

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Año 2020

Gerencia Operativa de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Diciembre 2022



Buenos
Aires
Ciudad



Salud

AUTORIDADES

Jefe de Gobierno

Horacio Rodríguez Larreta

Ministro de Salud

Fernán González Bernaldo de Quirós

Subsecretario de Planificación Sanitaria y Gestión en Red

Daniel Carlos Ferrante

Gerenta Operativa de Epidemiología

Cecilia González Lebrero

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

Dr. Cristián Biscayart
María Del Re
Dra. Susana Devoto
Lic. Yasmin El Ahmed
Bqca. María Aurelia Giboin Mazzola
Dra. Paula Machado
Micaela López
Dra. Verónica Lucconi Grisolia
Dra. Deborah Sharff
Tec. Paula Sujansky
Dra. Mónica Valenzuela
Dante Waisman
Lic. Hernán Zuberma

Integrantes de la Residencia Básica en Epidemiología

Jefa de residentes: Dra. Yael Dobzewicz
Lic. Camila Aquino
Lic. Sofía Harari
Lic. David Herman
Dra. Sofía Monteverdi
Dra. Valentina van Gent
Lic. Kevin Viarengo
Dra. Agustina Villa

Data Entrys

Germán Adell
Rosalía Páez Pérez
Bianca Spirito

Colaboradora

Ailén Altschuler

Gerencia Operativa de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>
gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar
Tel.: 4123-3240
Monasterio 480, CABA

AGRADECIMIENTOS

Consideramos que todas las Áreas del Ministerio de Salud están representadas en este ASIS ya que es un desarrollo necesario que integra el trabajo de todos los equipos. Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología queremos agradecer especialmente al Programa Materno Infantil y Coordinación de Salud sexual y reproductiva, y a todo su equipo de trabajo, la posibilidad de realizar un trabajo conjunto, integrado y sistemático.

Para el armado de este documento fue de suma importancia la revisión y lectura constante, así como el aporte de los datos e información analizada. Los comentarios y sugerencias aportados han enriquecido este producto en cada eje abordado. En todo este camino, en este desafío y en esta búsqueda constante de mejora hay que destacar a los y las integrantes de la Residencia de Epidemiología, que forman parte de la Gerencia, que en todo momento se puso al hombro este trabajo y que sin la mirada y el entusiasmo que le imprimen no hubiera sido posible la realización de este ASIS.

EDITORIAL

Realizar intervenciones sobre el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado representa un desafío constante en la Ciudad de Buenos Aires, debido a la diversidad y a la complejidad de escenarios que en ella confluyen. Poder conocer en parte la situación de morbimortalidad y su caracterización, así como una descripción del ámbito donde se desarrollan, es el primer paso para pensar en futuras intervenciones que respondan a las realidades que acontecen a cada rincón de la Ciudad.

En el ASIS 2020, al igual que en ediciones anteriores, se persigue el objetivo de poder caracterizar este proceso, incorporando la complejidad de analizar datos recolectados en el contexto de la pandemia de Covid-19. La prevalencia de algunas enfermedades, la respuesta del sistema de salud y el registro de datos sufrió alteraciones debido a las medidas de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Por ejemplo, con respecto a esto último el análisis de algunas variables no pudo desagregarse al nivel de comunas, como se hizo en años anteriores ya que, el dato se presentaba sólo a nivel zonal (norte, centro y sur) debido a la muestra recolectada.

Este año fue todo un desafío cumplir con la realización de este documento. Tuvimos que afrontar muchos cambios, pero gracias al compromiso de toda la Gerencia pudimos concretarlo.

Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología esperamos que esta producción sea de utilidad para todos los equipos de salud pertenecientes a los distintos efectores y niveles, para poder comprender parte de la realidad sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y poder analizar como esta complejidad se traslada e impacta en cada una de las realidades locales y de qué manera pueden accionar sobre ella para modificarla.



Cecilia González Lebrero
Gerenta Operativa de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud, CABA

INDICE

I.	RESUMEN EJECUTIVO	8
II.	INTRODUCCIÓN	11
III.	OBJETIVOS	12
III.1	Objetivo general	12
III.2	Objetivos específicos	12
IV.	ÁMBITO DE ANÁLISIS	13
V.	SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	15
VI.	ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD	17
VI.1	Población	17
VI.2	Fecundidad	20
VI.2.A	Fecundidad adolescente	22
VI.3	Migración	23
VII.	INDICADORES DEMOGRÁFICOS	25
VII.1	Condiciones sociales y económicas	25
VII.2	Ocupación e ingresos	25
VIII.	COBERTURA DE SALUD	29
IX.	HACINAMIENTO	31
X.	POBREZA ESTRUCTURAL: NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS	33
XI.	SITUACIÓN DE SALUD MATERNO-INFANTIL	35
XI.1	Embarazos y partos	35
XI.1.A	Nacimientos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	35
XI.1.B	Controles de embarazo	35
XI.1.C	Diagnóstico de Sífilis	36
XI.1.D	Tipo de partos	37
XI.1.E	Bajo peso al nacer y prematurez	38
XI.2	Salud sexual y embarazo	39
XI.3	Mortalidad Infantil	42
XI.4	Salud Sexual y Reproductiva	48
XI.5	Embarazo adolescente	55
XI.6	Acciones programáticas	57
XII.	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA	59
XII.1	Introducción	59
XII.2	Nota metodológica	59
XII.3	Tabla consolidada por grupo de evento	60
XII.4	Enfermedades gastroentéricas	62
XII.4.A	Introducción	62
XII.4.B	Diarreas agudas	62
XII.4.C	Diarreas agudas sanguinolentas	64
XII.4.D	Síndrome urémico hemolítico (SUH)	66
XII.5	Infecciones de transmisión vertical	68
XII.5.A	Introducción	68
XII.5.B	Chagas congénito	70

XII.5.C	Chagas en embarazadas	72
XII.5.D	Sífilis congénita	74
XII.5.E	Sífilis en embarazadas	76
XII.6	Infecciones respiratorias	78
XII.6.A	COVID-19	78
XII.7	Enfermedades transmitidas por el mosquito <i>Aedes aegypti</i>	80
XII.7.A	Introducción	80
XII.7.B	Dengue	80
XII.8	Enfermedades inmunoprevenibles	82
XII.8.A	Enfermedades febriles exantemáticas (EFE)	82
XII.9	Tuberculosis	84
XII.9.A	Introducción	84
XII.9.B	Notificación y abordaje de la Tuberculosis	85
XIII.	SITUACIÓN DE MORTALIDAD	92
XIII.1	Mortalidad general	92
XIII.1.A	Mortalidad por Grupos de edad y comunas	94
XIII.1.B	Tasas de mortalidad ajustada según comunas	95
XIII.1.C	Principales Causas de mortalidad general	97
XIII.1.D	Principales Causas de mortalidad según comuna de residencia	98
XIII.1.E	Principales causas de mortalidad según grupo de edad	99
XIII.1.F	Exceso de mortalidad	101
XIV.	PANEL DE INDICADORES	106
XV.	ANEXO	107

I. RESUMEN EJECUTIVO

La población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se estimó en 3.075.646 habitantes para el año 2020, con una densidad poblacional promedio de 15.075 habitantes por km². El 53% de la población corresponde al sexo femenino y el 47% al masculino. La Ciudad presenta una pirámide poblacional regresiva y envejecida, con un índice de envejecimiento de 83,5 adultos mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años.

La conformación demográfica presenta diferencias entre comunas. En las comunas 8, 4 y 7 se observó una población más joven (más de 30% de menores de 15 años), mientras que las comunas 2, 13 y 14 se caracterizan por contar con una población más envejecida, presentando una pirámide de base más estrecha.

La tasa global de fecundidad de la Ciudad se encuentra por debajo del nivel de reemplazo generacional, siendo en 2020 de 1,2 hijos/mujer. La edad promedio de las madres fue de 32,7 años en 2020, observándose un desplazamiento de las tasas de fecundidad hacia edades más avanzadas, en comparación a los años previos.

Considerando el lugar de nacimiento de los residentes de la Ciudad, el 24,3% nacieron en otras jurisdicciones del país y el 13% son extranjeros.

Para el año 2020, la tasa de desocupación para la Ciudad fue del 10,1%, siendo aproximadamente un 5% mayor en la zona sur. En el cuarto trimestre del 2020, el 24,9% de la población se encontraba en situación de pobreza, y dentro de ellos el 10,1% no alcanzó a cubrir la Canasta Básica Alimentaria, considerándose en situación de indigencia.

La cobertura de salud a través de obras sociales, prepaga o mutual incluyó al 82% de la población en la Ciudad en el 2020. Por su parte, en la zona sur se observó una mayor utilización del sistema público, en comparación al resto de la ciudad.

Los porcentajes más altos de hacinamiento crítico (2,3%) y no crítico (10,4%) en la Ciudad se ubican en la zona sur, lo cual se condice con la mayor presencia de villas y asentamientos en esa zona de la Ciudad. La situación de hacinamiento en los hogares que viven en el total de las villas de la CABA asciende considerablemente, observándose un 8,8% de hacinamiento crítico y un 40,5% de hacinamiento no crítico.

En relación a los eventos bajo vigilancia, durante el 2020 se observó una disminución en la notificación debido a la pandemia por COVID-19.

Para las enfermedades gastroentéricas se observó una mayor tasa de notificación en los menores de dos años y predominó en las comunas del sur. La mayor proporción de Diarreas

Agudas Sanguinolentas (DAS) se concentró en las primeras 8 semanas del año en análisis. Con respecto al Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), las notificaciones fueron realizadas exclusivamente en menores de 14 años, con predominio del sexo masculino, y sólo se obtuvo información del laboratorio en el 55% de los casos.

Dentro de las infecciones de transmisión vertical, las tasas de notificación de Chagas agudo congénito de las comunas 7 y 8 superaron ampliamente las realizadas en el total de la CABA. Para las sífilis congénitas la notificación fue constante durante todo el año y predominó en las comunas 4 y 8.

Para el evento Chagas en embarazadas, el grupo etario con mayor tasa de incidencia fue el de 30 a 34 años, mientras que en sífilis en embarazadas fue el de 20 a 24 años. El 63% de los casos confirmados de sífilis en el embarazo realizaron un tratamiento adecuado.

Se confirmaron el 33% de los casos notificados de COVID-19, con una mayor tasa de incidencia en el grupo etario de 30 a 39 años. Fallecieron el 3,2% de los casos confirmados. Las comunas con menor cantidad de confirmaciones fueron la 2 y la 10.

En el año 2020 se registró un brote de dengue en la CABA con 7273 casos confirmados de los cuales el 95% refirió no haber viajado a zonas endémicas.

Las enfermedades febriles exantemáticas presentaron un 5% de confirmación de casos en mayores de 15 años y las notificaciones se concentraron en las cuatrisesmanas 1 y 4.

En cuanto a la tuberculosis, las comunas del sur presentaron las mayores tasas de notificación. La comuna 7 representó el 19% de los casos notificados. Se evidenció una predominancia del sexo masculino y en un 65% de los casos el tratamiento resultó exitoso.

En relación a la mortalidad, en el 2020 se registraron 33.231 defunciones de residentes de la CABA, representando una tasa bruta de mortalidad de 10,80 muertes por cada 1000 habitantes. La tasa de mortalidad ajustada por edad fue de 6,14 muertes por cada 1000 habitantes. Más del 50% de las muertes se dieron en mayores de 80 años y el promedio de edad fue de 74,2 años.

A nivel geográfico, las comunas del sur presentaron las tasas de mortalidad, tanto específicas como ajustadas por edad, más altas de la ciudad.

La principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, representando el 34% de las defunciones. Le siguieron las muertes relacionadas con Covid-19 y los tumores, significando el 16,9% y el 15,3% respectivamente.

Durante el 2020 se registró un incremento en la mortalidad por todas las causas de un 11,4% en relación al período 2015-2019. Las defunciones cuya causa principal fueron las enfermedades relacionadas al Covid-19 superaron las muertes en exceso estimadas.

Respecto a la situación de la salud materno-infantil, en 2020 hubo 16.998 nacimientos en maternidades públicas de la CABA. El 93,3% (15.852) fueron registrados en el SIP.

El 25,4% de los mismos no acceden a los controles suficientes durante el embarazo y un 3,1% no han tenido contacto con el sistema hasta el momento del parto. Aproximadamente un tercio de las personas embarazadas realiza su primer control prenatal antes de la semana 14 de gestación.

Sobre la situación de la sífilis en el embarazo, 776 (5%) obtuvieron resultado positivo para el testeado de VDRL.

En relación al tipo de parto, se realizaron 5.736 (36,3%) cesáreas en las maternidades estatales de la Ciudad.

Se registraron 1.143 nacidos vivos con bajo peso al nacer y 1.675 nacidos en embarazos de menos de 37 semanas de gestación.

En relación a la salud sexual en el embarazo, el 60,7% de las personas gestantes en 2020 expresaron que su embarazo no fue planificado. En el mismo sentido, un 73,3% no utilizaba un método anticonceptivo al momento del embarazo, mientras que un 25,3% de los embarazos no intencionales se produjo a pesar del uso de al menos un método anticonceptivo.

Por su parte, la mortalidad infantil disminuyó en el 2020 respecto al año anterior. Las tasas de mortalidad infantil más altas corresponden a las comunas de la zona sur de la CABA, siendo la comuna 4 la que registró la mayor tasa de la Ciudad en el 2020.

En cuanto a las Interrupciones legales del embarazo (ILE), en el año 2020 disminuyó levemente la cantidad realizada en el subsector público respecto a 2019. En el año 2020, las áreas programáticas de los hospitales Piñero, Penna y Santojanni fueron las que atendieron más Interrupciones voluntarias del embarazo (ILE). Para 2020, el 80% de las interrupciones se realizaron en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC). En el año 2020 se suministraron métodos anticonceptivos al 56% de las personas post interrupción legal del embarazo. Si bien la proporción de ILE realizadas en adolescentes descendió del 22% en 2016 al 10% en 2020, dicha disminución porcentual no implicó un descenso en el número absoluto de ILE realizadas en adolescentes.

II. INTRODUCCIÓN

El análisis de situación de salud (en adelante ASIS), es el conjunto de conceptos, métodos y actividades para la medición y el monitoreo del proceso salud enfermedad-atención en una población, utilizando diferentes metodologías que permiten el análisis estratégico y la síntesis de información, con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos actores y sectores sociales. Es un estudio descriptivo de una población que da cuenta de los principales problemas de salud de una población para poder establecer prioridades y analizar los factores que condicionan el nivel de salud, dando un perfil de morbimortalidad de una población. En el año 2017 se ha desarrollado el ASIS 2016, en el cual se detallaron en profundidad los aspectos sociodemográficos, condiciones sociales, económicas, ambientales y de recursos del sistema de salud. El mismo se encuentra disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/analisis-de-situacion-de-salud>.

El presente informe se desarrolla y se coordina desde la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en articulación con diversas áreas del Gobierno de la Ciudad. Este trabajo destaca principalmente condiciones de morbilidad y mortalidad de la población, situación materno-infantil, de salud sexual y la vigilancia de eventos de salud de la ciudad. Por razones metodológicas han sido presentados en capítulos apartados, pero deben ser leídos y dimensionados de manera integral. La realización de este ASIS de CABA -según niveles territoriales- se enmarca en la Resolución 1727/04 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí se detalla el funcionamiento de la vigilancia de eventos de salud de la ciudad. En su Anexo 3 establece la realización de ASIS de manera periódica y sistemática; y se los reconoce como una herramienta útil para guiar la gerencia y la toma de decisiones de las políticas de salud.

III.OBJETIVOS

III.1 Objetivo general

El objetivo de este trabajo es analizar la situación de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2020 a fin de contribuir a la toma de decisiones y orientar las acciones a aplicar.

III.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar las condiciones de vida de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en sus aspectos demográficos, socioeconómicos y ambientales.
2. Exponer la situación de la morbi-mortalidad de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

IV. ÁMBITO DE ANÁLISIS

Este trabajo tiene como unidad geográfica la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), capital de la República Argentina, la cual se ubica en la Región Centro del país, limitando al este con el Río de la Plata y en todo el resto de su perímetro con la provincia de Buenos Aires. Forma parte del Gran Buenos Aires (junto a 24 partidos de la provincia de Buenos Aires) en donde viven más de 15 millones de personas, según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) para el año 2020.¹⁻²

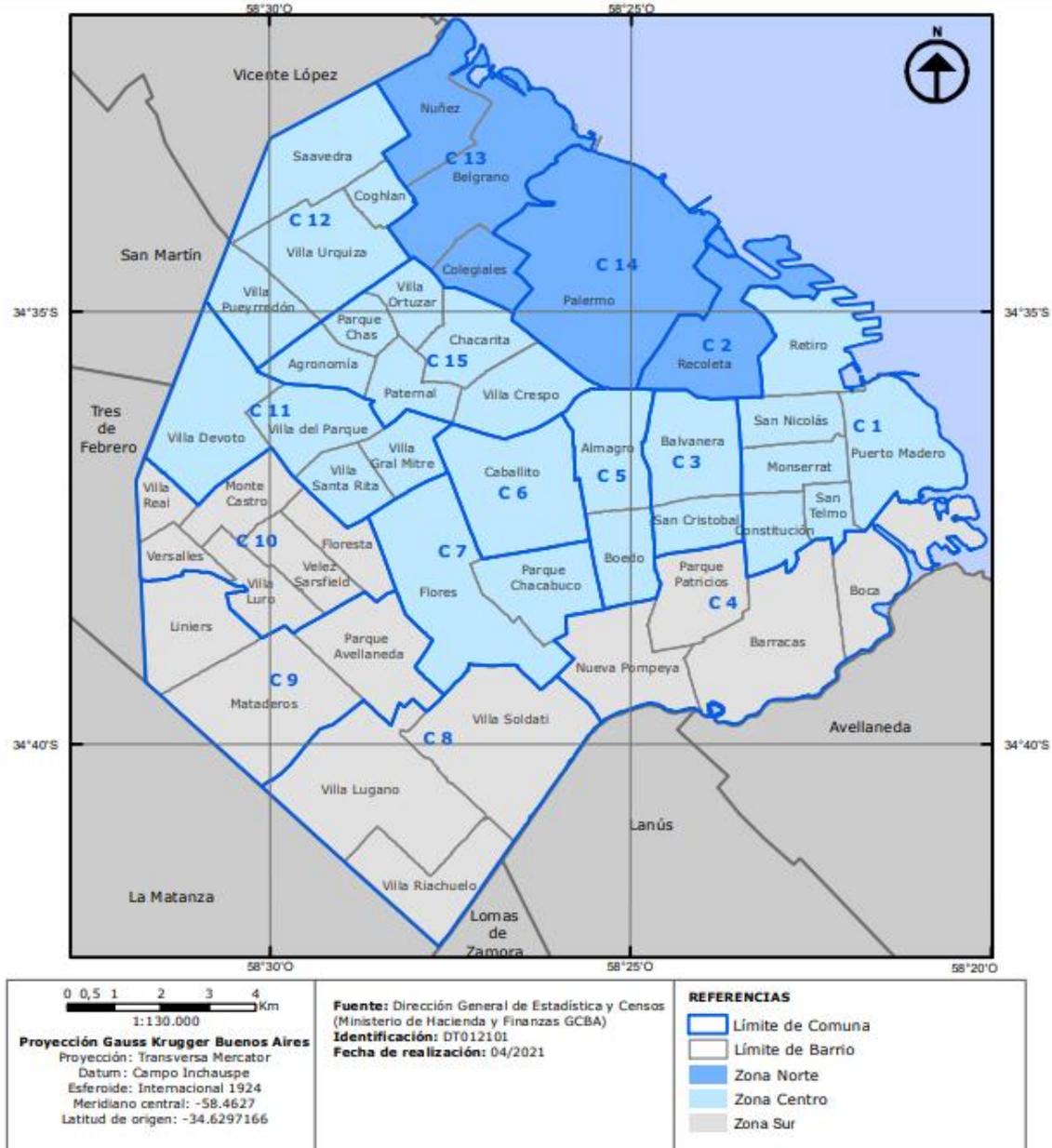
Para analizar las diferencias hacia el interior de la Ciudad se utilizan tanto los datos desagregados por las 15 comunas que conforman la Ciudad como también datos desagregados por zonas. Las comunas agrupan distintos barrios y son unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial que a su vez están compuestas por uno o más barrios (48 en total).

En el siguiente mapa se señalan las comunas, los barrios y las zonas de la Ciudad.

¹ https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/aglomerados_argentina_500_mil.pdf

² https://www.indec.gob.ar/dbindec/folleto_gba.pdf

Mapa 1. Distribución de comunas y barrios. CABA. Año 2020.



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

V. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

Los datos analizados en este apartado fueron tomados de la Dirección General de Estadística y Censos de la CABA la que, a su vez, se provee de datos elaborados por el INDEC. Para la construcción de las tasas se utilizaron las proyecciones poblacionales para el año 2020 elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

La CABA tiene 204 km² de superficie y 3.075.646 habitantes, lo que representa una densidad poblacional promedio de 15.075 habitantes por km². La densidad se distribuye de forma heterogénea en el territorio, encontrándose en el extremo superior a la Comuna 3, con más de 30.000 hab. por km², y en el extremo inferior a las Comunas 8 y 9, con aproximadamente 10.000 hab. por km².³ Cabe aclarar que por ejemplo, la Comuna 8 se caracteriza por una distribución desigual de su superficie donde conviven grandes espacios verdes deshabitados con villas y asentamientos que, como se verá más adelante, se caracterizan por presentar un alto porcentaje de hacinamiento.

³ Estimaciones de población por sexo, departamento y año calendario 2010-2025. https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/proyeccion_departamentos_10_25.pdf

Tabla 1. Población por sexo, superficie y densidad poblacional según comuna. CABA. Año 2020.

Comuna	Barrios	Población			Superficie (Km2)	Densidad Poblacional
		Total	Varón	Mujer		
Todas	Todos	3.075.646	1.444.545	1.631.101	204	15.075
1	Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución	256.405	127.651	128.754	17,76	14.433
2	Recoleta	149.430	66.707	82.723	6,3	23.710
3	San Cristóbal y Balvanera	193.276	91.310	101.966	6,39	30.270
4	Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya	240.100	114.957	125.143	21,67	11.080
5	Almagro y Boedo	187.518	86.312	101.206	6,66	28.160
6	Caballito	185.456	84.790	100.666	6,85	27.070
7	Flores y Parque Chacabuco	241.861	113.923	127.938	12,43	19.462
8	Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano	228.953	109.653	119.300	22,29	10.271
9	Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos	171.264	82.856	88.408	16,51	10.376
10	Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro	170.592	80.065	90.527	12,66	13.478
11	Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita	190.076	89.756	100.320	14,12	13.462
12	Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón	214.777	100.392	114.385	15,57	13.796
13	Belgrano, Núñez y Colegiales	236.358	107.991	128.367	14,65	16.132
14	Palermo	227.115	102.784	124.331	15,85	14.332
15	Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar, Parque Chas y Agronomía	182.465	85.398	97.067	14,32	12.740

Fuente: Elaboración propia en base a datos INDEC Proyecciones poblacionales año 2020.

