica en CESAC – Casos y porcentajes – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Especialidades médicas	CESAC	%
Pediatría	279036	46,4
Clínica Médica	138500	23,0
Tocoginecología	119070	19,8
Medicina General	54389	9,0
Otras	10102	1,7
Total	601097	100,0

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud de la Ciudad.

En el PMC la mayor demanda de especialidades médicas fue para Clínica Médica, seguido de Pediatría y Tocoginecología. (Véase tabla nro.46)

Tabla nro. 46 - Cantidad de consultas por especialidad médica en PMC – Casos y porcentajes – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Especialidades médicas	PMC	%PMC
Clínica Médica	140940	52
Pediatría	77149	29
Tocoginecología	51952	19
Total	270041	100

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud de la Ciudad.

Entre las prestaciones que se realizan en CESAC, figuraron las médicas (de diagnóstico), y las no médicas. Entre las medicas en primer lugar se demandaron ecografías. (Véase tabla nro.47)

Tabla nro. 47 - Prestaciones médicas en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones	Consultas	Porcentajes
Prestaciones médicas		
Ecografías realizadas	16723	84,79
Informes citológicos realizados	2979	15,10
Informes histológicos realizados	21	0,11
Total	19723	100,00

Fuente: Informes de prestaciones mensuales – Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Entre las no médicas del área de Psicología figuraron las admisiones y la psicoterapia individual (Véase tabla nro.48)

Tabla nro. 48 - Prestaciones de Psicología en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de Psicología /Psiquiatría		
Admisión	100649	51,2
Psicoterapia individual	61999	31,5
Entrevista orientación	10508	5,3
Entrevista seguimiento	6857	3,5
Psiquiatría	5427	2,8
Psicodiagnóstico	4931	2,5
Psicoterapia familiar	3288	1,7
Interconsulta	1438	0,7
Supervisión	655	0,3
sin esp.	476	0,2
Psicoprofilaxis individual	291	0,1
Orientación vocacional	26	0,0
Total	196545	100,0

Fuente: Informes de prestaciones mensuales – Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Entre las prestaciones de psicopedagogía y ciencias de la educación la mayor demanda la concentró los tratamientos y seguimientos. (Véase tabla nro. 49)

Tabla nro. 49 - Prestaciones de Psicopedagogía en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de Psicopedagogía /Cs. de la Educación		
Tratamiento individual	12011	41,1
Entrevista orientación /seguimiento	6299	21,5

Diagnóstico individual	5634	19,3
Entrevista familiar	2347	8,0
Admisión psicopedagógica	2320	7,9
Orientación vocac./educ/ocup	511	1,7
sin esp.	136	0,5
Total	29258	100,0

Fuente: Informes de prestaciones mensuales – Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prestaciones de farmacéuticos fueron fundamentalmente realizadas para el programa Remediar, en segundo lugar las recetas de la Secretaría de Salud y en tercer lugar las externas (Véase tabla nro. 50)

Tabla nro. 50 - Prestaciones de Farmacéuticos en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones realizadas por profesional farmacéutico.	Recetas dispensadas.	
Remediar	37095	51,3
Secretaría de Salud	32736	45,3
Recetas externas	2484	3,4
Total	72315	100

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prácticas de enfermería de mayor demanda fueron por vacunas, control de signos vitales y administración de medicamentos (Véase tabla nro.51)

Tabla nro. 51- Prácticas de Enfermería en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prácticas de Enfermería	Consultas	Porcentajes
Personas vacunadas	125117	31,4
Control de signos vitales	98950	24,9
Administración de medicamentos	47212	11,9
Fisioterapia Respiratoria	37552	9,4
Recolección de muestras para laboratorio	35692	9
Curación	28365	7,1
Control de peso, talla, perím cef, torácico y braquial	13212	3,3
Pruebas reactivas (glucemia y glicosuria)	6123	1,5
Aplicación de medios físicos	3629	0,9
Electrocardiograma	1314	0,3
Test de embarazo	682	0,2
Total	397848	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prestaciones de sociología de mayor demanda se realizaron para asesorías y consejería (Véase tabla nro. 52)

Tabla nro. 52- Prestaciones de Sociología en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de sociología	Nro	Porcentaje
Asesoramiento /consejería	1994	66,8
Entrevista	989	33,2

Total	2893	100,0
-------	------	-------

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prestaciones de antropología fueron de entrevistas y consejería (Véase tabla nro.53)

Tabla nro. 53 - Prestaciones de Antropología en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Tipo de prestación Antropología	Consultas	Porcentaje
Entrevista	1457	65,8
Asesoramiento /consejería	757	34,2
Total	2214	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

En las prestaciones por obstetricia prevalece el control prenatal, consejería y entrevista primera vez. (Véase tabla nro. 54)

Tabla nro.54 - Prestaciones de Obstetricia en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de Obstétrica	Consultas	Porcentaje
Control prenatal	31316	54,9
Entrevista orientación /consejería	13496	23,6
Entrevista 1ª vez	9675	16,9
Control puerperal	2493	4,4
sin esp.	110	0,2
Total	57090	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Entre las prestaciones de nutricionista figuraron las sesiones de primera vez y ulterior (Véase tabla nro. 55)

Tabla nro. 55 - Prestaciones de Nutricionista en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de Nutricionista	consultas	Porcentaje
Sesión 1ª vez	9712	34,5
sin esp.	254	0,9
Total	28144	100,0
Sesión ulterior	18178	64,6

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

La consulta odontológica y la odontología preventiva fueron el tipo de consulta de mayor demanda entre las odontológicas (Véase tabla nro.56)

Tabla nro. 56 -Prestaciones de odontología en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prácticas de Odontología	consultas	Porcentaje
Consulta Odontológica	23760	30,4

Odontología Preventiva	17444	22,3
Operatoria dental	17142	21,9
Odontopediatría	10266	13,1
Cirugía bucal	6877	8,8
Paso intermedio de tratamiento	1347	1,7
Periodoncia	851	1,1
Endodoncia (sin obturación)	198	0,3
sin esp.	210	0,3
Radiología	83	0,1
Total	78178	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prestaciones de servicio social que mayor cantidad de consultas demandaron fueron las entrevistas (Véase tabla nro.57)

Tabla nro. 57 - Prestaciones de Servicio Social en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de Servicio Social	consultas	Porcentajes
Entrevista ulterior	29172	48,3
Entrevista 1ª vez	13717	22,7
Asesoramiento /consejería	5673	9,4
Interconsulta	4343	7,2
Entrevista admisión a programas /proyectos	2614	4,3
Prestación múltiple	2256	3,7
Entrevista a terceros	1901	3,1
Supervisión	350	0,6
sin esp.	391	0,6
Total	60417	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prestaciones de fonoaudiología fueron fundamentalmente el tratamiento y la entrevista diagnóstica. (Véase tabla nro. 58)

Tabla nro. 58 -Prestaciones de Fonoaudiología en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones de Fonoaudiología	Consultas	Porcentaje
Tratamiento	18895	66,4
Entrevista diagnóstica	5916	20,8
Entrevista 1ª vez	3306	11,6
sin esp.	340	1,2
Total	28457	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Las prestaciones de kinesiología fueron por Kinesioterapia (Véase tabla nro.59)

Tabla nro. 59 - Prestaciones de Kinesiología en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Tipo de prestación en Kinesiología	consultas	Porcentaje
Kinesioterapia	4286	95,4

Fisioterapia	208	4,6
Total	4494	100,0

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Entre las prestaciones grupales en CESAC, las que más se realizaron fueron los talleres, charlas y jornadas comunitarias. Según la cantidad de concurrentes, tuvieron mayor cantidad de personas presentes los talleres, las charlas y encuentros comunitarios. (Véase tabla nro.60)

Tabla nro. 60 - Prestaciones grupales en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Prestaciones grupales en APS	Nro de actividad	Nro. Concurrentes
Taller	4760	70212,0
Charla/Exposición	3206	57331
Encuentro/Jornada comunitaria	1659	29250
Juego	998	26522
Actividades específicas de Psicólogos	820	8014
Campaña	617	18988
Grupo operativo	229	1923
Otras	188	1630
Actividades específicas de Psicopedagogos	169	2650
Actividades específicas de Nutricionistas	131	1798
Asamblea	21	185
Foro	17	422

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Otras profesiones que desarrollaron actividades en CESAC son los terapistas ocupacionales y los musicoterapeutas (Véase tabla nro. 61)

Tabla nro. 61- Prestaciones de otras profesiones en CESAC – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Tipo de prestación	Nro.
Terapia ocupacional	139
Musicoterapia individual	10
Total	149

Información en APS – Dirección General de Sistemas de Información en Salud – Dirección de Estadísticas para la Salud – Ministerio de Salud GCBA

Inmunizaciones

Se presenta el análisis de la cobertura de inmunizaciones realizado por el Programa de Inmunizaciones de la Ciudad (PIBA – DGAAPS – Ministerio de Salud – GCBA)

Para el análisis del año se tomaron en cuenta las proyecciones de la población por grupos etáreos para el 2005, proporcionadas por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La Ciudad de Buenos Aires tiene una población de 3.018.102 personas y un conurbano con una cifra casi tres veces superior. En esta jurisdicción se vacuna la población residente y al mismo tiempo población no residente, procedente

mayoritariamente de la Provincia de Buenos Aires, que representan en cantidad de dosis administradas anuales en la ciudad, entre el 26 y 30 % de las mismas, con leve incremento en los últimos años.

La ciudad, como toda gran urbe, tiene a su vez características particulares tales como población migratoria lo cual hace difícil realizar un correcto cálculo de denominadores. En los dos últimos años el crecimiento de asentamientos precarios con poblaciones inadecuadamente vacunadas y no registradas dentro de los denominadores de cohortes de edad puede modificar las verdaderas coberturas. Se cuenta para el acceso a la vacunación, con diferentes tipos de centros de vacunas a saber:

- Vacunatorios de hospitales públicos.
- Vacunatorios de centros de salud.
- Vacunatorios extrasectoriales. (adheridos al PIBA)
- Vacunatorios de centros médicos barriales.
- Vacunatorios privados. (no adheridos al PIBA)

El gran peso de las coberturas lo brinda el hospital público. Del total de vacunas suministradas por el estado durante 2005 en los tres primeros tipos de vacunatorios, el 61 % fue administrada en los hospitales, el 20 % en los centros de salud y el 19 % en los extrasectoriales.

Los vacunatorios privados no adheridos al PIBA tienen escaso peso en las coberturas excepto el FUNCEI. Algunos de ellos no administra más de 100 dosis de vacunas por mes en total, y corresponden a pequeños centros. Aún no están incluidos en la información todos los vacunatorios privados, pero el peso grande de los mismos, repetimos, lo tiene FUNCEI.

Análisis particular por vacuna (Véase tabla nro. 62)

1. BCG: el 73,23% de cobertura al alta de la maternidad es inferior al 120,81% de cobertura en 2004, que estaba referido a menores de un año. Además de este motivo, la reducción puede reflejar un registro más ajustado, fruto del trabajo realizado en pos de su mejora que contempla el no registro por frasco vacío sino por dosis aplicada, la distinción entre población residente y no residente y la no reiteración de aplicaciones ante la falta de nódulo postvaccinal.
2. SABIN: La cobertura con vacuna antipoliomielítica 1º dosis (Sabin + Salk) muestra 79,77%. Es un dato preocupante ya que cae con respecto a los datos de 2004 que alcanzaban 93%. Con la segunda dosis se llega al 83,01% y con la tercera se cae nuevamente al 79,48%. Posiblemente influya en la caída el menor registro duplicado por repetición de dosis por vómito del lactante dentro de los primeros minutos de aplicada, el criterio de registro de dosis aplicadas y no de frascos utilizados, pero la caída en las coberturas requiere encarar estrategias en este grupo de edad y también para los niños de 18 meses, grupo cuya cobertura no se ha modificado con relación al año anterior (69,67% vs. 69,32%)
3. CUADRUPLE: las coberturas en el primer año y el refuerzo de los 18 meses son similares a las de Sabin, el uso de presentaciones monodosis resta posibilidades de error
4. HEPATITIS B: la hepatitis B en menores de 12 horas de vida mejoró con respecto al global de 2004 (89,34% vs. 97,44%), la 2º y 3º dosis superaron levemente a Sabin y Cuádruple, alcanzando el 74,25 y el 73,26%.
5. TRIPLE VIRAL: al año de vida llegó al 100,96%. Puede influir el sobregistro por dosis aplicadas en el marco de la campaña de seguimiento.
6. HEPATITIS A: en los siete primeros de aplicación se logró el 61,66% de cobertura, cifra tal vez aceptable para una vacuna que recién se

introduce al calendario pero baja teniendo en cuenta la demanda que parecía tener y que no se confirmó en la práctica.

- 7. Las coberturas de los 6 años, no superan en ningún caso el 100%; el uso de las nuevas planillas por parte de todos los efectores permitió subsanar el problema que se presentaba con las anteriores planillas que incluían el grupo de 5 a 9 años y el denominador era sólo la cohorte de los 6 años. Las acciones en terreno de vacunación, vinculadas al Programa de Salud Escolar y A ver que ves permitieron mejorar con respecto a las coberturas del menor de un año y de 18 meses.
- 8. La cobertura con doble adultos, tomadas las cohortes de 16 a 76 años de edad según los datos censales y de expectativas de vida de los residentes de la ciudad, muestran valores del 30,99%, lo que señala una mejora con respecto al 26,63 % de 2004 pero que demuestra aún el claro camino que debemos recorrer en vacunación de adultos. Éstas han aumentado significativamente desde la implementación de campañas de vacunación en terreno para vecinos y cartoneros y la mejora en los programas de bioseguridad en los hospitales.

Tabla Nro. 62 – Cobertura de inmunizaciones Público y Privado – Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2005.

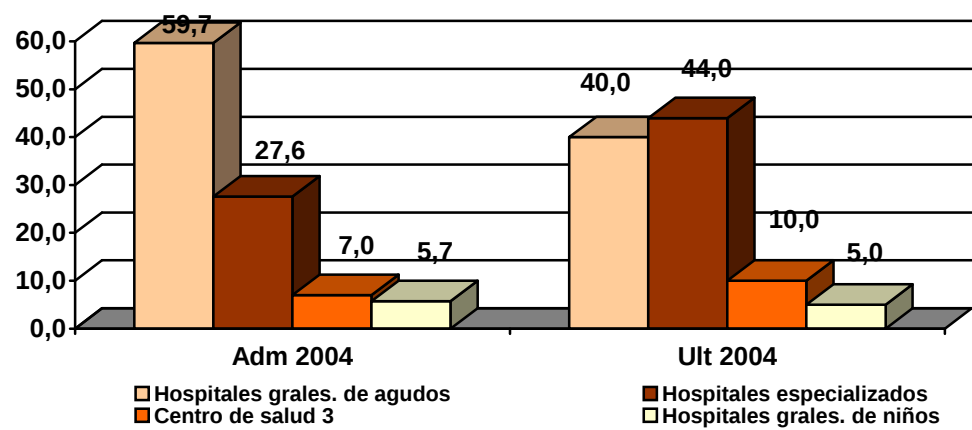
Cobertura 2005 público y privado		
	VACUNA	TOTAL COBERTURA
RECIÉN NACIDO	BCG EN MATERNIDAD	73,23
< DE 1 AÑO	SABIN 1º	79,77
	SABIN 2º	83,01
	SABIN 3º	79,48
1 AÑO	SABIN REFUERZO	69,32
< DE 1 AÑO	CUADRUPLA 1º	79,02
	CUADRUPLA 2º	82,06
	CUADRUPLA 3º	78,10
1 AÑO	CUADRUPLA REFUERZO	69,74
RECIÉN NACIDO	HEPATITIS B< 12	97,44
< DE 1 AÑO	HEPATITIS B 2º	74,25
	HEPATITIS B 3º	73,26
1 AÑO	TRIPLE VIRAL 1º (*)	100,96
	HEPATITIS A	61,66
6 AÑOS	BCG REFUERZO	94,85
	TRIPLE VIRAL REFUERZO	99,51
	TRIPLE BACTERIANA	91,00
	SABIN REFUERZO	94,78
11 AÑOS	TRIPLE VIRAL 11 AÑOS	33,56
	HEPATITIS B 1º	35,40
	HEPATITIS B 2º	24,56
	HEPATITIS B 3º	40,39
ADULTOS	DOBLE ADULTOS	30,99

Fuente: Programa de Inmunizaciones – DGAAPS – Ministerio de Salud – GCBA

Salud Mental

Las prestaciones de salud mental se distribuyeron de la siguiente manera: (Véase gráfico N° 17)

Gráfico N° 17 - Porcentaje de prestaciones de salud mental por tipo de hospital en admisiones y ulteriores – Ciudad de Buenos Aires – Año 2004



Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud. Ministerio de Salud - GCBA

En el año 2004, las admisiones representaron un 4,6% y el restante 95,6 fue para las **prestaciones ulteriores**. Las admisiones en el año 2004 fueron 74.697. Las **prestaciones ulteriores** fueron 1.553.233.

Los motivos de consulta en salud mental, obtenidos de una muestra (n 1274) fueron en primer lugar, los trastornos de ansiedad, los relacionados con el grupo familiar y el ambiente social, los trastornos del humor y de la personalidad, entre otros (Véase tabla N° 63)

Tabla N° 63 – Distribución porcentual de los motivos de consulta en Salud mental según diagnóstico de la CIE-10 – OMS.

Categorías Diagnósticas (CIE -10)	Total %
Trastornos de Ansiedad o Neuróticos	31%
Problemas relacionados con el grupo familiar y con el ambiente social	17%
Trastornos del Humor o del estado de ánimo	14%
Trastornos de la Personalidad	7%
Trast. comport. y emociones de comienzo en infancia, niñez, adolescencia	5%
Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos	5%
Trastornos debidos al consumo de sustancias	4%
Trast. Comport. asociados a disfunción fisiológica y factores somáticos	3%
Trastornos Mentales Orgánicos	3%
Abuso físico y/o sexual del niño o del adulto	2%
Trastornos del Desarrollo Psicológico	2%
Retraso Mental	1%
Otros	2%
Sin diagnóstico	5%
Total	100%

Fuente: Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental – Elaboración: Dirección de Salud Mental - (Datos obtenidos de una muestra de 4 Hospitales Generales ubicados en distintas zonas de la Ciudad de Buenos Aires)

El sexo de los pacientes que se seleccionaron en la muestra citada fue en su grán mayoría femenino (65% de los casos). Las edades de los usuarios que mas casos acumulan fue de 20 a 39 años.(Véase tabla N° 64)

Tabla N° 64 – distribución porcentual por grupo de edad de usuarios de Salud mental de hospitales públicos – GCBA (muestra de 4 HGA – N= 1274)

	Total
Grupos de Edad	%
0 a 4 años	1%
5 a 9 años	7%
10 a 14 años	6%
15 a 19 años	7%
20 a 39 años	42%
40 a 59 años	26%
60 a 79 años	9%
80 y más	1%
Sin datos	1%
Total	100%

Fuente: Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental – Elaboración: Dirección de Salud Mental - (Datos obtenidos de una muestra de 4 Hospitales Generales ubicados en distintas zonas de la Ciudad de Buenos Aires)

La procedencia de los usuarios es en su grán mayoría de capital (62%) y en segundo lugar del GBA (32%). La situación laboral de los usuarios está repartida entre los ocupados y desocupados (Véase tabla N° 65)

Tabla N° 65 Distribución porcentual de los usuarios de salud mental de hospitales estatales según situación laboral (muestra de 4 HGA n=1274)

	Total
Nivel Laboral	%
Ocupado	39%
Subocupado	16%
Desocupado	29%
Jubilado	3%
Estudiante	6%
Sin datos	7%
TOTAL	100%

Fuente: Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental – Elaboración: Dirección de Salud Mental - (Datos obtenidos de una muestra de 4 Hospitales Generales ubicados en distintas zonas de la Ciudad de Buenos Aires)

Capítulo 2: Análisis de situación de salud según áreas de comunas

ACLARACIONES METODOLOGICAS

Para analizar la situación social de la población de la ciudad según el agrupamiento de comunas, se ha estratificado el territorio según el “*índice de necesidades sociales*” que ha surgido de la adaptación del índice de necesidades de salud.

Este indicador se ha construido mediante el software epidat 3.1. Este índice se encuentra basado en la estandarización de las unidades de medida de los indicadores, *“Un procedimiento sencillo y estadísticamente robusto consiste en normalizar o estandarizar todas las unidades a una sola. Para ello se aplican los puntajes normalizados Z (Z scores, en inglés), que es uno de los métodos más comúnmente empleados en la medición y caracterización de individuos con respecto a sus poblaciones. Los puntajes Z se calculan a partir de dos medidas ampliamente conocidas, el promedio y la desviación estándar de una distribución de frecuencias en una población. El puntaje de cada unidad geográfica para cada indicador se obtiene como la diferencia entre el valor observado con el esperado (promedio), dividida por la desviación estándar. Se sugiere que los valores de Z se aproximen o redondeen a unidades enteras para facilitar la clasificación final. A su vez, el índice de necesidad..... para cada unidad geográfica se calcula como la suma algebraica de los distintos puntajes Z de cada indicador. Finalmente, los resultados de la suma se ordenan para identificar los grupos (áreas geográficas o poblaciones) con mayores necesidades”* (Módulo de ayuda – EPIDAT 3.1 Xunta de Galicia)

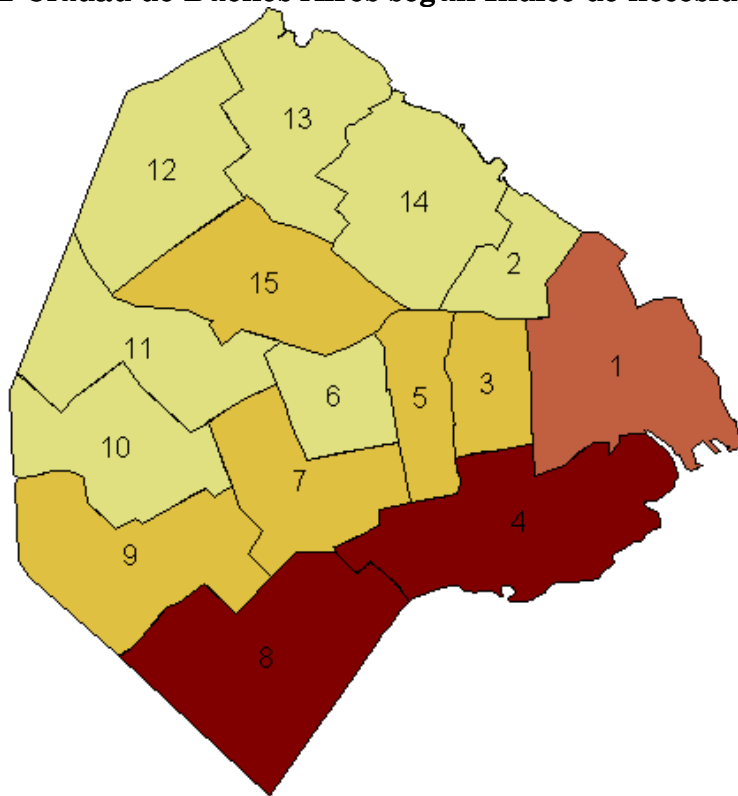
El índice de necesidades sociales ha proporcionado un puntaje por comunas en función de los indicadores de:

1. % de población con cobertura únicamente estatal,
2. % de población con NBI,
3. % de población de 25 años y más con primario incompleto
4. % de mujeres en edad fértil con primario incompleto.

Todos estos datos surgen del CENSO de vivienda y población del año 2001 y son, en este momento los únicos que poseemos con división territorial de comunas. (los demás se encuentran por CGP).

Este índice complejo ha proporcionado un score tal que, agrupándolo según cuartiles, se obtienen 4 estratos de necesidades sociales. Se presenta a continuación el mapa de las necesidades sociales de la ciudad. A mayor oscuridad del color, mayores necesidades sociales.

Mapa Nro. 2 Ciudad de Buenos Aires según Índice de necesidades sociales



La población de la zona sur de la ciudad es la que posee mayor porcentaje de necesidades sociales (comunas 8 y 4). Le sigue la zona este, (comuna 1), la zona centro/norte (comunas 9, 7, 5, 3 y 15) y la de mejor situación en cuanto a las necesidades sociales es la zona norte/este (comunas 6, 10, 11, 12, 13, 14 y 2).

Para este informe se denominará zona 1 a la norte/este, zona 2 a la centro/norte, zona 3 a la este y zona 4 a la sur. Cuanto mayor es el número, mayor vulnerabilidad social.

Situación demográfica de la población de la ciudad según comunas

En todas las zonas según el índice de necesidades sociales coexiste el hecho de la existencia de mayor cantidad de mujeres que varones (*índice de masculinidad*). La zona que mayor cantidad relativa posee es la zona nro. 3. No se observa diferencia según necesidades sociales. El promedio de la ciudad es que cada cien varones existen 105 mujeres. En todas las zonas se observa población madura (*Índice de Friz*), sin embargo en las zonas de mayor pobreza este índice es mayor lo que significa que la población es más joven a medida que aumenta la vulnerabilidad social. (Véase tabla nro. 1)

El crecimiento poblacional de la población de la ciudad es regresivo (*índice de Sundbarg*), sin embargo, la brecha en la zona 4 es menor que en el resto de las zonas lo cual indica que se acerca a lo estacionario. La brecha mayor se ubica en la zona más rica de la ciudad. (Véase tabla nro. 1)

A mayor vulnerabilidad social, mas cantidad de niños por mujer en edad fértil. (*Índice del número de niños por mujer fecunda*) y mayor *tasa de fecundidad*. (Véase tabla nro. 1)

Con relación al envejecimiento poblacional se evidencia que la zona de mayor vulnerabilidad social es menor que en el resto de las zonas (índice de envejecimiento) También se observa que, a mayores necesidades sociales, la estructura de la población económicamente activa es más joven.(*Índice de estructura de la población activa*). También se evidencia que cuanto mas pobre

la población mayor cantidad de jóvenes por anciano.(*Índice Generacional de Ancianos*). (Véase tabla nro. 1)

La media de edad y la mediana, son menores a medida que aumenta la vulnerabilidad social. (Véase tabla nro. 1)

La situación demográfica por zonas deja en evidencia que a mayor vulnerabilidad social, mas cantidad de jóvenes, mayor progresividad del crecimiento poblacional, mayor cantidad de hijos por mujer y menos ancianos. (Véase tabla nro. 1)

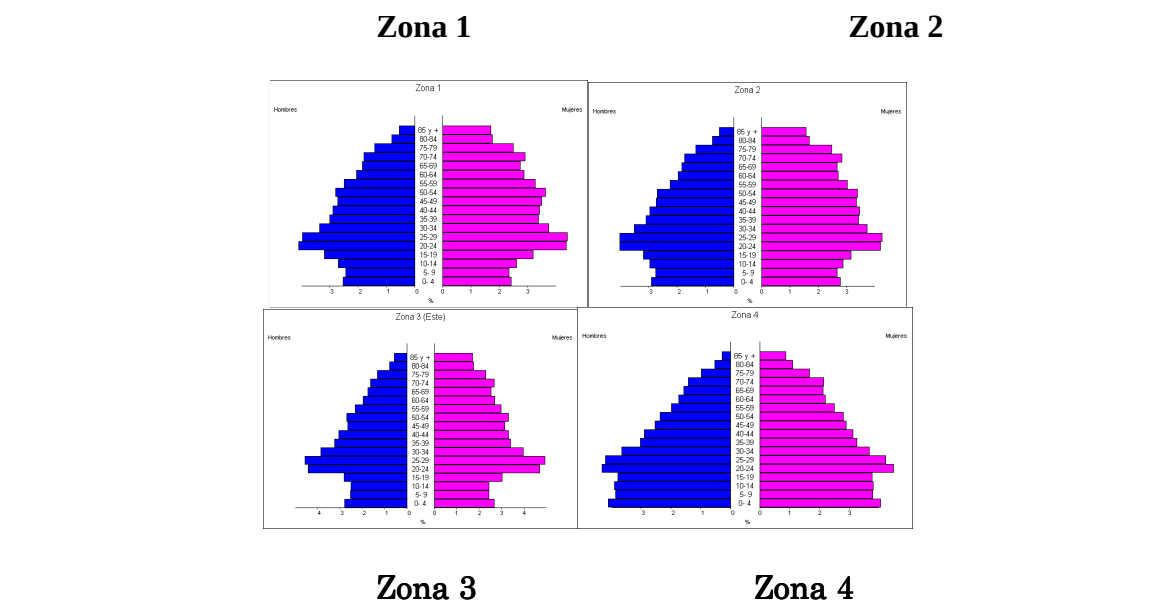
Tabla nro. 1 - Índices demográficos seleccionados según zonas de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

INDICES	Zona 1	zona 2	zona 3	zona 4	CABA
Masculinidad	106,7	105,8	108,8	103,0	105,3
Friz	82,5	88,7	79,8	123,7	89,3
Sundbar	30%/71%	34%/68%	30%/64%	47%/53%	34%/67%
Envejecimiento	120,2	102,9	111,1	54,5	102,0
Estructura población activa	80,9	78,0	72,4	65,5	77,5
Número de niños por mujer fecunda	19,1	22,3	20,6	32,0	21,9
Índice generacional de ancianos	198,8	200,7	203,5	245,4	204,4
Tasa general de fecundidad	4,3	4,9	4,6	6,8	4,8
Edad media	40,4	39,4	39,5	34,6	39,3
Edad mediana	38,4	37,1	36,6	31,1	36,9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2001 – Procesado con EPIDAT 3.1

Las pirámides demográficas según grupos de comunas muestran la diferencia entre la zona más pobre (4) y especialmente el resto de la ciudad. (Véase gráfico nro. 1).