VI. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD

Los datos analizados en este apartado fueron tomados de la Dirección General de Estadística y Censos de la CABA, quien a su vez se provee de datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). Para la construcción de las tasas se utilizaron las proyecciones poblacionales para el año 2020 elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

VI.1 Población

En las últimas décadas Argentina se encuentra atravesando un proceso de transición demográfica, producto de una disminución de la fecundidad y la mortalidad, dando como resultado una estructura poblacional de mayor edad. Esto se observa en la pirámide poblacional del país, para el año 2020, que puede considerarse estacionaria por su forma de campana, donde la base es más angosta que en décadas anteriores y la cima se va engrosando.

Por su parte, la pirámide poblacional de la Ciudad de Buenos Aires, para el año 2020, a diferencia de la pirámide nacional, puede considerarse una pirámide regresiva, por su forma de urna, característica de sociedades que han alcanzado una baja natalidad y baja mortalidad.⁴⁻⁵ Además, se puede evidenciar el envejecimiento demográfico de la Ciudad, a través de dos indicadores del nivel de envejecimiento de una población: la proporción de adultos mayores⁶ y el índice de envejecimiento⁷: a) la proporción de adultos mayores de la CABA es del 16,4% (n=505.435), casi 5 puntos porcentuales más que el total país (11,5%); b) el índice de envejecimiento para el año 2020 fue de 83,5 adultos mayores/100 jóvenes menores de 15 años, mientras que a nivel nacional fue de 47,3 adultos mayores/100 jóvenes menores de 15 años.

En cuanto a la distribución por sexo del total de la población, el 53% correspondió a mujeres y el 47% a hombres, con un índice de masculinidad de 89 varones por cada 100 mujeres. Esta diferencia se acentúa en los grupos de mayor edad: en los mayores de 65 años el 62,7% es población de sexo femenino y un 37,3% masculino.

⁴ https://static.ign.gob.ar/anida/fasciculos/fasc_composicion_poblacion.pdf

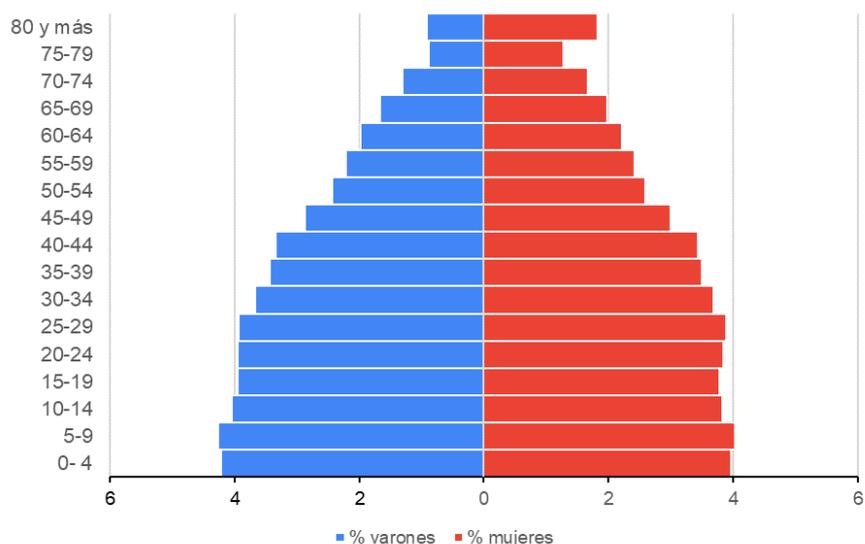
⁵ http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-18652016000100004#:~:text=Bajo%20diferentes%20escenarios%20alternativos%20de,superando%20el%2024%25%20en%202100.

⁶ Se considera adulto mayor a la población de 65 años y más.

⁷ Índice de envejecimiento: cociente entre la población 65 años y más y la población de menores de 15 años de edad.

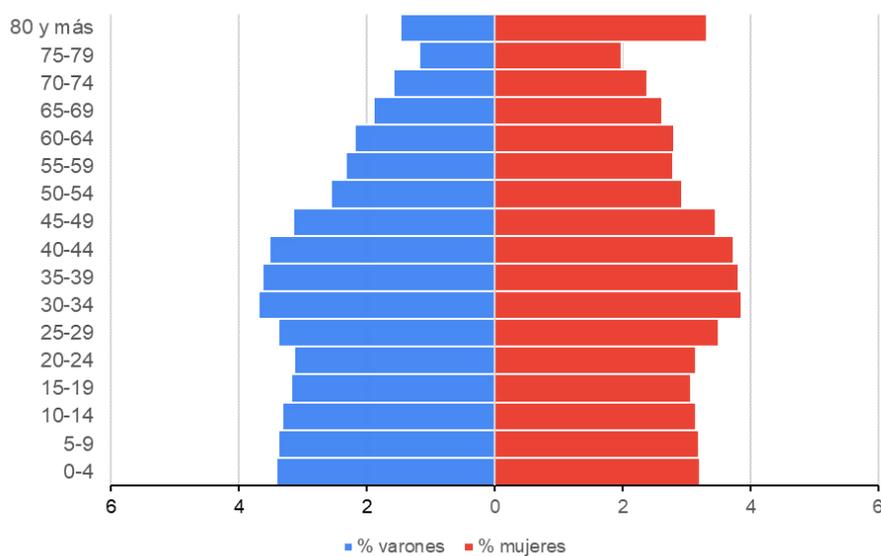
El siguiente gráfico ilustra la distribución en el año 2020 de las poblaciones a nivel nacional y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 1. Pirámide poblacional. Argentina. Año 2020. (N=45.376.763)



Fuente: Elaboración propia (GOE) en base a datos INDEC. Proyecciones poblacionales año 2020

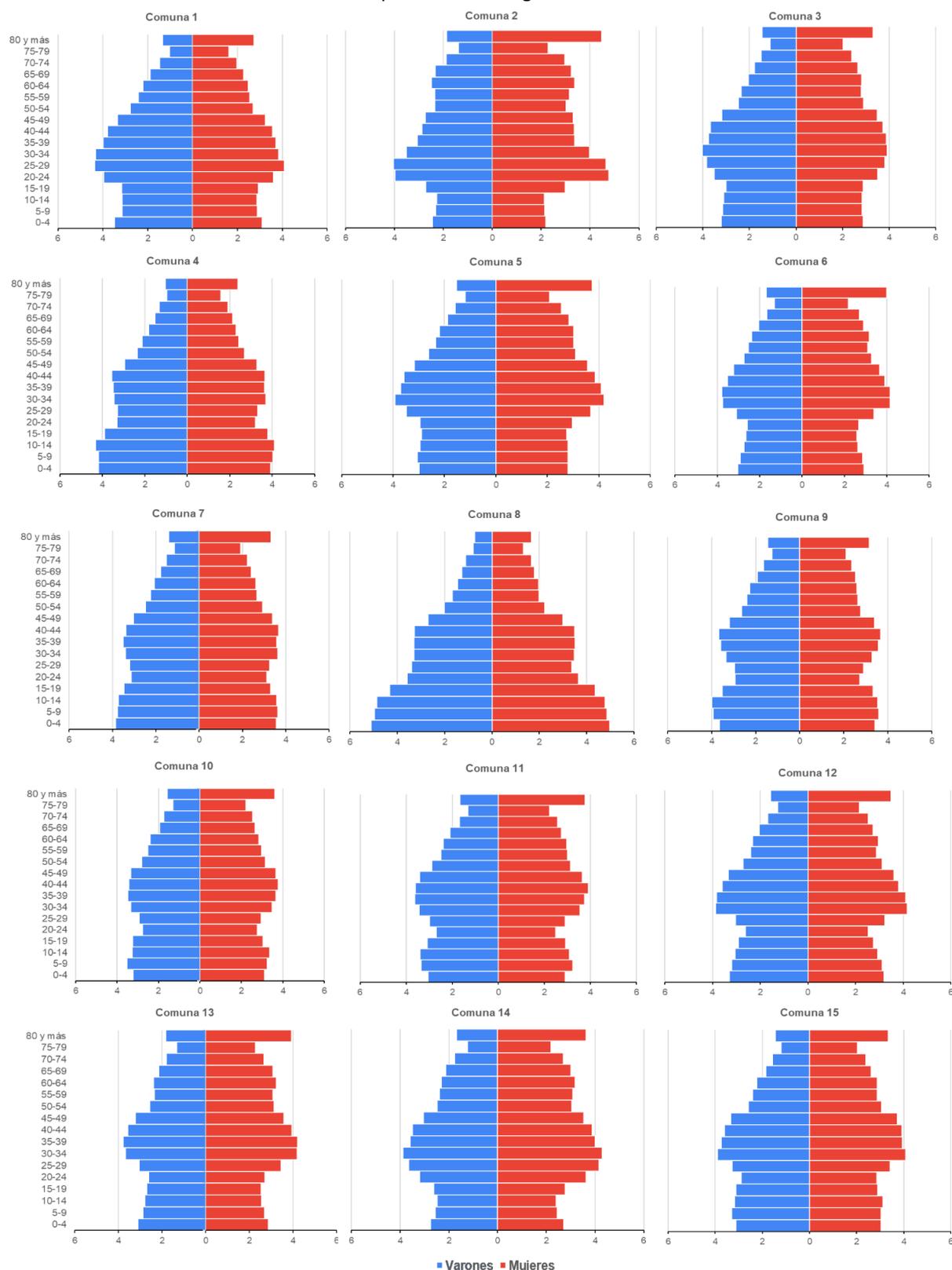
Gráfico 2. Pirámide poblacional. CABA. Año 2020. (N=3.075.646)



Fuente: Elaboración propia (GOE) en base a datos INDEC. Proyecciones poblacionales año 2020

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

Gráfico 3. Pirámides poblacionales según comuna. CABA. Año 2020.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Proyecciones de población. 2020
 Las Comunas 8, 4 y 7 presentaron una forma de pirámide acampanada, correspondiente a una población joven. En cambio, las Comunas 2, 13 y 14 mostraron las poblaciones más envejecidas, siendo la Comuna 2 la que presenta el índice de envejecimiento más alto con

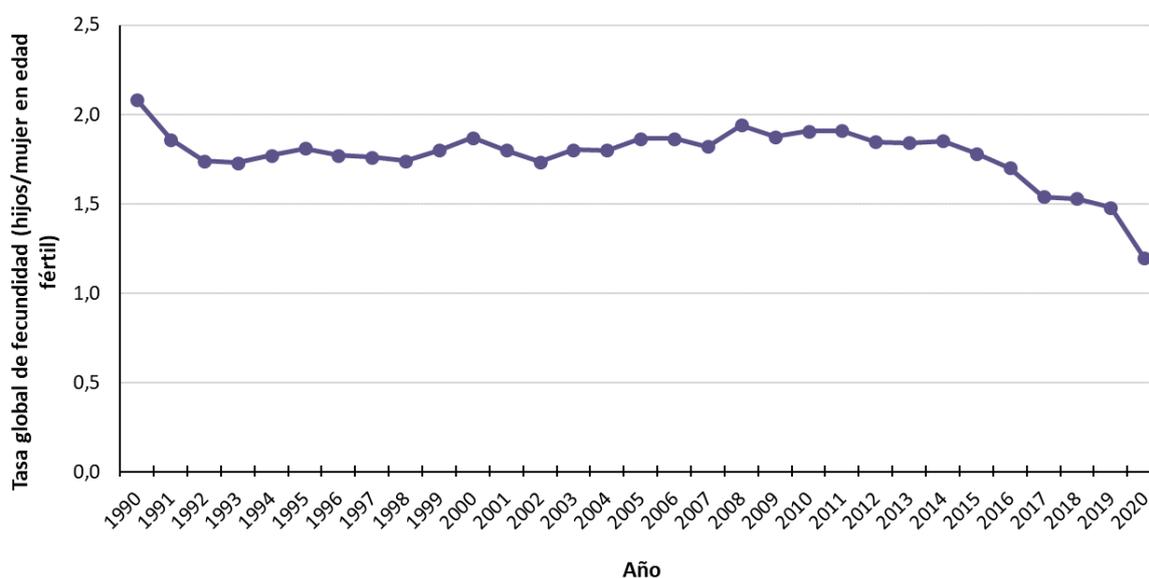
151 mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años de edad, lo que representa 1,8 veces más que el promedio de la CABA.

Según sexo, todas las comunas tuvieron más mujeres que varones. Las Comunas 1, 8 y 9 mostraron los porcentajes de población masculina más altos, con índices de masculinidad por encima de 90 (más de 90 varones por cada 100 mujeres), mientras que la Comuna 2 registró el índice de masculinidad más bajo con 80 varones por cada 100 mujeres.

VI.2 Fecundidad

En el año 2020 en la Ciudad de Buenos Aires hubo 27.529 nacidos vivos, 14.033 varones y 13.496 mujeres. La tasa global de fecundidad (TGF) de la mujer se encuentra por debajo del nivel de reemplazo generacional (menos de 2,1 hijos por mujer) desde el año 1991. Puede observarse un descenso sostenido del indicador desde el 2014, llegando a 1,2 hijos/mujer en edad fértil en el 2020, el valor más bajo registrado hasta el momento. Si comparamos este número con la TGF estimada para el 2020 para el total del país (2,18 hijos/mujer en edad fértil)⁹, la TGF en la CABA es 1,8 veces menor.

Gráfico 4. Tasa global de fecundidad (hijos/mujer en edad fértil). CABA. Periodo 1990–2020.



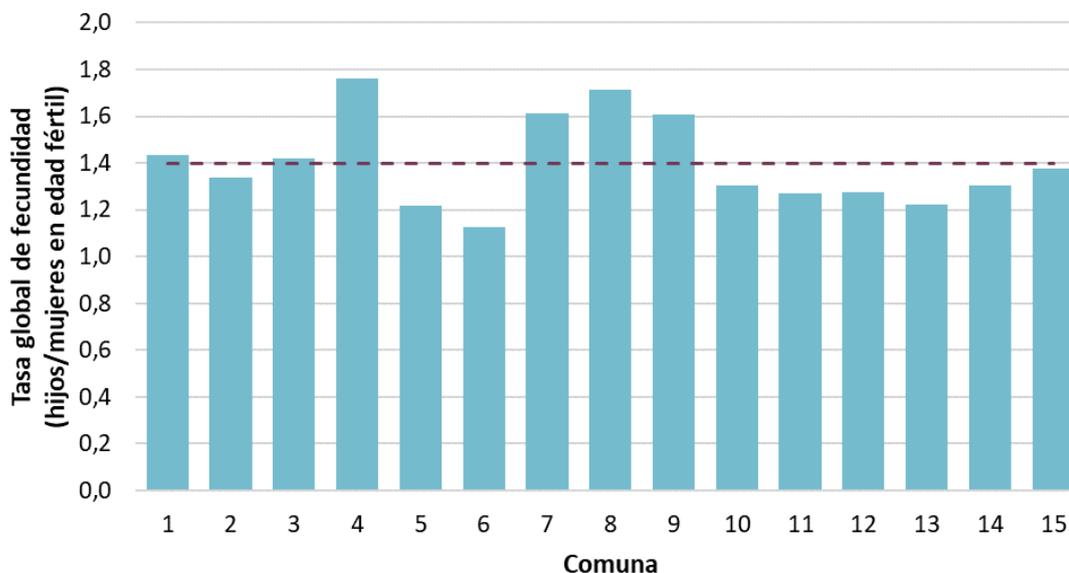
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

⁸ Vale aclarar que en el contexto de pandemia por Covid-19, los procesos habituales de la DGRC (Dirección General de Registro Civil) de CABA se vieron afectados en su funcionamiento. Por tal motivo, las inscripciones de los nacimientos ocurridos a partir del 9 de febrero del 2020, se vieron retrasados. Sin embargo, hacia fin del año 2020 los trámites habían comenzado a regularizarse.

⁹ <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

Para un análisis más detallado, se presenta a continuación la TGF por comunas, durante el trienio 2018-2020.

Gráfico 5. Tasa global de fecundidad (hijos/mujer en edad fértil) según comuna. CABA. Trienio 2018-2020.

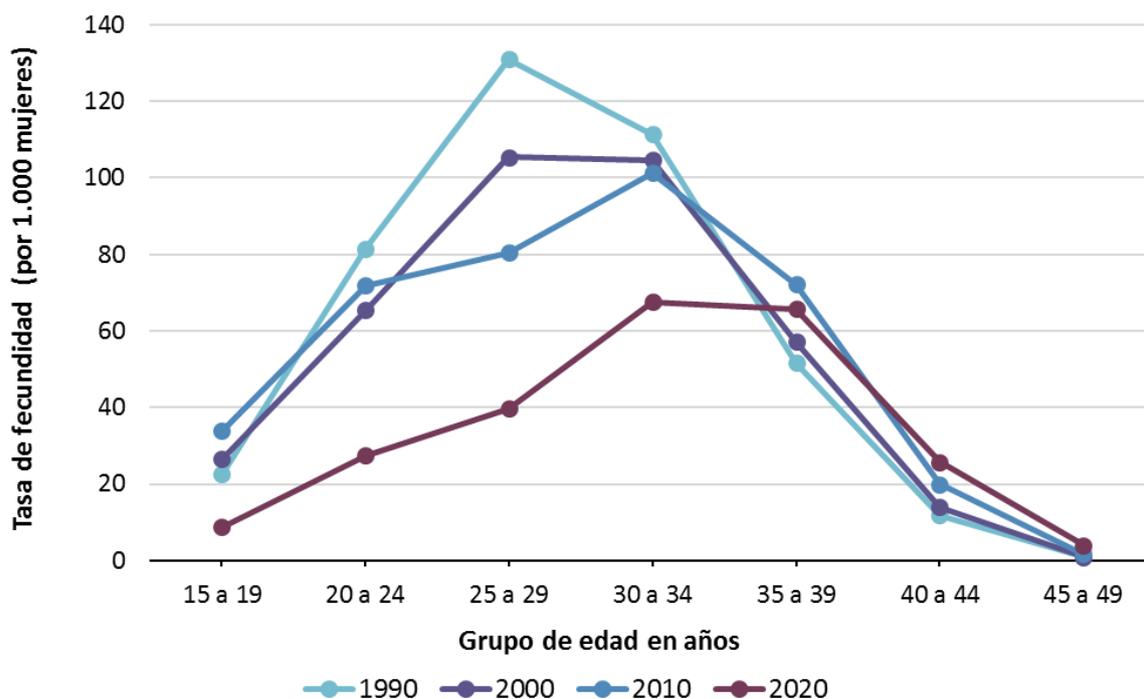


Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Si bien se observan diferencias por comunas, que coinciden con los análisis de años anteriores, (donde las Comunas 6, 5 y 13 continúan manteniendo las tasas más bajas y las Comunas 8 y 4 las más altas), vale remarcar el hecho de que en ninguna de ellas se alcanza el valor del nivel mínimo de reemplazo generacional en el último trienio.

La edad promedio de las madres fue de 32,7 años en 2020, lo que implica un aumento de 0,9 en relación con el 2019. Este desplazamiento de las tasas de fecundidad hacia edades más avanzadas es una tendencia que se viene sosteniendo en los últimos tiempos, como puede observarse en el siguiente gráfico.

Gráfico 6. Tasa de fecundidad (por 1.000 mujeres) según grupo de edad. CABA. Años 1990, 2000, 2010 y 2020.



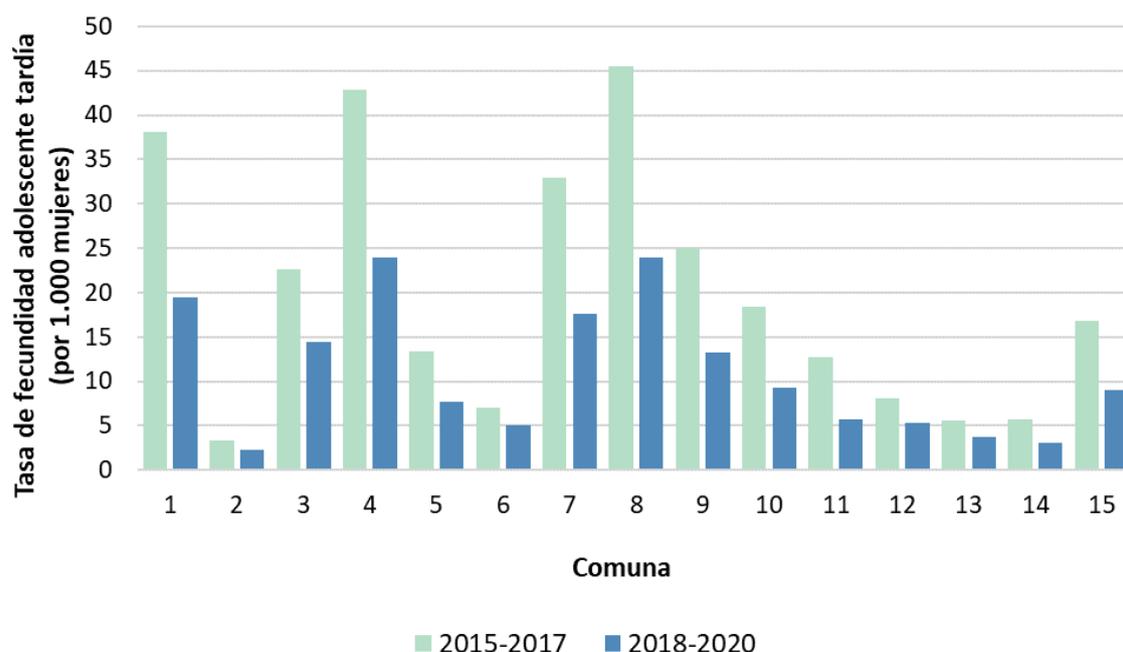
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Aquí podemos observar cómo en los años 90, el grupo de 25 a 29 años mostraba las tasas más altas de fecundidad, mientras que, en 2020, el pico se produjo en las mujeres de 30 a 34 años (67,7), seguido del grupo etario de 35 a 40 años, con una tasa de 65,8. Si observamos al grupo de 40 a 49 años, podemos observar como cada año las tasas fueron aumentando sostenidamente.

VI.2.A Fecundidad adolescente

La tasa de fecundidad adolescente abarca a los partos ocurridos en niñas y adolescentes entre 10 y 19 años. Sin embargo, este amplio rango de edad presenta una frecuencia y requiere un abordaje en salud muy distinto, por lo cual, para este análisis se decidió focalizar en la tasa de fecundidad adolescente tardía (de 15 a 19 años), que representa la cantidad de adolescentes de esta edad que tuvieron un hijo cada 1000 mujeres del mismo grupo etario.

Gráfico 7. Tasa de fecundidad adolescente tardía (por 1.000 mujeres) según Comuna. CABA. Trienio 2015-2017 y 2018-2020.



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

En términos generales, se puede observar un descenso de la tasa de fecundidad adolescente tardía en todas las comunas, alcanzando en promedio un descenso de 10,3 entre ambos trienios analizados. Mientras que en el trienio 2015-2017 fue de 22,7/1000 NV, en el trienio 2018-2020 se registró una tasa de 12,4/1000 NV. Por su parte, es de destacar lo registrado en las comunas 1, 4 y 8, donde la diferencia en relación al trienio anterior es de un 40% y casi un 50%, aunque continúan teniendo las tasas más elevadas de la CABA.

En cuanto a la fecundidad adolescente temprana de niñas de 10 a 14 años, en promedio las tasas descendieron mínimamente de 0,3/1000 NV en el trienio 2015-2017, a 0,2/1000 NV en el trienio 2018-2020. En el último trienio analizado, todas las comunas se mantuvieron muy cercanas a la media, excepto la comuna 8, que presenta una tasa de 0,5/1000 NV.

VI.3 Migración

En el año 2020, el 62,7% de los habitantes de la CABA eran nativos. En la siguiente tabla se observa la distribución porcentual de la población de la ciudad por zona¹⁰ según lugar de nacimiento para 2020.

¹⁰ *Norte (Comunas 2, 13, 14), Centro (Comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 15) y Sur (Comunas 4, 8, 9, 10)

Tabla 2. Distribución porcentual de la población por lugar de nacimiento según zona. CABA. Año 2020

Zona	Ciudad de Buenos Aires	Prov. Buenos Aires	Otra provincia	País limítrofe	País no limítrofe
Total	62,7	12,8	11,5	6,3	6,7
Norte	54,7	16,7	16,0	3,3	9,3
Centro	62,5	13,1	12,1	5,5	6,8
Sur	69,0	9,3	6,7	10,2	---

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) EAH 2020.

No se presenta dato debido a que el coeficiente de variación estimado es mayor al 30%.

Un 24,3% de la población eran migrantes internos y un 13% migrantes externos. Las comunas del norte de la ciudad mostraron los porcentajes más bajos de población nacida en la ciudad, por debajo del 55%. Las comunas del sur presentaron el mayor porcentaje de población proveniente de países limítrofes (10,2%), mientras que las comunas del norte presentaron el mayor porcentaje de migrantes internos (32,7%) y provenientes de países no limítrofes (9,3%).

VII. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Los datos analizados en este apartado fueron tomados de la Dirección General de Estadística y Censos de la CABA, quien a su vez se provee de datos de la Encuesta Anual de Hogares (EAH) 2020 y de la Encuesta Trimestral de Ocupación e Ingresos (ETOI) 2020.

VII.1 Condiciones sociales y económicas

En este apartado se presentan las condiciones socioeconómicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a través de indicadores de ocupación, ingreso, cobertura de salud, condiciones de vivienda y necesidades básicas insatisfechas. Se presentan los datos para el total de la ciudad y por zonas.

VII.2 Ocupación e ingresos

En el 2020, el 62,1% de la población de 10 años o más se encontraba económicamente activa (tasa de actividad), es decir que, trabajaba o buscaba trabajo en el mercado laboral; observándose diferencias entre varones (68,4%) y mujeres (56,7%). La tasa de empleo (población de 10 años o más que se encontraba trabajando) fue de 55,9%. siendo del 61,7% en varones y 50,8% en mujeres.

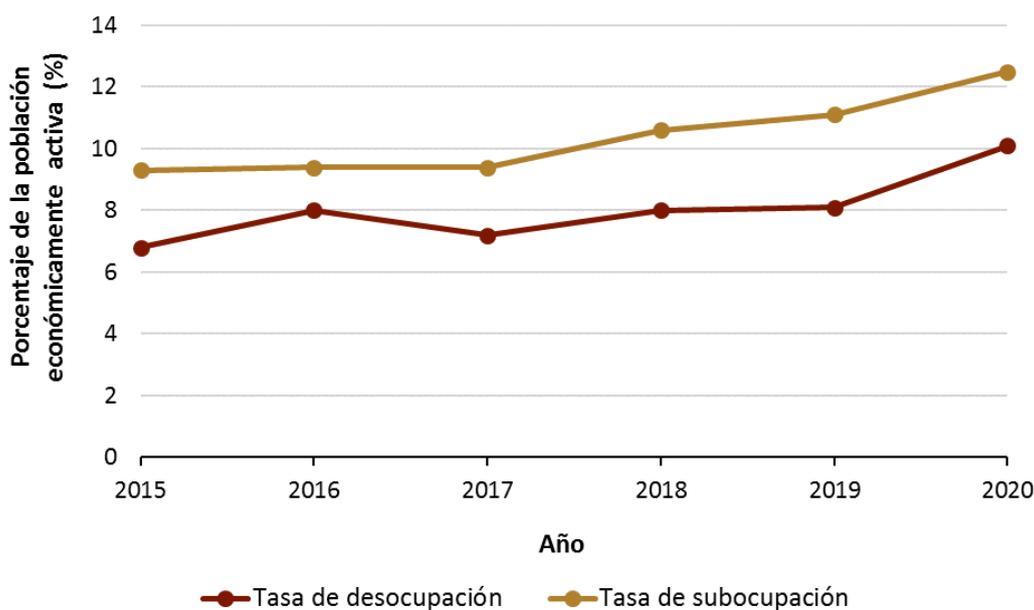
La desocupación¹¹ fue de 10,1% de la población económicamente activa y la subocupación¹² representó el 12,5% de esta población¹³. A continuación, se presentan las tasas de desocupación y subocupación entre los años 2015 y 2020.

¹¹ Desocupación: Porcentaje de la población de 10 años o más que se encuentra desocupada. Cálculo: Cociente entre la suma de la población desocupada sobre el total de la población económicamente activa.

¹² Subocupación: Porcentaje de la población de 10 años o más que se encuentra ocupada y trabaja menos de 35 horas semanales por causas involuntarias y desean trabajar más horas. Cálculo: cociente entre la suma de la población subocupada sobre el total de la población económicamente activa.

¹³ Nótese que la tasa de actividad y de empleo se calcula sobre el total de población de 10 años o más, mientras que la tasa de desocupación y de subocupación se calculan sobre la población económicamente activa (tasa de actividad).

Gráfico 8. Tasa de desocupación y subocupación en población económicamente activa. CABA. Periodo 2015-2020.

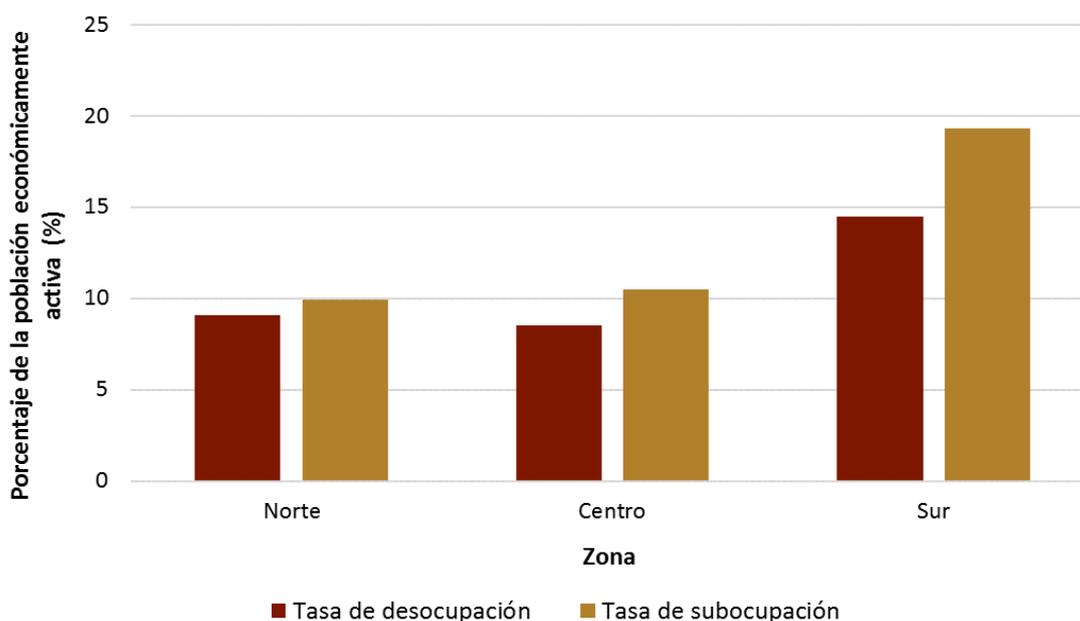


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2020.

Se puede observar como desde el año 2017, tanto la desocupación como la subocupación han comenzado a aumentar de manera sostenida y más aún entre 2019 y 2020, donde la tasa de desocupación ascendió en un 2% y la tasa de subocupación en un 1,4%.

Por otra parte, si se analizan las tasas de desocupación y subocupación por zonas de la ciudad, se puede observar que las mismas no fueron homogéneas.

Gráfico 9. Tasa de desocupación de la población de 10 años y más según zona. CABA. Año 2020.

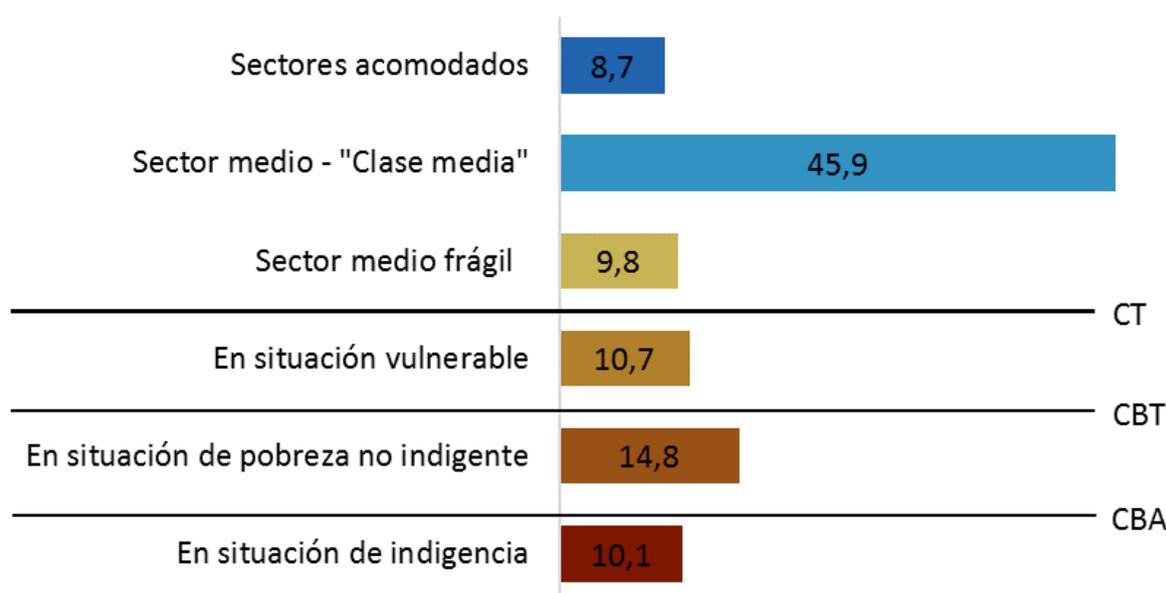


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2020.

En la zona sur, la tasa de desocupación fue aproximadamente un 5% mayor que en el resto de la ciudad y la subocupación casi duplicó las cifras.

Para dar cuenta de la situación en función del ingreso, se tomó la estratificación presentada por la Dirección de Estadística y Censo, la cual se construye en función del acceso a la Canasta Básica Alimentaria (CBA), la Canasta Básica Total (CBT) y la Canasta Total (CT) del sistema de Canastas de Consumo¹⁴. En el siguiente gráfico se presentan los datos para el 4to trimestre de 2020, según estrato de ingreso y su vínculo con las canastas antes mencionadas.

Gráfico 10. Distribución porcentual de la población según estrato de ingreso y límites de la Canasta Básica Alimentaria (CBA), Canasta Básica Total (CBT) y Canasta Total (CT). CABA. 4to trimestre 2020.



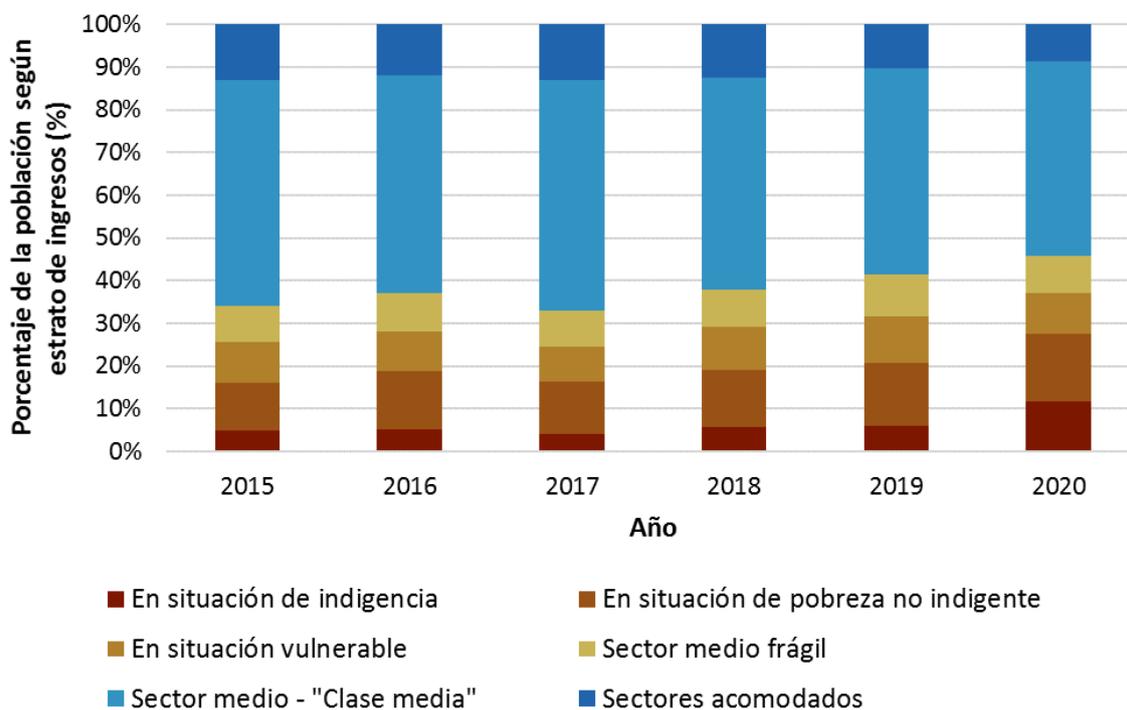
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA), sobre la base de datos de ETOI y Líneas de indigencia y de pobreza y Canasta total del Sistema de Canastas de Consumo.

Se puede observar como el 24,9% de la población se encontraba en situación de pobreza. Dentro de ellos, el 10,1% no accedió a la CBA, encontrándose en situación de indigencia; mientras que el 14,8% restante alcanzó a cubrir la CBA, pero no la CBT. Si además contemplamos la CT, vemos que la cifra se incrementa al 35,6% de la población.

¹⁴ La CBA incluye los bienes alimenticios; la CBT incluye a bienes y servicios para satisfacer necesidades esenciales (alimentarias y no alimentarias); la CT, además de lo anterior, se agregan gastos de adquisición o renovación de los bienes durables para el equipamiento del hogar y para esparcimiento, y aquellos otros gastos que tienen características estacionales (indumentaria) o contingentes, como los productos y servicios para la salud.

Para analizar los estratos de ingreso a través del tiempo se presenta el siguiente gráfico, construido a partir del promedio de los 4 trimestres analizados por la Encuesta Trimestral de Ocupación e Ingresos (ETOI).

Gráfico 11. Distribución porcentual de la población según estrato de ingreso. CABA. Periodo 2015-2020.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA), sobre la base de datos de ETOI y Líneas de indigencia y de pobreza y Canasta total del Sistema de Canastas de Consumo.

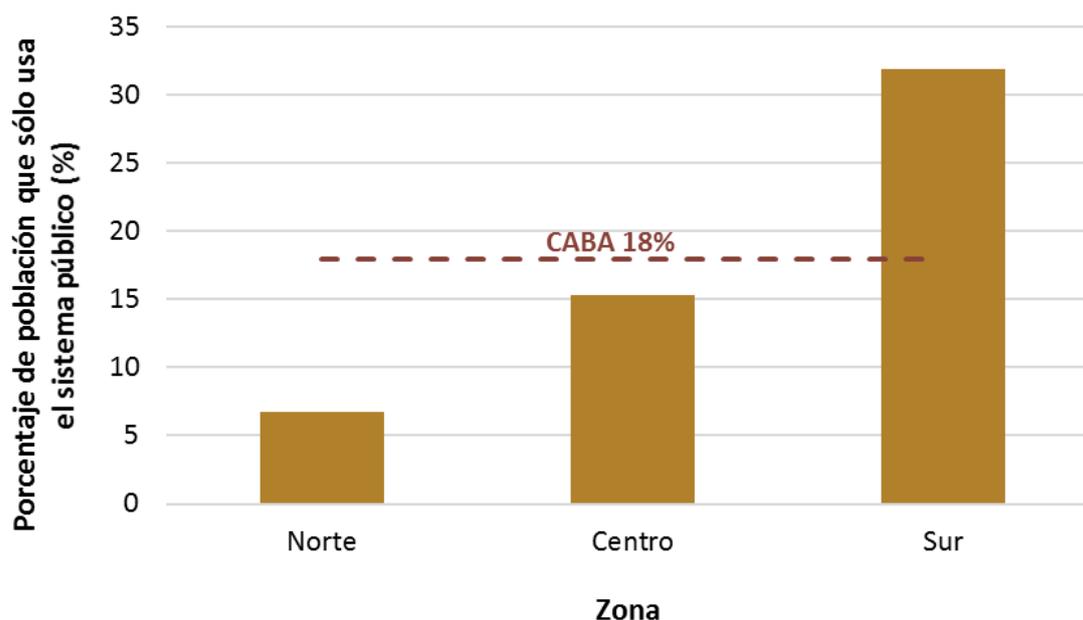
Desde el año 2017 puede apreciarse claramente el incremento sostenido del porcentaje de la población en situación de pobreza, mostrando la mayor suba en el sector en situación de indigencia entre 2019 y 2020, donde las cifras casi se duplicaron pasando de un 6,1% a un 11,7% respectivamente. Al mismo tiempo, la clase media se fue reduciendo de manera también sostenida, ocupando menos del 50% de la población desde el año 2017, alcanzando su menor cifra en el año 2020 (45,6%). En consecuencia, de estas dos apreciaciones podríamos decir que la clase media progresivamente está perdiendo poder adquisitivo y se ubica por debajo de la línea de pobreza, al mismo tiempo que la población que ya se encontraba en situación de pobreza, pasa a ubicarse por debajo de la línea de indigencia.

VIII. COBERTURA DE SALUD

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el porcentaje de población que sólo contaba con cobertura del sistema estatal de salud en 2020 fue del 18%. El 82% restante, estaba asociada a algún tipo de cobertura de obra social, prepaga o mutual.

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

Gráfico 12. Porcentaje de población con cobertura de salud del sistema público según zona. CABA. Año 2020.



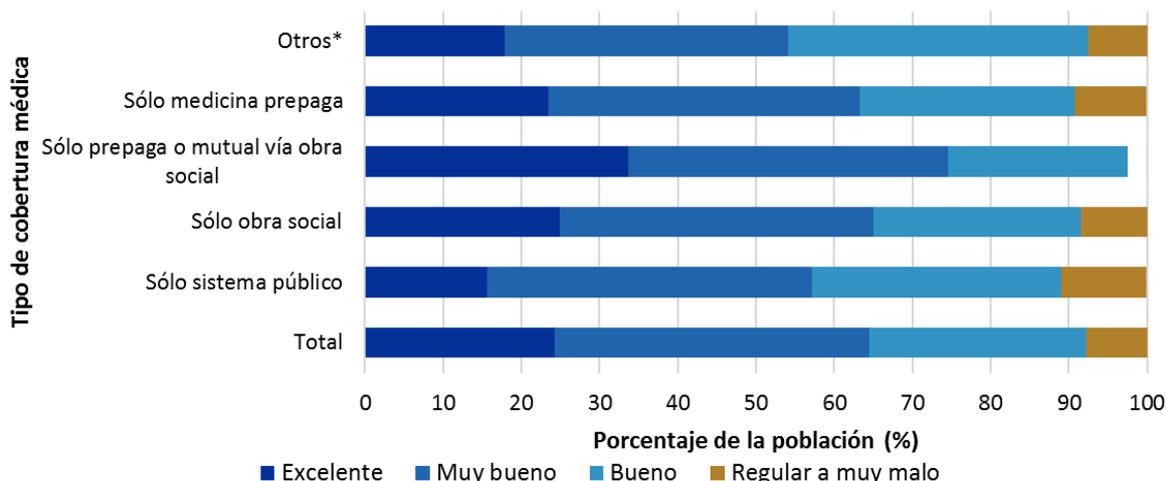
Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2020. *Norte (comunas 2, 13, 14), Centro (comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12, 15) y Sur (comunas 4, 8, 9, 10)

Respecto a la proporción de la población que solo utiliza la cobertura de salud público, se observa una alta variabilidad entre las distintas zonas de CABA. Mientras que las comunas del Norte presentaron un porcentaje por debajo del 7%, las comunas del Sur fueron representadas con un 31,9% de la población, es decir, entre cuatro y cinco veces más que la Zona Norte. La Zona Centro presentó un 15,3%.

La autopercepción de la salud presenta conceptos provenientes de la intersección de factores biológicos, sociales y psicológicos. Es un indicador válido y relevante del estado de salud que puede ayudar al equipo de salud a priorizar intervenciones y prevenir enfermedades, ya que se encuentra asociado con diversos resultados del proceso salud-enfermedad tales como la utilización/atención de los servicios de salud y necesidades de salud

de la población¹⁵. A continuación, se muestra la distribución porcentual de la autopercepción del estado de salud en la población total de la CABA, según tipo de cobertura médica.

Gráfico 13. Distribución porcentual de la población por autopercepción del estado de salud según tipo de cobertura médica. CABA. Año 2020.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2020

*Incluye la población cubierta por dos o más sistemas y la que tiene sólo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

**No se presenta el dato para "regular o muy malo" debido a que el coeficiente de variación estimado es mayor al 30%.

Para el año 2020, más del 60% del total de la población de la CABA consideró su estado de salud excelente o muy bueno. Si bien la población con cobertura sólo del sistema público fue la que registró los mayores porcentajes de "muy buena" percepción de su salud (41,5%), fue la que presentó el más bajo porcentaje de percepción de estado "excelente" de salud (15,6%). Este último equivale a menos de la mitad del porcentaje percibido por la población con cobertura sólo prepaga o de la seguridad social (33,7%). La autopercepción "regular a muy mala" fue mayor en aquellas personas con sólo cobertura pública (10,5%). Sin embargo, no presentó grandes diferencias con los otros tipos de coberturas.

¹⁵ <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3070/3458>

IX. HACINAMIENTO

En cuanto a las condiciones de hacinamiento, se considera como “sin hacinamiento” a los hogares donde habitan menos de 2 personas por cuarto; hacinamiento no crítico cuando hay de 2 a 3 personas por cuarto y hacinamiento crítico a la presencia de más de 3 personas por cuarto. En la siguiente tabla se presentan los datos de hacinamiento por zonas de la Ciudad.