Gráfico nro. 1 – comparación entre pirámides demográficas según zona de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2001

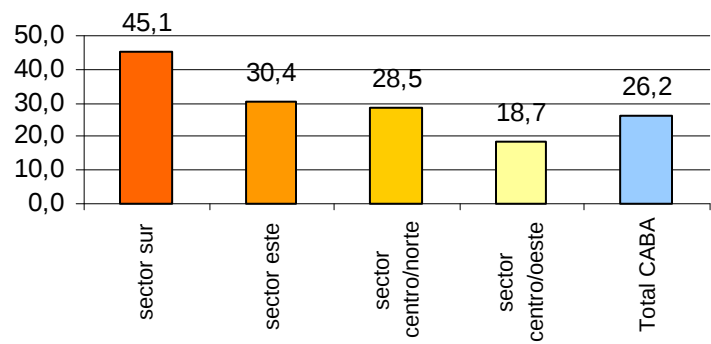


Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2001 – Procesado con EPIDAT 3.1

Situación social de la población de la ciudad, según comunas

En términos de cobertura en salud, allí habita la mayor cantidad de población con cobertura únicamente estatal y según decrecen las necesidades en salud, disminuye la cobertura únicamente estatal. (Véase gráfico nro. 2)

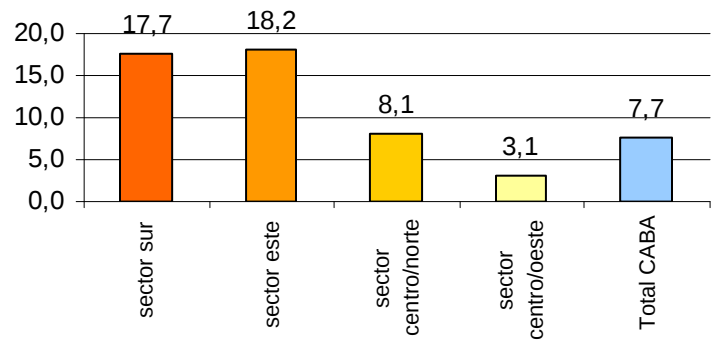
Gráfico nro. 2 - Porcentaje de población con cobertura únicamente estatal según estratos de comunas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2001

En términos de NBI, el sector 3 supera al de mayores necesidades sociales. Esto es así debido, entre otras cosas a la calidad de la vivienda de ese sector. (Véase gráfico nro. 3)

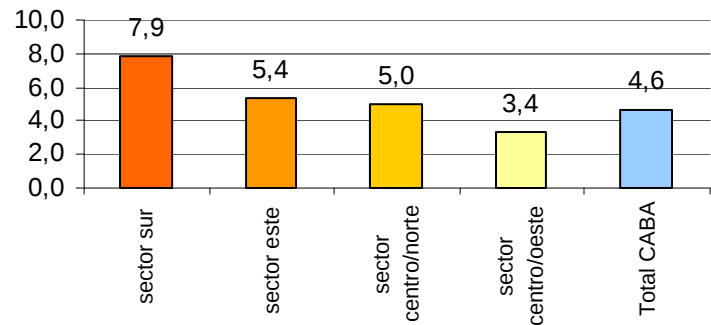
Gráfico nro. 3 - Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas según estratos de comunas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2001

En términos de escolaridad, la población de mayores necesidades sociales es la que posee mayor tasa de población de 25 años y más con primario incompleto. (Véase gráfico nro. 4)

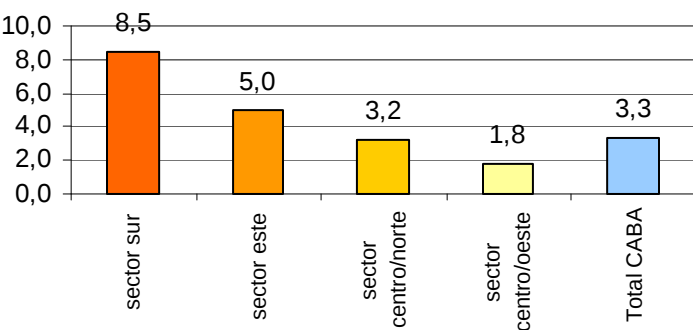
Gráfico nro. 4 - Porcentaje de población de 25 años y más con primario incompleto según estratos de comunas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2001

Con relación a las mujeres en edad fértil con primario incompleto también se observan diferencias entre estratos de población con diferentes necesidades sociales. (Véase gráfico nro. 5)

Gráfico nro. 5 - Porcentaje de población femenina en edad fértil con primario incompleto según estratos de comunas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2001

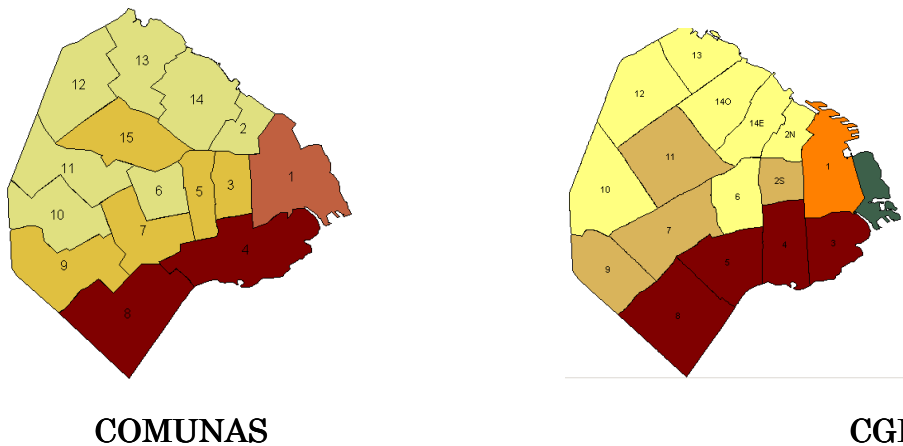
Mortalidad según estratos de población con similares Necesidades sociales

Para analizar la mortalidad según necesidades sociales, se tomaron las zonas de comunas descriptas en el componente demográfico y social. Debido a que la mortalidad en el año 2005 se desagrega por CGP, se han realizado equivalencias entre zonas de comunas y CGP con el fin de aproximarse a esta nueva división político-administrativa.

Las zonas quedaron constituidas de la siguiente manera: (Véase mapa nro. 1)

- Zona 4 (Sur): CGP 3, 4, 5 y 8
- Zona 3 (este) : CGP 1
- Zona 2 (Centro/Norte) : CGP 2s, 7, 9, 11
- Zona 1 (Oeste/ Norte): CGP 6, 10,12,13, 14E, 14O, 2N

Mapa nro. 1 Mapas de equivalencias de zonas de necesidades sociales (por comunas) según CGP



Fuente: Elaboración propia según datos de DGAAPS – Ministerio de Salud - GCBA

Tabla N° 2 – Porcentaje, tasas brutas y ajustadas de mortalidad según sector de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Sectores de necesidades sociales	Tasa bruta de mortalidad por mil	Tasa ajustada de mortalidad por mil
4	11	10.5
3	12.4	12.6
2	13.3	12.9
1	10.5	12.7
TOTAL	11.4	No corresponde

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Las tasas ajustadas de mortalidad por cien mil habitantes del grupo de 0 a 14 años son más altas en la zona 3 y 4. Las tasas de mortalidad del grupo de 15 a 64 años es más alta en la zona 4 y las de mortalidad de la población de 65 años y más es más alta en la zona 3 y 2. (Véase tabla nro.3)

Tabla N° 3 – Tasas de mortalidad por edad por mil habitantes según sectores de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Sectores de SSI	0 a 14 años	15 a 64	65 y más
4	1.4	3.9	57.9
3	1.8	3.7	59.5
2	1	3.1	60.4
1	0.8	2.6	50.4
Total	1	3.1	54.9

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005.

Las tasas ajustadas de mortalidad por sexo muestran muy pequeñas diferencias entre sectores. (Véase tabla nro.4)

Tabla N° 4 - Tasas ajustadas de mortalidad por sexo según SSI – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Sectores de SSI	Varones	Mujeres
4	13.2	12.2
3	13.5	12.3
2	11.6	11.9
1	10.3	10.7
TOTAL	11,4	11,4

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005.

Las tasas ajustadas de mortalidad según capítulos de la CIE-10 – OMS son más altas en los sectores 3 y 4 que en el resto, salvando los capítulos de signos y síntomas, de enfermedades de la piel y de enfermedades del sistema osteomuscular. En general las tasas ajustadas más altas se encuentran en el sector 3. Sin embargo, los motivos de muerte seleccionados por su alta visibilidad en su relación con las condiciones de vida (esto no significa que los demás no posean impacto) que son la mortalidad por causas externas y por enfermedades infecciosas y parasitarias, sigue la lógica de que a mayores necesidades sociales, mayor tasa ajustada de mortalidad (Véase tabla nro.5)

Tabla N° 5 – Tasas ajustadas de Mortalidad según Capítulos de la CIE 10 y sector de necesidades sociales por cien mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires– Año 2005

Capítulos de la CIE - 10 -OMS	4	3	2	1	Total CABA
	Por cien mil habitantes				
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	85,4	89,6	80,7	56	69,2
Tumores	261,2	308,2	263,6	249,5	255,5
enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos,	4,1	7	4,9	3,7	4,4
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22,7	16,3	23,2	17,2	19,4
Trastornos mentales y del comportamiento	1,1	0	1,3	0,8	0,9
Enfermedades del sistema nervioso	11,7	16,1	10,4	11,7	11,5
Enfermedades del sistema circulatorio	417,9	399,8	420	346,8	375,3

Enfermedades del sistema respiratorio	300,7	299,8	304,3	236,8	265,5
Enfermedades del sistema Digestivo	46	42,3	39,8	34,2	37,8
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,4	0,5	0,9	1	0,9
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1	0	0,9	1,7	1,3
Enfermedades del sistema genitourinario	53,6	50,5	54,1	47,4	49,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosóm	4	5,6	4,1	4	2,6
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,4	9,6	6,3	6,1	6,1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	52,6	42,9	40,1	30,3	37,9
Total (por mil habitantes)	12,7	12,9	12,6	10,5	11,4

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Mortalidad por causas seleccionadas según estratos de Necesidades Sociales

Para este capítulo se seleccionaron las grandes causas de mortalidad que muestran diferencias evidentes entre áreas de Necesidades sociales y que, en cierta medida, sería posible algún tipo de intervención, directa o indirecta para reducirlas.

Los capítulos según la CIE – 10 OMS son las enfermedades infecciosas y parasitarias y las causas Externas.

Mortalidad por enfermedades infecciosas y Necesidades Sociales

La mortalidad por enfermedades infecciosas se presentó durante el año 2005 con una distribución porcentual centrada en las *“otras enfermedades bacterianas”* que prácticamente coincide con septicemias, Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana y tuberculosis. En cuarto lugar figuran las hepatitis virales (Véase tabla nro. 6)

Tabla nro.6 - Distribución porcentual de los grupos diagnósticos de muerte por enfermedades infecciosas y parasitarias – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Grupos diagnósticos según CIE-10-OMS	Frecuencia	Porcentaje
Otras enfermedades bacterianas	1635	85,1
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	183	9,5
TBC	30	1,6
Hepatitis viral	27	1,4
Enfermedades debidas a protozoarios	14	0,7
Otras infecciones intestinales	12	0,6
Micosis	11	0,6
Infecciones virales del sistema nervioso central	4	0,2
ETS	1	0,1
Fiebres virales caracterizadas por excemas en la piel	1	0,1
Fiebres virales distribuidas por artrópodos	1	0,1
Helmintiasis	1	0,1
Otras virales	1	0,1
Pediculosis, ascariasis y otras infestaciones	1	0,1
Total	1922	100

Para este capítulo se seleccionarán los tres primeros diagnósticos ya que, salvo el primer diagnóstico los demás constituyen enfermedades de vigilancia intensificada en la Ciudad de Buenos Aires.

La mortalidad por los grupos diagnósticos seleccionados según el mapa de las necesidades sociales muestra que en las zonas de mayor necesidad social, son mayores las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana y TBC. La tasa de mortalidad por “otras bacterianas” mas elevada se observa en la zona 3 y en segundo lugar en la zona 2. (Véase tabla nro. 7)

Tabla Nº 7 – Mortalidad por enfermedades infecciosas. Casos y tasas ajustadas por cien mil habitantes según necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Grupos diagnósticos según CIE-10 - OMS	Zona de necesidades sociales								
	S/D	4		3		2		1	
	Frec	Frec	Tasa	Frec	Tasa	Frec	Tasa	Frec	Tasa
Otras enfermedades bacterianas	2	293	66	138	75	519	69,8	683	50,3
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	4	71	13,3	19	10	50	6,5	39	2,9
TBC	0	13	2,5	3	1,6	8	1	6	0,4
Resto de las causas	0	17	3,4	4	2,1	24	3,2	29	2,1
Total	6	394	85,4	164	89,6	601	80,7	757	56

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Las tasas de mortalidad por sexo son mayores entre las mujeres, salvo en la zona 3 donde la de los varones superan. Se observa también que a mayor necesidades sociales, más altas las tasas de mortalidad por grupos diagnósticos y sexo (Véase tabla nro. 8)

Tabla Nº 8 – Mortalidad por enfermedades infecciosas. Tasas ajustadas por cien mil habitantes según sexo y necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Grupos diagnósticos según CIE-10 - OMS	Tasas ajustadas por cien mil habitantes							
	4		3		2		1	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Otras enfermedades bacterianas	54,6	75,6	77,6	73,3	56,7	71,7	44,7	55,1
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana	20,2	7,3	18	4	9,2	4,3	4,6	1,6
TBC	4,1	1,2	2,4	0,9	1,4	0,7	0,8	0,1
Resto de las causas	3,5	2,5	3,6	1	3,1	3	2,7	1,7
Total	83,5	86,7	102	79,2	70,5	79,8	52,9	58,7

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2005

Mortalidad por causas externas según Necesidades Sociales

En el año 2005 hubo un solo caso sin domicilio para esta causa, por lo tanto quedó por fuera de este análisis. Entre las causas externas, los principales diagnósticos fueron los otros accidentes, que incluyen todos menos los de

tránsito, los suicidios y las agresiones. Según la agrupación de las necesidades sociales, se observa en casi todos los casos que a mayores necesidades, mayor tasa ajustada de mortalidad. (Véase tabla N° 9)

Tabla N° 9 - Tasas ajustadas de mortalidad según grupos diagnósticos de causas externas por cien mil habitantes según necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

zona	otros accidentes	suicidios	agresiones	otras C. E.	Total
4	19,7	9,4	12,4	11	52,6
3	19,1	5,9	7,5	10,2	42,9
2	16,9	8,6	3,8	10,7	40,1
1	10,9	8,2	2,7	8,3	30,3
Total	15,8	8,4	5,7	8	37,9

Fuente: Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2004

Las tasas de mortalidad por sexo evidencian que los varones mueren en mayor medida que las mujeres y esta diferencia es mayor en la mortalidad por agresiones. (Véase tabla nro. 10)

Tabla N° 10 – Mortalidad por causas externas según sexo y necesidades sociales - Tasa específica por cien mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires Año 2005

zonas	Otros accidentes		Suicidios		Agresiones		Resto de causas externas		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
4	28,1	12,4	16,1	3,5	23,5	2,6	14,3	7,9	82,2	26,5
3	30,5	8,8	5,9	5,9	15,5	0,9	10,7	9,9	62,8	25,7
2	20,4	12,8	11,9	5,4	6,3	1,6	12,3	8,3	51	28,2
1	13	9,2	10,8	6,1	5,3	0,8	10,3	6,9	39,5	22,8
Total	21,1	11,4	11,8	5,5	9,9	1,4	11,8	7,6	52,8	25,4

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2004

Mortalidad Infantil según Necesidades Sociales

Las tasas de mortalidad infantil también presentan diferencias según necesidades sociales. En el sector de peor situación la tasa del año 2005 fue de 10.2 por mil nacidos vivos. En el sector con menores necesidades sociales fue de 6, 3 por mil nacidos vivos. (Véase Tabla N° 11)

Tabla N° 11- Mortalidad Infantil según Necesidades Sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Sector	Nacidos vivos	Menores de 1 año fallecidos	Tasa de mortalidad infantil
4	10854	111	10,2
3	3245	22	6,8
2	11821	96	8,1
1	17073	108	6,3
Total	43064	337	7,8

Fuente: Elaboración propia sobre datos de la Dirección General de Estadística y Censo – Año 2004.

Mortalidad infantil reducible según Necesidades Sociales

Si se analiza la mortalidad infantil reducible por residencia habitual de la madre y se lo agrupa por sector, se observa que a mayor pobreza, mayor mortalidad infantil por causas reducibles, excepto en la zona 3. Es importante aclarar que la zona 3 es la más pequeña de todas, en términos de población, y está constituida por un solo CGP. Esto podría relacionarse con que, al ser pocos casos, el efecto del azar puede ser importante. (Véase tabla N° 12)

Tabla N° 12 – Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles según Índice de Necesidades Sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

sector	muertes reducibles en menores de 1 año	Tasa de mortalidad infantil por causas reducibles
4	71	6,5
3	14	4,3
2	64	5,4
1	64	3,7
Total	213	4,9

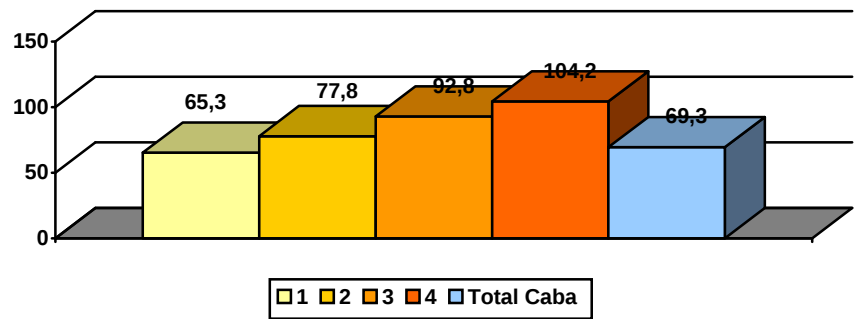
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC - GCBA– Año 2005

Años potenciales de vida perdidos según Necesidades Sociales

Si se analiza por sectores de SSI se observa que existen diferencias entre los años potenciales de vida perdidos. Estos se trabajaron ajustados por edad y tomando como estándar la pirámide de la ciudad de Buenos Aires.

La tasa ajustada de APVP según índice de necesidades sociales posee un rango entre 65 y 104 años perdidos cada mil habitantes según el sector de necesidades sociales donde resida la población (Véase gráfico N° 6).

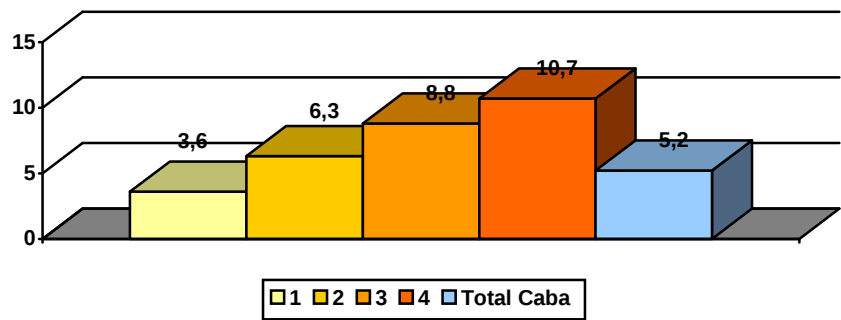
Gráfico N° 6 - Tasas ajustadas de APVP por mil habitantes según índice de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 y 2004

Con relación a las causas infecciosas la zona de mayores necesidades sociales fue la más desfavorecida en cuanto a años de vida perdidos. (Véase gráfico N° 7)

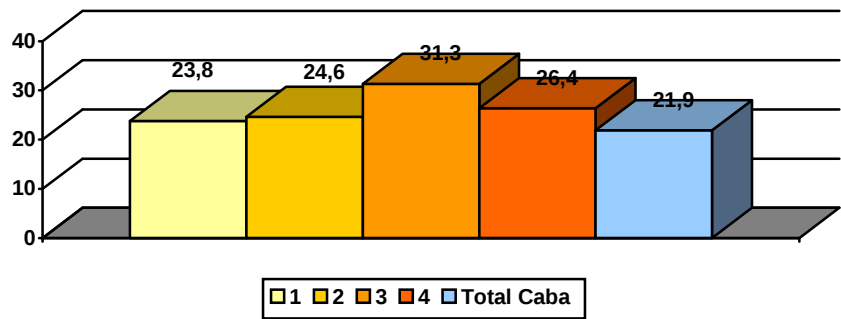
Gráfico N° 7 - Tasa ajustadas de APVP por causas infecciosas según Índice de necesidades sociales por mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires - Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 y 2004

En el año 2005 los tumores acumularon menos APVP en la zona 1 y 2.(Véase gráfico N° 8). La muerte por tumores es la que mayor igualdad presenta de todas las analizadas en términos de pérdida de años de vida.

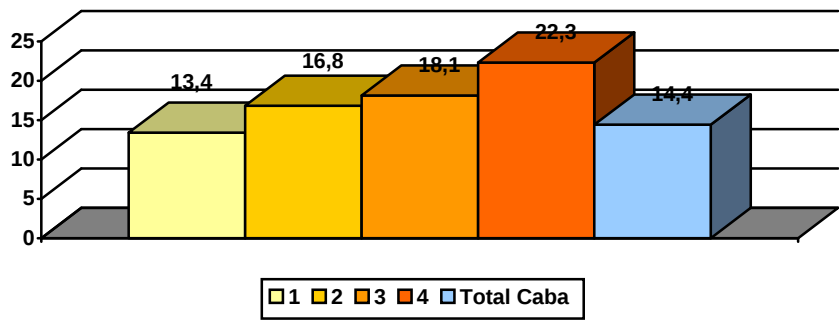
Gráfico N° 8 - Tasas ajustadas de APVP por tumores según Índice de necesidades sociales por mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires - Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 y 2004

Los APVP por enfermedades del sistema circulatorio muestran que la zona 4 casi duplica a la zona 1.(Véase gráfico N° 9)

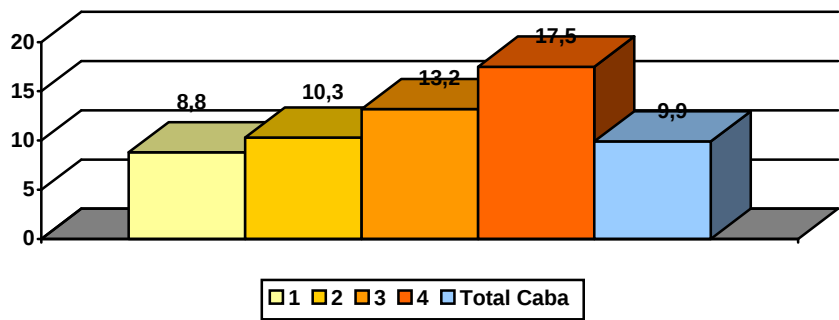
Gráfico N° 9 – Tasa de APVP por causas circulatorias según índice de necesidades sociales por mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires - Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 y 2004

Las causas externas también siguen el mismo patrón que las causas precedentes de APVP. Las tasas ajustadas de la zona 4 duplican a las de la zona 1(Véase grafico N° 10)

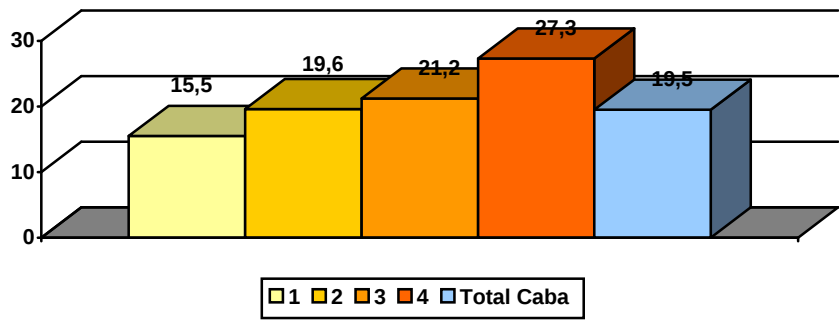
Gráfico N° 10 – Tasa de APVP por causas externas según índice de necesidades sociales por mil habitantes– Ciudad de Buenos Aires - Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 y 2004

Las tasas evidencian un patrón general. A peor situación social, mayor enfermedad seguida de muerte joven. (Véase grafico N° 11)

Gráfico N° 11 – Tasa de APVP cada mil habitantes por resto de las causas - según índice de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires - Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC – Año 2003 y 2004

Capitulo 3. Desigualdades en la mortalidad por causas seleccionadas

ACLARACIONES METODOLOGICAS

Se han seleccionado algunos motivos de mortalidad con el fin de generar evidencia epidemiológica para el análisis de las desigualdades sociales implícitas en dichas muertes.

Para este fin se tomaron del capítulo de la CIE-10 OMS las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, las causas externas de mortalidad y la mortalidad infantil. Esta selección se realizó por el motivo de que se han considerado de gran sensibilidad a la situación social. Entre la mortalidad por causas infecciosas y externas se identificaron las tres primeras causas y la tasa total. La mortalidad infantil se analizó en total y por causas reducibles.

Entre las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, quedaron seleccionadas las defunciones por “*otras bacterianas*” donde las septicemias ocupan casi todos los casos, en segundo lugar las muertes por *VIH/SIDA* y en tercer lugar las muertes por *tuberculosis*.

Entre las causas externas de mortalidad, figuran en primer lugar el grupo de los “*otros accidentes*”, en segundo lugar los *suicidios* y en tercer lugar las *agresiones*.

Probabilidad de muerte (Riesgo relativo)

En cuanto a la probabilidad de muerte (Riesgo relativo) en el sector de mayores necesidades sociales, se observa que existe mayor probabilidad de riesgo de muerte en todas las causas seleccionadas, en comparación con el sector de mejor situación social. Sin embargo, los diagnósticos de tuberculosis, VIH y agresiones son los que poseen, en magnitud, la mayor cantidad de riesgo (Véase tabla nro. 1).

La tuberculosis posee un riesgo 5 veces mayor en el sector de mayores necesidades sociales que en el de menores necesidades sociales. El VIH/SIDA y las agresiones, en el sector de mayores necesidades sociales, tuvieron una probabilidad de muerte 4 veces mayor que en el sector de mejor situación social. La mortalidad infantil y la mortalidad infantil reducible tuvieron casi dos veces más de riesgo en el sector de mayores necesidades sociales que en el de mejor situación social.

Exceso de muerte (Riesgo atribuible)

El exceso de mortalidad en el sector de mayores necesidades sociales, con relación al de menores necesidades sociales se dio, en mayor magnitud con las muertes por causas externas. El exceso de muerte por estas causas fue de 17 fallecidos cada cien mil habitantes en el sector de peor situación social, con relación al de mejor situación social. Dentro de este agrupamiento, las agresiones tuvieron un exceso de 9,3 muertes cada cien mil habitantes en el sector de peor situación con relación al de mejor situación. Entre las enfermedades infecciosas, el VIH/SIDA tuvo un exceso de mortalidad en el sector de mayores necesidades sociales de 10 personas cada cien mil habitantes con respecto al sector de mejor situación.

Riesgo atribuible poblacional (RAP)

Entre las medidas de impacto, el riesgo atribuible poblacional expresa la relación entre la población general y el mejor sector en cuanto a las necesidades sociales.

Se podría expresar que si toda la población tuviera la situación social del mejor sector se hubiera podido reducir la mortalidad por causas externas en 6,9

personas cada cien mil habitantes, dentro de esta agrupación los “*otros accidentes*” se hubieran reducido en 3,5 casos cada cien mil habitantes y el VIH/SIDA se podría haber reducido en igual medida que éste. Los motivos de muerte, dentro de los capítulos seleccionados que más se hubieran podido reducir son los de Causas Externas (Véase tabla nro. 1)

Fracción de riesgo atribuible poblacional (FRAP)

En términos de porcentaje, si toda la población tuviera la situación social del sector de mejores condiciones de vida, se podría reducir la mortalidad por tuberculosis en un 54%, por VIH/SIDA en un 53%, por agresiones en un 46%, la mortalidad infantil reducible en un 23%, la mortalidad infantil en un 22% y los otros accidentes en un 23%.

Tabla nro. 1 Indicadores de desigualdades sociales en la población entre sectores de necesidades sociales – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

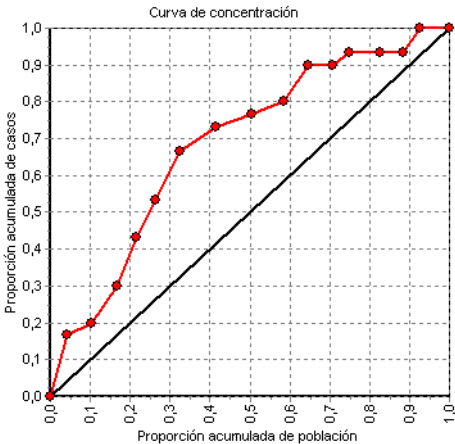
Causas de mortalidad según diagnósticos CIE-10 - OMS	Riesgo Relativo	Riesgo atribuible	Riesgo atribuible poblacional	Fracción de riesgo atribuible poblacional
Tuberculosis	5,1	1,9	0,6	54
VIH/SIDA	4,2	10,0	3,5	53
Agresiones	4,2	9,3	2,5	46,2
Mortalidad Infantil reducible	1,8	3,0	1,1	23,4
Mortalidad Infantil	1,7	4,3	1,7	22
Otros accidentes	1,7	7,6	3,5	23,3
Causas externas	1,6	17,9	6,9	18,4
Suicidio	1,0	0,0	0,2	2,3
Otras bacterianas	1,0	0,0	1,1	1,8
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,9	-0,7	2,0	1,8

Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

Índice y curva de Concentración

Se observa una concentración de la mortalidad por TBC entre la población de mayor NBI ya que el 20% de la misma concentra el 40% de los casos mientras que el 20% de la población de menor NBI concentra menos del 10% de los casos. (Véase gráfico nro. 1). En el año 2005 las desigualdades se acrecentaron dado que en el año 2004 el índice de concentración fue de –0,19 y en el año 2005 ascendió a –3,76, es decir, se concentró la mortalidad en el grupo de mayor vulnerabilidad.

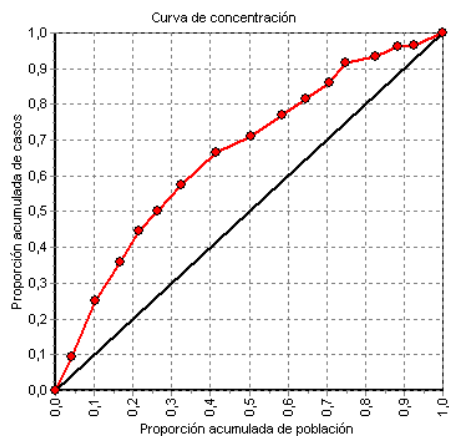
Gráfico nro. 1 Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad por tuberculosis – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

La mortalidad por VIH-SIDA también presentó una distribución desigual entre la población de la Ciudad. Los menos aventajados en la escala social, en el año 2005 concentraron mayor cantidad de muertes por VIH-SIDA. (Véase gráfico nro. 2). El índice de concentración en ese año fue de $-0,32$. También se incrementó la desigualdad por esta causa ya que el índice en el año 2004 fue de $-0,2$.

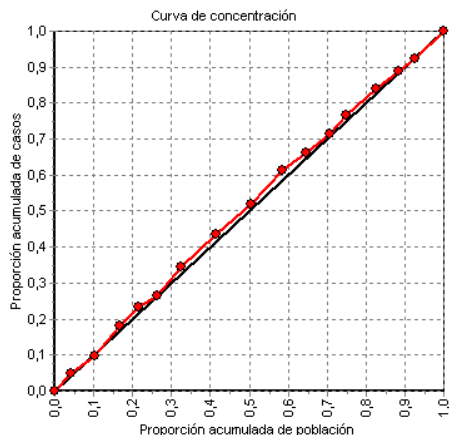
Gráfico nro. 2 - Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad por VIH-SIDA – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

En cambio la mortalidad por infecciones bacterianas no presenta desigualdades en la ciudad de Buenos Aires, ya que la distribución se parece bastante a la línea de la igualdad, es decir, el 20% más pobre en términos de NBI , acumula el 20% de las muertes por enfermedades bacterianas. (Véase gráfico nro. 3)

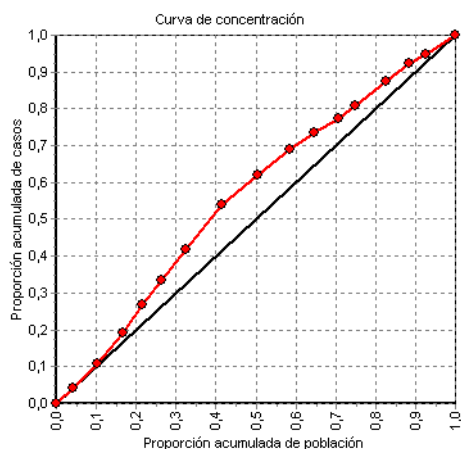
Gráfico nro. 3 - Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad por enfermedades bacterianas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

En el grupo de las causas externas, la distribución de la mortalidad por “*otros accidentes*” presenta desigualdades, sin embargo se sigue observando una brecha similar a la de años anteriores. (Véase gráfico nro. 4). El índice de concentración muestra que en el año 2003 la desigualdad era de $-0,13$, en el año 2004 descendió a $-0,05$ y en el año 2005 fue de $-0,12$.

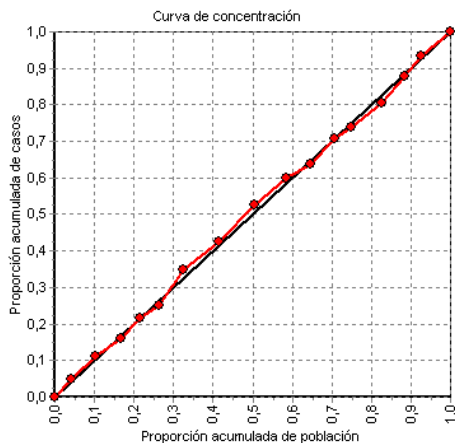
Gráfico nro. 4 - Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad por Otros accidentes – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

Con relación a los suicidios se sigue observando que no existen desigualdades sociales en la distribución. (Véase gráfico nro. 5) En el año 2005 el índice de concentración fue de $-0,007$, en el año 2004 fue de $0,07$ y en el año 2003 fue de $0,002$.

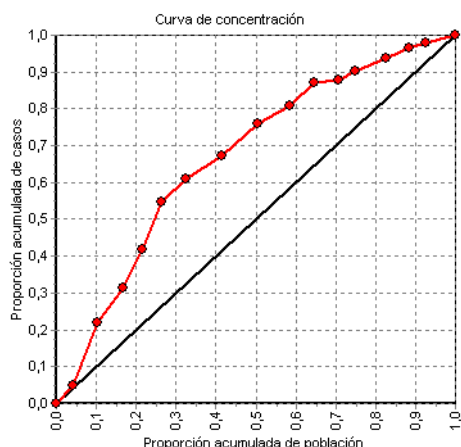
Gráfico nro. 5 - Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad por suicidio – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

En la mortalidad por agresiones es donde se observan las mayores desigualdades sociales ya que el 20% de la población más pobre, en términos de NBI concentra el 40% de las muertes. (Véase gráfico nro. 6). Esta desigualdad se mantiene en los últimos años ya que en el año 2003 el índice de concentración fue de $-0,32$, en el año 2004 fue de $-0,33$ y en el año 2005 fue de $-0,34$.

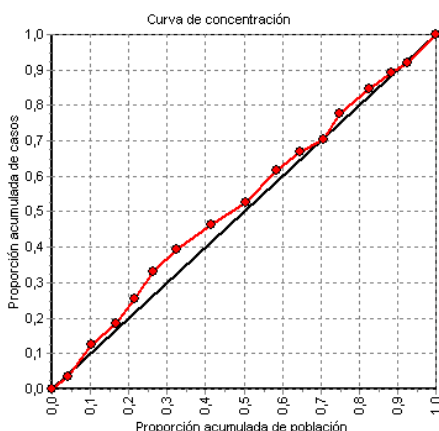
Gráfico nro. 6- Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad por agresiones – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

La tasa de mortalidad infantil presenta una leve desigualdad en su distribución durante el año 2005 sin embargo mejoró la expresada en el 2004 mediante el índice de concentración (en el año 2004 fue igual a $-0,13$ y en el año 2005 fue de $-0,05$). (Véase gráfico nro. 7)

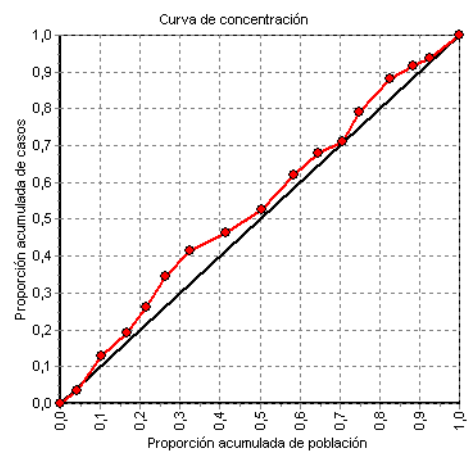
Gráfico nro. 7 - Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad infantil – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

La mortalidad infantil por causas reducibles también ha reducido sus desigualdades. En el año 2004 el 20% de la población más pobre acumulaba un 30% de la mortalidad infantil reducible y en el año 2005 el 20% más pobre acumuló el 25% de la mortalidad infantil reducible. (Véase gráfico nro. 8) El índice de concentración fue de $-0,17$ en el año 2003, $-0,18$ en el año 2004 y se redujo a $-0,07$ en el año 2005.

Gráfico nro.8 - Curva de Concentración entre las NBI y la mortalidad infantil reducible – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: elaboración propia sobre datos de Estadísticas Vitales de la DGEyC –

Capítulo 4: Conclusiones sobre la situación de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires

La población de la ciudad de Buenos Aires posee una distribución por edad y sexo semejante a ciudades desarrolladas, donde hay menos niños que jóvenes y existe una gran cantidad de adultos y viejos.

En cuanto a la situación social, en términos generales, los indicadores son mejores que el promedio nacional. Sin embargo la brecha entre los distintos grupos sociales continúa siendo muy importante. Los hogares con NBI son menos que la media nacional, no obstante, el número no es menor y se concentran en el sector sur de la ciudad. La población con primario incompleto representa un 5% de la población de la ciudad y esta situación viene siendo bastante estable a lo largo del tiempo. La población con cobertura únicamente estatal representa alrededor de un cuarto de la población de la ciudad.

Buenos Aires posee un perfil epidemiológico múltiple y al mismo tiempo condensa distintos modos de vida muy desiguales. Los principales motivos de muerte son tanto las enfermedades cardiovasculares y tumores como las enfermedades respiratorias, genitourinarias e infecciosas. Las muertes por causas externas también forman parte de este mosaico epidemiológico.

Existe un perfil por sexo en los motivos de muerte y en este se evidencia que los varones murieron más, en términos de tasas, que las mujeres. La muerte fue en mayor medida por enfermedades del sistema circulatorio y tumores. Los motivos de muerte de las mujeres fueron por enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio.

Las edades también poseen perfiles de mortalidad. Los niños de cero a catorce años murieron por afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones, enfermedades del sistema respiratorio y causas externas. La población de quince a 64 años tuvo como primera causa de muerte los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio, en tercer lugar figuran las causas externas e infecciones. La población de 65 y más años tuvo como primer motivo de muerte las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema respiratorio y los tumores.

Entre la mortalidad por infecciones, en primer lugar figuran las septicemias y en segundo el VIH y la TBC.

Entre la mortalidad por causas externas en primer lugar figuran los “*otros accidentes*” y en segundo lugar los suicidios. Entre los otros accidentes se encuentra la mayoría de la población que falleció en el recital de “Cromagnon”.

La tasa de mortalidad infantil continúa bajando en la ciudad desde el año 2003. Los menores de 1 año mueren fundamentalmente por problemas relacionados con la duración corta de la gestación y el peso al nacer y por edema pulmonar. Los niños de 1 a 4 años murieron fundamentalmente por causas externas.

La mortalidad materna también continúa en descenso en la ciudad y en el año 2005 la razón fue de 1,39 mientras que en todo el país, llegó a 4.

La mortalidad temprana (APVP) se produjo fundamentalmente por tumores, enfermedades del sistema circulatorio y causas externas. Los varones son los que mueren, en promedio, más tempranamente que las mujeres.

En cuanto a la morbilidad, las mayores tasas de notificación se produjeron por enfermedades Gastroentéricas y en este grupo las diarreas en menores de cinco años constituyen la primer y gran causa. En segundo lugar figuran las tasas de notificación de lesiones, en tercero las de no transmisibles, con diabetes e hipertensión a la cabeza como diagnósticos. En cuarto lugar figuran las enfermedades respiratorias.

Dentro de la morbilidad por enfermedades infecciosas, la tuberculosis continúa siendo un problema en la ciudad.

La hepatitis A, ha disminuido sus tasas en los últimos años y continúa haciéndolo en el 2005. Esta situación no es ajena a la incorporación de la vacuna antihepatitis A en el Calendario Nacional a partir del año 2004.

Las meningoencefalitis se mantienen con una tasa estable, no obstante el brote registrado en el año 2005.

Los diagnósticos de consulta en CESAC dejan en evidencia que se trabaja en función de dar cobertura de la salud y no solamente de la enfermedad. En menor medida esto también se observa en el perfil de diagnósticos de la consulta del programa de médicos de cabecera.

Los diagnósticos de egreso hospitalario muestran en primer lugar a los nacidos vivos, el parto espontáneo, las complicaciones del embarazo parto y puerperio y en cuarto lugar al aborto no especificado.

Entre los recursos del sistema se sigue contando con una oferta importantísima que sin embargo trabaja casi al borde de su capacidad instalada ya que da cobertura a quien lo demande y/o lo necesite, afirmando la idea de derecho humano y sin discriminar entre residentes de diferentes jurisdicciones (esto es congruente con la normativa de la Ciudad con relación a Salud).

Los hospitales generales de agudos y los especializados son los de mayor cantidad de paciente/día y promedio camas disponibles.

La relación entre parto y cesárea continúa bajando en la ciudad de Buenos Aires.

Los CESAC realizan en promedio alrededor de 2 consultas por cada persona registrada en los mismos y realizan mayor cantidad de consultas pediátricas. En segundo lugar figuran las de clínica y en tercero las de tocoginecología y medicina general.

Las coberturas por vacunas poseen porcentajes diferentes. La BCG ha reducido su cobertura sin embargo se trata de un ajuste en el registro. La Sabín cae con relación al año 2004. La hepatitis B mejoró su cobertura respecto al global de 2004. La hepatitis A en los siete primeros meses de aplicación logró una cobertura aceptable para una vacuna que recién se introduce en el calendario. La cobertura con doble adultos mejoró con relación al año 2004.

Si se analiza la situación de salud según condiciones de vida (para este caso se ha construido el índice de necesidades sociales) se observa que en casi todos los casos de mortalidad y los casos de morbilidad que figuran en los informes del anexo, a peor situación social mayor cantidad de enfermedad y muerte. Estas diferencias también han sido medidas en términos de desigualdades sociales y se podría argumentar que en la ciudad de Buenos Aires, continúan existiendo desigualdades sociales en los motivos analizados de enfermedad y muerte.

Anexos Informes sobre problemáticas particulares y situación social

Anexo I

Análisis de situación de salud de la población residente en el CGP 8 – Año 2005

Resumen ejecutivo

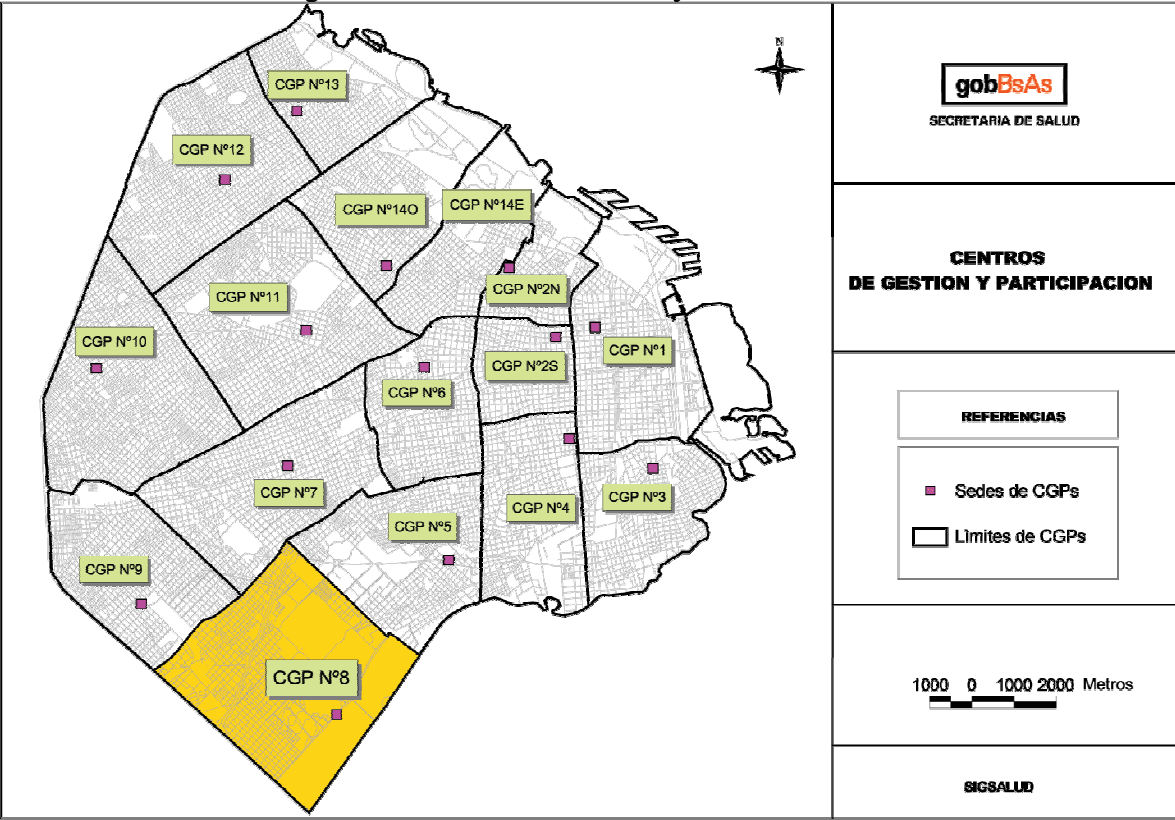
Si bien se configuro este informe con datos de diferentes años, podríamos decir que responden fundamentalmente al 2004 y 2005. En el CGP 8 se podría decir que reside de la población de mayores condiciones de vulnerabilidad social de la ciudad, con un perfil de mortalidad donde se deja entrever el componente infeccioso y de causas externas entre un esquema aparentemente similar al de la CABA, donde se pierden mayor cantidad de años productivos que en la ciudad y donde la mortalidad infantil también es la mas alta y sobre todo las muertes reducibles. En cuanto a los efectores del primer nivel, estos aportan datos de la población que accede y el perfil de utilización es acorde al objetivo del primer nivel. El control figura entre los primeros años de vida como principal motivo y las enfermedades respiratorias, infecciosas, digestivas y no trasmisibles configuran los diagnósticos de mayor demanda. Es evidente el perfil femenino de la utilización y esto se podría pensar como un problema de accesibilidad cultural.

Introducción

Se presenta un análisis de situación de la población del CGP 8. Se aclara que la información seleccionada proviene de diversas fuentes. En algunos casos se ha acudido a información de diferentes años ya que no se poseían datos actualizados (en algunos casos porque se trata de datos censales y en otros porque todavía no está disponible la actualización. En otros casos no se ha vuelto a construir tal indicador. Por tal motivo se aclara en cada caso la fuente y el año)

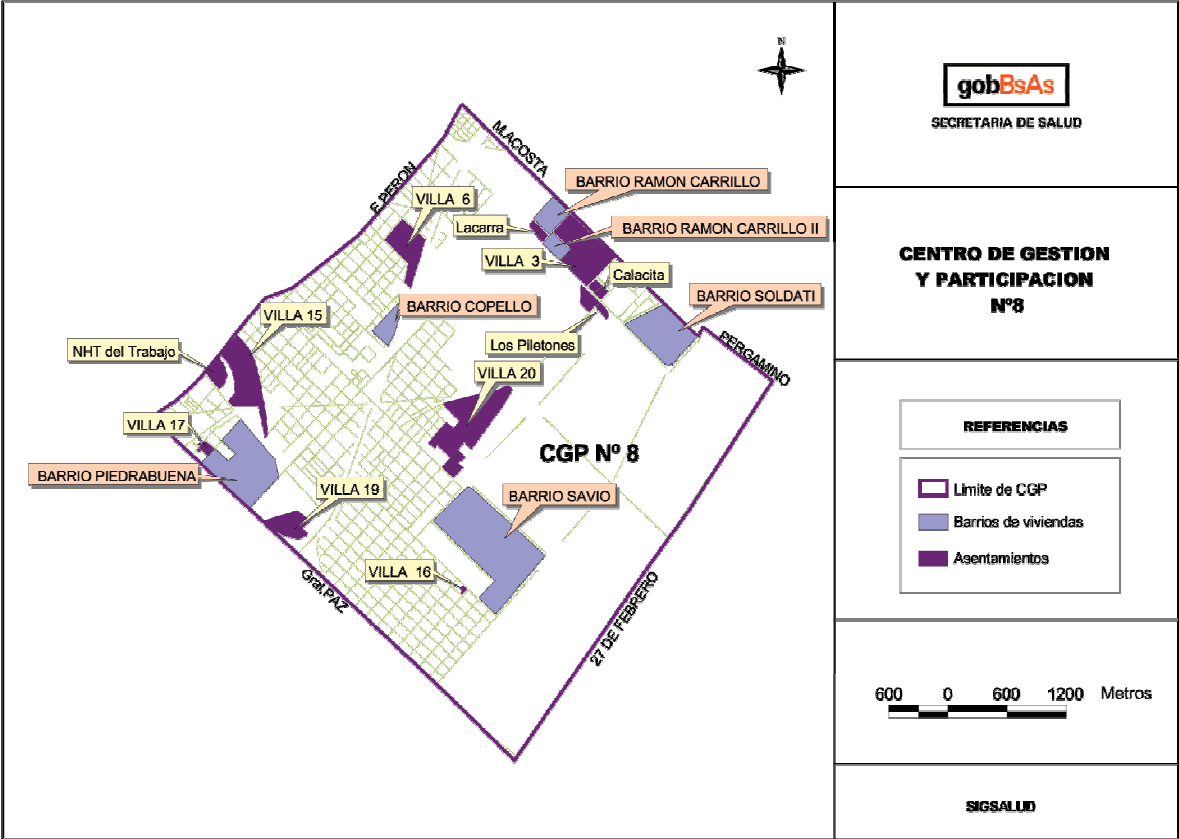
El CGP N° 8 se encuentra ubicado en el extremo sud oeste de la Ciudad de Buenos Aires. Está rodeado por los CGP 9, 7 y 5. La superficie aproximada es de 20,04 Km2 . Es el área de CGP más grande de la Ciudad (Véase imagen Nro. 1).

Imagen Nro. 1 – Ciudad de Bs As y CGP 8 – Año 2005



En esta zona coexisten extensiones de parques (autódromo, parque de la Ciudad, Parque Roca, lago Lugano y parque Indoamericano) conjuntamente con barrios de monoblocks, de casas bajas, villas de emergencia, asentamientos y núcleos habitacionales transitorios. (Véase imagen Nro. 2)

Imagen Nro. 2 – Barrios, NHT y Villas del CGP 8 – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Se trata de una de las regiones más desfavorecidas de la ciudad en cuanto a indicadores de las condiciones de vida de la población y de calidad ambiental. Esta zona se caracteriza por poseer altos indicadores de: población con Necesidades básicas insatisfechas, población de 25 años y más con primario incompleto, población sin cobertura médica de la seguridad social y/o privado, población femenina en edad fértil con primario incompleto y población por debajo de la línea de pobreza / indigencia.

Para el presente trabajo se expondrán los tres componentes del ASIS : las características sociodemográficas-ambientales, los aspectos de Vigilancia de la Salud y la descripción de los Recursos del sistema.

COMPONENTE SOCIODEMOGRÁFICO: características demográficas de la población del CGP 8

En el CGP 8 residen un total de 166.336 habitantes. De estos el 48,3% son varones y el restante 51% lo constituyen las mujeres (EAH – 2004 . DGEyC – GCBA). Esta proporción es ligeramente distinta al promedio de la ciudad donde los varones alcanzan el 45,5% y las mujeres el 54,4%.(EAH – 2004 . DGEyC – GCBA)

Se trata de la única zona, junto con el CGP Nro. 5, que ha crecido en la ciudad en cuanto al número de habitantes. Del censo de 1991 hasta el del 2001 registra una variación positiva de 13.791 habitantes, esto representa en términos relativos un aumento de 8,4%. La densidad poblacional es de 8.194 habitantes por Km2.

El índice de masculinidad es superior al promedio de la Ciudad. En la Caba existen 83,6 varones cada cien mujeres mientras que en el CGP 8 existen 93,6 varones cada cien mujeres. (EAH – 2004 . DGEyC – GCBA)

En cuanto al grupo de edades, este CGP es el que posee mayor porcentaje de población de 0 a 14 años de toda la ciudad. El promedio de la misma es de 16,9% de población en ese grupo etáreo mientras que en el CGP 8 es de 26,2. La población en edad adulta (de 15 a 64 años) es de 61,8% siendo el promedio de la CABA de 66,4, es decir hay menos del promedio y la población de 65 años y más también es inferior al promedio (11,9% contra 16,6% del total de la CABA). (EAH – 2004 . DGEyC – GCBA)

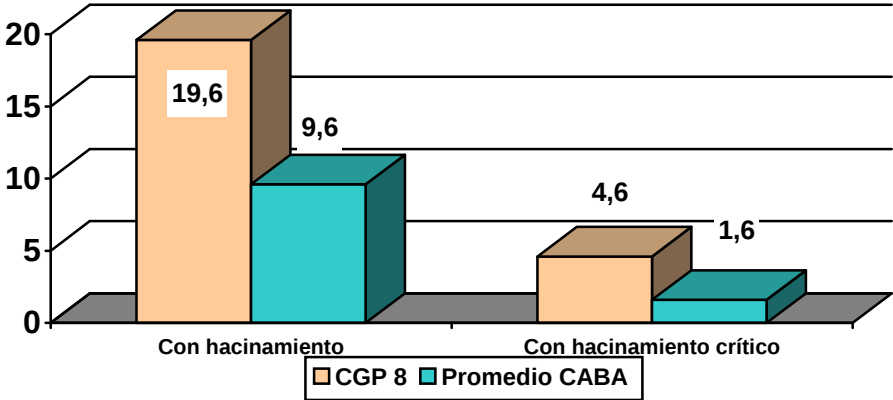
Este CGP es el que posee mayor cantidad de personas por hogar de toda la Ciudad. Si el promedio de la CABA es de 2,6 personas por hogar, el promedio de este CGP es de 3,6. (Encuesta anual de hogares 2004, Aspectos demográficos – DGEyC – GCBA 2004)

La población que habita en este CGP es oriunda de Argentina en un 81% (135.237 hab.) y de otros países en un 19% (31.099 hab.). (INDEC – CNPyV – 2001)

La Tasa bruta de natalidad en este CGP fue en el año 2004 (último dato disponible) de 20,7 por mil (elaboración propia en base a datos DGEyC – 2004) y se trató de la tasa más alta de la Ciudad. La Tasa bruta de mortalidad del año 2005 fue de 8,5 por mil habitantes (elaboración propia en base a datos DGEyC – 2005).