Tabla 3. Distribución porcentual de los hogares por condición y situación de hacinamiento según zona. CABA. Año 2020

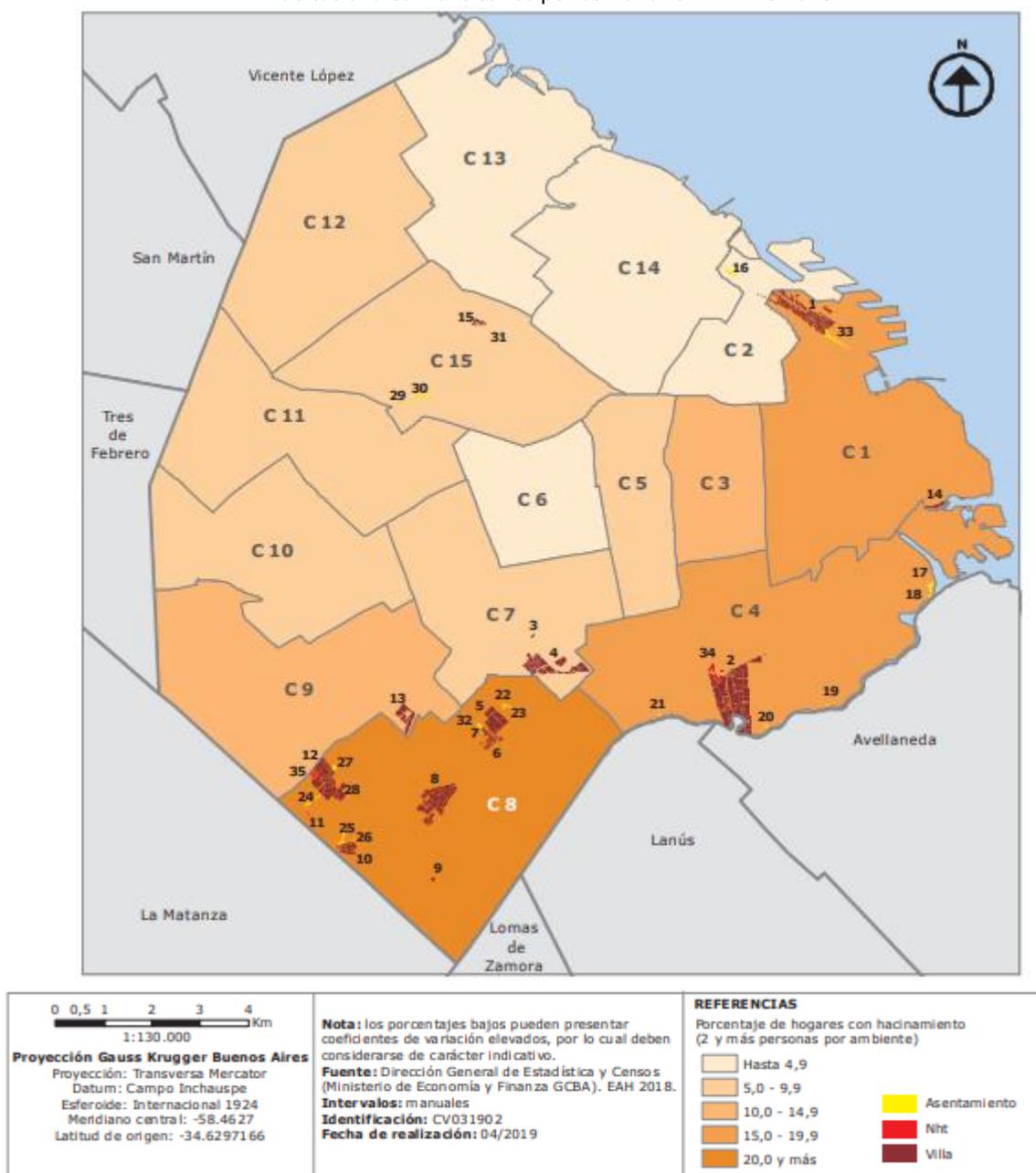
Zona	Sin hacinamiento (%)	Hacinamiento no crítico (%)	Hacinamiento crítico (%)
Norte	96,6	2,9	x*
Centro	92,2	7,4	x*
Sur	87,2	10,4	2,3
Total	92,3	6,9	0,8

Nota: No se presenta dato debido a que el coeficiente de variación estimado es mayor al 30%.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2020.

La zona sur, presenta los niveles más altos de hacinamiento crítico y no crítico. Esta situación se correlaciona con la mayor presencia de villas y asentamientos en esta zona de la Ciudad.

Mapa 2. Porcentaje de hogares con hacinamiento y localización de villas, asentamientos y Núcleos Habitacionales Transitorios por comuna. CABA. Año 2018.



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

Con respecto al porcentaje de hogares que habitan en villas¹⁶, en 2020 fue de 4,5% del total de los hogares de la Ciudad. Dentro de estos hogares, el 8,8% presentaba hacinamiento crítico y el 40,5% hacinamiento no crítico.

¹⁶ El dominio villa de la EAH incluye villas, asentamientos y Núcleo Habitacional Transitorio.

X. POBREZA ESTRUCTURAL: NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS¹⁷

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

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

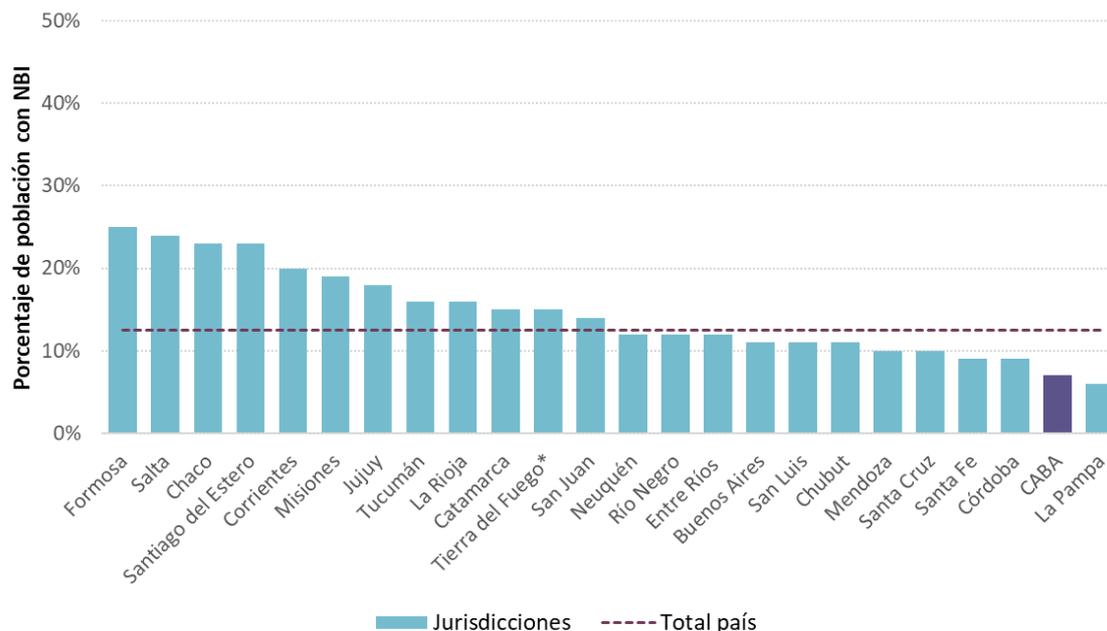
- NBI 1. Vivienda: hogares que residen en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda. Se excluye a las viviendas tipo casa, departamento y rancho.
- NBI 2. Condiciones sanitarias: incluye a los hogares que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

Según los datos del Censo 2010, la ciudad tenía un 7% de su población con NBI y un 6% de los hogares.

A continuación, se presentan los porcentajes de población con NBI según provincia.

¹⁷ <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>

Gráfico 14. Porcentaje de Población con NBI por jurisdicción. Argentina. Año 2010.

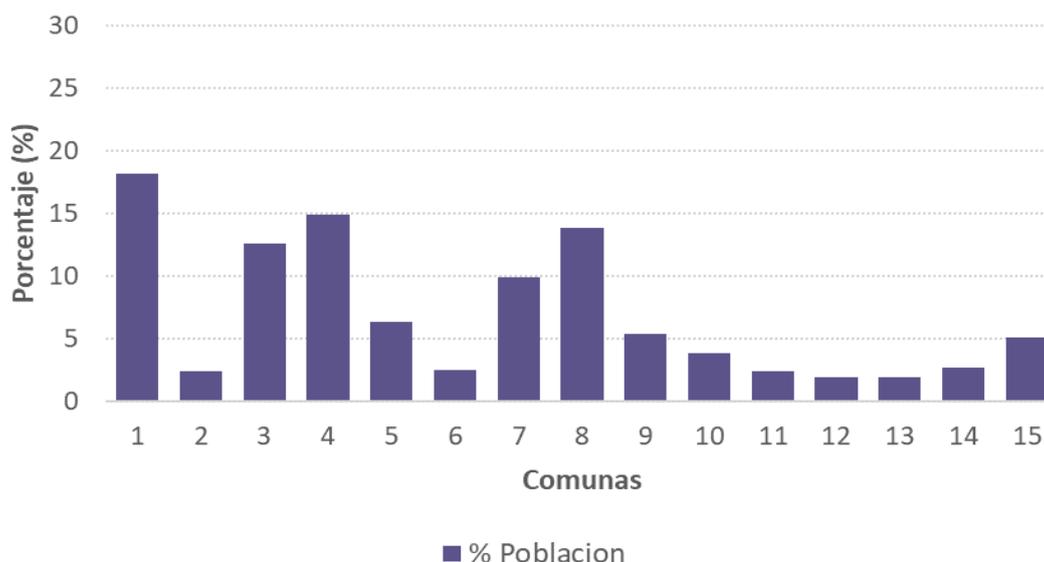


Fuente: Elaboración propia según datos de Censo 2010, INDEC.

* Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur

En el siguiente gráfico se presenta el porcentaje de hogares y de población con NBI según Comunas de la ciudad.

Gráfico 15. Porcentaje de hogares y población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) según comuna. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.



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

Se observa que las Comunas 1, 3, 4, 7 y 8 presentaron valores por encima de la media de la Ciudad tanto para Hogares como Población con NBI. Es importante destacar que la comuna 1 es la única que presenta los valores más elevados y representan 2 veces más la media de la Ciudad.

XI.SITUACIÓN DE SALUD MATERNO-INFANTIL

En este apartado se presenta un análisis de los datos sobre los recursos, atención y accesibilidad al sistema de salud en el control de embarazos y partos realizados en establecimientos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospitales Generales de Agudos y Maternidad Sardá), como también la información relativa a la morbi-mortalidad materno-infantil de la CABA. Para eso, se utilizaron como fuentes los datos consignados en el Sistema Informático Perinatal (SIP) brindados por el programa de Maternidad e Infancia y los datos publicados por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEyC).

El SIP se encuentra vigente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde el año 1986, con carácter de obligatoriedad desde el 2002 y se rige a través de la Resolución 1286/2002. Este sistema de información resulta una poderosa herramienta de gestión para el monitoreo y evaluación del estado de salud perinatal, permitiendo la construcción de indicadores orientados a la mejora de la atención y calidad de vida de las personas gestantes y sus hijos/as.

XI.1 Embarazos y partos

XI.1.A Nacimientos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En 2020 hubo 16.998 nacimientos en maternidades públicas de la CABA. El 93,3% (15.852) fueron registrados en el SIP. En el presente apartado se analizarán esos 15.852 nacimientos.

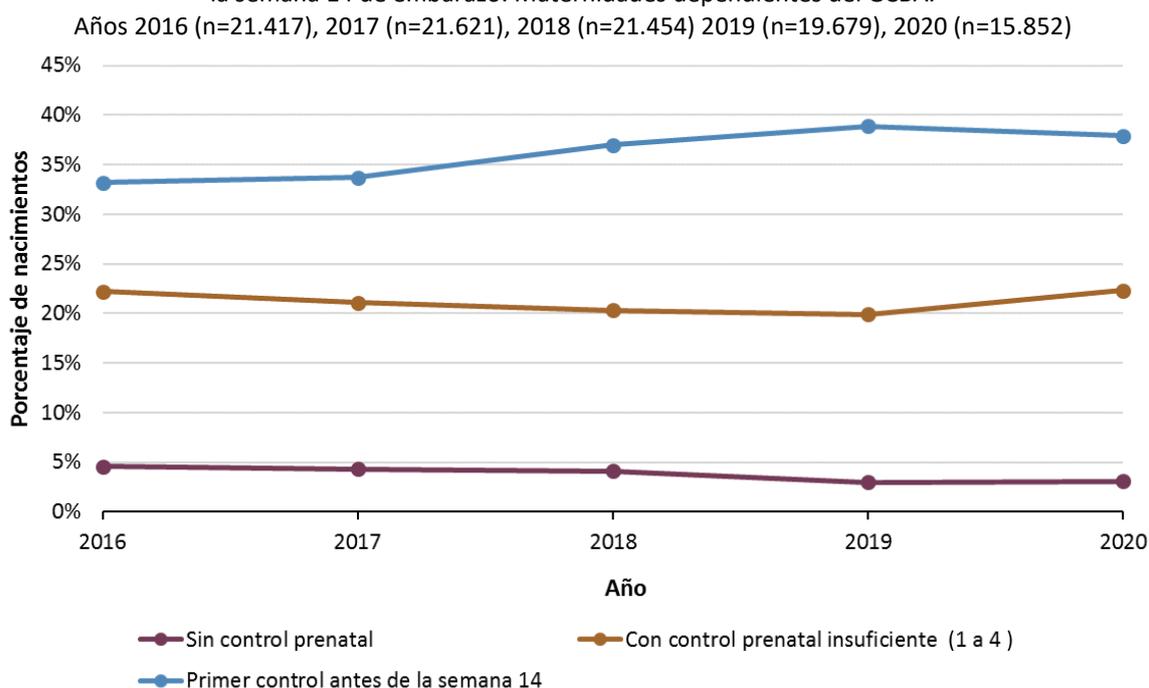
XI.1.B Controles de embarazo

Un control prenatal eficiente debe ser precoz, periódico, completo y de amplia cobertura.

El primer control de embarazo debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción y protección y permite la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo.

Se considera que 5 o más es el número de controles durante todo el embarazo considerado adecuado; entre 1 a 4 controles es, por lo tanto, una cantidad insuficiente.

En el siguiente gráfico se presentan los nacimientos según cantidad de controles y momento del primer control en los años 2016 a 2020.

Gráfico 16. Distribución porcentual de los nacimientos según cantidad de controles y primer control antes de la semana 14 de embarazo. Maternidades dependientes del GCBA.

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

En cuanto a la cantidad de controles, para el año 2020, un 25,4% de los embarazos registrados no acceden a los controles suficientes durante el embarazo y un 3,1% no han tenido contacto con el sistema hasta el momento del parto.

Durante el período analizado, la cantidad de controles por embarazo tuvo una leve mejora hasta el 2019. Para el año 2020 se observa un incremento en los valores, tanto para los embarazos sin control prenatal como para los embarazos con controles insuficientes. En estos últimos, para el año 2020 se alcanza un valor superior al del inicio del periodo.

Respecto a la semana de gestación en que inician los controles, aproximadamente un tercio de las personas embarazadas lo realiza antes de las 14 semanas. Durante el periodo se aprecia una tendencia similar a la descrita para la cantidad de controles, donde los valores han mejorado hasta el 2019 y disminuyen en el 2020.

XI.1.C Diagnóstico de Sífilis

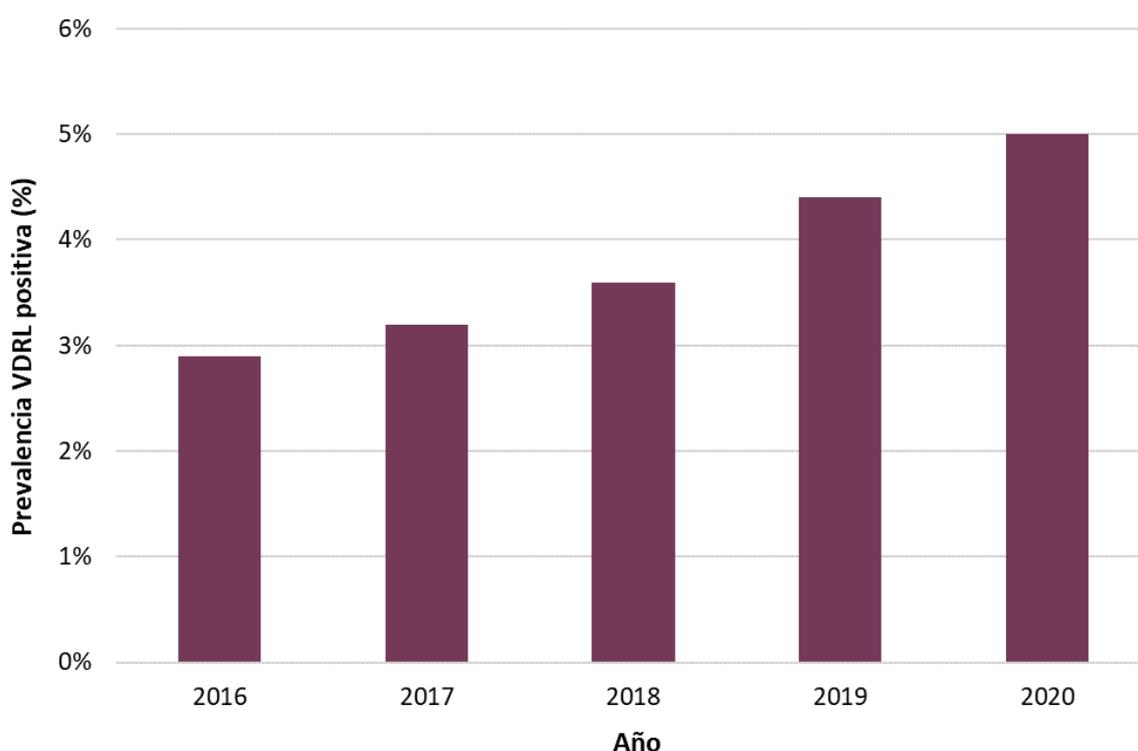
La sífilis congénita es un problema persistente en la Ciudad, causante de malformaciones fetales graves, en ocasiones irreversibles. La VDRL es un test no treponémico, útil para detectar sífilis y es de realización obligatoria por ley durante el embarazo para tratar a la persona gestante y así, poder evitar la transmisión vertical de la enfermedad. Al ser una prueba no treponémica, puede registrarse resultados falsos positivos que deberían descartarse mediante la realización de una prueba treponémica, solo válida frente a un

primer episodio de la enfermedad, habida cuenta de que estas últimas permanecen positivas de por vida y no son útiles para dirimir una reinfección.

Para el 2020, de los 15.852 registros en el SIP, 776 obtuvieron resultado positivo para el testeo de VDRL.

A continuación, se presenta la prevalencia de VDRL+, representada como el porcentaje de personas con prueba VDRL+ durante la gestación sobre el total de nacimientos, entre los años 2016 y 2020.

Gráfico 17. Prevalencia VDRL positiva (%). Maternidades dependientes del GCBA.
Años 2016 (n=611), 2017 (n=683), 2018 (n=767) 2019 (n=857), 2020 (n=776).



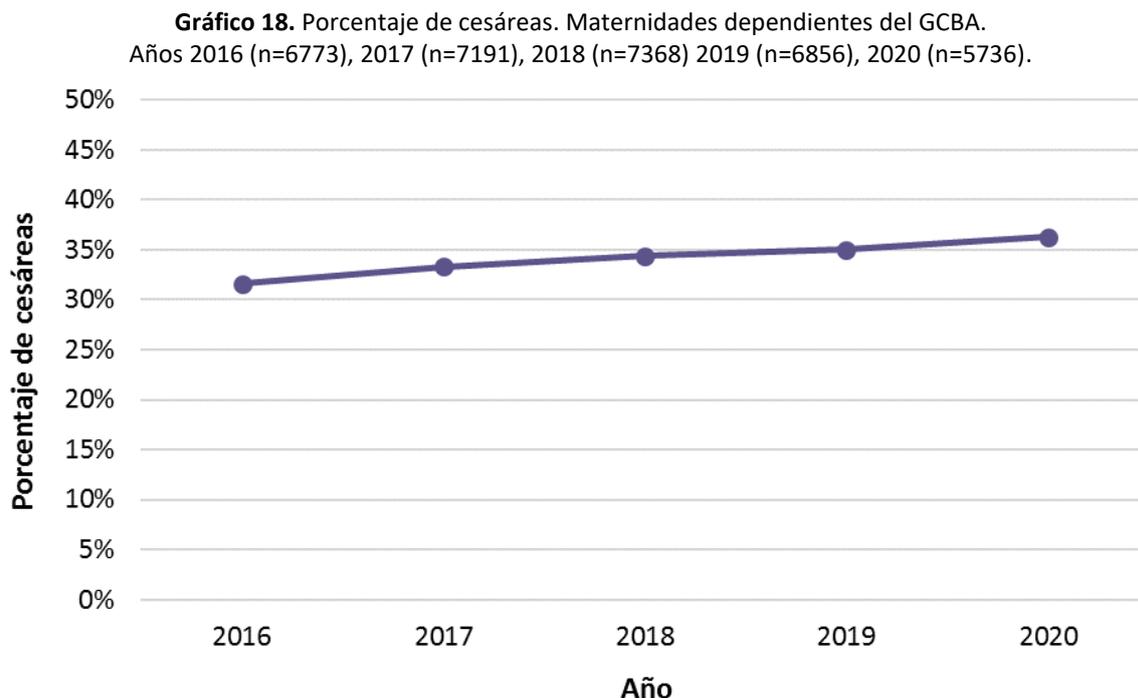
Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría de Atención Hospitalaria.

El porcentaje de testeos positivos para VDRL ha tenido un constante aumento durante los 5 años analizados. En cuanto al incremento relativo cada año, se observa la mayor diferencia entre el 2018 y 2019 (0,8%). Para el 2020 se observa un incremento relativo del 0,6% en comparación al año anterior.

XI.1.D Tipo de partos

A partir de datos de embarazos registrados en el SIP, en 2020 se realizaron 5.736 cesáreas en las maternidades estatales de la Ciudad.

En el siguiente gráfico se presenta la evolución del porcentaje de cesáreas en la Ciudad desde el año 2016 al 2020.