Este área posee un total de 47.587 hogares de los cuales el 19,6% se encuentran hacinados y el 4,6% con una situación de hacinamiento crítico. Al compararlo con el promedio de la ciudad se observa que en la misma el hacinamiento llega al 9,6% de los hogares y el crítico al 1,6%. Se trata del CGP con mayor porcentaje de hogares hacinados(Véase gráfico nro. 1).

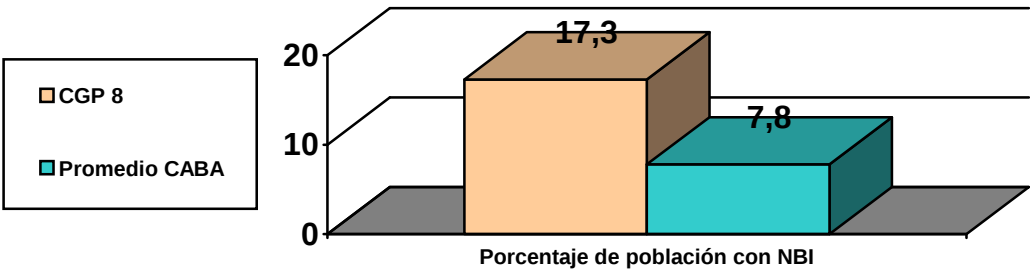
Gráfico nro. 1 -Porcentaje de hogares según hacinamiento - CGP 8 - Promedio CABA y CGP 13 - Año 2001



Fuente: Anuario Estadístico 2004 - DGEyC. (GCBA) sobre datos de Censo Nacional 2001

La población con NBI es, la de mayor volumen de toda la Ciudad. Existen 28.660 personas en esta condición y un total de 6.693 hogares. Si se lo compara con el promedio CABA se observan diferencias. (Véase gráfico nro. 2)

Gráfico nro. 2 - Distribución porcentual de la población con NBI en el CGP 8 y Promedio CABA

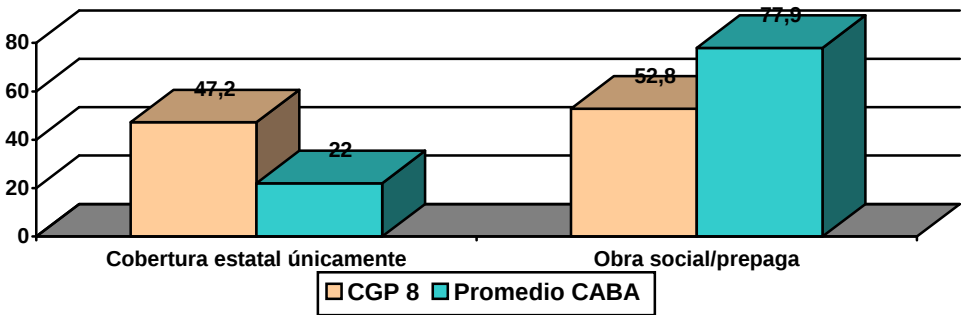


El 3,6 de la población que habita en el CGP 8 y que tiene más de 15 años, no posee instrucción mientras que el porcentaje de la ciudad es del 1,6%. El 9,3% de la población de esta area posee primario incompleto mientras que el porcentaje de la ciudad es de 3,9%. El 24,3% de la población del CGP 8 posee secundario incompleto mientras que en la ciudad este porcentaje es de 16,5%. El 2,1% de esta población del CGP 8 posee estudios universitarios completos mientras que en la ciudad este porcentaje es de 13,4%. (INDEC CNPyV 2001 – DGEyC – GCBA)

Cobertura en salud

Con relación al tipo de cobertura se observa una situación similar a las anteriores. El CGP 8 conserva la mayor cantidad, en términos de porcentaje, de la población con única cobertura del sistema Público, (Hospitales, Cesac y Plan Médicos de Cabecera) y esta cantidad es muy superior al promedio de la ciudad. También posee escasísima cobertura del subsector privado (Véase gráfico nro. 3)

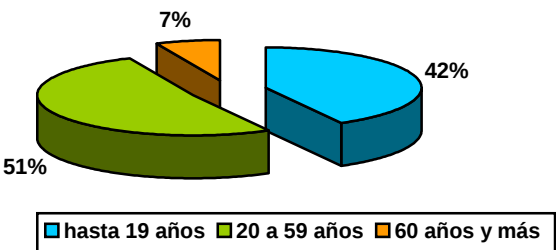
Gráfico nro. 3 - Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica en el CGP 8 y Total CABA - Año 2004



Fuente: Encuesta Anual de Hogares Año 2004. DGEyC. (GCBA) – Año 2004.

Si se analiza la población que solo posee cobertura estatal en salud por grupos de edad se observa que se trata de un perfil de población que utiliza los servicios materno infantiles. (Véase gráfico nro. 4)

Gráfico nro. 4 - Distribución porcentual de la población que solo tiene Sistema Público de Salud por grupos de edad - CGP 8 - CABA - Año 2004



Fuente: Encuesta Anual de Hogares Año 2004. DGEyC. (GCBA) – Año 2004.

Medio ambiente y Saneamiento

En este CGP se ubican la mitad de villas de emergencia, NHT y asentamientos de toda la ciudad.

Se trata de las villas 3,6,15, 16, 17, 19, 20, el NHT Av. Del Trabajo, el Barrio Calacita, Los piletones y Ramón Carrillo (Véase imagen nro. 2). Estos asentamientos juntos concentran el 46,8% de la población total de asentamientos de la Ciudad. (DGEyC – GCBA). Las condiciones de precariedad de las viviendas de las villas y asentamientos dejan al descubierto problemas de eliminación de excretas, de falta de gas por red, de falta de agua segura y todos los sustratos ambientales de estas condiciones de vida.

El CGP 8 limita al SO con el Riachuelo, el cual presenta altos valores de contaminación por metales pesados, pcbs (bifenilos policlorados), plaguicidas y efluentes cloacales, tanto en sus aguas como en los sedimentos, constituyendo uno de los principales problemas ambientales del área metropolitana. Los valores de concentración hallados de diversos metales exceden los niveles guía internacionales.

Otro problema lo constituye los nuevos procesos de urbanización que, en general, no responden a una gestión urbana planificada y cuyo correlato principal son los problemas de saneamiento básico. Así, el área que nos ocupa es una de las que más ha crecido (con una variación intercensal positiva como ya se ha señalado), aumentando fundamentalmente la población que se instala en asentamientos precarios y villas de emergencia. Estos sectores a su vez son los que sufren condiciones inadecuadas de vida por hacinamiento y acceso insuficiente a abastecimiento de agua potable y cloacas, siendo más vulnerables frente a diversas enfermedades. Estas zonas de asentamiento poseen también sectores con presencia de basurales con disposición ilegal de residuos tanto domiciliarios como peligrosos o tóxicos (por ej: alrededores Lago Soldati, Parque Indoamericano). Lo que a su vez genera la proliferación de plagas (roedores, mosquitos), que constituyen importantes problemas de salud pública.

Imagen nro. 2 - Lagos y Espacios Verdes del CGP 8 – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Existe también la posibilidad de manifestaciones agudas de intoxicación por exposición a residuos tóxicos presentes en los basurales.

Sumado a la falta de provisión de agua dentro de las viviendas en los sectores asentados en asentamientos y villas de emergencia, se hallan los problemas de presión de agua que afectan a vastos sectores de la zona del CGP (“Relevamientos Programa Salud Ambiental”/GCBA-2004), entre ellos los pertenecientes a algunas instalaciones educativas (v.g:en el Barrio Piedrabuena). Asimismo, a la falta de cloacas en las villas se suma la

existencia de amplios sectores de Villa Lugano y Villa Soldati de áreas con sistema cloacal deficiente (sobrecarga en la capacidad de las cloacas máximas) que hace que el sistema sea muy frágil y se encuentre en un delicado equilibrio. En los hechos, existen fugas reiteradas en el Riachuelo a través de la red pluviocloacal. (GCBA. Secretaría de Medio Ambiente y desarrollo regional. 2000. Diagnóstico físico territorial, Programa de revitalización de la zona sur).

Otro problema importante lo constituyen los suelos contaminados por metales pesados en algunas zonas del CGP 8: a manera de ejemplo, podemos citar un estudio que determinó contaminación por metales pesados (plomo, cromo, cadmio, mercurio) en las áreas abiertas del barrio Ramón Carrillo, en la zona del lago Soldati (Díaz, Fernando, 1992. Estudio epidemiológico ambiental del Barrio Ramón Carrillo por presencia de metales pesados en el suelo. Informe de Avance). Al respecto, el gobierno de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires solicitó en 1991/92 estudios del suelo que comprobaron la contaminación del mismo así como estudios en una muestra de la población infantil del barrio Ramón Carrillo (94 casos) y otra perteneciente a la Villa N° 3 (82 casos) (realizados por la Unidad de toxicología del Hospital Gutiérrez) que demostraron la presencia de plomo y mercurio en los niños). Dicho estudio consistió en el levantamiento de una historia clínica diseñada especialmente, y la toma de muestras de sangre y orina para dosar plomo y mercurio respectivamente (Albeano, Nelson y otros. Informe clínico-toxicológico. Estudio Barrio Ramón Carrillo. Inédito). Existen numerosas referencias a estos problemas en la prensa escrita de la época. La contaminación tendría su origen en el volcamiento de diversos tipos de residuos a lo largo de varios años (entre ellos desechos tóxicos de origen industrial.).

Recientemente se ha declarado en emergencia ambiental al Parque Indoamericano (mediante la Ley 1582) –el segundo espacio verde de la ciudad de Buenos Aires con 130 manzanas y actualmente en estado de abandono - y se han encargado estudios para determinar la contaminación de los suelos al INGEIS, un instituto dependiente del CONICET y de la UBA .

COMPONENTE DE VIGILANCIA DE LA SALUD:

Análisis de la mortalidad del año 2005

La tasa bruta de mortalidad fue para el año 2005 de 8,5 por mil habitantes. La distribución por edad tuvo su pico en los 80 años (Véase tabla nro. 1)

Tabla nro. 1 - Tasas de mortalidad específicas por edad – CGP 8 – Año 2005

Total	Población ⁸	Muertos ⁹	Tasa mortalidad específica por edad
1 a 4	11.221	10	0,9
5-9	14.287	2	0,1
10-14	14.128	5	0,4
15-19	13.566	9	0,7
20-24	14.998	14	0,9
25-29	14.221	21	1,5
30-34	12.486	30	2,4
35-39	10.691	25	2,3
40-44	9.793	28	2,9
45-49	8.493	35	4,1
50-54	7.966	51	6,4
55-59	6.906	74	10,7
60-64	6.164	111	18,0

⁸ Datos de censo – INDEC 2001(DGEyC)
⁹ elaboración propia en base a datos de Estadísticas vitales de la DGEyC)

65-69	5.690	113	19,9
70-74	5.196	148	28,5
75-79	3.652	194	53,1
80-84	2.078	235	113,1
85-89	939	156	166,1
90-94	339	88	259,6
95-99	66	22	333,3
100 y más	7	4	571,4

Fuente: elaboración propia sobre datos de estadísticas vitales - DGEyC – Año 2005

En cuanto a las causas de muertes agrupadas en capítulos de la CIE-10 figuran en primer lugar la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, le sigue del sistema respiratorio y en tercer lugar tumores. En la ciudad de Buenos Aires se respeta también este orden en cuanto a tasas de mortalidad específicas. Las enfermedades infecciosas y las causas externas conforman la cuarta y quinta causa mientras que en el total de la ciudad en el año anterior estas causas se encontraban en 6to. y 8vo. lugar respectivamente (Véase tabla nro. 2).

Tabla nro. 2 - Casos y Tasas de mortalidad según capítulos de la CIE-10 – CGP 8 - año 2005

Capítulos de la CIE-10	Cantidad de fallecidos	Tasas específicas por cien mil hab.
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	113	67,9
Tumores	300	180,4
Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos	7	4,2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	22	13,2
Trastornos mentales y del comportamiento	2	1,2
Enfermedades del sistema nervioso	14	8,4
Enfermedades del sistema circulatorio	415	249,5
Enfermedades del sistema respiratorio	315	189,4
Enfermedades del sistema digestivo	58	34,9
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1	0,6
Enfermedades del sistema osteomuscular	1	0,6
Enfermedades del sistema genitourinario	53	31,9
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	22	13,2
Maloformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7	4,2
Síntomas, signos y hallazgos anormales	3	1,8
Causas externas	83	49,9
Total	1416	851,3

Fuente: elaboración propia sobre datos de estadísticas vitales - DGEyC – Año 2005

La tasa de mortalidad infantil fue de 11, 3 teniendo en cuenta que en este año el total de la ciudad fue de alrededor del 7,8 por mil (DGEyC – 2005). La primer causa dentro de la mortalidad infantil es la de “*recién nacido afectado por factores maternos y complicaciones en el embarazo, del trabajo de parto y del parto.*” La segunda causa es el *edema pulmonar* y la tercera *malformaciones congénitas*. La tasa de mortalidad infantil reducible fue en el año 2004 de 9,8 por mil nacidos vivos y representó la mas alta de toda la Ciudad. (que tuvo una tasa de 5,2 por mil nacidos vivos

Se perdieron en el año 2005, 118,4 años de vida cada mil habitantes. El promedio de la ciudad para este período fue de 94,6.

Los años de vida potencialmente perdidos cada mil habitantes en este CGP durante el año 2005 fueron todos más altos que el promedio de la ciudad, salvo en el caso de tumores. Esto indica que la población del CGP 8 muere más prematura que el promedio de la ciudad. Las causas que más AVPP pierden son los tumores, circulatorias y las externas (Véase tabla nro.3)

Tabla nro. 3 - Tasa general y específicas y ajustadas de AVPP – CGP 8 y tasa total de la Ciudad – Año 2005

Causa	Tasa ajustada de AVPP en el CGP 8	Tasa ajustada de AVPP total Ciudad
infecciosas	10.1	5,1
tumores	18.5	21,4
circulatorios	15.5	13,9
Externas	18.8	9,9
Resto causas	23.3	30.8
Todas las causas	86.8	77,02

Fuente: elaboración propia sobre datos de estadísticas vitales - DGEyC – Año 2005

Análisis de la morbilidad del área

Para indagar la morbilidad del área, los datos que aproximan con mayor sensibilidad a esta situación son los motivos de consulta de CESAC. Esto por la razón de que la morbilidad hospitalaria no se encuentra georreferenciada al CGP.

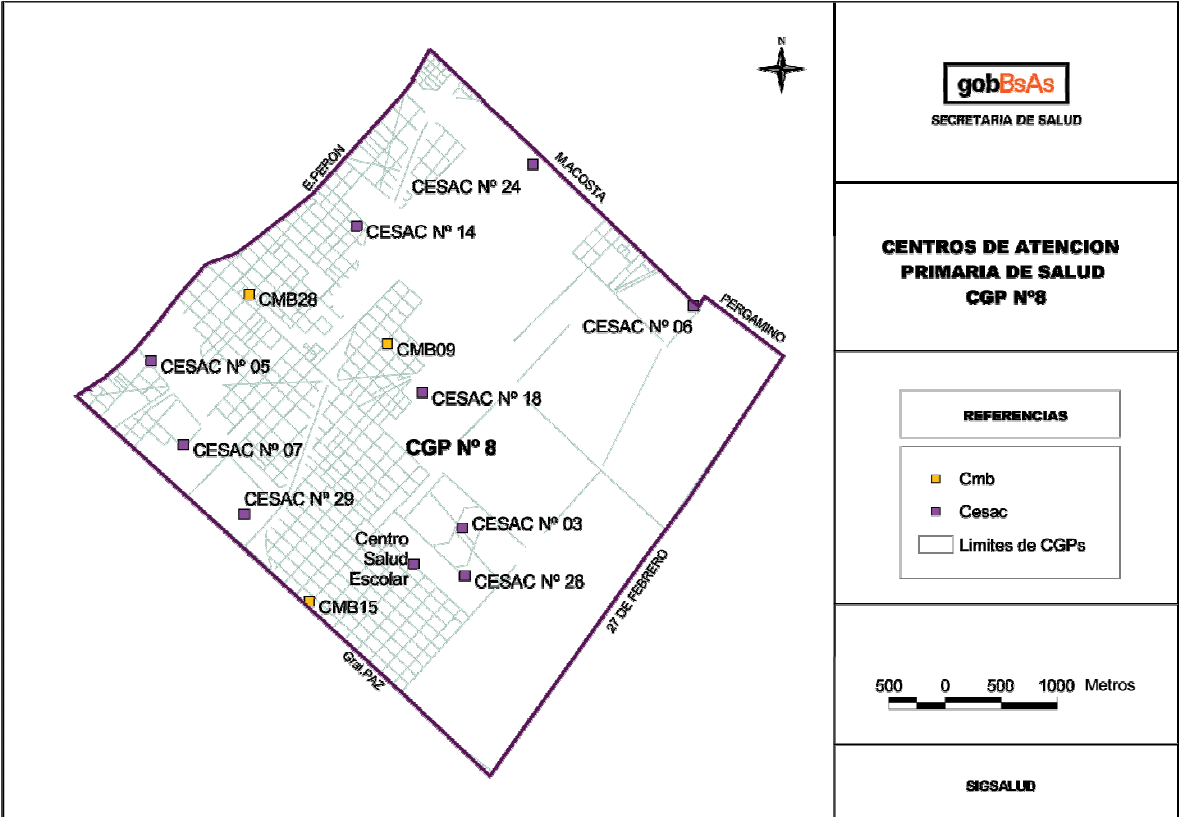
Los datos de morbilidad se obtuvieron de las bases del SICESAC sobre registros de entre el mes de enero y octubre de 2005. Se tomaron los datos de los efectores que se ubican en el CGP 8 ya que si se lo tomaba por residencia de la población se corre el riesgo de que alrededor de un 25% de los datos de la base tenían perdido el valor de la misma. No se tomaron los datos de los CESAC 3 y 28 ya que no cargaron datos durante este período. Se presentan los valores brutos y la distribución porcentual de consultas según diagnóstico.

Los datos de Médicos de cabecera se obtuvieron del área programática del hospital Santojanni donde se ubica la mayor cantidad de población del CGP.

El CGP 8 posee nueve centros de salud. La denominación es la siguiente: CESAC 3, 5, 6, 7, 14, 18, 24, 28, 29. También Posee los Centros médico barriales nro. 7, 15 y 20. (Véase imagen nro. 3)

En 37 casos aparece en varones el diagnóstico de trastorno del aparato genital femenino. Se aclara que se respetó el dato de la base, sin embargo se trata de un error de registro.

Imagen nro. 3 - Recursos del primer nivel - CGP 8 – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



En términos generales las consultas de mayor volumen son las que se relacionan con los controles y exámenes en ambos sexos, sin embargo ya se observa la mayor utilización por parte de las mujeres. Le siguen las consultas por problemas respiratorios, por sintomatología y por enfermedades no transmisibles (Véase tabla nro. 4) .

Tabla nro. 4 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

Diagnósticos de Consulta	Resultados Generales						
	totales		varón		mujer		sin datos
	Recuento	% sobre el total	Recuento	% sobre el total	Recuento	% sobre el total	
Controles y exámenes	74914	41,93	16904	9,46	56001	31,35	2009
Enfermedades respiratorias agudas	22792	12,76	9620	5,38	12469	6,98	703
Consulta por sintomatología	10851	6,07	3847	2,15	6667	3,73	337
Enfermedades no transmisibles	10542	5,90	2484	1,39	7903	4,42	155
Infectocontagiosas	9582	5,36	4146	2,32	5103	2,86	333
Trastornos del aparato genital femenino	9466	5,30	37	0,02	9234	5,17	195
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	5959	3,34	2642	1,48	3090	1,73	227
Enfermedades respiratorias crónicas	4711	2,64	1796	1,01	2814	1,58	101
Enfermedades asociadas a la nutrición	3289	1,84	947	0,53	2220	1,24	122
Consulta para repetición de recetas	3012	1,69	1099	0,62	1837	1,03	76
Enfermedades del tracto digestivo	1027	0,57	276	0,15	731	0,41	20
Demás diagnósticos	22503	12,60	8565	4,79	13179	7,38	759
totales	178648	100,00	52363	29,31	121248	67,87	5037

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

Al desagregarlo por edad se observa que entre los menores de un año, el primer motivo de consulta son los controles, le siguen las enfermedades respiratorias agudas, y otras prevalentes en el primer nivel de atención. En cuarto lugar figura la consulta por infectocontagiosas. La diferencia por sexo no es notoria y esto tendría relación con que en edades tempranas la utilización es pareja entre sexos porque depende de la madre. La brecha entre varones y mujeres es notoria a partir de la adolescencia (Véase tabla nro. 5).

Tabla nro. 5 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos en menores de un año por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

diagnósticos de consulta cesac enero - octubre 2005	Menores 1 año						
	totales		varón		mujer		sin datos
	totales	%	totales	%	totales	%	
Controles y exámenes	14607	56,83	4616	17,96	5026	19,6	4965
Enfermedades respiratorias agudas	4616	17,96	1554	6,05	1406	5,5	1656
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	1501	5,84	465	1,81	424	1,6	612
Infectocontagiosas	1381	5,37	443	1,72	434	1,7	504
Consulta por sintomatología	1109	4,31	375	1,46	381	1,5	353
Enfermedades respiratorias crónicas	297	1,16	108	0,42	97	0,4	92
Consulta para repetición de recetas	177	0,69	72	0,28	57	0,2	48
Enfermedades asociadas a la nutrición	132	0,51	49	0,19	39	0,2	44
Enfermedades del tracto digestivo	40	0,16	14	0,05	12	0,0	14
Enfermedades no transmisibles	5	0,02	3	0,01	0	0,0	2
Trastornos del aparato genital femenino	3	0,01	0	0,00	2	0,0	1
Demás diagnósticos	1836	7,14	631	2,45	423	1,6	782
totales	25704	100,00	8330	32,41	8301	32,3	9073

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

En población de 1 a 4 años se observa que el primer motivo de consulta en términos de porcentaje, lo constituye los controles y exámenes, en segundo lugar las enfermedades respiratorias agudas y en tercer lugar las infectocontagiosas (Véase tabla nro. 6).

Tabla nro. 6 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos en preescolares por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

diagnósticos de consulta cesac	Preescolares					
	totales	%	varón	%	mujer	%
Controles y exámenes	12433	35,54	6176	17,65	6257	17,89
Enfermedades respiratorias agudas	6879	19,66	3555	10,16	3324	9,50
Infectocontagiosas	3508	10,03	1744	4,99	1764	5,04
Consulta por sintomatología	2431	6,95	1166	3,33	1265	3,62
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	2324	6,64	1197	3,42	1127	3,22
Enfermedades asociadas a la nutrición	800	2,29	420	1,20	380	1,09
Enfermedades respiratorias crónicas	794	2,27	443	1,27	351	1,00
Consulta para repetición de recetas	794	2,27	405	1,16	389	1,11
Enfermedades del tracto digestivo	56	0,16	23	0,07	33	0,09
Trastornos del aparato genital femenino	52	0,15	3	0,01	49	0,14
Enfermedades no transmisibles	21	0,06	10	0,03	11	0,03
Demás diagnósticos	4892	13,98	2596	7,42	2296	6,56
totales	34984	100,00	17738	50,70	17246	49,30

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

La población de 5 a 14 años consulta en este CGP en primer lugar por enfermedades del tracto digestivo, en segundo por sintomatología y en tercer lugar por enfermedades no trasmisibles. No existe una diferencia llamativa entre sexos (Véase tabla nro. 7).

Tabla nro. 7 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos en población de 5 a 14 años por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

diagnósticos de consulta cesac	5 a 14 años					
	totales	%	varón	%	mujer	%
Enfermedades del tracto digestivo	7899	27,75	3603	12,66	4296	15,09
Consulta por sintomatología	5667	19,91	2806	9,86	2861	10,05
Enfermedades no transmisibles	5208	18,30	2556	8,98	2652	9,32
Controles y exámenes	2871	10,09	1459	5,13	1412	4,96
Consulta para repetición de recetas	2537	8,91	1235	4,34	1302	4,57
Infectocontagiosas	1592	5,59	754	2,65	838	2,94

Otras prevalentes en el primer nivel de atención	996	3,50	541	1,90	455	1,60
Enfermedades respiratorias agudas	882	3,10	358	1,26	524	1,84
Trastornos del aparato genital femenino	446	1,57	230	0,81	216	0,76
Enfermedades respiratorias crónicas	227	0,80	4	0,01	223	0,78
Enfermedades asociadas a la nutrición	84	0,30	30	0,11	54	0,19
Demás diagnósticos	51	0,18	16	0,06	35	0,12
totales	28460	100,00	13592	47,76	14868	52,24

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

Entre el grupo etáreo de 15 a 49 años ya se observa una diferencia importante en el perfil de la consulta, en relación a los grupos etáreos descriptos anteriormente y con relación al sexo. El motivo de consulta más frecuente es por enfermedades respiratorias crónicas, le siguen las enfermedades respiratorias agudas y la consulta para repetición de receta. Los varones representan un 10% de las consultas mientras que las mujeres representan el 90% restante (Véase tabla nro. 8).

Tabla nro. 8 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos en población de 15 a 49 años por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

diagnósticos de consulta cesac	15 a 49 años					
	totales	%	varón	%	mujer	%
Enfermedades respiratorias crónicas	38653	53,24	1737	2,39	36916	50,85
Enfermedades respiratorias agudas	8381	11,54	25	0,03	8356	11,51
Consulta para repetición de recetas	5230	7,20	1370	1,89	3860	5,32
Trastornos del aparato genital femenino	3688	5,08	796	1,10	2892	3,98
Enfermedades no transmisibles	2801	3,86	549	0,76	2252	3,10
Infectocontagiosas	1678	2,31	434	0,60	1244	1,71
Enfermedades del tracto digestivo	1666	2,29	409	0,56	1257	1,73
Consulta por sintomatología	1045	1,44	74	0,10	971	1,34
Enfermedades asociadas a la nutrición	820	1,13	182	0,25	638	0,88
Controles y exámenes	758	1,04	184	0,25	574	0,79
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	582	0,80	144	0,20	438	0,60
Demás diagnósticos	7298	10,05	1838	2,53	5460	7,52
totales	72600	100,00	7742	10,66	64858	89,34

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

Entre el grupo de 50 a 64 años el primer motivo diagnóstico son las enfermedades asociadas a la nutrición, en segundo las otras prevalentes en el primer nivel de atención y en tercer lugar los trastornos del aparato genital femenino (Véase tabla nro. 9).

Tabla nro. 9 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos en población de 50 a 64 años por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

diagnósticos de consulta cesac	50 a 64 años					
	totales	%	Varón	%	mujer	%
Enfermedades asociadas a la nutrición	2954	33,14	461	5,17	2493	27,97
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	2058	23,09	574	6,44	1484	16,65
Trastornos del aparato genital femenino	935	10,49	224	2,51	711	7,98
Consulta por sintomatología	705	7,91	166	1,86	539	6,05
Enfermedades no transmisibles	560	6,28	159	1,78	401	4,50
Enfermedades del tracto digestivo	515	5,78	3	0,03	512	5,74
Controles y exámenes	426	4,78	105	1,18	321	3,60
Enfermedades respiratorias agudas	251	2,82	27	0,30	224	2,51
Enfermedades respiratorias crónicas	242	2,72	70	0,79	172	1,93
Infectocontagiosas	159	1,78	33	0,37	126	1,41
Consulta para repetición de recetas	108	1,21	22	0,25	86	0,96
Demás diagnósticos	4439	49,80	1018	11,42	3421	38,38
totales	8913	100,00	1844	20,69	7069	79,31

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

La población de 65 y más años obtiene como diagnóstico de consulta de los CESAC del CGP 8 en primer lugar el de enfermedades no trasmisibles, le siguen los controles y exámenes y las enfermedades respiratorias agudas. Si

bien no es tan notoria como en edades adultas, se sigue manteniendo la brecha entre varones y mujeres (Véase tabla nro. 10).

Tabla nro. 10 - Distribución porcentual y cantidad de consultas según diagnósticos en población de 65 y más años por sexo en CESAC del CGP 8 – Año 2005 – Ciudad de Buenos Aires

diagnósticos de consulta cesac enero - octubre 2005	65 y más años					
	totales	%	varón	%	mujer	%
Enfermedades no transmisibles	3072	40,51	888	11,71	2184	28,80
Controles y exámenes	1324	17,46	311	4,10	1013	13,36
Enfermedades respiratorias agudas	418	5,51	111	1,46	307	4,05
Consulta por sintomatología	397	5,23	109	1,44	288	3,80
Enfermedades respiratorias crónicas	377	4,97	111	1,46	266	3,51
Consulta para repetición de recetas	321	4,23	105	1,38	216	2,85
Enfermedades asociadas a la nutrición	101	1,33	19	0,25	82	1,08
Enfermedades del tracto digestivo	100	1,32	32	0,42	68	0,90
Trastornos del aparato genital femenino	94	1,24	2	0,03	92	1,21
Infectocontagiosas	85	1,12	21	0,28	64	0,84
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	61	0,80	20	0,26	41	0,54
Demás diagnósticos	1234	16,27	370	4,88	864	11,39
totales	7584	100,00	2099	27,68	5485	72,32

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas para la Salud

En cuanto a la consulta del Programa de Médicos de Cabecera (PMC), en el área programática del Hospital Santojanni que es donde se ubica el CGP 8 pero que excede al mismo, se observa que el perfil en general también es preventivo sin embargo las enfermedades no trasmisibles ocupan el segundo lugar y las respiratorias agudas el tercer lugar en el volumen de consultas (Véase tabla nro. 11).

Tabla nro. 11 - Diagnósticos 2005 múltiples y agrupados según sexo en PMC – Area Santojanni – Año 2005

Diagnósticos de Consulta	General					
	totales		varón		mujer	
	Recuento	%	Rec	%	Rec.	%
Infectocontagiosas	810	1,31	381	0,62	426	0,69
Enfermedades asociadas a la nutrición	793	1,29	3766	6,11	7742	12,55
Enfermedades no trasmisibles	6153	9,98	2555	4,14	3554	5,76
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	462	0,75	1206	1,96	1156	1,87
Enfermedades respiratorias agudas	2371	3,84	889	1,44	1131	1,83
Enfermedades respiratorias crónicas	879	1,43	5	0,01	1800	2,92
Enfermedades del tracto digestivo	432	0,70	519	0,84	700	1,14
Trastornos del aparato genital femenino	1808	2,93	451	0,73	419	0,68
Consulta por sintomatología	1224	1,98	243	0,39	548	0,89
Control y exámenes	11552	18,73	239	0,39	222	0,36
Consulta para repetición de recetas	2034	3,30	132	0,21	300	0,49
Demás diagnósticos	6140	9,96	2481	4,02	3630	5,89
Total de consultas médicas	27016	43,80	9629	15,61	17270	28,00
Total	61674	100	22496	36,48	38898	63,07

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud

CONCLUSIONES

La población del CGP 8 es la población con mayores niveles de pobreza de la Ciudad; se trata de población infantil y joven con, en promedio, gran cantidad de hijos, madres jóvenes y pocos viejos. Predomina la baja instrucción y las condiciones de NBI son las más desfavorables de la Ciudad.

En este escenario se ubica la mitad de las villas de emergencia y asentamientos de la Ciudad con la mitad de la población total que las habita. La cobertura única del sector estatal es amplia, de alrededor de la mitad de los habitantes y la utilización es principalmente materno infantil, jóvenes y adultos hasta 59 años. La situación ambiental presenta preocupantes escenarios de deterioro donde los problemas de contaminación potencian la vulnerabilidad de la población, con situaciones puntuales en algunos barrios por condiciones de saneamiento básico inadecuado, por contaminación de suelos y por cercanía a la cuenca del Río Matanza-Riachuelo en su límite sudoeste.

Con relación a la mortalidad general, las principales causas de muerte son por causas circulatorias, respiratorias y tumores. Llama la atención que las muertes por enfermedades infecciosas y las causas externas conforman la cuarta y quinta causa mientras que en la ciudad estas causas ocupan el 6to y 8vo lugar respectivamente.

La mortalidad infantil es visiblemente superior al total de la ciudad y la mas alta de todos los CPG.

La población de este CPG pierde, en promedio, mayor cantidad de años productivos que el resto de la población de la ciudad.

El primer diagnóstico de muerte infantil lo constituye el de *“recién nacido afectado por factores maternos y complicaciones en el embarazo, del trabajo de parto y parto”* y esto podría generar alguna pregunta sobre barreras de accesibilidad al control de embarazo. La tasa de mortalidad infantil reducible fue la más alta de toda la ciudad.

La morbilidad se infiere de datos de consulta de CESAC. En términos generales, existe mayor demanda de mujeres que de varones. Los principales motivos son los controles y exámenes, las enfermedades respiratorias agudas y la consulta por sintomatología. Los controles constituyen el motivo más frecuente de consulta hasta los 4 años de edad. Entre menores de 5 años la causa más frecuente son las enfermedades respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas. A partir de los 5 y hasta los 14 años se observa un cambio de perfil, donde las enfermedades del tracto digestivo constituyen el primer motivo de consulta. De 15 a 49 años el mayor volumen de consulta es por enfermedades respiratorias crónicas. De 50 a 64 años es por enfermedades asociadas a la nutrición y de 65 años y más prevalece como motivo las no transmisibles. La morbilidad de consulta en PMC del área programática del hospital Santojanni (que incluye parte del CGP 8 Y 9) también posee un perfil preventivo sin embargo se observan entre la mayor cantidad de casos, la consulta por enfermedades no transmisibles.

Anexo II

MORBILIDAD POR MENINGITIS EN RESIDENTES DE LA CABA – AÑOS 1993-2005

DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD POR MENINGITIS

Este estudio sobre la morbilidad por meningitis, se desarrolla en el marco de las actividades de análisis de situación de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires que viene realizando el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (Resolución 1727/04).

El mismo tiene como objetivo describir y analizar la morbilidad por meningitis (interpretada por medio de la notificación que llega al departamento) entre los años 1993 y 2005, haciendo énfasis en la situación del último quinquenio (2001-2005).

Metodología

Como parte de la descripción, se mencionará en términos cuantitativos, casos, tasas y series temporales. Se cruzará la morbilidad con datos de la población afectada (variables independientes tales como edad, sexo y situación social) y se analizarán las desigualdades en la morbilidad en diferentes estratos sociales.

DESCRIPCION

La meningoencefalitis es el proceso inflamatorio del encéfalo y sus cubiertas, este proceso puede ser causado por infección aunque existen otras patologías no infecciosas que cursan con manifestaciones clínicas semejantes (tumores, quistes intracraneales, medicamentos, enfermedades del colágeno, enfermedades neoplásicas, etc.)

Ateniéndonos a las causas infecciosas, estas pueden ser ocasionadas por diferentes microorganismos que incluyen bacterias, virus (las dos etiologías mas frecuentes detectadas), hongos, protozoos y otros parásitos.

Etiología:

Podemos clasificar los gérmenes causales, como:

Virales	Enterovirus no-polio, Virus del herpes simple, Arbovirus, Parotiditis, VIH, Adenovirus, Sarampión*.
Bacterianas	Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, **Listeria monocitógenes, **Escherichia coli, **Streptococcus agalactiae, Mycobacterium tuberculosis
Espiroquetas	Treponema pallidum (Sífilis)
Micóticas	***Cryptococcus neoformans

*Actualmente no es germen frecuente desde la última epidemia ocurrida en el año 98

** Fundamentalmente en período neonatal

*** Con mayor frecuencia en pacientes con inmunocompromiso (VIH)

Las Meningitis por protozoos o helmintos son de baja frecuencia en nuestro medio.

Clínica

La forma de presentación de las meningitis y/o meningoencefalitis puede ser: Aguda (en ocasiones fulminante), subaguda (con desarrollo progresivo de los signos y síntomas) o crónica dependiendo del germen y de la localización de la infección.

La clínica puede expresarse de diferentes maneras según la edad del paciente

- En neonatos: generalmente es indistinguible de un cuadro de sepsis: Hipertermia o hipotermia, rechazo del alimento, dificultad respiratoria,

- ictericia, cianosis, vómitos, diarrea; la sintomatología neurológica se manifiesta como irritabilidad, letargo e hipotonía. Pueden presentar asimismo hipertensión de fontanela y convulsiones.
- En lactantes: fiebre, irritabilidad, rechazo del alimento, cefalea (que se manifiesta por ceño fruncido) fontanela hipertensa, alteración del estado de conciencia, convulsiones, etc.
 - Niños mayores y adultos: Se presenta en general con fiebre, cefalea, fotofobia y vómitos. Los signos meníngeos son más evidentes en este grupo. Las manifestaciones como alteración del grado de conciencia, convulsiones, signos focales, entre otros también pueden presentarse en este grupo de edad dependiendo, de la virulencia del germen, tipo y localización de la infección.

DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD ACUMULADA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 1993-2005

Descripción general de casos y tasas

Los casos de morbilidad por meningitis desde el año 1993 hasta el año 2005 fueron 2449. La distribución en estos años puede observarse en la tabla nro.1.

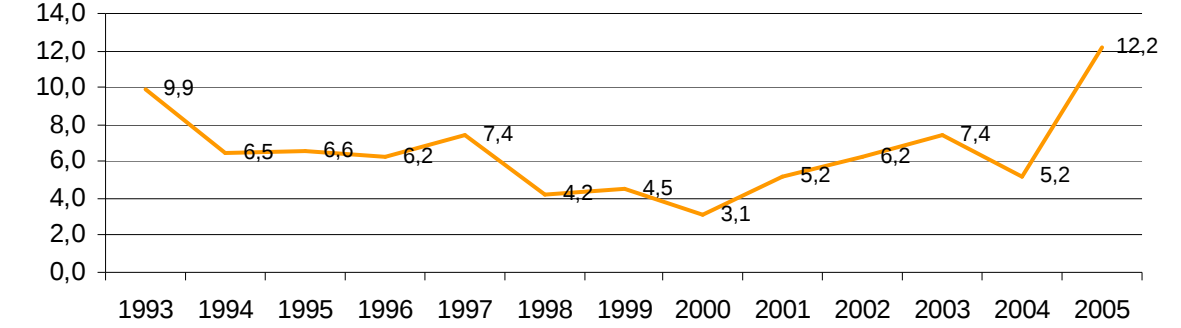
Tabla nro. 1- Casos brutos notificados de meningitis – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Años 1993-2005

Año de la notificación del caso	cantidad bruta de casos
1993	293
1994	193
1995	195
1996	185
1997	220
1998	124
1999	134
2000	92
2001	143
2002	173
2003	205
2004	143
2005	349

Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Las tasas de notificación de los años 1993 y 2005 (inicio y fin del rango estudiado) fueron las más altas del periodo seleccionado. (Véase gráfico nro. 1)

Gráfico nro. 1- Tasas de notificación de meningitis por año – Residentes Ciudad de Buenos Aires – 1993-2005



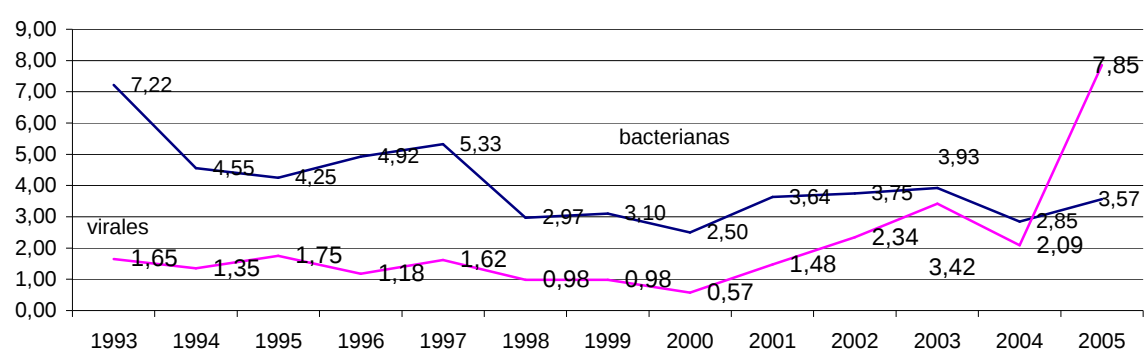
Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

La diferencia de notificación entre meningitis de origen bacteriana y viral es notoria. Si bien abundan, en general las bacterianas en el último año las virales han sido las de mayor prevalencia.

La diferencia en las tasas de notificación entre meningitis de origen bacteriano y viral nos demuestra en la serie histórica analizada, que las meningitis bacterianas hasta el año 2002 superaban ampliamente a las virales. A partir del mencionado año, la brecha entre estos dos tipos etiológicos más frecuentes en nuestro medio, se estrecha hasta que en el año 2005 se produce un entrecruzamiento de tasas superando las de etiología viral a las bacterianas y alcanzando la tasa mas alta de los doce años analizados, no incrementándose las de etiología bacteriana.

Esto no solo se debería a una modificación real del comportamiento de la morbilidad sino que estaría también afectado por el aumento de la sensibilidad diagnóstica en los últimos años(véase gráfico nro. 2)

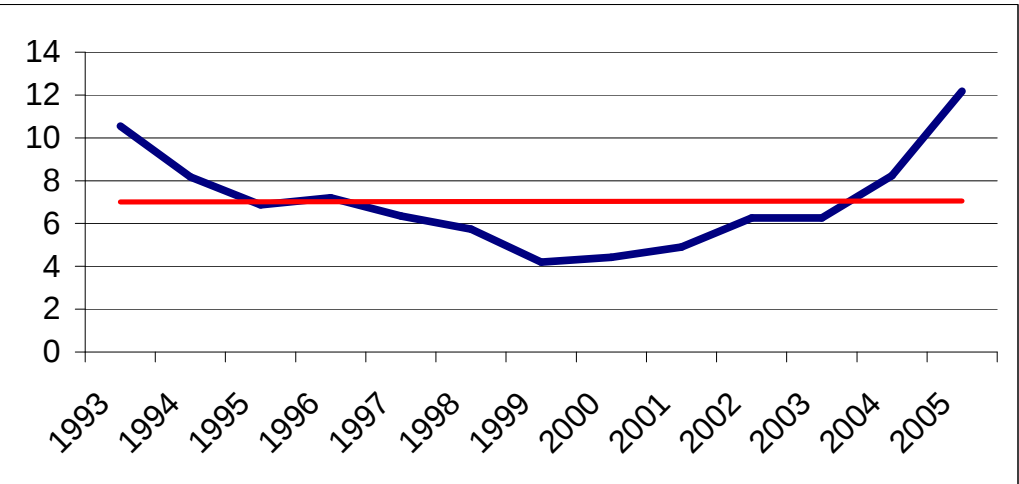
Gráfico nro. 2 - Tasas de notificación de meningitis bacterianas y virales – Residentes Ciudad de Buenos Aires -Años 1993-2004



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

El análisis de las series temporales¹⁰ muestra una tendencia estable de la morbilidad. Las tasas por cien mil habitantes, han oscilado en este período de tiempo, sin embargo no se observa una tendencia creciente o decreciente de las mismas. El brote del año 2005 no ha modificado esta tendencia ya que las series reflejan la variabilidad en largos períodos de tiempo. (Véase gráfico nro. 3)

Gráfico nro. 3 - Tendencia de las tasas de notificación por meningitis – período 1993-2005 – Residentes Ciudad de Buenos Aires.

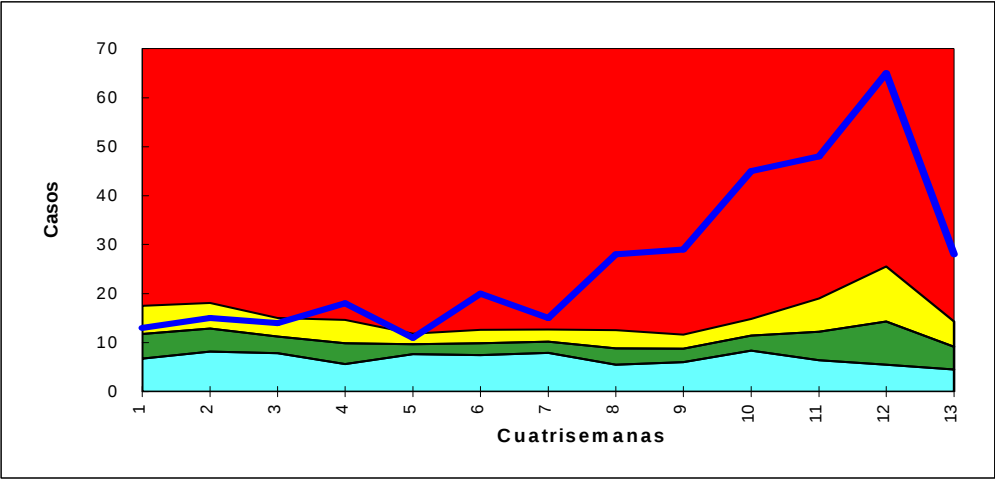


Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

El corredor endémico del año 2005 analiza la información histórica de los últimos 7 años y evidencia la situación de brote de este último año. (Véase gráfico nro. 4)

¹⁰ Las series temporales fueron confeccionadas por el método de la media móvil centrada y se tomaron como tasas de los años 1993 y 2005, las reales de este período ya que el método deja por fuera los valores extremos.

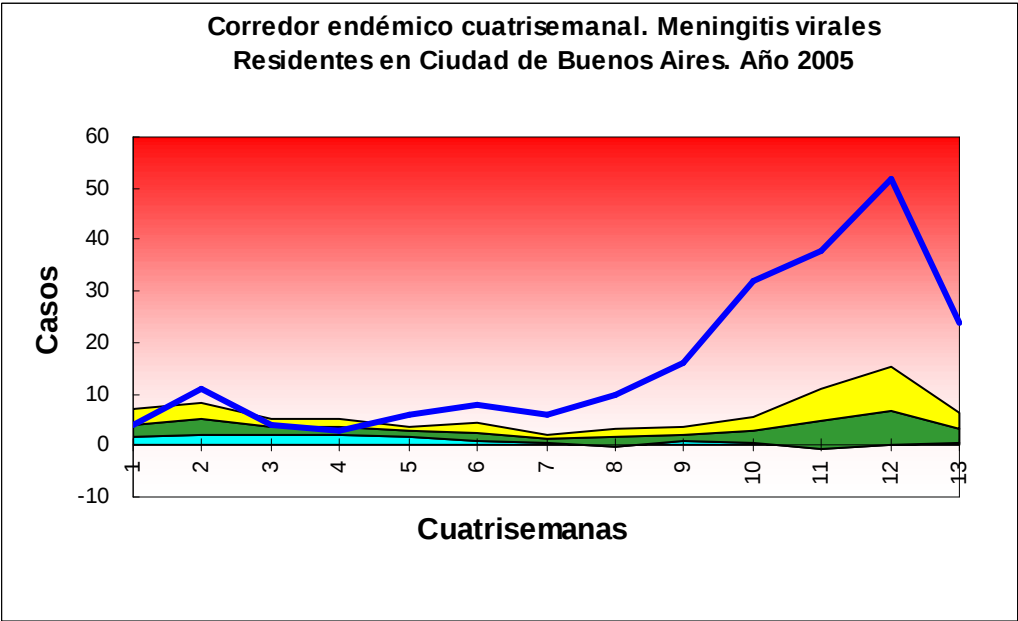
Gráfico nro. 4- Corredor endémico cuatrisesmanal de meningitis - Residentes en Capital Federal. Año 2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Al analizar las causas virales, se observa que el pico de ascenso se produce a partir de la cuatrisesmana 8 con un aumento claro y sostenido hasta la cuatrisesmana 12 fundamentalmente (Vease gráfico nro. 5)

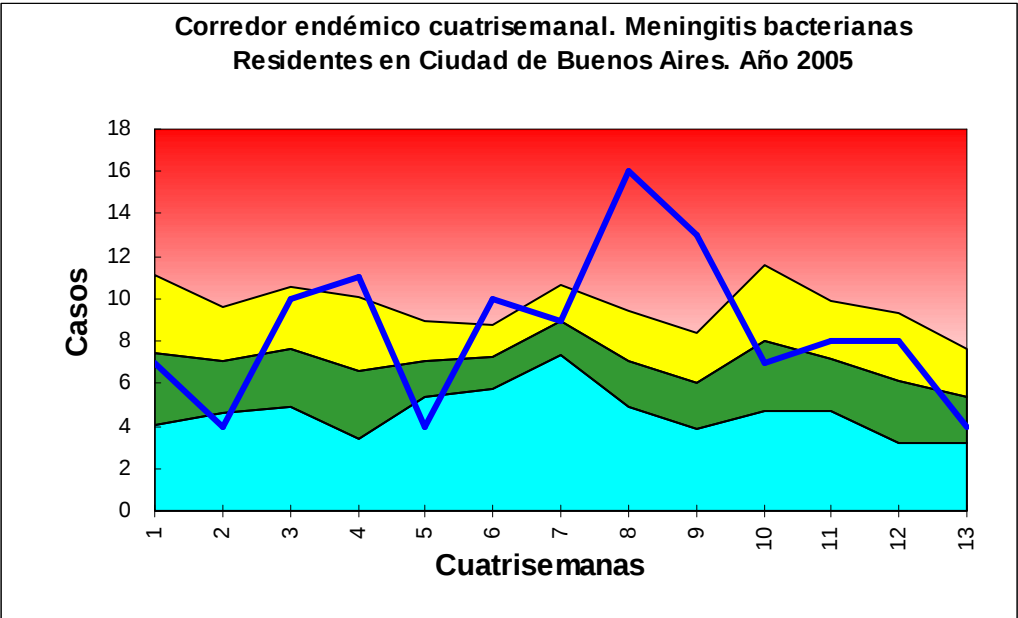
Gráfico nro. 5- Corredor endémico cuatrisesmanal de meningitis virales- Residentes en Capital Federal. Año 2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Las meningitis bacterianas experimentaron un aumento en la cuatrisesmana 8 con descenso a partir de la cuatrisesmana 10 (Véase tabla nro. 6)

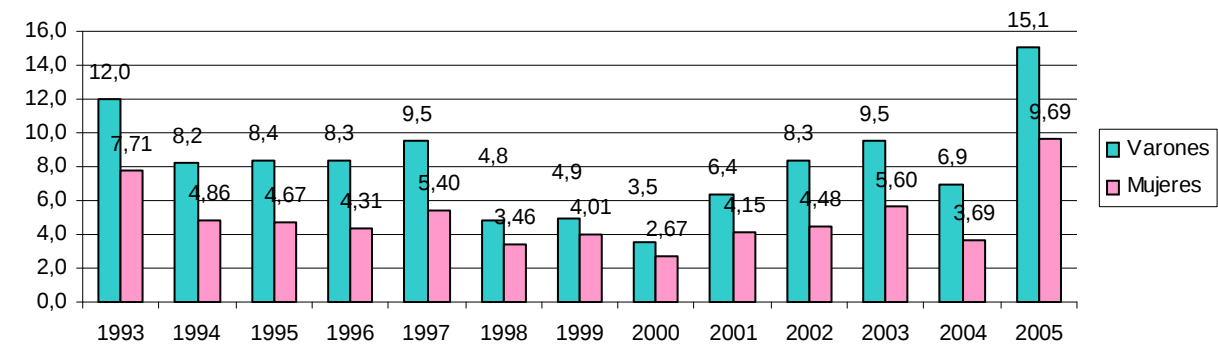
Gráfico nro. 6- Corredor endémico cuatrisesmanal de meningitis bacterianas- Residentes en Capital Federal. Año 2005



Descripción de la morbilidad por sexo

La tasa de notificación por año y sexo muestra que los varones son más afectados y que en algunos años casi duplica la tasa con relación a las mujeres afectadas en ese mismo año.(Véase gráfico nro. 7)

Gráfico nro. 7 - Tasa de notificación de meningitis por sexo según año – Residentes Ciudad de Buenos Aires

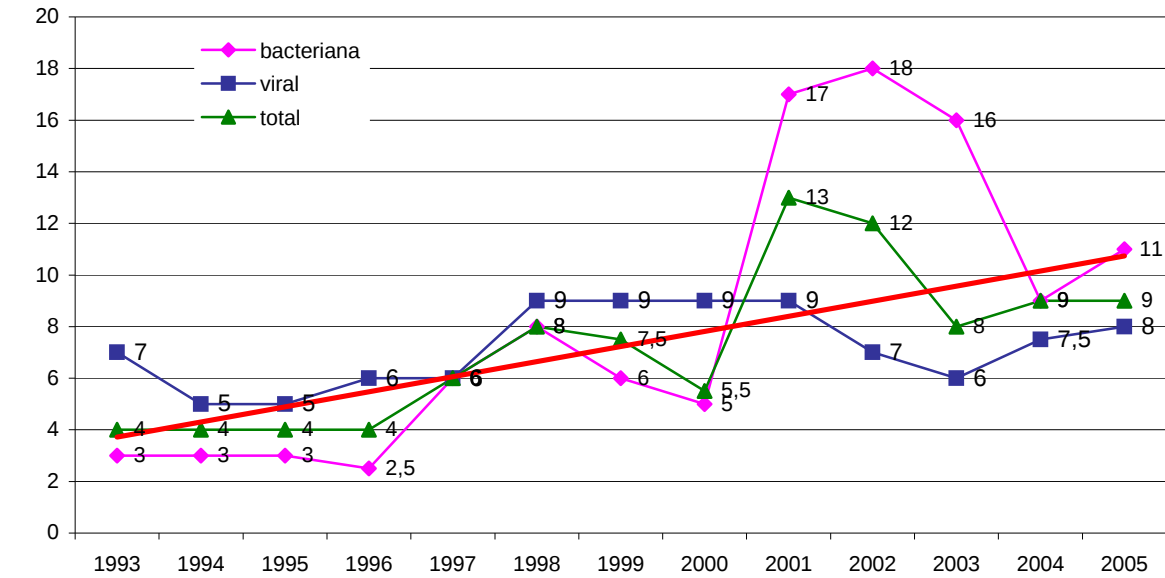


Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Descripción de la morbilidad por edad

Las medianas de edad de la notificación también fueron en ascenso, especialmente las meningitis virales. La línea de tendencia de la mediana de las meningitis totales también posee una pendiente ascendiente (Véase gráfico nro. 8)

Gráfico nro. 8 - Medianas de edad de las meningitis virales, bacterianas y totales según años – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 1993-2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

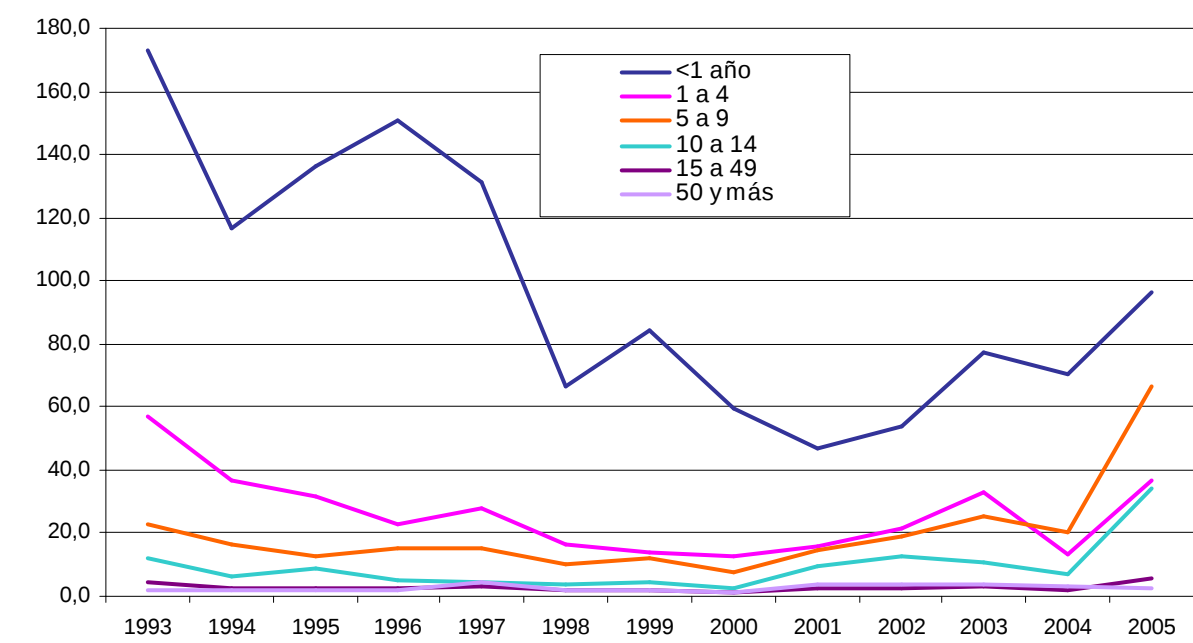
Las tasas por grupos de edad y por cien mil habitantes son visiblemente mayores en los menores de 1 año sin embargo, observando la serie entre los años analizados, se observa que se tiende a la disminución de la tasa en este grupo etéreo. Con respecto al resto de los grupos etéreos, en el año 2005 se evidencia un aumento global de las tasas en las edades comprendidas entre los 5 y 14 años fundamentalmente. (Véase tabla nro 2 y gráfico nro. 9)

Tabla nro. 2 - Tasas de notificación por meningitis según años y grupos de edad, Por cien mil habitantes– Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 1993-2005

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tasa <1	173	116	136	151	131	66,8	84,1	59,4	46,9	53,9	77,4	70,3	96,1
Tasa 1 a 4	56,8	36,9	32	22,7	27,7	16,3	14,2	12,8	15,7	21,7	33,1	13	36,5
Tasa 5 a 9	23	16,4	12,6	15,3	15,3	10,4	12	7,7	14,7	19,3	25,3	20	66,6
Tasa 10 a 14	11,8	6,4	8,9	4,9	4,4	3,9	4,4	2,5	9,3	12,4	10,5	6,8	34,1
Tasa 15 a 49	4,2	2,3	2,6	2,5	3,1	2	2	1,5	2,5	2,7	2,9	2,2	5,4
Tasa 50 y más	1,7	1,8	1,7	1,8	4,6	1,8	2	1	3,5	4,1	4,1	2,9	2,7

Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Gráfico nro. 9 - Tasas de notificación por meningitis según años y grupos de edad – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 1993-2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

La diferencia en las tasas por edad de meningitis virales (V) y bacterianas (B) es más evidente en los grupos de menores de un año, donde abundan las

bacterianas, en especial, hasta el año 2002 donde la diferencia de tasas no es tan notoria a pesar de que siguen prevaleciendo las bacterianas. Esta disminución de la brecha se podría deber a un aumento de la notificación de las meningitis virales. (Véase tabla nro. 3 y gráficos nro. 10 y 11).