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

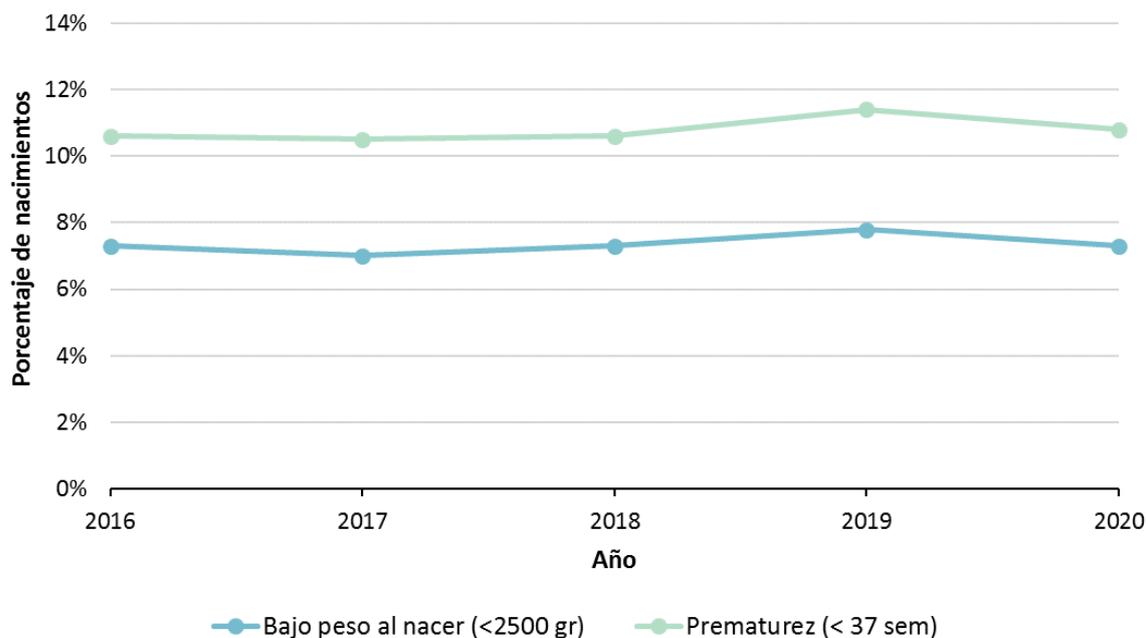
Aproximadamente 1 de cada 3 embarazos terminó en cesárea en las maternidades públicas de la CABA. Se observa una tendencia en aumento del porcentaje de embarazos que concluyen en cesárea, incrementándose un valor porcentual de 4,7% en los últimos cinco años.

XI.1.E Bajo peso al nacer y prematuridad

En 2020, 1.143 nacidos vivos presentaron bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) y de estos, 214 pesaban menos de 1500 gramos. En cuanto a la prematuridad, se registraron 1.675 nacidos en embarazos de menos de 37 semanas de gestación.

A continuación, se presenta la evolución del porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer y prematuridad para el periodo 2016-2020.

Gráfico 19. Porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer y con prematuridad. Maternidades dependientes del GCBA. Años 2016 (n=1558; 2209), 2017 (n=1492; 2225), 2018 (n=1542; 2209), 2019 (n=1507; 2176), 2020 (n=1143; 1675).



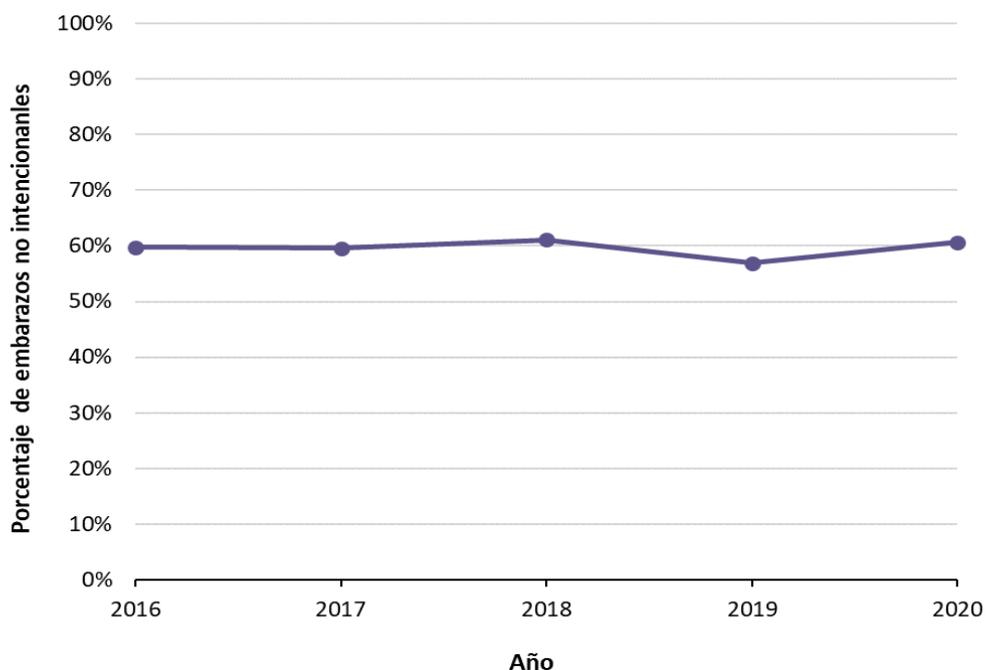
Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría de Atención Hospitalaria.

En los años analizados no se aprecia una tendencia homogénea, evidenciándose valores similares durante todo el periodo a excepción del año 2019, donde se observa un aumento del porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer y con prematuridad. Para el 2020 se alcanzan valores similares a los primeros tres años del quinquenio.

XI.2 Salud sexual y embarazo

A continuación, se presenta el porcentaje de embarazos no planificados entre los años 2016 y 2020.

Gráfico 20. Porcentaje de embarazos no planificados. Maternidades dependientes del GCBA. Años 2016 (n=11.421), 2017 (n=11.684), 2018 (n=11.839) 2019 (n=9.905), 2020 (n=5.768)



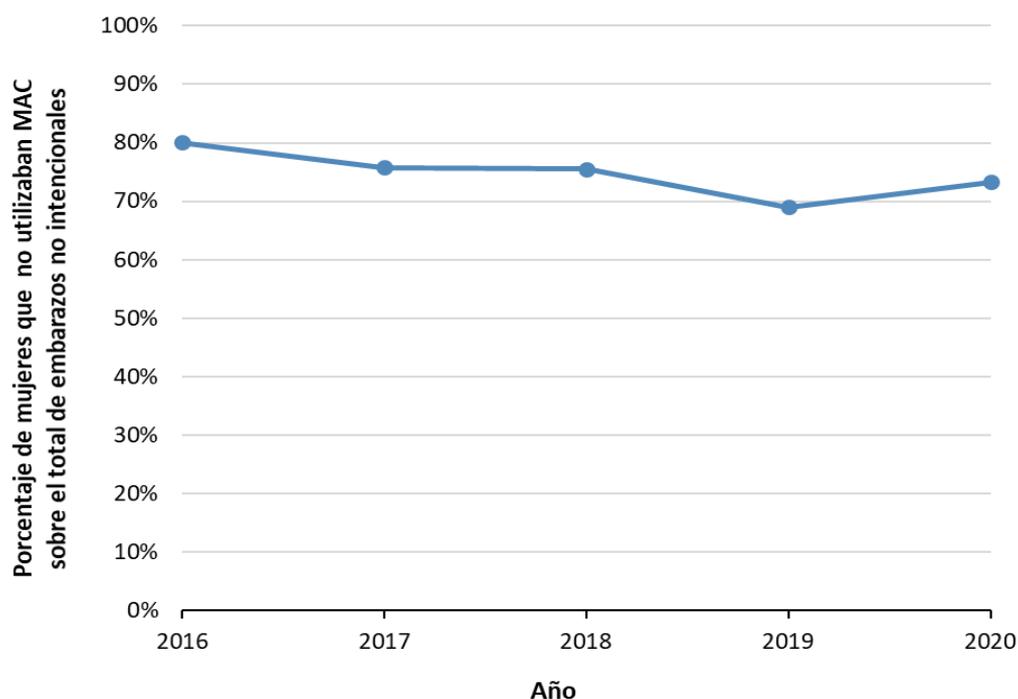
Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría de Atención Hospitalaria.

Del total de embarazos atendidos en el 2020 en las maternidades estatales de la Ciudad, en un 60,7% las personas gestantes expresaron no haber planificado su embarazo. El valor más bajo del periodo se alcanza en el año 2019, aumentando al año siguiente a valores similares al inicio del periodo.

A continuación, se presenta la situación de los embarazos no intencionales en relación al uso de métodos anticonceptivos (MAC) previo al embarazo.

Gráfico 21. Porcentaje de personas que no utilizaban anticoncepción previa al embarazo sobre el total de embarazos no intencionales. Maternidades dependientes del GCBA.

Años 2016 (n=8.905), 2017 (n=8.506), 2018 (n=8.700) 2019 (n=6.752), 2020 (n=4.171)

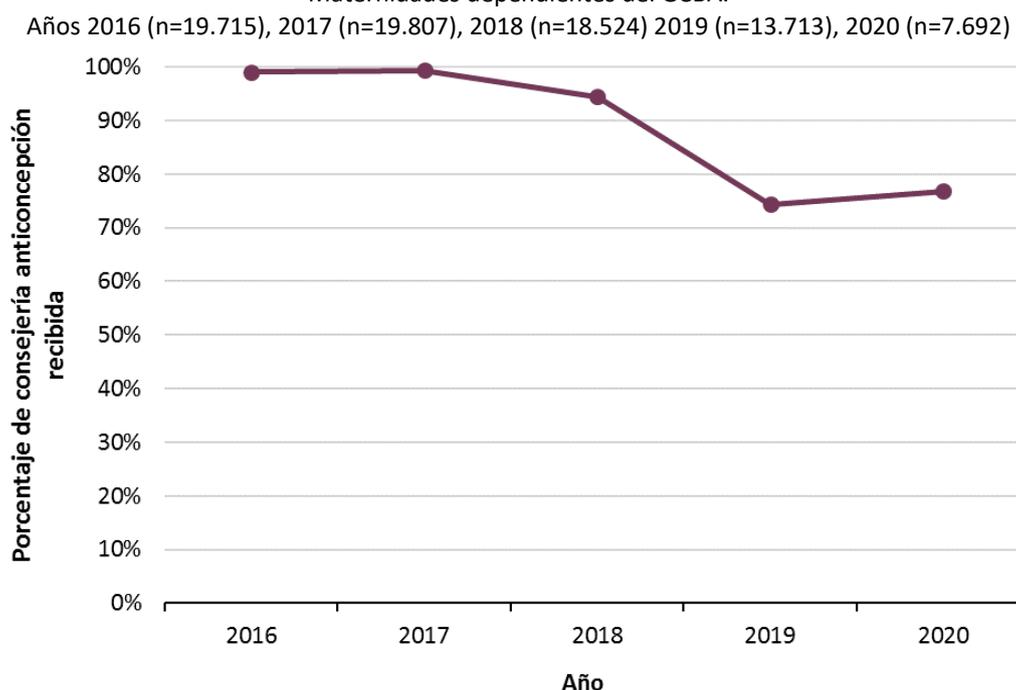


Fuente: Equipo Maternidad e Infancia. Dir. General Hospitales. Subsecretaría de Atención Hospitalaria.

Con los registros que se disponen se puede evidenciar que, para el año 2020, un 73,3% no utilizaba un método al momento de quedar embarazada. Un 25,3% de los embarazos se produjeron a pesar del uso de un método anticonceptivo. Para el 1,4% de los embarazos no intencionales de 2020 no se cuenta con el dato de uso de MAC previo.

En el siguiente gráfico se presenta la situación de la consejería sobre anticoncepción recibida durante el control prenatal y/o al alta entre el total de nacimientos.

Gráfico 22. Porcentaje de consejería sobre anticoncepción recibida sobre el total de nacimientos. Maternidades dependientes del GCBA.



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

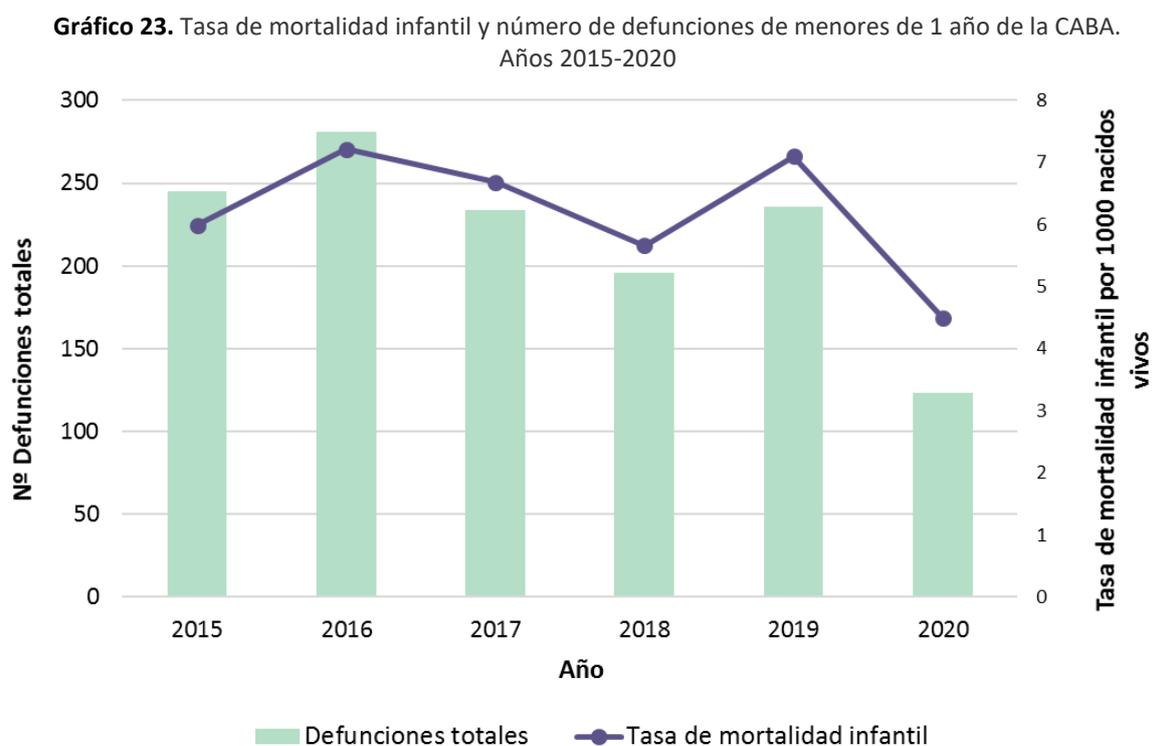
Se evidencia un descenso en la cobertura de consejería en anticoncepción, que cae levemente entre el 2016 y 2018 para luego bajar de manera más pronunciada en el último bienio, alcanzando su valor más bajo en el 2019.

XI.3 Mortalidad Infantil

El siguiente segmento se propone presentar información sobre la mortalidad materno-infantil, mediante indicadores útiles para analizar las diferencias que se presentan al interior de la Ciudad de Buenos Aires. La determinación social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado puede comprenderse mediante el análisis de indicadores que contemplan las brechas y diferencias entre usuarios y usuarias del sistema de salud.

La tasa de mortalidad infantil es un indicador importante y necesario para dar cuenta de la situación de salud de la Ciudad. La misma se estima a partir del cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos, ampliado por 1.000, en un territorio determinado en el mismo año. Al ser un indicador sensible a las variaciones socioeconómicas, la mortalidad infantil se distribuye diferencialmente entre barrios y comunas de la Ciudad.

En el siguiente gráfico se presenta la evolución de los casos totales y las tasas de mortalidad infantil en la Ciudad, entre el 2015 y el 2020.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA

Desde el 2015 al 2020, la mortalidad infantil disminuyó tanto en los casos absolutos como en su tasa. Para el año 2016 se observó un pico, con un descenso en los años subsiguientes y nuevamente un aumento tanto en casos como tasa en el año 2019. En el 2020 la mortalidad infantil disminuyó notoriamente, escenario que, según el Ministerio de Salud de la Nación¹⁸, podría relacionarse con la disminución de las enfermedades respiratorias que circularon, desplazadas por el Covid-19, cuya letalidad fue más alta en personas mayores.

A continuación, se presentan las tasas de mortalidad infantil entre 2016 y 2020, diferenciadas por las comunas que conforman las zonas sur, centro y norte de la CABA.

¹⁸ Ministerio de Salud de la República Argentina. (24 de mayo de 2022). <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-anuncio-un-nuevo-descenso-en-la-mortalidad-infantil#:~:text=La%20mayor%C3%ADa%20de%20las%20causas,pasaron%20a%20136%20en%202020>).

Tabla 4. Tasa de mortalidad infantil según zona de la Ciudad y comuna de residencia.
CABA. Años 2016-2020

Comuna	2016	2017	2018	2019	2020	Tendencia
ZONA SUR						
4	11,9	7,6	6,9	9,8	8,7	
7	8,5	7,8	4,0	8,9	6,1	
8	9,7	8,9	7,6	6,1	3,7	
9	10,1	5,2	9,9	6,6	7,5	
ZONA CENTRO						
1	9,5	5,3	6,3	8,8	5,9	
3	8,0	7,5	4,5	5,6	3,1	
5	8,5	7,8	3,4	7,6	6,2	
6	2,4	5,8	6,8	4,8	2,8	
10	3,6	6,3	4,9	7,0	3,1	
11	6,2	8,8	3,9	5,2	2,9	
ZONA NORTE						
2	3,6	3,1	5,0	6,3	3,6	
12	7,1	5,2	6,1	7,8	1,1	
13	4,5	5,5	4,5	4,1	3,0	
14	3,2	5,4	3,9	7,3	4,0	
15	6,4	8,2	6,1	7,1	2,6	
Total CABA	7,2	6,7	5,7	7,1	4,5	

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA

Se observa que, para todo el período analizado, la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires es la que presenta mayores tasas de mortalidad infantil. Para cada año, la comuna con tasa de mortalidad más alta perteneció a la zona sur. A su vez, la comuna 4 presentó la tasa más elevada de la CABA en tres de los cinco años analizados (2016, 2019 y 2020). Por otro lado, en la zona centro coexisten realidades heterogéneas, pudiéndose observar mayor rango entre las tasas de las comunas que la conforman. Finalmente, la zona norte de la CABA fue, en general, la que presentó menores tasas de mortalidad infantil. Estas medidas permiten reconocer que las comunas del sur de la Ciudad son las que presentan mayor riesgo de mortalidad infantil.

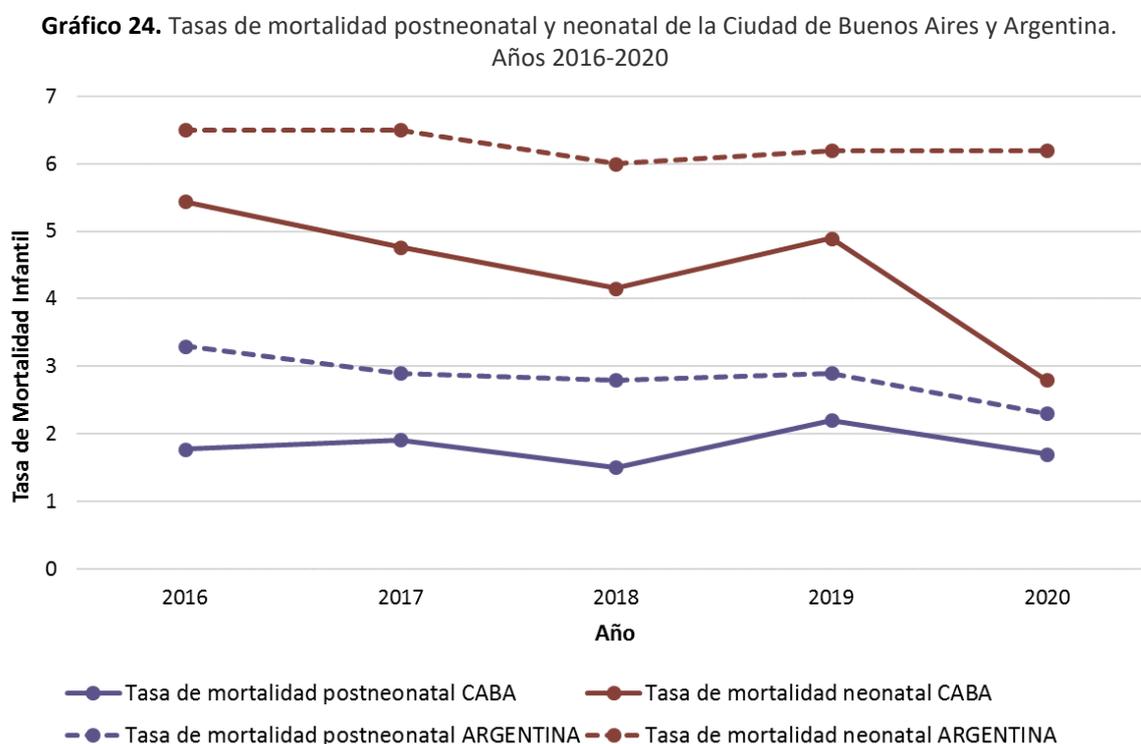
La tasa de mortalidad infantil puede desagregarse en las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal, que se diferencian según la edad del fallecimiento. La mortalidad neonatal es una medida que se basa en la cantidad de niños fallecidos en los primeros 27 días de la vida extrauterina sobre el total de nacidos vivos del mismo año, mientras que la mortalidad postneonatal se calcula con el número de niños fallecidos entre los 28 días y el año de vida del niño sobre el total de nacidos vivos del mismo año.

La tasa de mortalidad neonatal está vinculada a eventos congénitos y afecciones perinatales, suele ser más difícil de reducir respecto de la tasa de mortalidad postneonatal.

Por su parte, la tasa de mortalidad postneonatal se relaciona fuertemente a condiciones ambientales, habitualmente asociada a infecciones, diarreas y trastornos respiratorios entre

otras causas. Si bien ambas tasas se vinculan con las condiciones socioeconómicas y la accesibilidad al sistema de salud, la tasa de mortalidad postneonatal es más sensible a los cambios en las condiciones de vida de la población.

Se presenta la tendencia de las tasas de mortalidad neonatal y postneonatal de la CABA y Argentina entre 2015 y 2020.



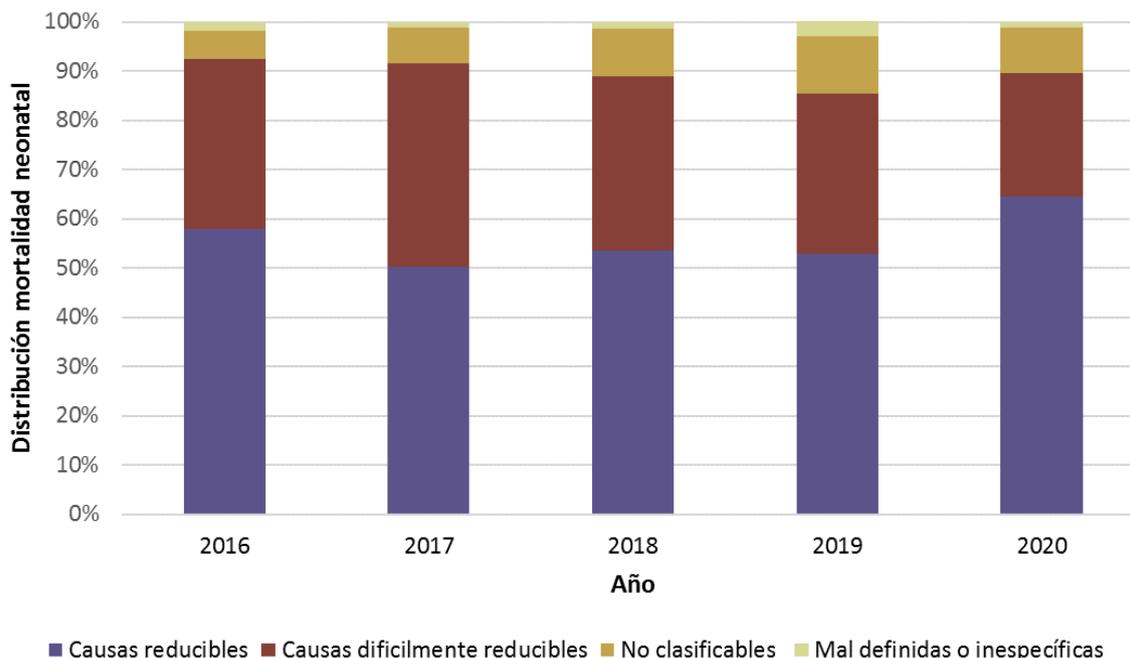
Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA y Ministerios de Salud y Desarrollo Social de Argentina

Para todo el período analizado, las tasas de mortalidad neonatal fueron superiores a las tasas de mortalidad postneonatal. Para la CABA, esta diferencia entre tasas alcanzó sus valores más altos en el año 2016, mientras que en el 2020 la tasa de mortalidad neonatal registró un considerable descenso, achicando la brecha entre ambas tasas. Este descenso marcado en la tasa de mortalidad neonatal de la CABA para 2020 no se correspondió con la tendencia de la tasa de Argentina. Ambas tasas fueron menores en la Ciudad de Buenos Aires respecto del total del país a lo largo de todo el período analizado.