En el grupo de 1 a 4 años, la tasa de notificación de meningitis bacterianas se mantuvo por encima de las virales. La tasa disminuye a partir del año 1998 manteniendo valores estables en adelante. Con respecto a las meningitis virales de este grupo etáreo, todos los años se mantuvieron las tasas por debajo de las bacterianas, sin embargo en el año 2005 se observa un aumento de la tasa de notificación de las virales que casi duplica a las de las meningitis bacterianas para el mismo año. (Véase tabla nro. 3 y gráficos nro. 10 y 11).

En el grupo de 5 a 9 años la brecha entre meningitis virales y bacterianas nunca fue notoria en la serie analizada, sin embargo ocurre un hecho similar a lo relatado anteriormente en el año 2005, superando las tasas de meningitis virales a las bacterianas. (Véase tabla nro. 3 y gráficos nro 10 y 11).

En el grupo de 10 a 14 años, no existe un predominio definido en el tipo de germen. También queda en evidencia en este grupo etáreo el brote que afectó en el año 2005. (Véase tabla nro. 3 y gráficos nro. 10 y 11).

En el grupo de 15 a 49 años prevalecen levemente las meningitis bacterianas por sobre las virales, no habiendo una diferencia de tasas tan importante como se registra en otros grupos etáreos. Se observa el fenómeno del leve aumento de las virales en el año 2005. (Véase tabla nro. 3 y gráficos nro. 10 y 11).

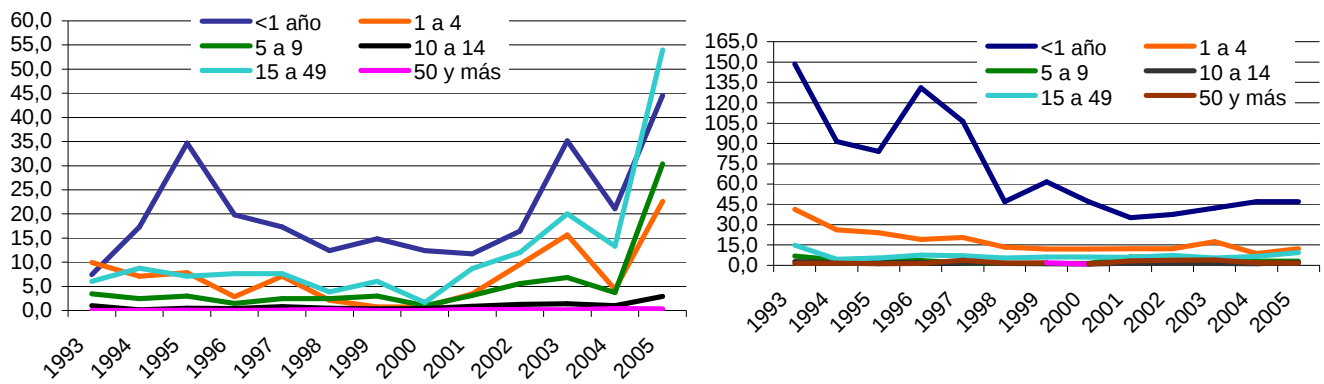
En el grupo de más de 49 años se observa también una mayor incidencia de la notificación de meningitis bacteriana por sobre la viral y no se observa diferencia en el año 2005. (Véase tabla nro. 3 y gráficos nro. 10 y 11).

Tabla nro. 3 - Tasas de notificación de meningitis viral y bacteriana por grupos de edad – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 1993-2005

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<1V.	7,4	17,3	34,6	19,8	17,3	12,4	14,8	12,4	11,7	16,4	35,2	21,1	44,5
<1B	148,5	91,6	84,1	131,2	106,4	47	61,9	47	35,2	37,5	42,2	46,9	46,9
1-4V	9,9	7,1	7,8	2,8	7,1	2,1	0,7	0,7	3,5	9,6	15,7	4,3	22,6
1-4B	41,2	26,3	24,1	19,2	20,6	13,5	12,1	12,1	12,2	12,2	17,4	8,7	12,2
5-9V	6	8,7	7,1	7,7	7,7	3,8	6	1,6	8,7	12	20	13,3	54
5-9B	14,8	4,4	5,5	7,7	7,1	5,5	6	6	6	7,3	5,3	6,7	9,3
10-14V	3,4	2,5	3	1,5	2,5	2,5	3	1	3,1	5,6	6,8	3,7	30,4
10-14B	6,9	3,9	4,9	3,4	2	1,5	1,5	1,5	6,2	6,2	3,7	3,1	3,1
15-49V	1	0,1	0,5	0,4	0,8	0,5	0,3	0,4	0,9	1,2	1,4	1	2,9
15-49B	2,8	1,9	1,9	2,1	2,1	1,5	1,2	1	1,6	1,3	1,5	1,2	2,2
>49V	0	0	0,1	0	0,1	0,2	0	0	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3
>49B	1,5	1,7	1,1	1,5	3,9	1,6	1,9	0,9	3,2	3,8	4	1,9	1,7

Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Gráficos nro. 10 y 11: Evolución de las Tasas de notificación de meningitis por años y grupos de edad, según tipo de germen – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 1993-2005



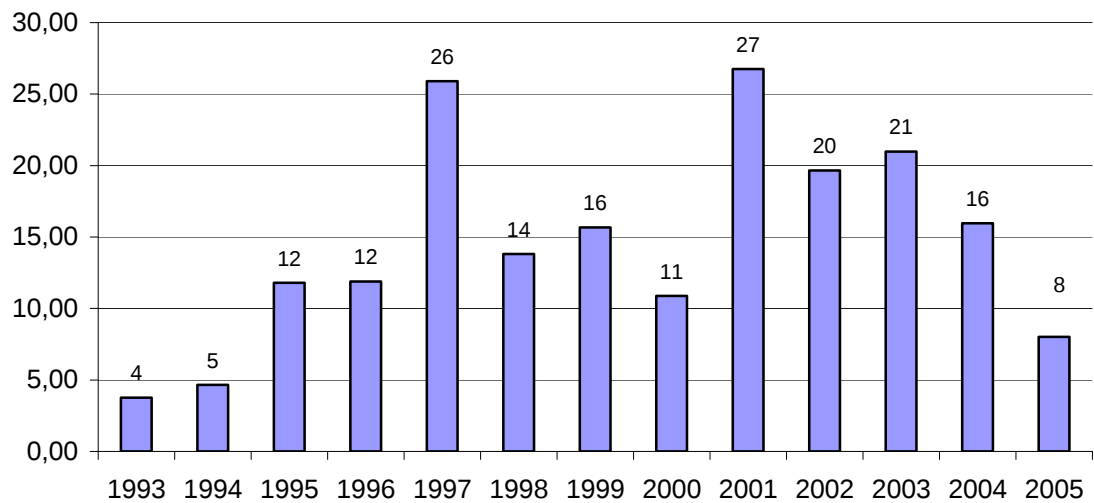
Virales

Bacterianas

Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Letalidad
En los años 1997 y 2001 se observaron las mayores tasas de letalidad por meningitis, comparado con el resto de los años. Los brotes del año 1993 y 2005 no reflejaron incrementos en este indicador (véase gráfico nro. 12)

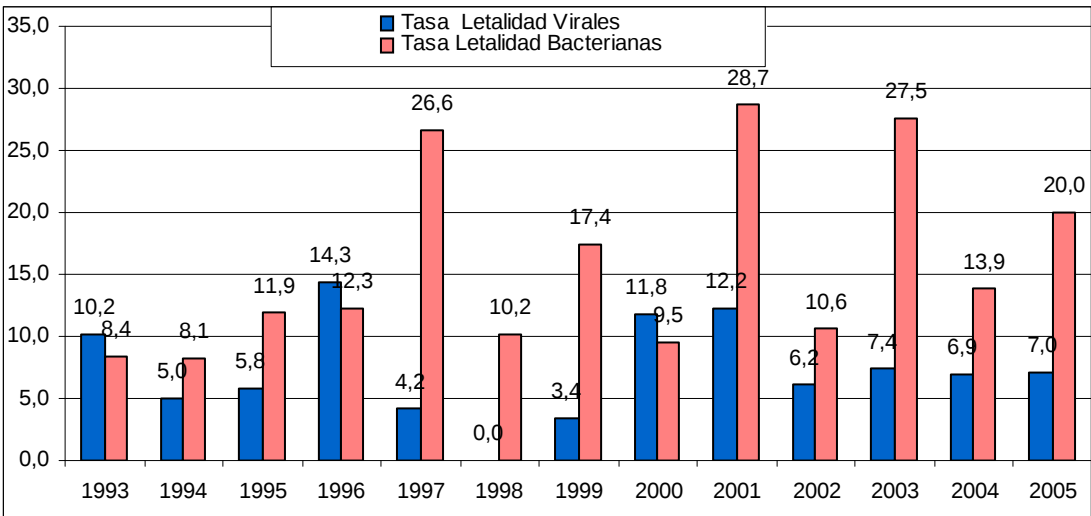
Gráfico nro. 12 - Tasas de letalidad por meningitis en porcentaje – Residentes Ciudad de Buenos Aires – 1993- 2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Las tasas de letalidad según germen evidencian que las meningitis bacterianas provocan mayor cantidad de muertes en la población. (Véase gráfico nro. 13)

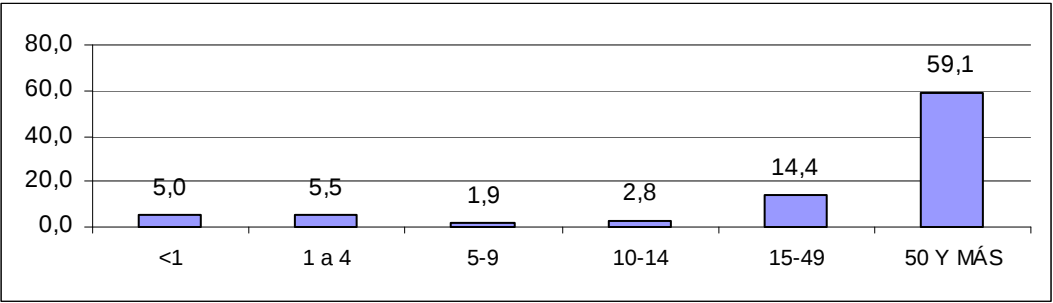
Gráfico nro. 13 - Tasa de letalidad de meningitis en porcentaje según tipo de germen – Residentes en la Ciudad de Buenos Aires – Años 1993-2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

En los primeros años de la vida, si bien la tasa de morbilidad es elevada, existe menor letalidad, situación inversa a la que se observa en edades avanzadas. Por lo que la edad constituye uno de los factores de incremento de riesgo de letalidad (Véase gráfico nro. 14)

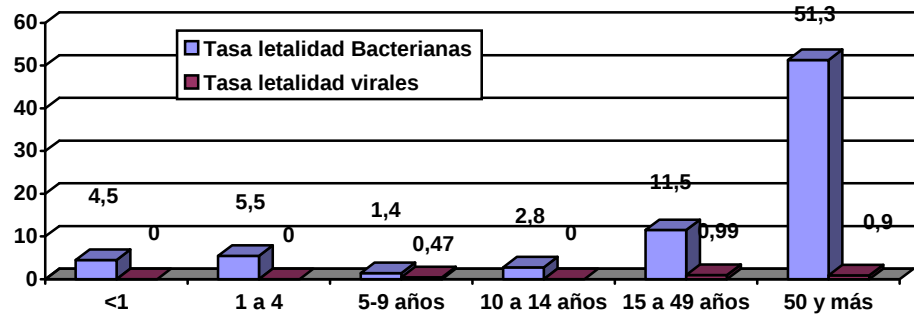
Gráfico nro. 14 - Tasa de letalidad de meningitis por edad – Período 1993-2005 – Residentes Ciudad de Buenos Aires



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

La mayor letalidad se produce por las meningitis de origen bacteriano y en la medida en que aumenta la edad de los casos, también se incrementa la letalidad en meningitis virales y bacterianas. (Véase gráfico nro. 15)

Gráfico nro. 15 - Tasa de letalidad de meningitis en porcentaje por grandes grupos de edad según germen – Periodo 1993-2005 – Ciudad de Buenos Aires

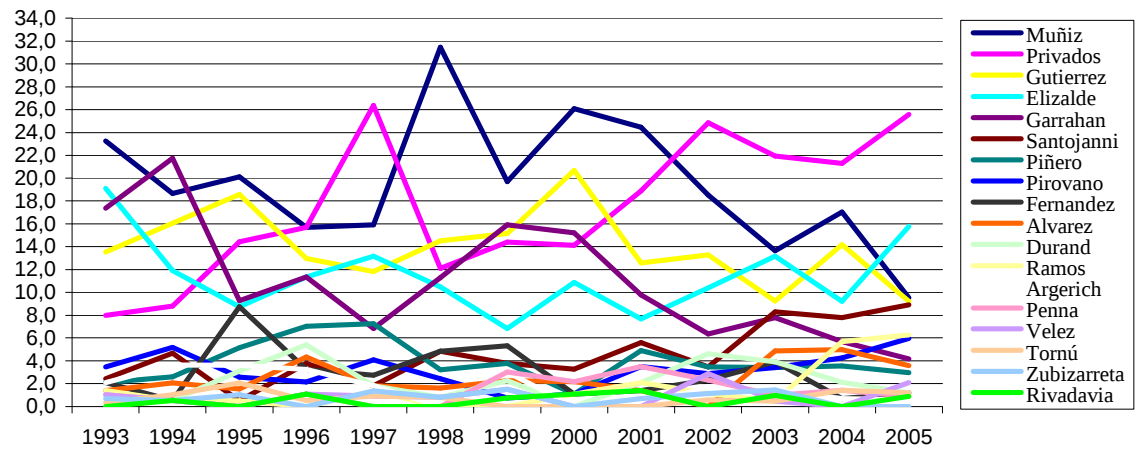


Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Datos de efectores

El establecimiento que mayor notificación ha denunciado en el acumulado de los años 1993-2005 fue el Hospital Muñiz con un total del 19% de las notificaciones, le siguen los efectores privados, y los pediátricos (Gutierrez, Elizalde y Garrahan). El hospital general de agudos que mayor cantidad de casos notificó en este período fue el Santojanni, seguido del Piñero y Pirovano. Por año, los porcentajes de notificación varían, sin embargo se mantiene constante el nivel de notificación de cada efector. (Véase gráfico nro.16)

Gráfico nro. 16 Porcentaje de Notificación de cada efector sobre el total de notificaciones de cada año – Residentes Ciudad de Buenos Aires - Período 1993-2005



Fuente: Dto. Epidemiología – DGAAPS – Ministerio de Salud Pública

Análisis de la morbilidad según Situación Social Inconveniente

Varias razones explican la inclusión de los casos de meningitis sucedidos desde el año 2001 en adelante. En primer lugar porque los datos de situación social inconveniente son de dicho año en adelante y en segundo lugar porque el

registro de los casos y la sensibilidad entre meningitis virales y bacterianas ha aumentado a partir de esa época.
La cantidad de casos notificados entre el año 2001 y 2005 ha sido de 1.013. La tasa de notificación de este quinquenio es de 36 casos cada cien mil habitantes. (Véase tabla nro. 4)

Tabla nro. 4 - Casos, distribución porcentual y tasas de meningitis del período 2001-2005 – Residentes Ciudad de Buenos Aires

Año	Frecuencia	Distribución porcentual	Tasa por cien mil
2001	143	14,1	5,1
2002	173	17,1	6,2
2003	205	20,2	7,3
2004	143	14,1	5,1
2005	349	34,5	12,
Total	1013	100,0	36,4

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

El análisis de la morbilidad por meningitis según SSI, se realizará con datos acumulados del quinquenio 2001-2005. De los 1013 casos se debieron descartar 26 registros que no poseían dato de domicilio Según situación social, los casos de meningitis del período se acumularon en mayor magnitud, en la zona sur. Las tasas de notificación, específicas y ajustadas también reflejan la mayor incidencia entre la población de la zona sur de la ciudad y en la medida en que mejora la situación social, disminuyen las tasas. (Véase tabla nro. 5)

Tabla nro. 5 - Tasas brutas y ajustadas de meningitis según SSI –Ciudad de Buenos Aires – Quinquenio 2001-2005

SECTOR	Tasa No ajustada	Tasa ajustada
Sur	64,9	55,2
Intermedio	36,0	37,1
Noroeste	31,0	31,2
Norte	19,0	21,7

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

Se observa que en la zona sur, las tasas ajustadas de notificación de las meningitis virales son mayores que las de meningitis bacterianas. En los demás sectores, es la inversa. (Véase tabla nro. 6)

Tabla nro. 6 - Tasas ajustadas de notificación de meningitis según tipo de gérmen (bactrianas y virales) cada cien mil habitantes según SSI – Ciudad de Buenos Aires – Quinquenio 2001-2005

SECTOR SSI	MENINGITIS	
	Bact.	Viral
Sur	21,0	23,6
Intermedio	20,8	18,4
Noroeste	15,1	12,3
Norte	14,8	12,6

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

La mayor tasa de mortalidad por meningitis ocurrió en los niños del sector intermedio y en los adultos mayores del sector noroeste (Véase tabla nro. 7).

Tabla nro. 7 - Tasas específicas de mortalidad por meningitis según grupos de edad cada cien mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires - Quinquenio 2001-2005 –

Sector	Edad	Fallecidos	Tasas acumuladas por 100.000 Habitantes
Sur	<15	7	5,7
	15 a 64	11	1,9
	65 y más	13	8,2
Intermedio	<15	10	9,4
	15 a 64	24	5,7
	65 y más	13	11,2
Noroeste	<15	6	5,2
	15 a 64	7	1,5
	65 y más	22	16,8
Norte	<15	7	5,6
	15 a 64	21	6,0
	65 y más	12	16,3

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

Las medias y medianas de edad por sector reflejan que en el sur, en promedio mueren más jóvenes que en el resto de la ciudad. (Véase tabla nro. 8)

Tabla nro. 8 - Media y mediana de edad de muerte por sector de SSI en total de meningitis- Quinquenio 2001-2005 – Ciudad de Buenos Aires

SSI	Sector Sur	Sector Intermedio	Sector Noroeste	Sector Norte
Media	17	20	23	24
Mediana	8	10	12	10

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

Las tasas ajustadas de mortalidad son mayores entre las meningitis bacterianas y muestran que en el sector intermedio se produjo la mayor mortalidad (Véase tabla nro.9).

Tabla nro. 9 - Tasas ajustadas acumuladas de mortalidad por meningitis del quinquenio cada cien mil habitantes. Quinquenio 2001-2005 – Ciudad de Buenos Aires

Total quinquenio 2001-2005	Sector Sur	Sector Intermedio	Sector Noroeste	Sector Norte
bacterianas	3,5	5,8	4,4	6,6
Virales	0	0,6	0,1	0,5

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

Análisis de las desigualdades en la morbilidad por meningitis

La probabilidad de morbilidad por meningitis en el CGP más pobre (nro. 1), según NBI, se multiplica por 4,4 veces, comparado con l CGP de menor NBI (CGP13) en el quinquenio 2001-2005. Este dato se obtiene considerando todo el gradiente de la escala social (Índice relativo de desigualdad¹¹ - basado en regresión).

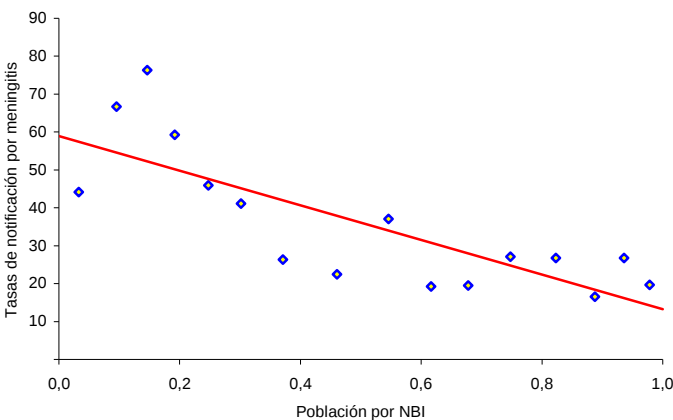
¹¹ Este índice expresa en términos porcentuales el Índice de desigualdad de la pendiente.

El exceso de morbilidad, en el CGP de peor NBI de la ciudad es de 47 casos cada cien mil habitantes comparado con el CGP de mejor NBI. (Índice de desigualdad de la pendiente¹² – basado en regresión).

Si toda la población hubiera tenido las condiciones de NBI del CGP en mejor situación se hubiera podido reducir la morbilidad por meningitis en un 42% en dicho quinquenio (RAP¹³). Si toda la población hubiera tenido las condiciones de NBI del CGP en mejor situación, se hubieran podido reducir casi 15 casos cada cien mil habitantes durante el quinquenio (RAP¹⁴)

Se observa evidencia de relación lineal entre NBI y morbilidad por meningitis en la Ciudad de Buenos Aires, cuando se analiza dicha relación a través del método de regresión lineal. El estimador R² sugiere que casi el 70% de la morbilidad por meningitis estaría explicada por la condición de NBI y dicha relación tendría significación estadística. (Véase gráfico nro.17) (Vease tablas nro. 10 y nro. 11)

Gráfico nro. 17 - Relación lineal entre la población con NBI y la morbilidad por meningitis en la Ciudad de Buenos Aires – Años 2001-2005



Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

Tabla nro. 10 Tabla de coeficientes de la regresión lineal entre la morbilidad por meningitis y las NBI .
Coeficientes(a) en la Ciudad de Buenos Aires – Años 2001-2005

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Intervalo de confianza para B al 95%	
		B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	14,065	4,711		2,986	,010	3,962	24,168
	NBI	2,988	,534	,831	5,597	,000	1,843	4,133

a Variable dependiente: TASA

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

Tabla nro. 11 - Tabla Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,831(a)	,691	,669	10,52749

a: Variables predictoras: (Constante), NBI

Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

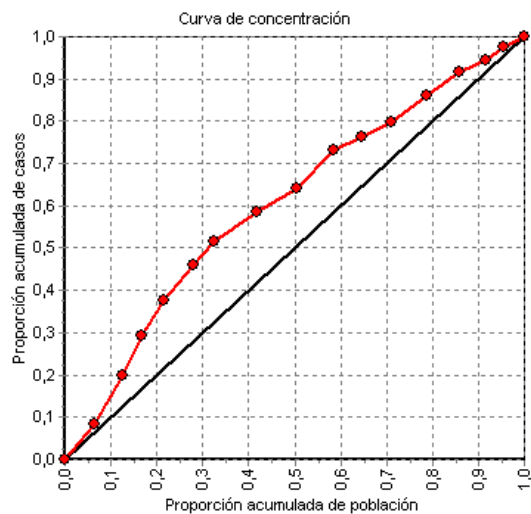
¹² Es un índice basado en el método de regresión lineal que permite estimar la magnitud del cambio de la variable de salud, por cada unidad de cambio de la variable social.

¹³ Riesgo atribuible poblacional porcentual expresa en términos de porcentaje el riesgo atribuible poblacional.

¹⁴ El Riesgo Atribuible Poblacional permite determinar el impacto que tiene llevar a toda la población a la mejor situación social, medida por un indicador social, respecto a un evento de salud.

El Índice de concentración muestra que el 20% de la población con mayor NBI, concentra casi el 40% de la morbilidad por meningitis, mientras que el 20% de la población de menor NBI, concentra el 10%. La desigualdad se acumula entre la población más pobre. (índice de concentración de $-0,2$).

Gráfico nro. 18 – Curva de Lorenz de la morbilidad por meningitis y la población con NBI – Ciudad de Buenos Aires – Quinquenio 2001-2005



Fuente: Dto. Epidemiología - DGAAPS – Ministerio de Salud Pública de la Ciudad de Buenos Aires

CONCLUSIONES

La morbilidad por meningitis en residentes de la ciudad de Buenos Aires desde los años 1993 hasta el año 2005 ha presentado tasas variables. Si bien la tendencia es estable, en el año 1993 y en el año 2005 se estimaron las tasas más altas. Entre las meningitis virales y bacterianas también existieron diferencias en la notificación, pero las mismas no pueden asumirse como reales, dado que la sensibilidad del diagnóstico bacteriológico era insuficiente, y mejoró a partir del año 2001.

La morbilidad según sexo, evidencia que los varones se hallan más afectados por esta patología. En el período estudiado, se han elevado las medias de edad tanto de virales como de bacterianas y poseen una tendencia creciente en términos de edad.

En el grupo de menores de 5 años predominan las meningitis bacterianas, sin embargo de 5 a 9 años las virales constituyen la mayoría de los casos. En el grupo de edad de 10 a 14 años no existe un predominio definido del tipo de germen. En el grupo de 15 a 49 años se observa la mayor notificación de meningitis bacterianas, situación que se acentúa aún más en el grupo de 50 años y más.

Las tasas de letalidad más altas ocurrieron en los años 1997 y 2001. Las meningitis bacterianas presentaron mayor letalidad. La edad avanzada también se constituye en un factor de incremento de riesgo de la letalidad.

El establecimiento que ha denunciado mayor cantidad de casos de meningitis, es el Hospital Muñiz, dado que constituye un centro especializado que recibe muchas derivaciones. Entre los Hospitales Generales de Agudos, Santojanni, Piñero y Pirovano son las instituciones con mayor notificación.

El análisis de la morbilidad por meningitis según situación social inconveniente se realizó tomando el último quinquenio (2001-2005). Las tasas de notificación más altas se registraron en la zona sur, y en la medida que mejoraba la situación social, las tasas disminuían. En la zona sur, las tasas de notificación ajustadas por meningitis virales fueron mayores mientras que en los demás

estratos, la situación fue a la inversa. Las mayores tasas de mortalidad por meningitis ocurrieron en los niños del sector intermedio y en los adultos mayores del sector noroeste. Las meningitis bacterianas fueron las que mayor mortalidad provocan.