La importancia del accionar del sistema de salud y de las políticas públicas destinadas al sector salud toman especial consideración al evaluar las causas de muerte según criterios de reducibilidad. Estos criterios contemplan causas reducibles, difícilmente reducibles, no clasificables y mal definidas/inespecíficas. Las causas difícilmente reducibles se asocian habitualmente a anomalías congénitas y malformaciones genéticas, mientras que las reducibles son aquellas que pueden disminuir a partir de las que las acciones del sistema de salud, mediante estrategias de prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno en el

embarazo, parto y nacimiento. El siguiente gráfico presenta la distribución porcentual de la mortalidad neonatal según criterio de reducibilidad, entre 2016 y 2020.

Gráfico 25. Distribución porcentual de la mortalidad neonatal según criterio de reducibilidad. CABA. Años 2016-2020

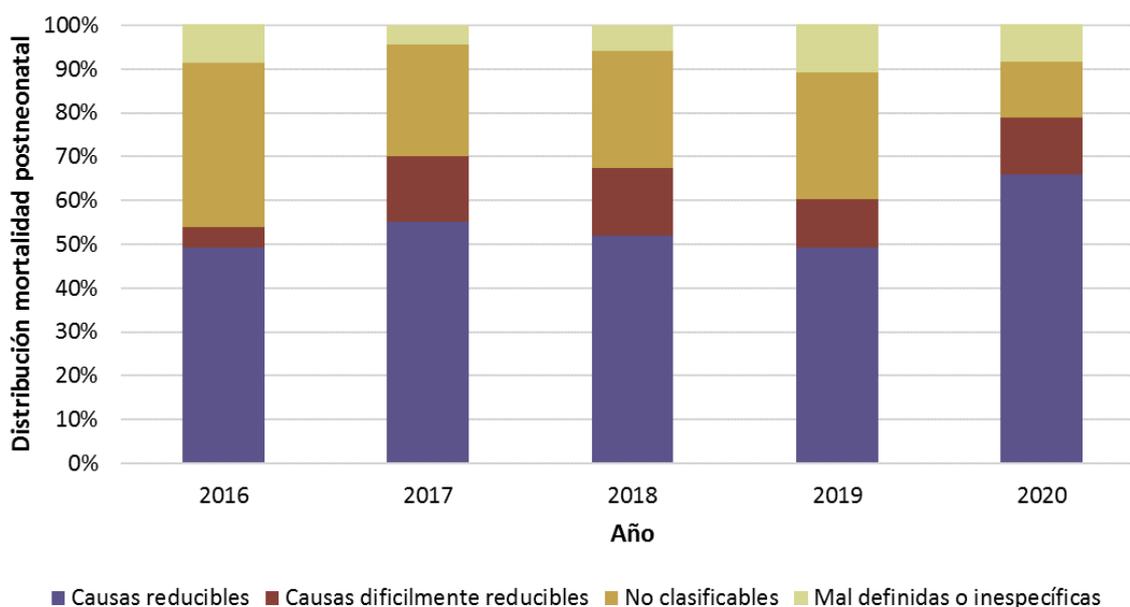


Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA

Al observar la distribución de la mortalidad neonatal según criterio de reducibilidad, se observa que, entre el 2017 y 2020, las muertes clasificadas como reducibles aumentaron su porcentaje, mientras que las difícilmente reducibles, lo redujeron.

Las causas reducibles fueron las más frecuentes en menores de 28 días en todos los años analizados. Para 2020, estas causas alcanzaron cerca del 65% del total de las muertes de menores de 28 días, siendo el valor más alto de toda la serie analizada. Respecto a las causas clasificadas como difícilmente reducibles, en 2017 constituyeron más del 40% del total de la mortalidad infantil, mientras que en 2020 se redujeron en un 25%.

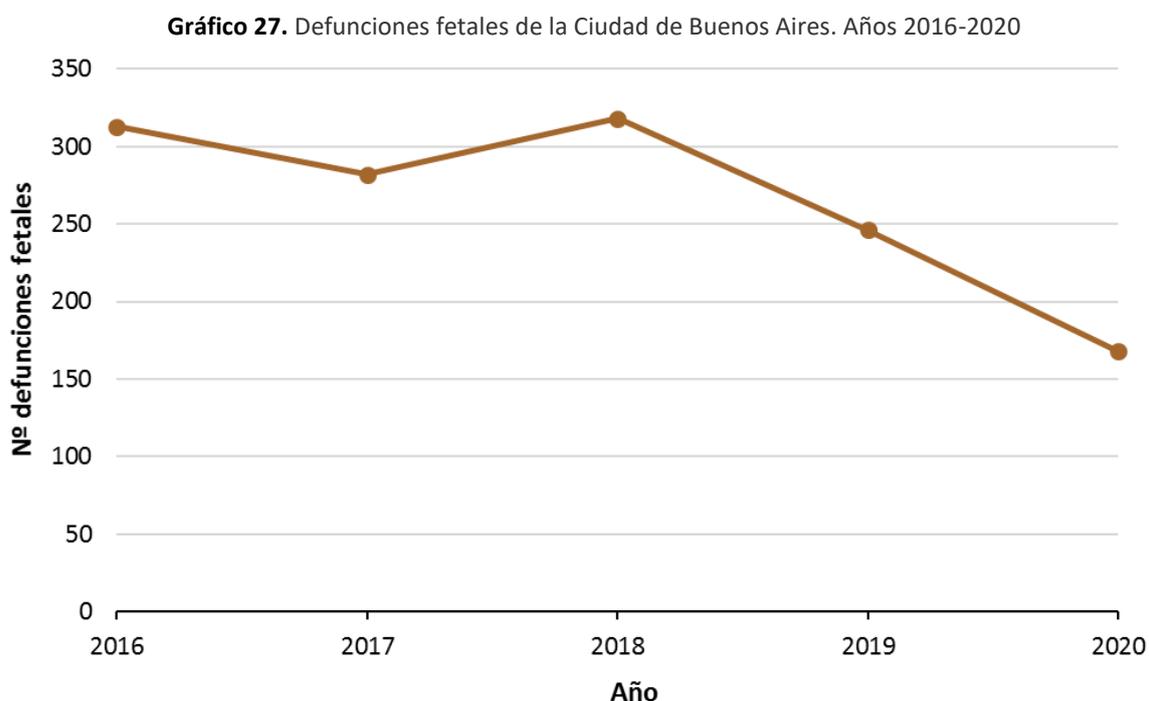
A continuación, se presenta la distribución porcentual de la mortalidad postneonatal, según criterio de reducibilidad, entre 2016 y 2020.

Gráfico 26. Distribución porcentual de la mortalidad postneonatal según criterio de reducibilidad. Años 2016-2020.

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA

En el caso de los mayores de 28 días y menores de 1 año, las causas reducibles de muerte conformaron cerca del 50% entre 2016 y 2019, mientras que en 2020 constituyeron el 65% de la totalidad de muertes. Por su parte, las causas difícilmente reducibles fueron de menos del 5% en el 2016, mientras que entre 2017 y 2020 oscilaron entre el 10 y el 15% de la totalidad. Para este grupo etario, se tornan especialmente relevantes las causas no clasificables, que alcanzaron en 2016 casi un 38% del total, se mantuvieron estables entre 2017 y 2019 entre el 25 y el 30% y finalmente, en 2020, descendieron a menos del 15%. El gráfico permite mostrar que, a lo largo del período, las causas reducibles aumentaron a medida que las no clasificables se redujeron.

Se denomina defunción fetal a la muerte de un producto de la concepción, antes de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la persona gestante, independientemente de la duración del embarazo. A continuación, se presenta la tendencia de las defunciones fetales en la Ciudad de Buenos Aires, entre 2016 y 2020.



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA

El número de defunciones fetales en la Ciudad de Buenos Aires presenta un descenso de casos desde el 2016 hasta el 2020, a excepción del año 2018 en el que se observa el pico más alto de toda la serie temporal, alcanzando un total de 318 muertes fetales en toda la CABA. La razón de muertes fetales sobre nacidos vivos más alta de todo el período fue la del 2018 (34.640 nacidos vivos/318 defunciones fetales, lo que arroja un valor de 0,009). Por otro lado, la razón más baja fue la del año 2020, año que también registró el número absoluto de defunciones fetales más bajo de todo el período (27.529 nacidos vivos/168 defunciones fetales, razón de 0,006). En términos porcentuales, entre 2016 y 2020 el número de defunciones fetales se redujo en un 46%.

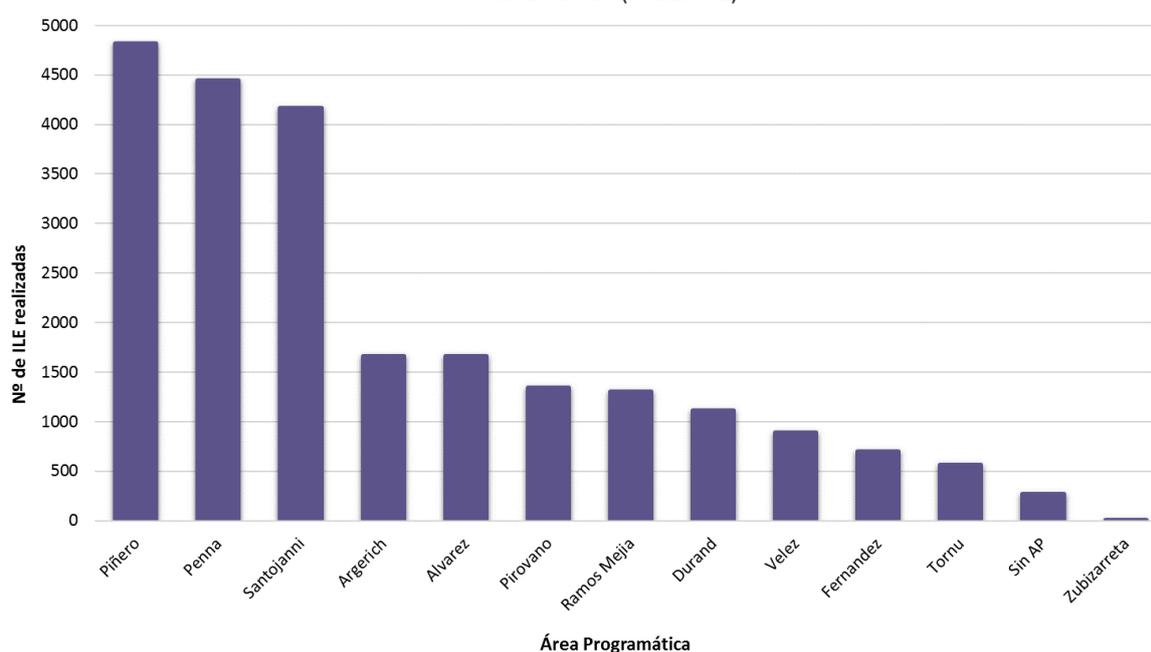
XI.4 Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual y reproductiva es una arista importante a la hora de pensar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una perspectiva integral. A continuación se presentará un análisis sobre la situación de salud sexual y reproductiva de la Ciudad, para lo que se tomaron datos de la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la

Ciudad, algunos de los cuales fueron publicados en el último informe titulado “Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020”.¹⁹

Se muestran las Interrupciones Legales de Embarazo (ILEs) realizadas entre 2017 y 2020 según Área Programática en la que fueron realizadas.

Gráfico 28. Cantidad de ILE realizadas según Área Programática de la institución donde se atendió. CABA. Años 2017-2020 (n=22.962)



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

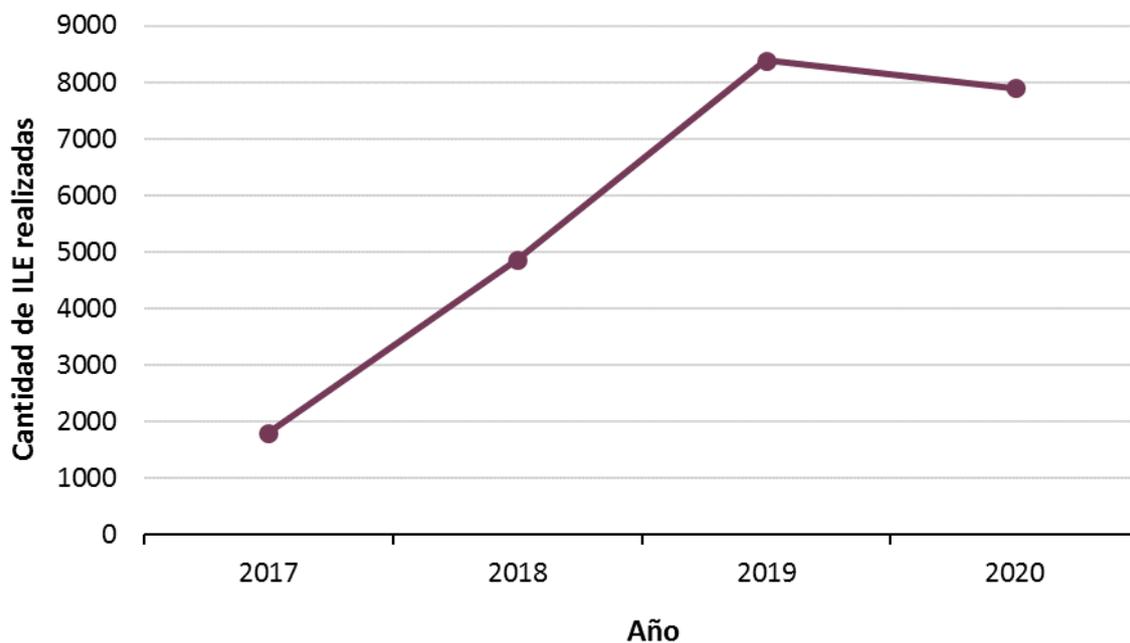
La zona sur de la Ciudad de Buenos Aires es la zona que concentra mayor parte de población con cobertura de salud exclusiva del subsector público, y a su vez, presenta la mayor cantidad de Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad. Los CeSAC son los establecimientos que realizan la mayoría de los procedimientos de ILE (gráfico N°30 - Porcentaje de ILE realizadas en CeSAC de la CABA. Años 2016). En la misma línea, el gráfico presentado permite verificar que la mayor parte de las interrupciones legales del embarazo se realizan en establecimientos dependientes de las Áreas Programáticas de los hospitales Piñero (21%), Penna (19%) y Santojanni (18%). En contraparte, las áreas del Zubizarreta, Tornú y Fernández fueron las de menor atención a situaciones de ILE. Esta información permite dar cuenta de la mayor demanda de estos procedimientos en la zona sur respecto de las otras zonas de la CABA. Finalmente, los efectores sin Área Programática que informan

¹⁹ Coordinación Salud Sexual, VIH, e ITS. Ministerio de Salud del GCBA. *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020*.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_ssy_r_caba_2020.pdf

procedimientos de ILE son los Hospitales Elizalde, Gutiérrez, Rivadavia y Maternidad Sardá (Informe SSRR, 2020).

Se muestra la cantidad de ILE realizadas anualmente, entre 2017 y 2020.

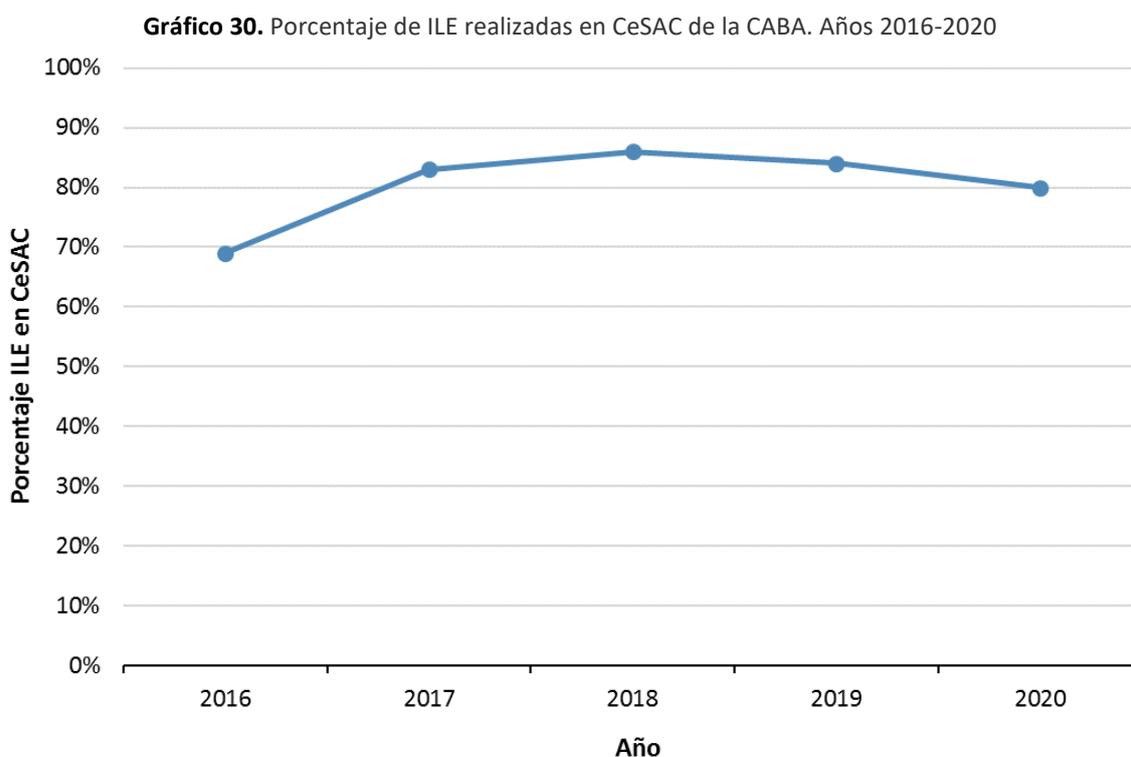
Gráfico 29. Cantidad de ILE realizadas en efectores del subsector público de la Ciudad de Buenos Aires. Años 2017-2020 (n=22962)



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

Respecto a la evolución de las situaciones atendidas en el transcurso del período analizado, se puede ver un aumento del 363% entre el 2017 (con 1811 ILE realizadas) y 2019 (con 8388). Es posible que el lugar en la agenda política que tuvo esta temática en los últimos años, haya contribuido al notorio aumento de la demanda que se evidencia en el lapso analizado. Por otro lado, para 2020 se observa un leve descenso respecto del 2019, esto podría estar relacionado a la implementación del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) y a las dificultades de acceso al sistema de salud en contexto de pandemia.

A continuación, se presenta el porcentaje de ILE realizadas en CeSAC entre 2016 y 2020.



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

Los lineamientos para la atención de las Interrupciones Legales del Embarazo indican que con una edad gestacional igual o menor a 12,6 semanas, el uso de misoprostol exclusivo es la metodología que debería priorizarse. Debido a que es un tratamiento ambulatorio pasible de ser suministrado en los CeSAC, y que estos centros suelen ser la puerta de entrada al sistema de salud, es esperable que buena parte de ILE haya sido realizadas en los centros de salud.

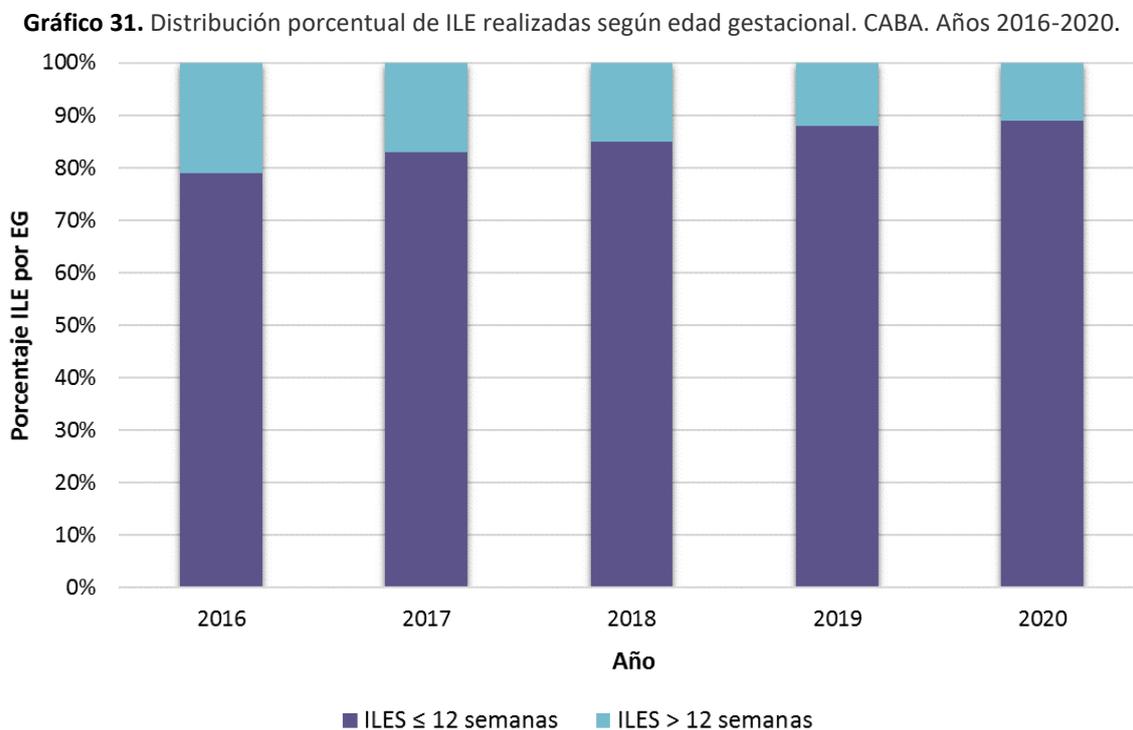
El gráfico analizado da cuenta de la situación que se describe. Con excepción del año 2016, año en el que las ILE en los CeSAC fueron casi el 70% del total de las interrupciones, entre el 2017 y el 2020, dicho porcentaje superó el 80%. El año 2018 registró el porcentaje más alto de ILE realizadas en CeSAC, con un 86%. Según el último Informe de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: Situación y respuesta 2020, la caída del porcentaje de acceso a ILES en CeSAC en 2020 “Podría deberse a las limitaciones en el acceso ocasionadas por la pandemia COVID-19, en particular de las personas residentes en otros municipios que concurren para atender su salud a efectores porteños.” (Informe SSRR, 2020, p. 38).²⁰

En el mismo sentido, la edad gestacional al momento de la interrupción es un indicador importante al analizar la accesibilidad al sistema, debido a que una edad gestacional superior

²⁰Coordinación Salud Sexual, VIH, e ITS. Ministerio de Salud del GCBA. *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2020*. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/situacion_y_respuesta_ssyr_caba_2020.pdf

a las 12,6 semanas requiere la atención en el nivel hospitalario. Si bien existen algunos casos de personas que acuden directamente a los hospitales de la CABA, la mayor parte de las ILE menores a esa edad gestacional, son realizadas en el nivel local.