Existieron desigualdades en la morbilidad por meningitis ya que los habitantes en el CGP más pobre tuvieron mayor riesgo de morbilidad que aquellos residentes en el CGP de menor NBI. La morbilidad por meningitis en la población general se podría reducir casi a la mitad si mejorara la condición de NBI, equiparándola al sector con mejor condición. También se observó evidencia de una relación lineal entre NBI y morbilidad por meningitis; casi el 70% de la incidencia de morbilidad estaría explicada por la situación de pobreza. Esta desigualdad acumulada en la población más pobre, se concentró de manera tal que el 20 % de la población más pobre acumuló el 40 % de los casos notificados.

Anexo III

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH DE CASOS NOTIFICADOS A LA COORDINACIÓN SIDA DE RESIDENTES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DE 15 AÑOS Y MÁS DURANTE EL TRIENIO 2003/2005

Introducción

Desde hace 25 años el mundo es testigo de uno de los mayores desafíos de nuestra generación: la epidemia de SIDA.

En la historia de la medicina el descubrimiento de nuevo agente etiológico en la producción de una entidad implica la necesidad de disponer de nuevas tecnologías que nos permitan abordar la problemática desde lo biológico, social, cultural, etc para comprender su comportamiento (y su eventual tratamiento).

La historia del VIH ha mostrado que el abordaje requiere no solo un manejo complejo de los actores intervinientes sino también de la apertura suficiente por parte del equipo de salud para el entendimiento de las vicisitudes inmersas en dicha patología. Esto hizo y hace que los distintos integrantes del equipo de salud que participan en la atención cotidiana, tengan que comenzar a mirar al paciente en lo particular sin perder el contexto, para poder explicar cuestiones relacionadas con la realidad de cada sujeto.

La epidemia de VIH se ha prolongado en el tiempo, sin embargo algunos sectores del mundo, particularmente aquellos que presentan un deterioro económico social que compromete la efectividad de sus acciones, experimentan aun hoy tasas de infección que continúan creciendo. Este hecho representa una falla ostensible de los diversos mecanismos desarrollados para un efectivo “*control*” de la epidemia desde el conocimiento científico actual; Conocida desde el inicio como una entidad que afectaba predominantemente a la población masculina y homosexual, fuimos testigos de su progresiva «*feminización*», particularmente a partir de los años 90, como también del reconocimiento en la actualidad de la heterosexualidad como la principal vía de adquisición. Ello comprende un progresivo aumento del número de mujeres infectadas por el VIH, particularmente aquellas que se encuentran en edad fértil, lo que representa de alguna manera la vulnerabilidad incrementada de este grupo con el respectivo impacto en la descendencia. En nuestro país la relación hombre / mujer era de 14:1 para el período 1982-1990, siendo en el año 2000 de 3:1.

La accesibilidad a las diferentes opciones terapéuticas juega también un rol fundamental en la morbilidad. Si bien existe apoyo de los gobiernos en brindar estas condiciones, operan en esta situación cuestiones subjetivas tales como por ejemplo la posibilidad de permitir ser diagnosticado en tiempo y la adhesión que cada sujeto pueda establecer con el tratamiento, entre otras. Todas las iniciativas serán más efectivas cuando, a partir de los mismos pacientes, se genere “*el reclamo*” pertinente. Para poder reclamar es necesario conocer los derechos y para esto resulta fundamental asegurar la educación de los pueblos de manera tal de que ella permita asegurarles la posibilidad de tener libertad de elección en el más amplio de los sentidos.

Con un poco más de 40 millones de personas afectadas por el VIH hacia diciembre de 2005 en todo el mundo, alrededor de 5 millones de personas

adquirieron la infección en el transcurso de ese año. Durante ese año alrededor de 3 millones de personas fallecieron por dicha causa.

Según estimaciones realizadas durante el año 2005 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS muestran que aproximadamente 127.000 (115.000 a 134.000) personas viven con VIH/SIDA en Argentina, de las cuales un 60% desconocerían su situación serológica.

VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires

Un total de 30.496 casos fueron notificados en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS hacia el 31 de diciembre de 2005 desde que se registró el primer caso en el año 1982.

En la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2003-2005 se notificaron 4208 casos de infección por VIH con una relación hombre/mujer de 1,3/1. De ellos un poco más del 41% correspondieron a residentes en Ciudad de Buenos Aires siendo las tasas de infección por VIH (por 100.000 habitantes) variable según zona de residencia: zona norte: 16,2; zona centro: 18,2 y zona sur 29,5.

La diferencias de tasas de infección en una región como la Ciudad de Buenos Aires, en donde se trabaja incasablemente para optimizar tanto la accesibilidad de los pacientes como la provisión de recursos, merece que intentemos realizar un abordaje analítico más profundo que implique nuevas metodologías como las que se esgrimen en el presente estudio.

¿Por qué un análisis de desigualdades sociales en la incidencia de la morbilidad por VIH en la población residente en la Ciudad?

Porque el análisis de las desigualdades sociales constituye una herramienta fundamental para avanzar en la mejoría de los indicadores de salud y especialmente para indagar si existen inequidades en el área. *“Para la OMS la equidad es el segundo de una lista de 38 objetivos en su nueva política de Salud para todos. La meta para el año 2020 es reducir en por lo menos 25% las diferencias entre los grupos socioeconómicos de cada uno de los países miembros mediante el incremento de los niveles de salud de los más pobres”* (Schneider, MC y otros; 2002)¹⁵

Porque la equidad en salud no analiza únicamente los indicadores de salud sino que también aporta elementos de análisis para dejar en evidencia los acuerdos sociales existentes en este caso, en la ciudad de Buenos Aires. (valores de justicia, justicia social y formas de distribución de bienes sociales) incluyendo en los análisis las oportunidades de la población para participar en la distribución económica. (Sen A; 2002)¹⁶

Porque el análisis de las desigualdades, al ser una herramienta que aporta a los procesos de gestión, forma parte de las tareas del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA.

Definiciones conceptuales

Desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una *“desigualdad injusta, innecesaria y evitable”* (Whitehead, M; 1991)¹⁷ y en esto se funda la

¹⁵ Schneider, MC; y Otros (2002): Métodos de medición de las desigualdades en salud – Rev. Panamericana de Salud Pública - 12 (6)

¹⁶ Sen A; (2002): Rev. Panamericana de Salud Pública –11(5/6)

¹⁷ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1991. (Reprint series No. 9).

importancia de indagarla para las instancias políticas de toma de decisión. Calificar como inequidad una desigualdad implica fundamentar un juicio sobre la injusticia de dicho problema. (Whitehead, M; 1991)¹⁸

Se utiliza la expresión “desigualdades en salud” para definir “las medidas combinadas de las diferencias de salud entre individuos de una población” (Murray C.J.L. y Otros; 2000)¹⁹. Constituyen medidas de esa índole, el margen de variación entre el mejor y peor de los casos o la distribución de individuos dentro de ese intervalo. La medición de las desigualdades en salud a partir de iguales o diferentes situaciones sociales pone en evidencia la necesidad de intervenir conjuntamente en salud y en la situación social para revertir el problema ya que los procesos de salud/enfermedad/atención constituyen una forma de expresión de las condiciones de vida de los sujetos.

Si bien la relación entre salud y situación social no es lineal (aunque algunas de las medidas se basan en modelos lineales) hay varios autores que han encontrado asociaciones interesantes entre la situación social (medida por el ingreso, por ejemplo) y la salud. Justot (Wolfson y Otros; 1999)²⁰ encontró una gran asociación entre la mortalidad y el ingreso, y entre la mortalidad y la distribución del ingreso. En el ámbito social, la salud de un individuo no dependería solamente de sus ingresos, sino también de los ingresos de otros, de su grado de inclusión social, de sus capacidades personales, de su historia etc, y todo esto a través de complejos mecanismos sociales.

Objetivo

Este informe tiene como objetivo describir el perfil de las notificaciones del diagnóstico de incidencia de los casos infectados por VIH en la ciudad de Buenos Aires y analizar las desigualdades existentes entre diferentes grupos sociales.

Aspectos metodológicos

Para la realización de este estudio se ha considerado el universo de casos notificados de diagnósticos de infección por VIH de 15 años y más entre los años 2003 y 2005. Estos datos fueron tomados de la base de datos de la Coordinación SIDA y se tomó como fecha de diagnóstico, la del primer test de VIH.

Se toma el trienio 2003/2005 porque es a partir del 01/01/2003 que se comenzó con la notificación de diagnóstico de VIH en la ciudad, siguiendo recomendaciones del programa nacional de SIDA. Anteriormente solo se notificaba casos de SIDA.

Para el análisis de las desigualdades se seleccionaron entre cuatro y cinco estratos de población diferenciados entre sí por el grado de instrucción entre los casos notificados. Se delimitó un primer grupo de sujetos que poseen primario incompleto o no han asistido a la escuela, un segundo grupo de sujetos con primario completo o secundario incompleto, un tercer grupo que incluye a quienes han llegado a completar el secundario y otro grupo de quienes han realizado estudios terciarios o universitarios y los han completado o no. Para el

¹⁸ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1991. (Reprint series No. 9).

¹⁹ Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales. ¿Qué debemos medir? – Boletín de la OMS – Recopilación de artículos Nro. 2

²⁰ Wolfson M y Otros(1999). Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration. BMJ (En: www.bmj.com/cgi/content/full/319/7215/953/DCI)

caso de las medidas de regresión se diferenciaron entre quienes completaron el primario y quienes no terminaron el secundario. Se tomó como variable independiente, el grado de educación de los casos al momento de la notificación que tuvieran más de 14 años y se analizó su distribución en función de esta variable. El motivo de selección de la variable “*nivel educativo*” fue que se la consideró un “*proxy*”²¹ de situación social. En un estudio realizado por Psacharopoulos y Morley (Psacharopoulos y Morley 1993)²² se muestra la correlación que existe en América Latina entre educación e ingreso. Londoño (Londoño, J, L; 1996)²³ también enfatiza dicha relación. Una razón que utilizan los sociólogos para considerar la necesidad de tomar la educación como un proxy de la situación de ingreso es que las familias declaran con mayor facilidad su grado de instrucción que su ingreso.

La decisión de tomar los 15 años como corte para indagar el nivel educativo fue debido a que a partir de esa edad, está medianamente definido el grado de instrucción. (en la base hay solamente 6 casos de menores de 20 años que tienen secundario completo, es decir que se podría pensar que estarían en proceso de alcanzar un nivel educativo mayor)

Para el análisis de la incidencia en la notificación según nivel educativo se tomaron como universo 1.308 casos sobre un total de 1.435 ya que los demás, no poseían el dato del nivel educativo.

Las tasas de incidencia se construyeron tomando los casos nuevos de infección por VIH en el numerador (que van entre 15 y 73 años) y la población expuesta al riesgo en el denominador. (población de 15 a 73 años) Las tasas por grado de instrucción se construyeron con el denominador de población de la ciudad del mismo grupo etáreo y del mismo grado de instrucción (Datos de la Dirección de Estadística y Censo del GCBA – y del Censo 2001). En todos los casos las tasas son por cien mil habitantes

Este trabajo se realiza en conjunto entre el Departamento de Epidemiología y la coordinación de SIDA del Ministerio de Salud del GCBA.

Descripción de la incidencia de infección por VIH/SIDA en casos de 15 años y más en la ciudad de Buenos Aires entre los años 2003 y 2005

En el período seleccionado se diagnosticaron 1.435 nuevos casos de VIH mayores de 14 años entre los cuales, en algunos casos, poseían simultáneamente diagnósticos de SIDA. Se podría asumir que quienes poseían ambos diagnósticos simultáneamente, tuvieron una detección tardía de la infección por VIH.

Las tasas de incidencia en mayores de 14 años, fueron de 25,3 por cada cien mil habitantes en el año 2003, de 20,9 cada cien mil habitantes en el año 2004 y de 18,9 cada cien mil habitantes en el año 2005. La tasa del año 2005, si bien es levemente inferior a la del año anterior, se supone que no constituye un aumento de la notificación de la incidencia sino que se debe más bien al retraso que posee la información que llega a la Coordinación de SIDA. La tasa del año 2003 que es levemente superior tiene que ver con que en ese año se inició la notificación y hubo menos casos de subnotificación.

²¹ La palabra proxy alude al concepto de representación

²² Psacharopoulos y Morley (1993): Poverty and income distribution in America Latina The world Bank. Washington DC

²³ Londoño J,L;(1996) Poverty, inequality and human capital development in latin America – World Bank latinamerican – American and Caribbean Studies Working paper – The World Bank – Washington DC.

El sexo de los casos notificados, corresponde a un 66% masculino y un 34% femenino (casi el doble de varones que de mujeres). Las tasas de incidencia de infección por VIH, por sexo fueron mayores entre los varones que entre las mujeres, en el período evaluado. (Véase tabla nro.1)

Tabla nro. 1 - Tasas de incidencia de infección por VIH en mayores de 14 años según año de notificación y sexo – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003- 2005 *

SEXO	Año de diagnóstico		
	2003	2004	2005
Femenino	15,5	12,1	11,8
Masculino	37,5	25,4	27,7
Total	25,3	20,9	18,9

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Las tasas de incidencia de infección por VIH fueron mayores en el grupo de 20 a 29 años. En general las tasas han disminuido en casi todos los grupos de edad.(Véase tabla nro.2). La ONUSIDA considera que la tasa de incidencia del grupo de 15 a 24 se asemeja a la incidencia de infección. Para cada uno de estos tres años las tasas fueron de 6.5, 5.8 y

Tabla nro. 2 - Tasas de incidencia de infección por VIH según edad y año de notificación – Residentes Ciudad de Buenos Aires - Período 2003-2005*

Grupos de edad	Tasa por 100.000 habitantes		
	2003	2004	2005
15-19	7,2	6,7	6,1
20-24	6,0	5,1	3,0
25-29	26,0	26,0	18,3
30-34	56,1	46,1	44,1
35-39	71,3	50,7	47,4
40-44	49,8	31,7	33,4
45-49	37,2	32,5	30,7
50-54	20,5	19,9	17,0
55-59	17,3	18,6	11,3
60-64	13,7	9,2	9,2
65-69	4,0	9,7	8,9

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Al momento del diagnóstico, la mayoría de los casos, expresados en tasas de incidencia, no habían desarrollado criterio de SIDA (Véase tabla nro.3).

Tabla nro.3 - Tasa de incidencia de infección por VIH según estadio clínico al diagnóstico – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005*

Estadio Clínico	Tasa por 100.000 habitantes		
	2003	2004	2005
Síndrome Resp. Agudo	0,4	0,3	0,4
Asintomático	15,3	11,2	10,4
Sintomatología sin SIDA	2,9	2,6	2,0
SIDA	5,5	5,4	4,0
Desconocido	0,8	1,5	1,9
TOTAL	24,9	21,0	18,6

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Entre el grupo de infectados por VIH, la mayoría fueron asintomáticos (véase tabla nro. 4)

Tabla nro. 4 - Distribución porcentual de los casos según estadío clínico al momento del diagnóstico - infección por VIH – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

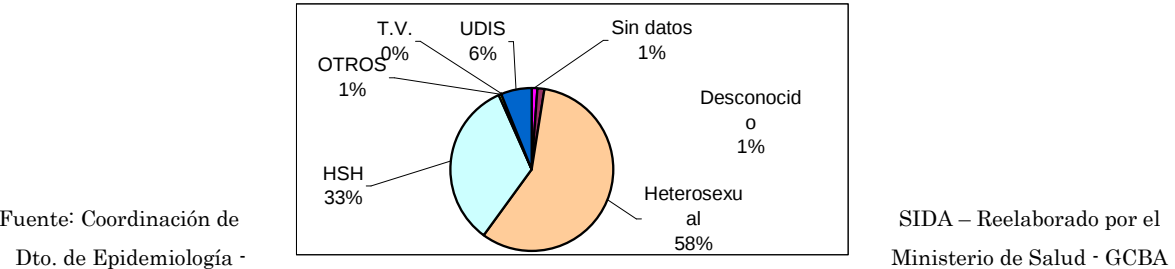
Estadío Clínico al diagnóstico	Tasas por 100.000 hab.					
	2003		2004		2005	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
S. R. Agudo	8	1,5	7	1,5	8	2,0
Asintomático	334	61,6	245	53,6	227	55,9
Sintomatología Sin SIDA	64	11,8	56	12,3	43	10,6
SIDA	119	22,0	117	25,6	87	21,4
Desconocido	17	3,1	32	7,0	41	10,1
TOTAL	542	100,0	457	100,0	406	100,0

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Un 34,4% de los casos notificados poseen pareja que también convive con VIH y un 8,4% de los casos detectados en este período, poseen parejas usuarias de drogas.

La vía de adquisición heterosexual es la observada con mayor frecuencia; le sigue la de *“hombres que tienen sexo con hombres”* (HSH) y en tercer lugar, los usuarios de drogas (UDIS). La transmisión vertical (T.V.) resulta insignificante, dado que se tomó población de 15 años, y esta forma de transmisión se observa con mayor frecuencia en menores de 15 años. (Véase grafico nro. 1)

Gráfico nro. 1 – Distribución porcentual de vías de trasmisión de infección por VIH sobre total de casos notificados - Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005



Entre los efectores que mayor cantidad de casos notificaron, de residentes de la ciudad en este período, se encuentran en primer lugar el Hospital Muñiz y el Fernández, ambos de referencia con relación a esta problemática. Siguen el hospital Ramos Mejía, el Piñero y Argerich. (Véase tabla nro. 5). Exceptuando los dos hospitales de mayor notificación, el hospital Ramos Mejía es el efector que presenta el mayor número de casos notificados con criterio de VIH y SIDA en mayor proporción, mientras que, en el Hospital Piñero se ubica la mayor proporción de casos notificados de infección por VIH sin criterio de SIDA.

Tabla nro. 5- Porcentaje de casos notificados de infección por VIH según efector – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

Efector	Casos	Porcentaje
Muñiz	330	22,4
Fernández	234	15,9
Ramos Mejía	158	10,7
Piñero	140	9,5
Argerich	77	5,2
Pirovano	50	3,4
Alvarez	47	3,2
Tornú	45	3,1
Durand	40	2,7
Santojanni	40	2,7
Rivadavia	38	2,6
Penna	36	2,4

Sardá	23	1,6
Gutierrez	13	0,9
Vélez	9	0,6
Garrahan	7	0,5
Elizalde	6	0,4
Ferrer	6	0,4
Borda	3	0,2
Zubizarreta	2	0,1
Moyano	1	0,1
Sin datos	166	11,3
Total	1471	100

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

De las 485 mujeres diagnosticadas durante este trienio, mayores de 14 años, 160 han sido diagnosticadas en el contexto de su embarazo, parto o puerperio, es decir, un 33% de las mujeres diagnosticadas en este período.

Incidencia de la infección por VIH según nivel educativo

La incidencia de la infección por VIH según nivel educativo presente algunas diferencias. La mayor cantidad de casos se produjeron entre la población con secundario incompleto o menos a excepción del año 2004 donde fue mayor la tasa de incidencia de la población con primario incompleto. Las tasas más altas se ubican entre la población con menores niveles educativos. También se observa que disminuyen las tasas de incidencia según grado educativo en los tres años analizados. (Véase tabla nro.6)

Tabla nro. 6 – Tasas de incidencia de infección por VIH según nivel de educación de los casos – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005*

Nivel Educativo	Tasas por 100.000 hab.			Tasas Período 2003-2005
	2003	2004	2005	
Primario incompleto	29,3	27,1	11,7	98,84
Secundario incompleto	32,2	23,6	22,4	78,20
Secundario completo	18,4	17,0	14,8	50,22
Terciario / universitario	9,9	10,9	7,6	28,47
Total	25,3	20,9	18,9	54,63

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Las tasas de infección por VIH del subgrupo de casos que simultáneamente tuvieron criterio de SIDA, (*infiriendo que podrían haber llegado en forma tardía a la consulta*), también presentan diferencias según el nivel educativo de los afectados. Estas diferencias son más marcadas que en las tasas de infección por VIH y muestran que los casos con primario incompleto fueron los más vulnerables al diagnóstico tardío (Véase tabla nro. 7). Resulta llamativo que, si bien estas tasas también bajaron en los últimos tres años, en el grupo de casos con terciario o universitario completo e incompleto, subió en el año 2004 y bajó levemente en el año 2005. También es necesario aclarar que, al tratarse de números pequeños en términos de cantidad, la oscilación de las mismas puede deberse al azar.

Tabla nro. 7 - Tasas de infección por VIH y criterio de SIDA simultáneamente según nivel educativo – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

Nivel educativo	Tasas por 100.000 habitantes		
	2003	2004	2005
Primario incompleto	16,8	9,5	9,5
Secundario incompleto	6,6	5,2	4,4

Secundario completo	2,4	3,3	1,9
Terciario / universitario	1,0	2,4	1,6
Total	4,1	4,0	3,1

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Las tasas de incidencia por sexo siguen mostrando el mayor riesgo entre varones. Las mujeres y varones con primario incompleto presentaron las tasas mas elevadas en los años estudiados. En los casos con secundario incompleto o más, tanto en mujeres como en varones, se redujeron las tasas de incidencia. (Véase tabla nro. 8)

Tabla nro. 8 – Tasas de incidencia de infección por VIH según sexo y nivel educativo – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

Nivel Educativo	Tasas por 100.000 habitantes					
	2003		2004		2005	
	F	M	F	M	F	M
Primario incompleto	13,7	57,0	16,0	46,8	19,4	63,1
Secundario incompleto	23,8	42,6	19,1	29,0	18,3	27,4
Secundario completo	9,2	30,9	7,2	30,5	8,0	24,0
Terciario / universitario	2,5	18,5	2,9	20,5	2,0	14,5
Total	12,1	31,5	10,3	27,0	10,0	23,4

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

En cuanto al subgrupo de casos que fueron diagnosticados como VIH y SIDA simultáneamente, se puede observar que tanto en mujeres como en varones mantuvieron o bajaron sus tasas en los años de estudio. El grupo que tuvo mayor oscilación en los indicadores entre estos años, fue el de varones con terciario o universitario completo e incompleto. (Véase tabla nro. 9)

Tabla nro. 9 - Tasas de infección por VIH y criterio de SIDA simultáneamente según sexo y nivel educativo – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

Nivel Educativo	Tasas por 100.000 habitantes					
	2003		2004		2005	
	F	M	F	M	F	M
Primario incompleto	5,7	36,6	6,9	14,2	3,4	20,3
Secundario incompleto	2,9	11,1	2,9	8,1	1,8	7,6
Secundario completo	0,9	4,5	0,9	6,5	0,6	3,7
Terciario / universitario	0,0	2,3	0,0	5,3	0,2	3,3
Total	1,6	7,4	1,6	7,0	1,0	5,6

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Las tasas de incidencia por año y edad muestran que el mayor riesgo de transmisión ocurrió en el año 2005, en población de 15 a 49 años y con primario incompleto. En los demás estratos, las tasas bajaron. (Véase tabla nro. 10)

Tabla nro. 10 – Tasas de incidencia de infección por VIH según grupos de edad y nivel educativo – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

Nivel Educativo	Tasas por 100.000 hab.					
	2003		2004		2005	
	15 - 49	50 y más	15 - 49	50 y más	15 - 49	50 y más
Primario incompleto	81,1	4,1	74,3	4,1	83,4	11,4
Secundario incompleto	60,0	5,2	43,6	4,0	40,4	4,7
Secundario completo	28,8	4,8	25,2	6,4	24,5	2,0
Terciario / universitario	13,6	3,6	14,9	4,6	9,7	4,3
Total	33,6	4,6	28,1	4,8	25,1	4,6

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

Entre el subgrupo de casos que fueron diagnosticados con infección con VIH y SIDA simultáneamente, se observa que las tasas también bajaron, especialmente entre el grupo de 15 a 49 años y de menor nivel educativo. El grupo de 50 años y más, si bien bajó su tasa en algunos casos, se mantuvo constante. En términos generales, las tasas de ambos grupos se redujeron en estos tres años. Podría inferirse que las tasas en población con diagnóstico tardío, se mantienen estables o han disminuido. (Véase tabla nro. 11)

Tabla nro. 11 - Tasas de infección por VIH y criterio de SIDA simultáneamente según grupos de edad y nivel educativo – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005

Nivel Educativo	Tasa por 100.000 habitantes					
	2003		2004		2005	
	15 a 49	50 y más	15 a 49	50 y más	15 a 49	50 y más
Primario incompleto	42,8	4,1	22,5	3,1	20,3	4,1
Secundario incompleto	12,1	1,1	8,2	2,2	8,2	0,7
Secundario completo	3,0	1,6	3,6	2,8	3,0	0,4
Terciario / universitario	1,6	0,0	2,9	1,8	1,6	1,8
Total	6,5	1,2	5,3	2,3	4,6	1,2

Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud – GCBA

Desigualdades en la distribución de la morbilidad de infección por VIH según nivel educativo de la población de la Ciudad de Buenos Aires.

Se realizó el análisis de las desigualdades en la incidencia de la infección por VIH de la población residente en la ciudad, por un lado y por otro el análisis de las desigualdades en la distribución de la morbilidad del subgrupo con diagnóstico tardío (infección por VIH con criterio de SIDA simultáneamente).

Las tasas de incidencia de infección por VIH y las de infección por VIH y SIDA de forma simultánea fueron confeccionadas por trienio para suavizar el hecho de la variabilidad de los indicadores anuales, al trabajar con denominadores relativamente pequeños. En el numerador se incluyó la suma de casos de los tres años y en el denominador la población triplicada (datos de censo de actualización decenal).

En el trienio descripto se observaron desigualdades en la incidencia de la morbilidad por infección por VIH entre los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires mayores de 14 años.

La población con un grado de escolaridad más bajo (primario incompleto o menos) tuvo una probabilidad de enfermarse 6,3 veces mayor que la población de mayor nivel de escolaridad. (Índice relativo de desigualdad)²⁴

La población con menor nivel educativo tuvo un exceso de morbilidad de 26 casos cada cien mil habitantes con relación a la población que posee estudios terciarios o universitarios completos o incompletos (Índice de desigualdad de la pendiente)²⁵.

Si toda la población de la Capital Federal tuviera un nivel de educación formal equivalente al segmento poblacional con mayor grado educativo, se reduciría la morbilidad por infección de VIH en un 40% (Riesgo atribuible poblacional %).²⁶

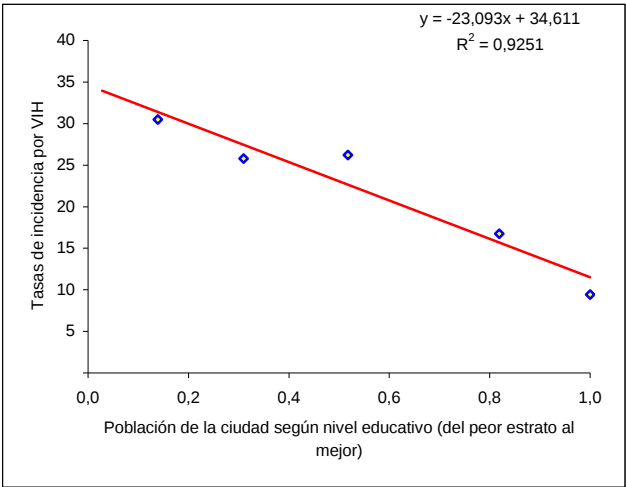
²⁴ El índice relativo de desigualdad expresa la magnitud del cambio de la variable de salud por cada unidad de cambio de la variable social, en términos de probabilidad.

²⁵ Es un índice basado en el método de regresión lineal que permite estimar la magnitud del cambio de la variable de salud, por cada unidad de cambio de la variable social.

²⁶ El Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP %), permite estimar el impacto que tendría llevar a toda la población a la mejor situación social, medida por un indicador social, respecto a un evento de salud, en términos de porcentaje.