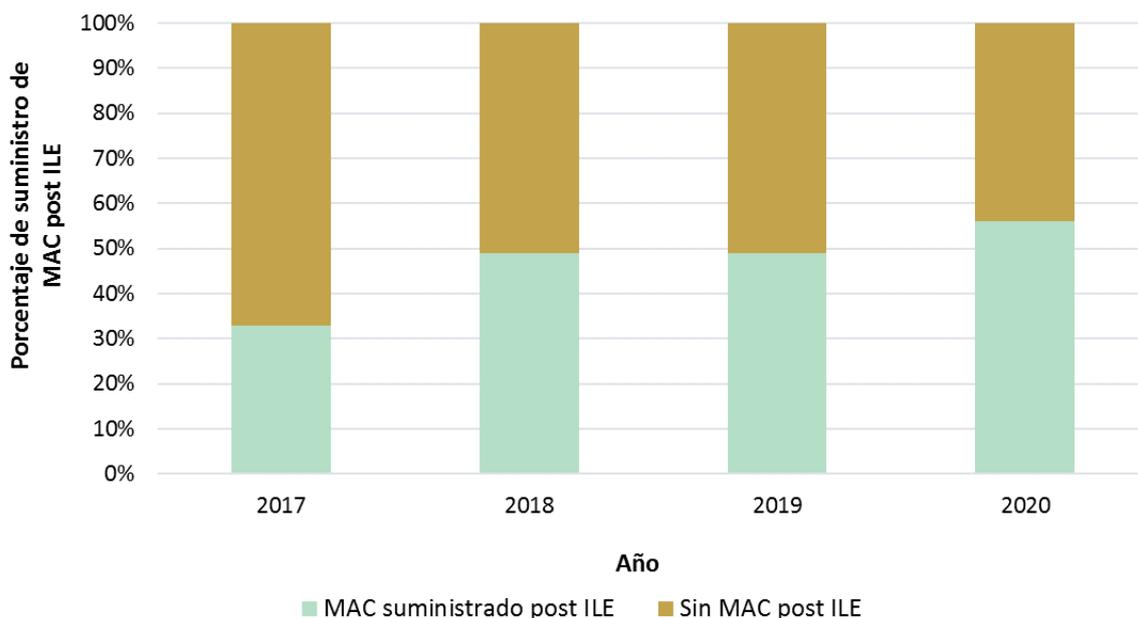
A continuación, se presentan los porcentajes de personas gestantes que accedieron a una ILE según semana de gestación.



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

Se puede observar un progresivo aumento en el porcentaje de personas gestantes atendidas por ILE hasta las 12 semanas de gestación. Mientras que en el 2016 ese porcentaje se acercó al 80% de las ILE, para 2020 aumentó hasta casi el 90%. Las propuestas de mejora en las estrategias de comunicación podrían tener impacto en estos indicadores, como resultado del acceso a la información oportuna.

El suministro de métodos anticonceptivos post acceso a ILE se presenta como una estrategia privilegiada de prevención y promoción de la salud. El porcentaje de personas gestantes que recibieron MAC se vuelve así un indicador sumamente importante para la prevención de embarazos no deseados. A continuación, se presenta el porcentaje de MAC suministrados post ILE entre 2017 y 2020.

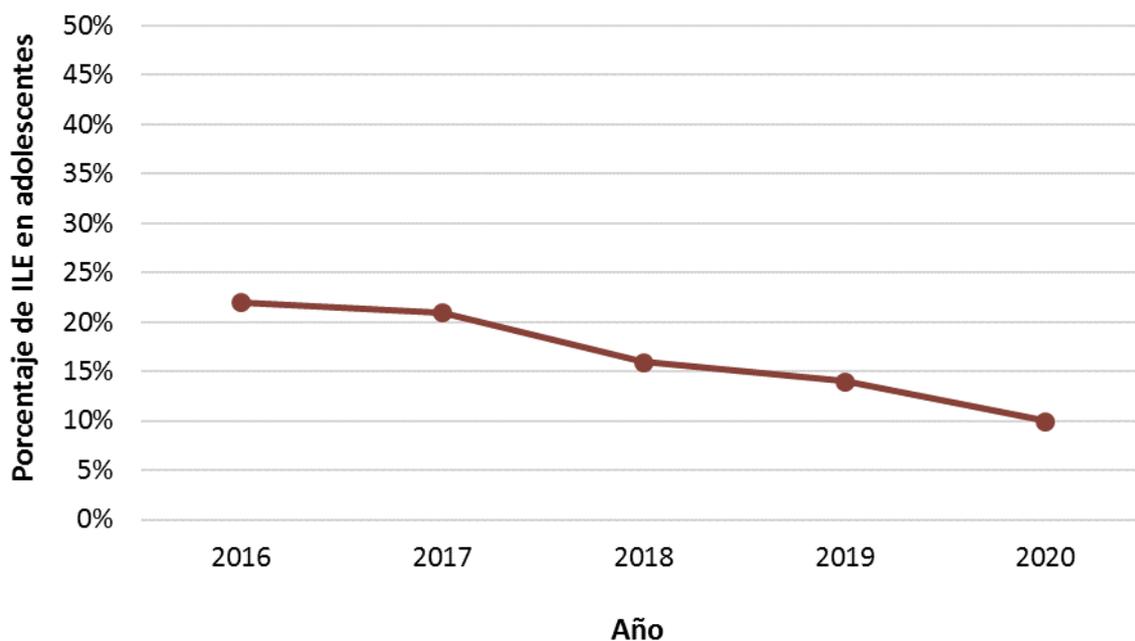
Gráfico 32. Porcentaje de métodos anticonceptivos suministrados post ILE en la CABA. Años 2017-2020.

Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

El porcentaje de MAC suministrados post ILE fue aumentando en el transcurso del período analizado. Para el inicio de la serie temporal analizada, en 2017, sólo el 33% de las personas gestantes que accedían a una ILE recibían MAC. Ese porcentaje logró aumentar al 56% en el año 2020. En este aspecto es importante tener en cuenta que:

- No se puede suponer que todas las personas que soliciten ILE desean acceder a un MAC.
- El presente análisis no contempla el suministro y uso de preservativos.
- No todas regresan al control post ILE, espacio en el que muchas veces se suministran los MAC.

En relación al grupo etario, es relevante el registro de aquellas ILE realizadas en adolescentes. Se expone en el siguiente gráfico, la distribución porcentual y el número total de ILE realizadas a adolescentes.

Gráfico 33. Porcentaje de ILE realizadas en usuarias adolescentes. CABA. Años 2016-2020.

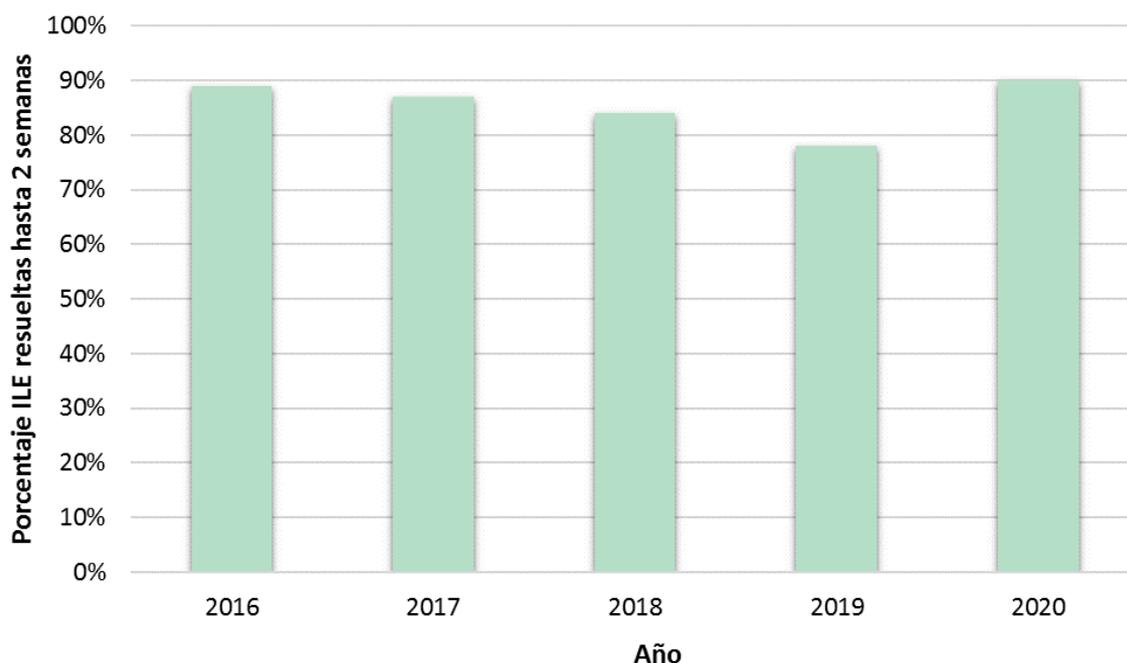
Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

Según se observa en el gráfico, el porcentaje de personas de entre 10 y 19 años del total de ILE atendidas presenta una tendencia descendente desde el 2017. En términos porcentuales, la proporción de ILE realizadas en adolescentes descendió del 22% en 2016 al 10% en 2020. No obstante, dicha disminución porcentual no implicó un descenso en el número absoluto de ILE realizadas en adolescentes, que incrementó entre el 2016 y 2019, manteniéndose en números similares en 2020.

El tiempo de respuesta entre la solicitud de la ILE y su realización es un indicador importante que da cuenta de la calidad de los servicios de salud y su capacidad para el abordaje de estas situaciones. Los protocolos para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo exhortan a los profesionales de la salud a garantizar el procedimiento lo más pronto posible.

El siguiente gráfico muestra el porcentaje de ILE realizadas en un plazo de hasta dos semanas desde la toma de conocimiento del personal de salud.

Gráfico 34. Porcentaje de ILE resueltas en las primeras dos semanas desde la solicitud. CABA. Años 2016-2020



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

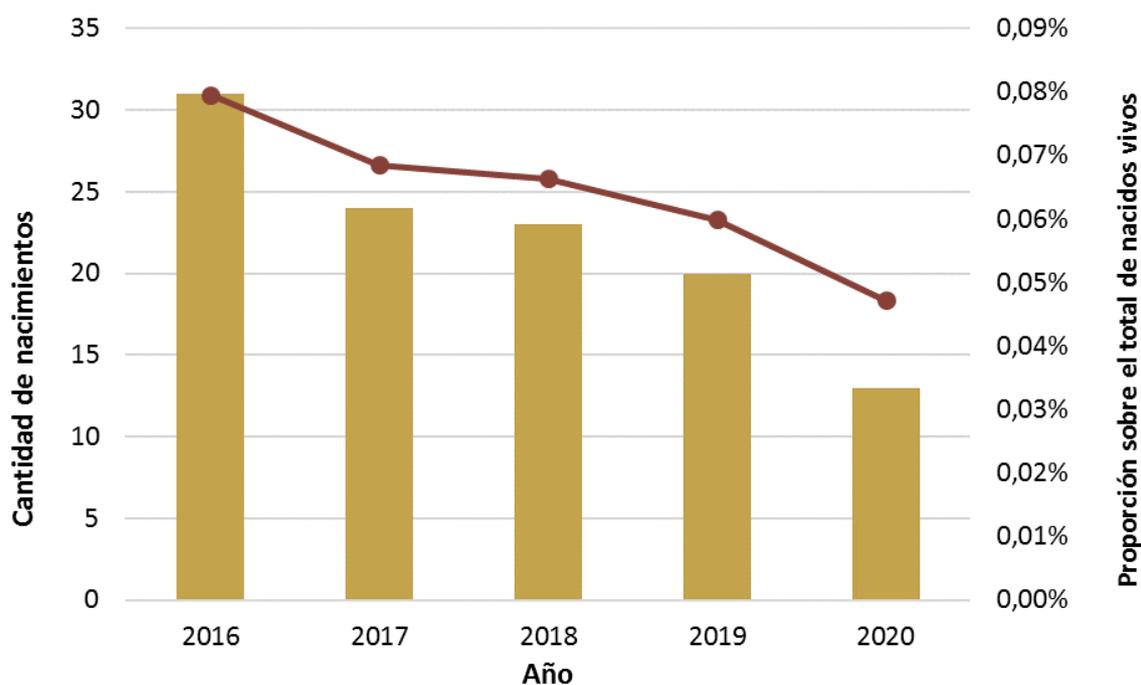
El porcentaje de ILE resueltas hasta las 2 semanas de su solicitud se mantuvo sobre el 80%, a excepción del año 2019, en donde cayó al 78%. Para el año 2020, el indicador aumentó a su valor más alto de todo el período analizado, alcanzando el 90% de las interrupciones realizadas. Según el último Informe de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires, en el 2020 el promedio de tiempo de espera rondó los 5 días, mientras que para el 2019 había sido de 11 días. El propio informe señala que los equipos de salud aumentaron su capacidad resolutoria para disminuir los desplazamientos de las usuarias, a partir de las dificultades surgidas por la medida de ASPO.

XI.5 Embarazo adolescente

Tomando como referencia la definición de la OMS, se establece como adolescencia temprana la que va de 10 a 14 años y como adolescencia tardía la que se extiende entre los 15 y 19 años. El análisis de la maternidad en la adolescencia temprana representa implicancias del orden social y de salud importantes para la planificación e implementación de políticas orientadas hacia este grupo poblacional, que se caracteriza por su vulnerabilidad a embarazos posteriores a violación u otras formas de coerción.

A continuación, se presenta la situación de la maternidad durante la adolescencia temprana para la CABA entre los años 2016-2020. Se expresa la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción sobre el total de nacidos vivos para cada año.

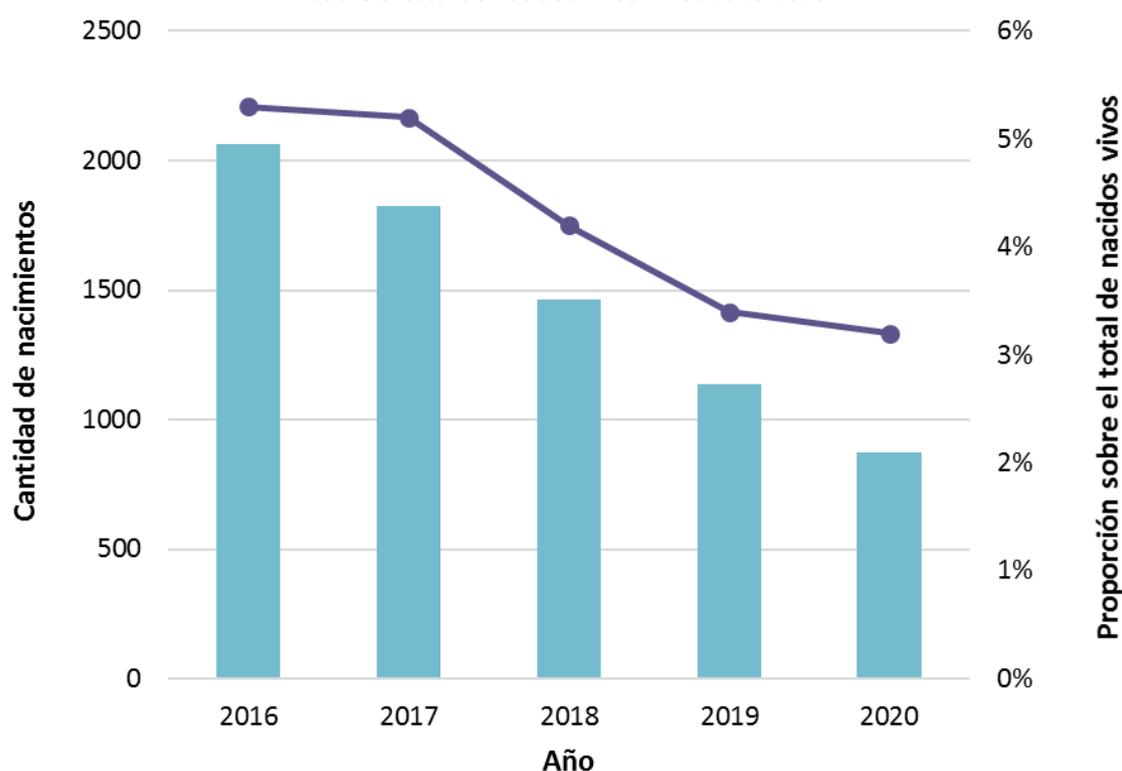
Gráfico 35. Cantidad de niños nacidos de mujeres residentes de CABA menores de 15 años y proporción sobre el total de nacidos vivos. Años 2016-2020.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

Se observa que, tanto la cantidad absoluta de nacimientos en adolescentes menores de 15 años como la proporción que los mismos representaron sobre el total de nacidos vivos, han experimentado un descenso continuo desde el año 2016 hasta el 2020. Para la cantidad absoluta de partos, se observa un descenso de más de la mitad de los casos entre el inicio y el final del periodo analizado. Los descensos más pronunciados han ocurrido entre los años 2016 y 2017, y entre el 2019 y el 2020 para ambos indicadores. Así, por ejemplo, entre las menores de 15 años, 31 niñas tuvieron un parto en 2016, lo que representó el 0,08% de los nacidos vivos de ese año. Para el año 2020 fueron 13 niñas que tuvieron un parto, lo que representó el 0,047% de los partos ocurridos.

En el siguiente gráfico se presenta la situación de la maternidad durante la adolescencia tardía para la CABA entre los años 2016-2020. Al igual que para la maternidad en la adolescencia temprana, se muestra la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción sobre el total de nacidos vivos para cada año.

Gráfico 36. Cantidad de niños nacidos de mujeres residentes de CABA de entre 15 y 19 años y proporción sobre el total de nacidos vivos. Años 2016-2020

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

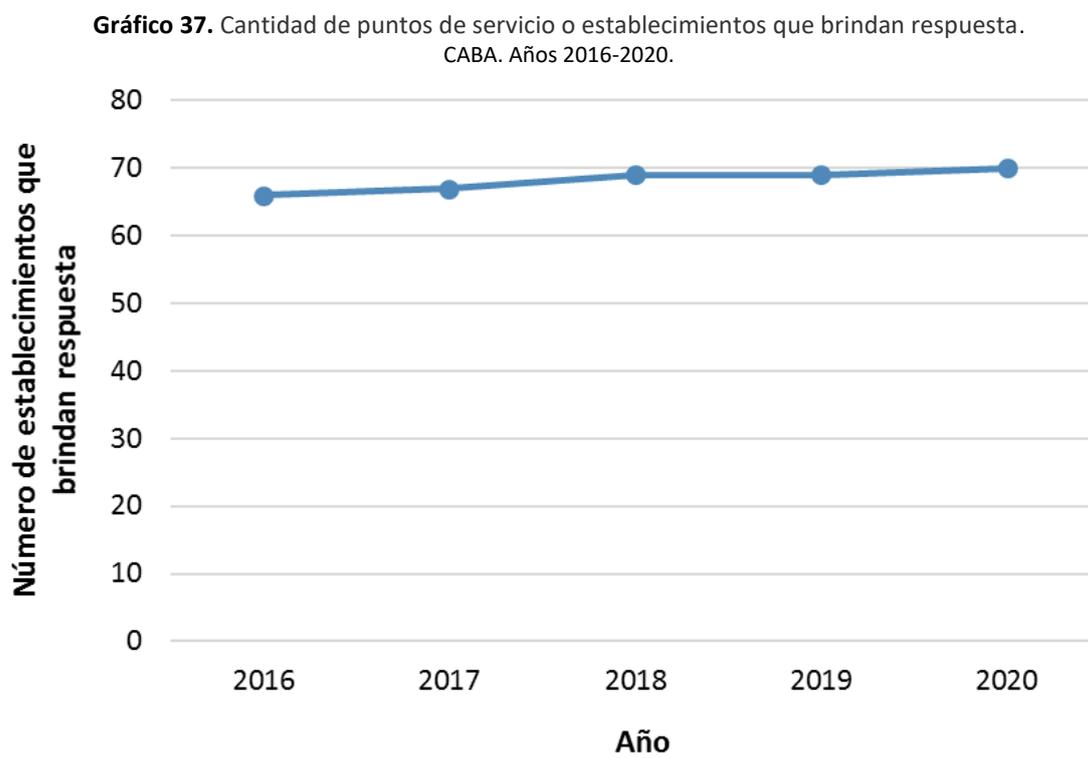
Durante el periodo analizado, se observa un descenso continuo de los dos indicadores presentados. Para la cantidad absoluta de partos, el descenso fue similar para cada año, evidenciándose un descenso total del 58% entre el inicio y el fin del periodo. Al analizar la evolución de la proporción que estos partos representaron sobre el total de nacidos vivos, se observa un descenso sostenido en todo el periodo, destacándose especialmente su disminución entre los años 2017 y 2019.

Considerando que un embarazo durante la adolescencia puede condicionar actividades como la asistencia escolar, la participación en la actividad económica, el uso del tiempo libre, y causar trastornos de la órbita psicoafectiva, se destaca la importancia de continuar fortaleciendo políticas para su prevención y garantizando el cumplimiento de la Ley de Educación Sexual Integral.

XI.6 Acciones programáticas

Un indicador importante referido al tipo de acceso que brinda un programa de SSyR es la cantidad de “puertas de entrada” o “puntos de servicios” a través de los cuales la población puede recibir las prestaciones (OMS/UNFPA, 2009).

En el siguiente gráfico se puede observar el número de establecimientos del sistema público de salud en los cuales hubo al menos un equipo que brindó respuesta en SSyR entre los años 2016-2020.



Fuente: Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Ciudad.

Se evidencia un aumento de la cantidad de establecimientos durante el periodo bajo análisis. Los 70 establecimientos que brindaron respuesta en el año 2020 fueron: todos los centros de salud, todos los hospitales generales de agudos, el Hospital Grierson, la Maternidad Sardá, tres hospitales especializados infanto-juveniles, cuatro hospitales de Salud Mental, el Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz y el Hospital de Clínicas (Universidad de Buenos Aires).

XII. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS EVENTOS BAJO VIGILANCIA

XII.1 Introducción

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

En este capítulo se abordará la situación epidemiológica de los eventos de notificación obligatoria durante 2020. Cabe mencionar que, durante el año en análisis, para abordar la pandemia por COVID-19 se adoptaron medidas de aislamiento social y se reorganizaron los servicios de salud focalizando la atención del sistema sanitario. Esto impactó en una disminución en la notificación del resto de los ENO.