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre el grado de educación y la morbilidad de infección por VIH. A menor nivel educativo, mayor probabilidad de infección ($r^2 = 0,94$; valor de $P = 0.003$). Se podría argumentar que la morbilidad por VIH/SIDA estaría explicada en un 92% por el grado de educación formal de la población.(Véase gráfico nro. 2)

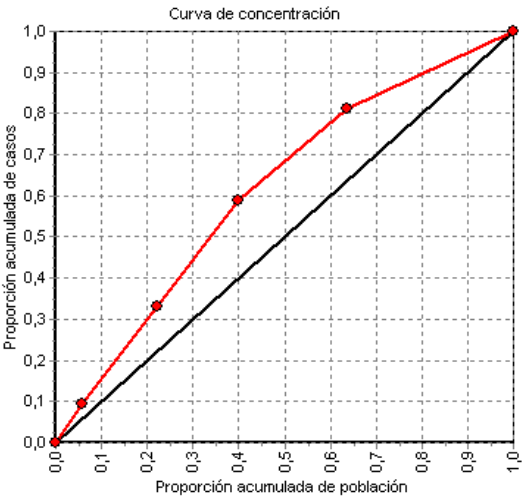
Gráfico nro. 2 - Correlación lineal entre nivel educativo y tasas incidencia de infección por VIH entre la población de 15 años y más de la ciudad, – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005



Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

En términos de concentración de la morbilidad en la población, también se observan desigualdades. El 20% de la población con menor nivel educativo acumularía el 32% de la morbilidad de infección por VIH mientras que el 20% de la población con mayor nivel educativo concentraría el 10% de la misma. Podríamos concluir que existen desigualdades sociales en la morbilidad de infección por VIH, y las mismas se concentran en la población con menor nivel de escolaridad (Índice de concentración de $-0,22$) (Véase gráfico nro.3)

Gráfico nro. 3- Curva de concentración entre la incidencia de infección por VIH y la población según grado de escolaridad- Residentes Ciudad de Buenos Aires- Período 2003-2005



Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

En función de indagar las desigualdades en la distribución de la morbilidad de los casos que se detectan tardíamente, se realizó el análisis del subgrupo de población que fue diagnosticado con infección por VIH y SIDA simultáneamente.

Desigualdades en la morbilidad por infección por VIH que llegan al diagnóstico de forma tardía

En el trienio descripto se observaron también desigualdades en este grupo. La brecha de desigualdad fue mayor que en el anterior. La población con un grado de escolaridad más bajo (primario incompleto o menos) tuvo una probabilidad de enfermarse y llegar al diagnóstico de forma tardía 9,4 veces mayor que la población de mayor nivel de escolaridad. (Índice relativo de desigualdad).

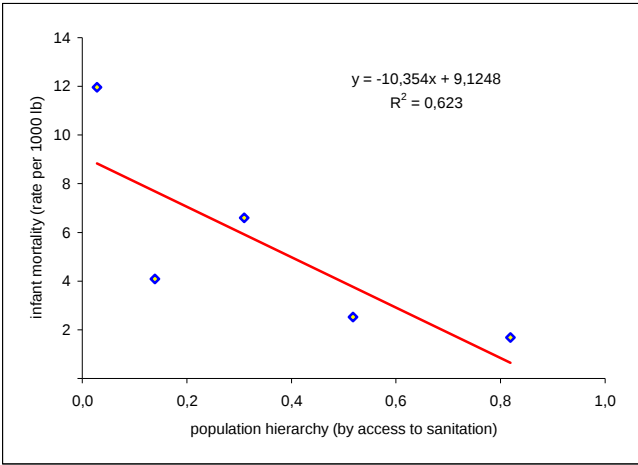
La población con menor nivel educativo tuvo un exceso de morbilidad y diagnóstico tardío de 10 casos cada cien mil habitantes con relación a la población que posee estudios terciarios o universitarios completos o incompletos (Índice de desigualdad de la pendiente).

Si toda la población de la Capital Federal tuviera un nivel de educación formal equivalente al segmento poblacional con mayor grado educativo, la incidencia de estadíos clínicos avanzados se reduciría un 53% (Riesgo atribuible poblacional %).

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre el grado de educación y la morbilidad por VIH que ha sido tardíamente diagnosticada ($r^2=0.62$; valor de $p = 0.051$). A menor nivel educativo, mayor probabilidad de diagnosticar HIV en fase tardía. .

Se podría argumentar que la morbilidad de infección por VIH diagnosticada tardíamente y simultáneamente con SIDA, estaría explicada en un 62% por el bajo nivel educativo de la población.(Véase gráfico nro. 4)

Gráfico nro. 4 - Correlación lineal entre nivel educativo y tasas de morbilidad por VIH diagnosticados con criterio de SIDA simultáneamente.
Población de 15 años y más de la ciudad,– Residentes Ciudad de Buenos Aires
Período 2003-2005

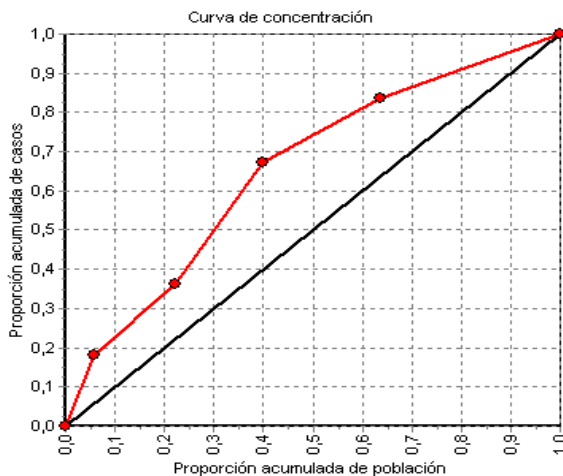


Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

En términos de concentración de la morbilidad en la población, se observa que el 20% de la población con menor nivel educativo acumula el 35% de la morbilidad por VIH diagnosticada con SIDA simultáneamente, mientras que el 20% de la población de mayor nivel educativo acumula el 9% de la misma. Se podría concluir que existen desigualdades sociales en la morbilidad por VIH y diagnóstico simultáneo de SIDA y que las mismas se concentran en la

población de peor situación de escolaridad (Índice de concentración de $-0,31$) (Vease gráfico nro. 5)

Gráfico nro. 5- Curva de concentración entre la morbilidad por VIH diagnosticada con SIDA simultáneamente y la población según grado de escolaridad- Residentes Ciudad de Buenos Aires – Período 2003-2005



Fuente: Coordinación de SIDA – Reelaborado por el Dto. de Epidemiología - Ministerio de Salud - GCBA

CONCLUSIONES

La incidencia de la infección por VIH en la Ciudad, entre los años 2003 y 2005, en términos generales se ha mantenido (dado que existe retraso en la notificación del último año y hay indicios de subnotificación en el 2004 y 2005). Esta infección sucede mayoritariamente en varones. Sin embargo, en el último año ha aumentado la tasa de incidencia entre el grupo de mujeres. El grupo de edad más afectado es el de 35-39 años seguido por el grupos de 30 a 34 años.

El estadio clínico de la mayoría de los casos fue en el período asintomático. No obstante, en segundo lugar figura un subgrupo de casos que tuvo un diagnóstico tardío ya que coincidió su diagnostico de infección por VIH con criterio de SIDA. Este grupo recibió un análisis diferenciado en algunas dimensiones a abordar.

Las vías de adquisición de mayor frecuencia fue la heterosexual, y en segundo lugar la de “hombres que tienen sexo con hombres”. Entre los efectores que notificaron mayor cantidad de casos se encuentran en primer lugar los dos de referencia (Fernández y Muñiz); en tercer y cuarto lugar el hospital Ramos Mejía y el Piñero (éste último con mas detección de infección por VIH y el Ramos Mejía con mas detección de infección por VIH y criterio de SIDA simultáneamente)

La incidencia de infección por VIH presenta diferencias según sea el nivel educativo del afectado. En términos relativos, la mayor cantidad de casos se produjeron entre la población de primario completo y las tasas de incidencia más altas se ubican en la población con secundario incompleto. En general se observan tasas más elevadas en población con menor grado de escolaridad (secundario incompleto o menos).

Las tasas de incidencia de las mujeres con primario incompleto han aumentado en estos tres años. Sin embargo las tasas de incidencia de las que poseen secundario incompleto o más educación han descendido. Entre los varones se observa una situación similar. Aumentan las tasas en población con primario incompleto, mientras que en los otros estratos de educación, los indicadores se mantuvieron con escasas oscilaciones o se redujeron.

Con relación al grupo de edad se observa que el mayor riesgo de transmisión ocurrió en el año 2005 en población con primario incompleto de 15 a 49 años. También subieron las tasas en el estrato de 50 y más años con primario incompleto. En los demás estratos de educación, según la edad, las tasas bajaron.

Subgrupo de afectados que llegaron al diagnóstico de forma tardía

Las tasas de infección en el subgrupo de casos que llegaron tardíamente a la consulta (infección por VIH y SIDA simultáneamente), también presentan diferencias según el nivel educativo. En este caso se observó en los tres años de estudio que a mayor nivel educativo, menor probabilidad de llegar al diagnóstico en estas condiciones.

Con relación al sexo de este subgrupo de población, se observa predominio masculino y un leve descenso de las tasas tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, se observa un pequeño incremento entre los varones con estudios terciarios o universitarios completos e incompletos. Con relación a la edad en este subgrupo las tasas más altas se ubican entre la población de 15 a 49 años y con primario incompleto. En general, las tasas disminuyeron en el período analizado, en todos los grupos de edad y los estratos de educación.

Distribución de la morbilidad por VIH/SIDA de residentes en la ciudad en el período analizado

La población con grado de escolaridad más bajo tuvo una probabilidad de diagnóstico tardío mayor que de diagnóstico oportuno. Resulta evidente que a menor grado de escolaridad mayor tasa de morbilidad por VIH y esta asociación es estadísticamente significativa. Se podría expresar que las tasas de incidencia por VIH y las de diagnóstico tardío se reducirían si toda la población de la ciudad tuviera un grado alto de nivel educativo.

Existen mayores desigualdades sociales en la distribución de la morbilidad por VIH que llega tardíamente a la consulta que en la morbilidad por VIH sin criterio de SIDA, dado que, la población con menor nivel educativo concentra mayor cantidad de casos que la población de mas alto nivel educativo. Esta concentración sucede en los diferentes estadios clínicos pero se acentúa en el subgrupo con llegada tardía a la consulta.

Estas diferencias en la distribución de la morbilidad en sus diferentes manifestaciones constituyen desigualdades que, en la medida en que vulneran derechos (como es el derecho a la salud), se las denomina inequidades.

Anexo IV

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

El presente trabajo tiene por objetivo describir las desigualdades sociales existentes en la mortalidad por causas externas de residentes en la ciudad de Buenos Aires ocurridas durante el año 2005.

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal. Para realizarlo se tomaron los datos de la Base de Mortalidad de dicho período de la Dirección General de Estadística y Censo de la Ciudad de Buenos Aires. Los datos fueron procesados por medio del EPIDAT 3.1, software distribuido gratuitamente por la Xunta de Galicia y OPS.

Para el presente estudio, en algunos de los casos, se estratificó a la población por medio del índice de “situación social inconveniente” construido por el Departamento de Epidemiología y que proporciona cuatro estratos conformados por una cantidad variable de CGPs, según la situación social en la que se encuentre la población.

En los casos en que se aplicaron modelos de regresión lineal, se utilizó la variable social de NBI y la unidad de análisis por CGP ya que la situación social inconveniente proporciona cuatro estratos y cuanto mayor cantidad de mediciones de la variable independiente, mayor sensibilidad del modelo.

Las tasas fueron confeccionadas con datos del censo 2001 y no se tomaron proyecciones ya que la desagregación de las mismas no llega a ser lo suficientemente específicas en términos de edad y CGP como para ajustarlas.

Las causas externas están descriptas en el capítulo XX de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Este capítulo permite la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias externas al individuo. Los motivos que se incluyen son los siguientes:

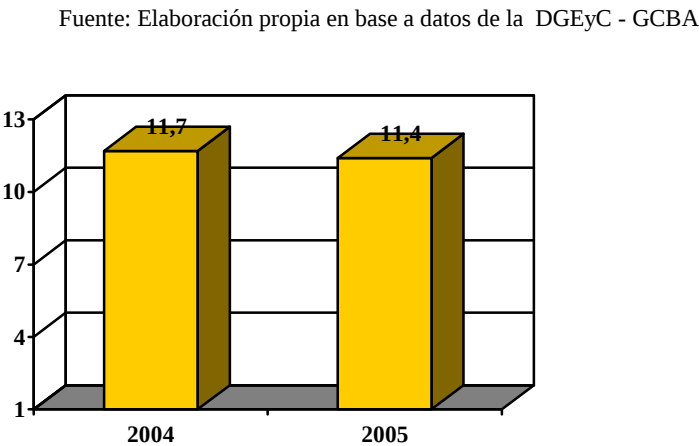
- Accidentes de transporte
- Otras causas externas de traumatismos accidentales
- Caídas
- Ahogamiento y sumersión accidentales
- Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura, y presión del aire ambientales extremas
- Exposición al humo, fuego y llamas
- Contacto con calor y sustancias calientes
- Contacto traumático con animales y plantas venenosos
- Exposición a fuerzas de la naturaleza
- Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente
- Agresiones
- Eventos de intención no determinada
- Intervención legal y operaciones de guerra
- Complicaciones de la atención médica y quirúrgica

- Drogas, medicamentos y sustancias biológicas causantes de efectos adversos en su uso terapéutico
- Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica
- Dispositivos médicos de diagnóstico y de uso terapéutico asociados con incidentes adversos
- Procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento
- Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad
- Factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificadas en otra parte.

La Mortalidad en el año 2005

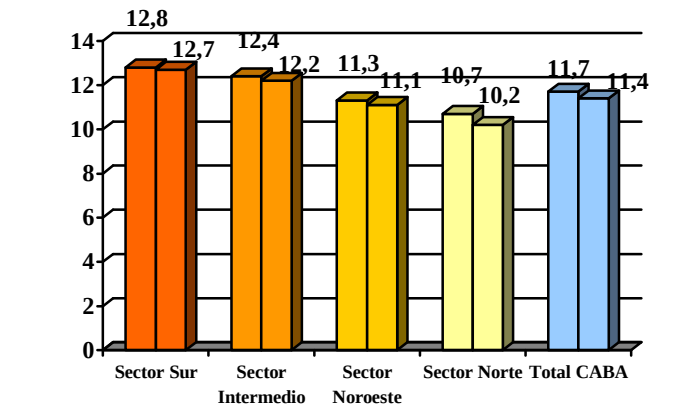
La tasa bruta de mortalidad en dicho período fue de 11, 4 por mil habitantes. Esto no muestra diferencias con el año 2004 (Véase gráfico nro. 1)

Tasa bruta de mortalidad – Ciudad de Buenos Aires – Años 2004-2005



La tasa ajustada de mortalidad según situación social inconveniente tampoco ha variado en relación al año anterior, sin embargo la variación es más evidente entre sector de situación social, donde se observa que a peor situación social, mayor tasa. (Véase gráfico nro. 2)

Gráfico nro. 2 -Tasas ajustadas de mortalidad según SSI – Ciudad de Buenos Aires – Años 2004 - 2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC - GCBA

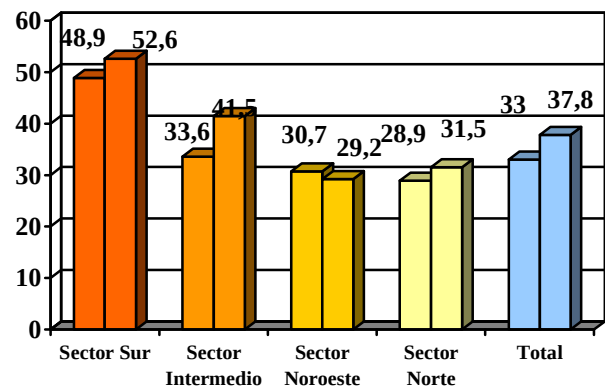
La mortalidad por causas externas

Murieron en la ciudad de Buenos Aires, en el año 2005, unas 1051 personas por causas externas, frente a las 956 del año anterior. Las tasas fueron diferentes según situación social. Se observa que a peor situación social, mayor tasa ajustada de mortalidad por causas externas. También queda en evidencia que en el último año subieron las tasas en general y en cada sector de situación social, excepto en el noroeste. (Véase gráfico nro. 3).

No debemos dejar de lado a la hora de argumentar conjeturas sobre los motivos del aumento de la tasa, el hecho de que muchos de los asistentes al recital de Cromañon, que terminó en tragedia, residían en la Ciudad y que de 194 muertos que hubieron en total, 78 personas eran residentes en la ciudad y por más que la muerte fuera a fines del 2004, figuran en la base del 2005 ya sea porque murieron como consecuencia directa en el año siguiente o porque se notificaron en ese período.

Gráfico nro. 3 - Tasas ajustadas de mortalidad por causas externas cada cien mil habitantes – Ciudad de Buenos Aires –

Años 2004 -2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC - GCBA

El capítulo de Causas externas, incluye distintos diagnósticos de muerte. El diagnóstico que mayor cantidad de casos acumula, es el de “*otros accidentes*” que engloba todos menos los de tránsito. Le sigue los *suicidios*, las *complicaciones en la atención médico quirúrgica* , las *agresiones*, los “*accidentes de transporte*”, los “*eventos de intención no determinada*” y la “*intervención legal y operaciones de guerra*”. (Véase tabla nro. 1)

Tabla nro. 1 - Recuento, Distribución porcentual y Tasas por cien mil habitantes - Diagnósticos de causas externas – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Diagnóstico de Causas externas	Recuento	Porcentaje	Tasa
Otros accidentes	438	41,7	15,8
Lesiones auto inflingidas intencionalmente	232	22,1	8,4
Complicaciones en la atención médico-quirúrgica	158	15	5,7
Agresiones	146	13,9	5,3
Accidentes de transporte	44	4,2	1,6
Eventos de intención no determinada	32	3	1,2
Intervención legal y operaciones de guerra	1	0,1	0
Total	1051	100	37,9

Al observar las tasas ajustadas según los principales diagnósticos y situación social inconveniente, también se notan diferencias. A mayor situación social inconveniente, más altas las tasas de mortalidad específicas. Esto ocurre salvo en el diagnóstico de *suicidio* donde en el sector norte, la tasa es más alta que en el sector noroeste e intermedio,.en el diagnóstico de “*eventos no determinados*” la mayor tasa se ubica en el sector noroeste y las agresiones donde el norte es apenas mayor que el noroeste. (Véase tabla nro. 2)

Tabla nro. 2 - Tasas ajustadas de mortalidad por cien mil habitantes según diagnóstico de muerte - Capítulo de Causas Externas – Residentes Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Sector de SSI	Accidentes de transporte	Otros Acc.	suicidios	Agresiones	Eventos no determina	Interv. Legales	Complic. médico quirúrgica
Sur	1,8	21,2	9,4	12,4	1,6	0	6,1
Intermedio	1,6	18,8	8,1	5	1,9	0,1	6,1
Noroeste	1,4	13,2	7,4	2,3	0,6	0	4,4
Norte	1,4	11,5	8,7	3,3	0,7	0	6
Total	1,6	15,8	8,4	5,3	1,2	0	5,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC - GCBA

Análisis de las desigualdades sociales en la mortalidad por causas externas en la Ciudad de Buenos Aires

En función de estas diferencias expresadas en el desarrollo, es que se plantea la necesidad de realizar un análisis de desigualdades en la mortalidad por causas externas. Las diferencias que son injustas y evitables, entrarían dentro del terreno de las inequidades en salud en la ciudad. Si las inequidades se definen como diferencias injustas y evitables es porque existe un criterio de justicia para definir lo justo e injusto y un criterio ético para definir lo evitable e inevitable y en este sentido, son los sistemas sociales los que interpretan si una diferencia es una desigualdad o si se trata de una inequidad. (Whitehead, M : 1992)²⁷.

El estudio de las desigualdades sociales e inequidades, se encuentra en este momento en agenda de todos los organismos

En el CGP de peor situación social, (CGP 3) existió en el año 2005 una probabilidad de muerte por causas externas de 2,2 veces más que en el CGP de mejor situación social (CGP 10), teniendo en cuenta toda la escala social (Índice Relativo de Desigualdad)

En el CGP de peor situación social existió en el año 2005 un exceso de mortalidad por causas externas de 28,7 personas por cada cien mil habitantes que en el CGP de mejor situación social, teniendo en cuenta toda la escala social (Índice de Desigualdad de la Pendiente).

Comparando los índices de efecto e impacto entre el año 2004 y el año 2005, se observa el aumento de la desigualdad en todas las dimensiones que se toman para medir, ya que la probabilidad de muerte por causas externas subió de 1,8 personas en el sector de peor SSI a 2,2 personas por cada una muerta en el sector norte (IRD). El exceso de mortalidad en el peor sector era en el año 2004 de 19 personas cada cien mil habitantes y pasó a 28 personas cada cien mil

²⁷ WHITEHEAD, M. The Concepts and principles of equity and Health. *Int. J. Health Serv.* 1992;22:429-445

habitantes (IDP). El exceso de riesgo en la población general con relación al mejor sector, también aumentó (RAP) de 4 a 6 casos cada cien mil habitantes y en términos de porcentaje de un 13% a un 16,6% (RAP%)

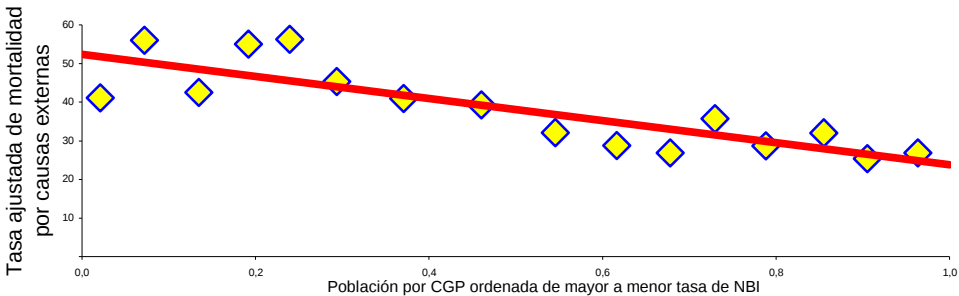
Comparación entre índices de análisis de desigualdades en la mortalidad por Causas Externas según SSI – Ciudad de Buenos Aires - Años 2004 – 2005

Índice	Año 2004	Año 2005
IRD	1,8	2,2
IDP	19	28
RAP	4	6
RAP%	12%	16,6%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC – GCBA

Existe asociación entre las NBI y la mortalidad por causas externas ($r^2= 0,67$) .y esta asociación es estadísticamente significativa ($F= 31,81 - Sig: 0,000$) de modo que a mayor NBI, mayor tasa de mortalidad por dicha causa (Véase gráfico nro. 4). Se podría expresar que las NBI explicarían el 67% de la Mortalidd por esta causa ($r^2= 0,67$) .

Gráfico nro. 4 -Regresión lineal entre las NBI y la tasa ajustada de mortalidad por Causas Externas - Residentes en la Ciudad de Buenos Aires – Año 2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC - GCBA

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,831 ^a	,690	,668	6,12512

a. Variables predictoras: (Constante), VAR00003

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1169,810	1	1169,810	31,181	,000 ^a
	Residual	525,239	14	37,517		
	Total	1695,049	15			

a. Variables predictoras: (Constante), VAR00003

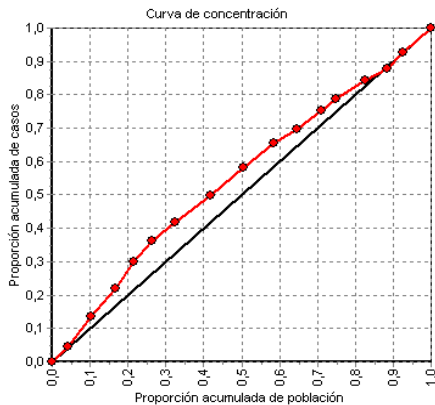
b. Variable dependiente: VAR00005

En términos de distribución de la mortalidad entre los diferentes CGP según estratos de NBI se podría argumentar que existen desigualdades ya que el 20% de la población que habita en los CGP de mayor NBI acumuló el 30% de la mortalidad por causas externas mientras que el 20% que habita en los CGP de más bajo NBI concentró el 10% de la misma. El año 2004 también existían

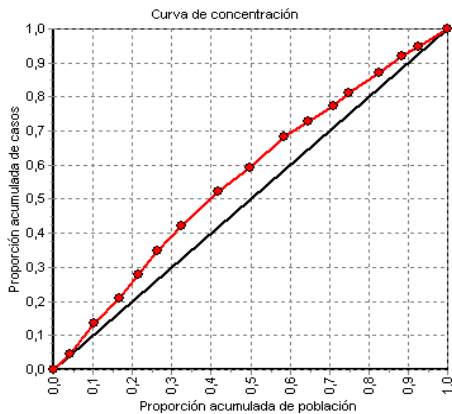
desigualdades y la brecha continúa sin alteración. Sin embargo, el índice de concentración en el año 2004 fue de $-0,097$ y en el año 2005 aumentó levemente a $-1,24$ y esto implica un levísimo aumento de la desigualdad. (Véase gráfico nro. 5)

Gráfico nro. 5 - Curva de Lorenz e índice de concentración de la mortalidad por causas externas y las NBI - Años 2004 / 2005

AÑO 2004



AÑO 2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEyC – GCBA

Al abrir los diagnósticos dentro del capítulo de causas externas se observan en algunos mayores desigualdades que en otros. El diagnóstico que mayor riesgo presenta en el sector de peor situación social inconveniente con relación al sector de mejor situación social, es el de agresiones. Se podría expresar que en el sector sur existiría un riesgo de muerte por agresiones 3,8 veces mayor que en el sector de mejor situación social (Razón de tasas). (Véase tabla nro. 3). El diagnóstico que mayor exceso de muertes provoca, es el de otros accidentes. En el sector de peor situación social, existió un exceso de muerte de 9, 7 casos cada cien mil habitantes y en segundo lugar el de agresiones ya que en el sector de peor situación social existió un exceso de muerte de 9,1 casos cada cien mil habitantes (Diferencia de tasas) (Véase tabla nro. 3). Si toda la población tuviera la situación social del mejor sector, se podría reducir la mortalidad por otros accidentes en 4,3 casos cada cien mil habitantes y la mortalidad por agresiones en 2 casos cada cien mil habitantes. (Riesgo atribuible poblacional) (Véase tabla nro. 3). El caso de los suicidios plantea algunas diferencias. Si bien la tasa más alta ocurrió en la zona sur, no hubo prácticamente diferencias con el norte. Por lo tanto el riesgo fue parejo. Por otro lado se podría decir que el exceso de mortalidad en el sur con respecto al norte, es casi inexistente. Sin embargo si toda la población tuviera el NBI del sector norte, aumentaría mínimamente el suicidio ya que la tasa de la zona norte, excede a la de la población general.

Indicadores de desigualdades sociales en la Mortalidad por Causas Externas según SSI – Ciudad de Buenos Aires – Año 2005

Indicadores de Efecto e impacto	Accidentes de Transporte	Otros Accidentes	Suicidios	Agresiones	Eventos No determinados	Complicaciones quirúrgicas
Razón de tasa	1,3	1,8	1,1	3,8	2,4	1,0
ferencia de ta	0,4	9,7	0,7	9,1	1,0	0,2
rap %	8,6	27,3	-4,2	37,4	41,9	-5,3
rap	0,1	4,3	-0,4	2,0	0,5	-0,3

El riesgo de morir por accidentes de tránsito en aquellos de peor situación social con respecto a aquellos de mejor situación social no presentó diferencias estadísticamente significativas (IC. 0,53 – 2,76). Tampoco hubo diferencias significativas entre la población del mejor y peor sector con relación al riesgo de morir por suicidios (IC 0,66-1,36), complicaciones de la atención médico – quirúrgica (IC 0,52 -1,28) y eventos no determinados (IC 0,75 – 5,8). Sin embargo en el caso del riesgo de morir por otros accidentes y agresiones entre la población de peor situación social, con respecto a la de mejor situación, sí existió asociación estadísticamente significativa (IC 1,28- 2,20 y CI 2,31- 5,53 respectivamente)

CONCLUSIONES

La mortalidad por causas externas en la Ciudad se ha modificado levemente en la ciudad. El componente del incendio de Cromañon no es ajeno a esta circunstancia. Las tasas de mortalidad brutas y ajustadas muestran estas diferencias. Se podría expresar que existen desigualdades sociales en la mortalidad por causas externas en la ciudad de Buenos Aires, de modo que a mayor NBI o situación social inconveniente, en términos generales, mayores tasas ajustadas de mortalidad. Estas desigualdades se concentran entre la población más vulnerable de la ciudad y si bien no se han estudiado tendencias ya que se requeriría mayor cantidad de datos históricos, las tasas en general han aumentado con relación al año anterior. Las mayores diferencias se ubican entre los diagnósticos de “*otros accidentes*” y “*agresiones*” y estas diferencias son estadísticamente significativas.