En primer lugar, se presentará una tabla consolidada por grupos de eventos. Luego se exhibirán apartados específicos con las notificaciones realizadas durante el período analizado para eventos seleccionados dada su frecuencia o relevancia; tales son las enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* (ETMAa), tuberculosis, infecciones gastroentéricas e infecciones de transmisión vertical (sífilis y Chagas congénitos), infecciones respiratorias (COVID 19) y enfermedades febriles exantemáticas

XII.2 Nota metodológica

Se presentan las notificaciones efectuadas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) en el período comprendido entre SE 1 y la SE 53 del año 2020. Las tasas fueron calculadas sobre datos poblacionales provenientes del Censo 2010 y proyecciones hasta 2020, provistos por la Dirección de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Además, se utilizó como fuente de información los datos provenientes de la Historia de Salud Integral que se encuentra actualmente en uso en hospitales públicos y CeSAC de la Ciudad.

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

residencia. Por lo tanto, dependiendo el evento, la información puede contener sesgos, para lo cual la GOE está trabajando continuamente en la mejora de la calidad de los datos.

XII.3 Tabla consolidada por grupo de evento

En las siguientes tablas se presenta el total de las notificaciones hasta la SE 53 de 2020 y se compara con el mismo período del año 2019, mostrando la variación absoluta (en eventos con menos de 20 casos) o porcentual (para los eventos con más de 20 casos).

Es importante destacar que en la tabla no se considera la enfermedad por coronavirus (COVID-19) por ser un evento único para el año 2020 pero si se expone la situación epidemiológica en un apartado de esta sección.

Tabla 5. Número de notificaciones de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO). Residentes de la CABA. Años 2019-2020.

Notificaciones de casos acumulados hasta la SE 53 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires					
Grupo de eventos	Evento	2019*	2020	Dif. de casos	Variación %
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO	168	137		-18
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	141	111		-21
	SÍFILIS CONGÉNITA	178	173		-3
	SÍFILIS EN EMBARAZADA	443	397		-10
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	19	6	-13	
	ARANEISMO	3	3	0	
	OFIDISMO	0	2	2	
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	296	139		-53
	DIARREAS BACTERIANAS	21	15	-6	
	DIARREAS VIRALES	3	2	-1	
	DIFTERIA	0	0		
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)	30	29		-3
Hepatitis	HEPATITIS A	24	7	-17	
	HEPATITIS B	76	58		-24
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	86	56		-35
	HEPATITIS C	80	31		-61
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	21	25		19
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE	87	18	-69	
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)	561	238		-58
	PAF	0	0	0	
	PAROTIDITIS	64	13	-51	
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	19	3	-16	
	POR METALES PESADOS	26	5	-21	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	90	36		-60
	POR OTROS TÓXICOS	16	1	-15	
	POR PLAGUICIDAS	4	4	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	0	0		

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje.

*Los datos presentados del año 2019 corresponden a la semana epidemiológica 52

Tabla 6. Número de notificaciones de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO). Residentes de la CABA. Años 2019-2020.

Notificaciones de casos acumulados hasta la SE 53 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires					
Grupo de eventos	Evento	2019*	2020	Dif. de casos	Variación %
Meningitis y Meningoencefalitis	POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0	-2	
	BACTERIANA POR OTROS AGENTES	6	2	-4	
	BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	5	2	-3	
	OTROS GERMENES NO BACT. NI VIRALES	0	0		
	TUBERCULOSA	2	4	2	
	POR OTROS VIRUS	6	0	-6	
	POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	10	4	-6	
	SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	47	24		-49
	MICOTICAS Y PARASITARIAS	6	0	-6	
	VIRALES POR ENTEROVIRUS	3	1	-2	
	VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	14	4	-10	
	VIRALES URLEANAS	0	0		
	POR NEISSERIA MENINGITIDIS	2	1	-1	
	TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0		
	Otras	LEPRA	6	4	-2
LISTERIOSIS		0	0		
BOTULISMO DEL LACTANTE		2	1	-1	
Tuberculosis	TUBERCULOSIS	1225	1209		-1
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	10	4	-6	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	342	12293		3494
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	23	4	-19	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	9	2	-7	
	FIEBRE AMARILLA	9	1	-8	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	6	1	-5	
	HANTAVIROSIS	111	21		-81
	PSITACOSIS	3	7	4	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	5	6	1	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	5	5	0	
	LEPTOSPIROSIS	51	22		-57
	PALUDISMO	18	6	-12	
	TRIQUEINOSIS	4	1	-3	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	18	3	-15	

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje.

*Los datos presentados del año 2019 corresponden a la semana epidemiológica 52

XII.4 Enfermedades gastroentéricas

XII.4.A Introducción

Las enfermedades gastroentéricas son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños. Diversos factores confluyen en la producción de este evento, los cuales se deben a condiciones de vida precarias tales como: malnutrición, fuentes de agua no aptas para el consumo y alimentos elaborados o almacenados de manera inadecuada.

Las diarreas pueden ser de origen viral, bacteriano y parasitario, entre otras causas, y pueden transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente²¹. Las diarreas virales suelen afectar a lactantes y niños pequeños. Presentan comienzo brusco, vómitos y fiebre que preceden al comienzo de las deposiciones.

Las diarreas bacterianas son más frecuentes en época estival en niños mayores y se relacionan con condiciones de vida deficitarias. Las diarreas acuosas, con moco y sangre, pueden corresponder a disentería y asociarse con síndrome urémico hemolítico (SUH). La mayoría son causadas por *Shigella*, *E. coli* enterohemorrágica productora de verotoxina similar *Shigella* y menos frecuentemente por *Salmonella*.

Las diarreas agudas sanguinolentas (DAS) forman parte del grupo de enfermedades gastrointestinales. Pueden variar en su forma de presentación, desde la presencia de estrías sanguinolentas hasta colitis hemorrágica, con o sin fiebre, cólicos o dolor abdominal. Son causadas por agentes bacterianos, virales o parasitarios, con una forma de comienzo súbito y una duración no superior a 14 días.

En este apartado se analizan las diarreas agudas, las diarreas agudas sanguinolentas y el síndrome urémico hemolítico.

XII.4.B Diarreas agudas

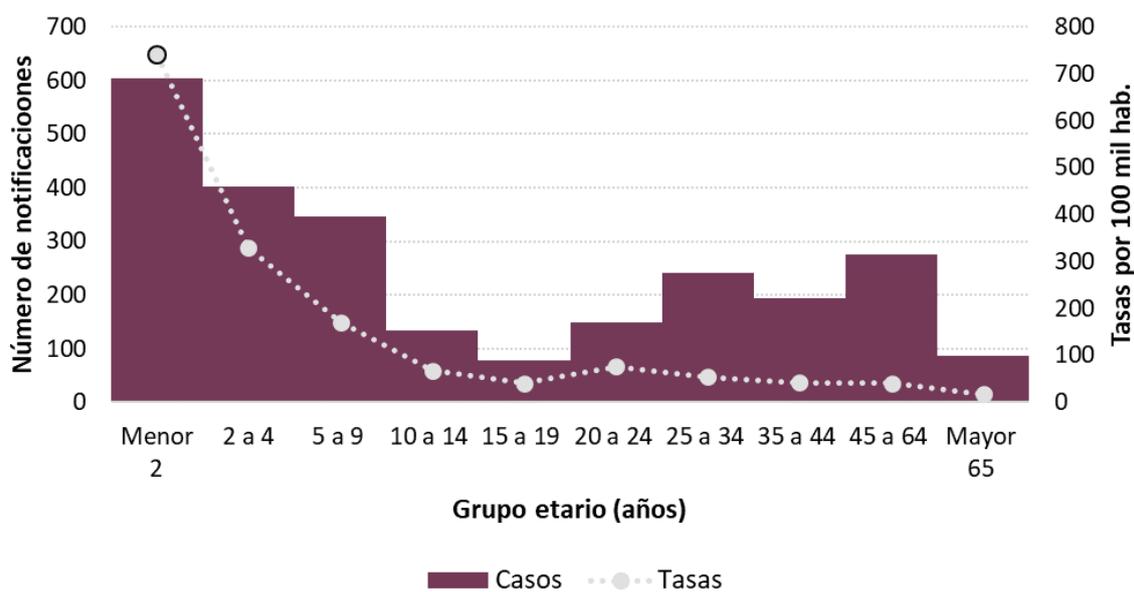
Las diarreas agudas son un evento de notificación obligatoria cuya modalidad es agrupada y la realizan los CeSAC y seleccionados hospitales públicos de la Ciudad.

²¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>. En este apartado de sistematización semanal no es posible dar cuenta de la complejidad multifactorial que este evento muestra en su emergencia. Pero se pretende recalcar que es una de las patologías donde las condiciones básicas de vida, el acceso a servicios y los determinantes económico-sociales estructurales más impactan en la morbimortalidad y gravedad general de las poblaciones que las padecen.

Para este análisis se incluyen únicamente las notificaciones realizadas por los Centros de Salud de la CABA.

A continuación, se presentan las notificaciones y tasas por 100 mil habitantes de diarreas agudas por grupo etario.

Gráfico 38. Número de notificaciones y tasas por 100 mil habitantes de Diarreas Agudas por grupo etario. Residentes de CABA. Año 2020. (n=2511)



Fuente: SNVS 2.0

Como puede observarse, las mayores tasas de notificación corresponden al grupo de menores de 2 años.

Para poder evidenciar la distribución espacial de los casos notificados, se exponen a continuación las comunas de los CeSAC que realizan las notificaciones.

Tabla 7. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de Diarreas Agudas según comuna de notificación. Año 2020. Residentes de CABA.

Comuna	Casos	Tasas
1	337	131,4
2	0	-
3	66	34,1
4	412	171,6
5	11	5,9
6	0	0,0
7	290	119,9
8	993	433,7
9	120	70,1
10	31	18,2
11	30	15,8
12	116	54,0
13	0	-
14	66	29,1
15	39	21,4
Total CABA	2511	81,6

Fuente: SNVS 2.0

En relación con las características clínicas y epidemiológicas la mayor cantidad de casos y tasas de incidencia se concentran en las comunas del sur de la Ciudad.

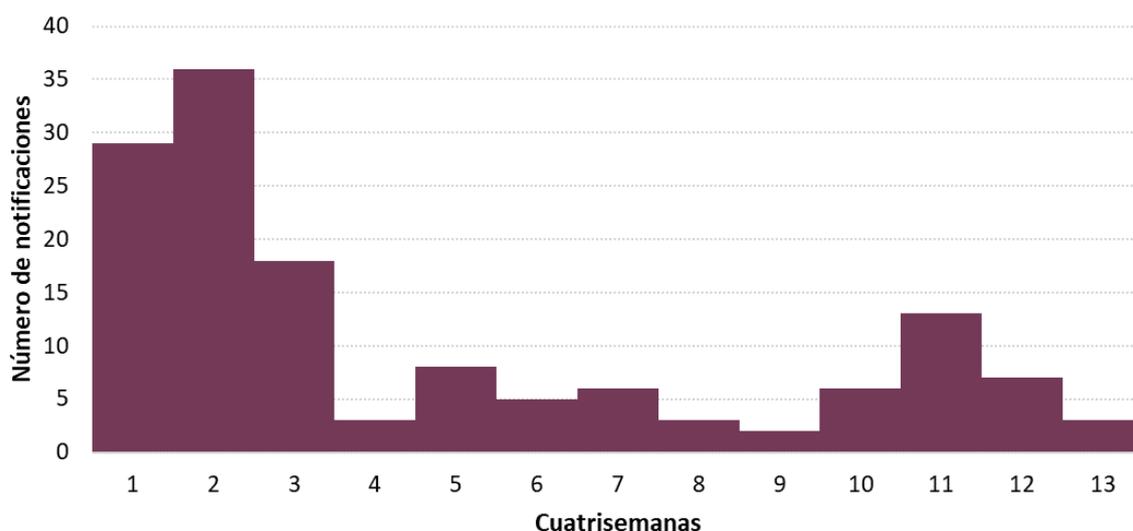
Cabe destacar que en las comunas 2, 6 y 13 no se presentan casos dado que no se encuentran CeSAC en la zona.

XII.4.C Diarreas agudas sanguinolentas

Durante el año 2020 hasta la SE 53 se notificaron 139 casos de DAS en residentes de la CABA.

A continuación, se presentan los casos notificados según cuatrisesmana epidemiológica.

Gráfico 39. Número de notificaciones de Diarreas Agudas Sanguinolentas por cuatrisesmana epidemiológica (hasta C13). Residentes de CABA. Año 2020. (n=139)

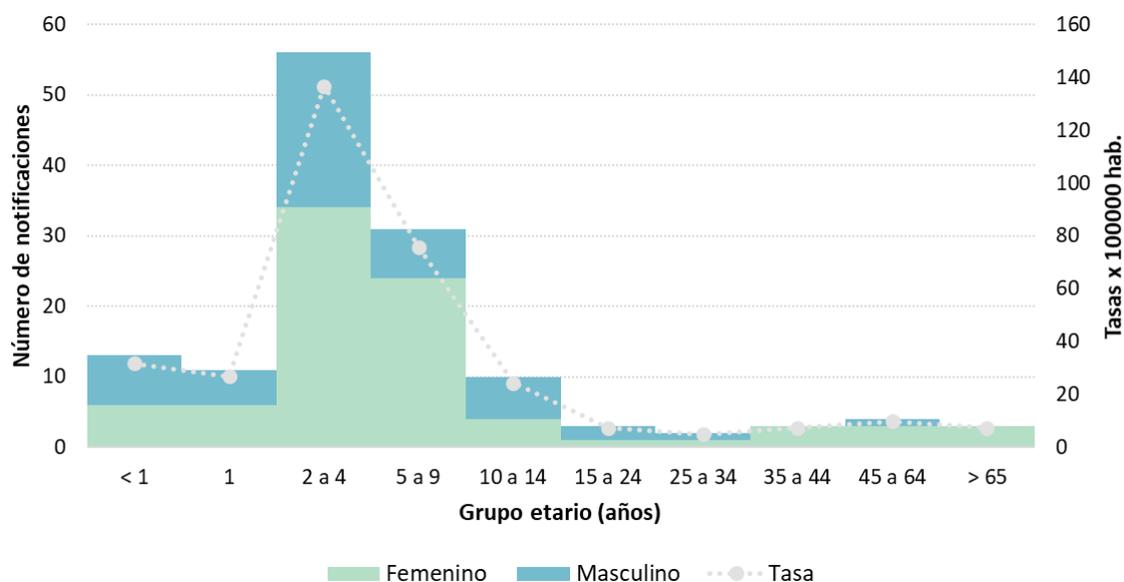


Fuente: SNVS 2.0

Conforme a lo esperado para dicha enfermedad, se observa una distribución estacional presentando un mayor número de notificaciones durante la temporada estival.

En el siguiente gráfico se presentan el número de notificaciones y tasas de DAS según grupo etario y sexo para el año 2020 hasta SE 53.

Gráfico 40. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de DAS por grupo de edad y sexo. Hasta SE 53. Residentes de CABA. Año 2020. (n=139)



Fuente: SNVS 2.0

Se observa que el grupo de 2 a 9 años representan el 65% de las notificaciones. En cuanto a la distribución por sexo predomina el sexo femenino.

En la siguiente tabla, se exponen las notificaciones de DAS según comunas residencia de la Ciudad.

Tabla 8. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de DAS según comuna. Hasta SE 53. Residentes de CABA. Años 2019-2020.

Comunas	2019		2020		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	44	17,2	16	6,2	-28
2	4	2,7	1	0,7	-3
3	16	8,3	7	3,6	-9
4	36	15,0	15	6,2	-21
5	1	0,5	5	2,7	4
6	2	1,1	4	2,2	2
7	64	26,5	26	10,7	-38
8	46	20,1	28	12,2	-18
9	19	11,1	6	3,5	-13
10	5	2,9	5	2,9	0
11	4	2,1	1	0,5	-3
12	16	7,4	9	4,2	-7
13	17	7,2	1	0,4	-16
14	8	3,5	2	0,9	-6
15	8	4,4	8	4,4	0
Desconocidos*	6		5		-1
Total CABA	296	9,6	139	4,5	-157

Fuente: SNVS 2.0.* Sin dato de comuna

Tanto en las notificaciones durante el 2019 como en el 2020, las comunas del sur concentraron la mayor cantidad de notificaciones. Se registró una disminución del 53% sobre el total de notificaciones durante el año 2020.

XII.4.D Síndrome urémico hemolítico (SUH)

Para el año 2020 hasta la SE 53 se notificaron 29 casos de SUH en residentes de la CABA que representaron el 9,5% de las notificaciones totales a nivel país (n = 305). La tasa de incidencia para todos los grupos de edad en la CABA fue de 0,90 por cada 100.000 habitantes, un 34,5% más alta que la tasa del total del país que fue de 0,67 casos por cada 100.000 habitantes para el 2020.²²

En la siguiente tabla se presentan los casos notificados según comuna de residencia.

²²Ministerio de Salud Argentina. (2021). Boletín Integrado de Vigilancia N°560, SE 30/2021. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-09/biv_560_se_30_con_informe_SUH.pdf

Tabla 9. Número de notificaciones de SUH según comuna. Hasta SE 53.
Residentes de CABA. Años 2019-2020.

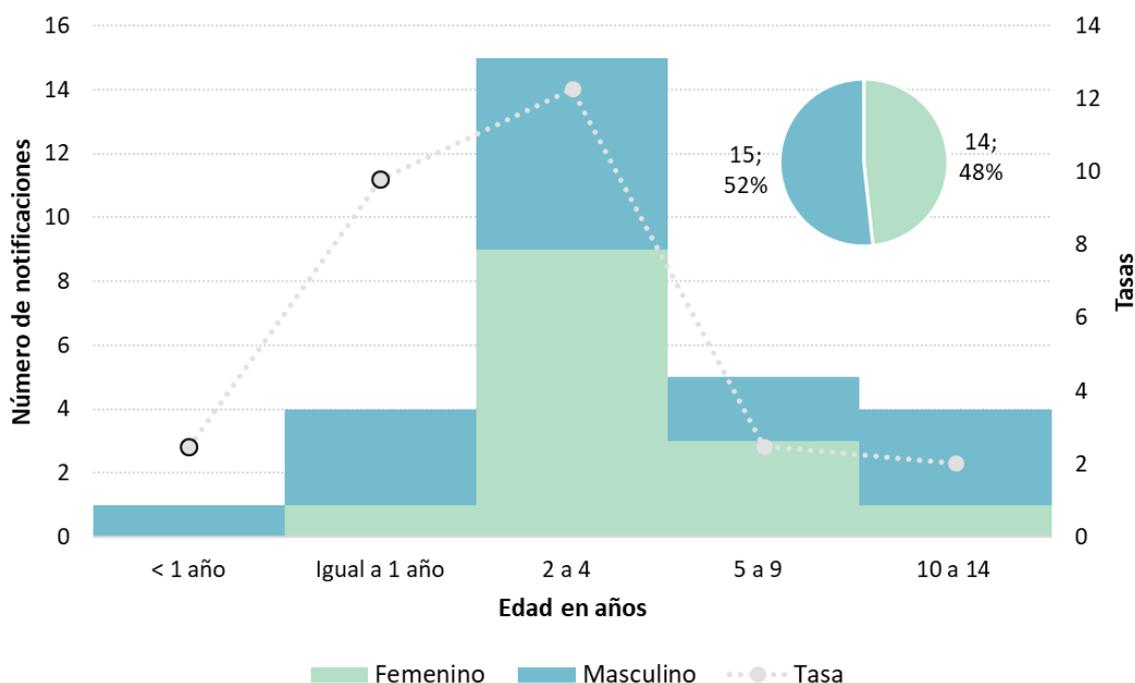
Comunas	2019	2020	Diferencia de casos
COMUNA 1	2	5	3
COMUNA 2	2	2	0
COMUNA 3	2	3	1
COMUNA 4	3	3	0
COMUNA 5	2	2	0
COMUNA 6	1	0	-1
COMUNA 7	2	2	0
COMUNA 8	2	3	1
COMUNA 9	1	0	-1
COMUNA 10	4	0	-4
COMUNA 11	2	2	0
COMUNA 12	0	2	2
COMUNA 13	5	2	-3
COMUNA 14	5	2	-3
COMUNA 15	2	0	-2
Desconocidos *	0	1	1
Total	35	29	-6

Fuente: SNVS 2.0

* Sin dato de comuna

En cuanto a la distribución por comunas predominó la notificación en las comunas del norte para el año 2019 y en las comunas del sur para el 2020.

A continuación, se exponen la distribución de casos notificados y sus correspondientes tasas de incidencia según grupo etario y sexo.

Gráfico 41. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de SUH por grupo de edad y sexo. Hasta SE 53. Residentes de CABA. Año 2020. (n=29)

Conforme a lo esperado para esta patología, las notificaciones fueron realizadas exclusivamente en menores de 14 años. La mayor tasa de incidencia se concentró en el grupo de 2 a 4 años. La distribución por sexo fue similar predominando levemente el sexo masculino.

En cuanto a la vigilancia de etiologías, se obtuvieron resultados de laboratorio en un 55% (17), de los cuales 6 casos correspondieron a STEC-O157 y 6 a Shigatoxina libre.

XII.5 Infecciones de transmisión vertical

XII.5.A Introducción

Las infecciones perinatales representan en la actualidad una problemática de Salud Pública, por su gran impacto en la morbilidad y mortalidad materno-infantil.

En el siguiente apartado, se presenta la información de Chagas y sífilis, congénito y en embarazadas.

La enfermedad de Chagas es producida por un parásito llamado *Trypanosoma cruzi*, parásito unicelular, que se transmite principalmente por un insecto hematófago llamado popularmente “vinchuca”, (en Argentina hay 16 especies de triatomíneos, pero *Triatoma*

infestans es el de mayor importancia epidemiológica) y por vía placentaria, siendo esta última la más importante en el país.

Debido a que la infección con *T. cruzi* de la madre es un elemento indispensable en las fuentes de un caso congénito, las medidas de control clínico deben comenzar antes del nacimiento del bebé, mediante la evaluación de toda mujer embarazada²³. La carga parasitaria durante el embarazo asociada con el riesgo de transmisión vertical, pone de manifiesto la importancia del tratamiento oportuno a niñas y mujeres en edad reproductiva “...como forma de reducir la prevalencia de transmisión vertical, forma de transmisión que es parcialmente responsable en la actualidad, de la urbanización del Chagas y de la aparición de casos emergentes en países no endémicos.”²⁴

El diagnóstico positivo de la mujer embarazada, a su vez debe desencadenar la pesquisa de hijos anteriores que no hayan sido oportunamente detectados y tratados. De acuerdo con la ley nacional Nro. 26.281/07, toda mujer embarazada debe ser estudiada para confirmar o descartar una infección crónica por *T. cruzi* a través de una muestra de sangre. Idealmente, dicho estudio debería solicitarse en su primer control prenatal. Toda mujer embarazada que llegue al parto sin este estudio debe realizarse el mismo durante su internación en el efector de salud.

En tanto, la ley nacional de pesquisa neonatal N° 26.279 del año 2007, promueve que todos los recién nacidos vivos deben ser estudiados luego del nacimiento para descartar una eventual infección congénita por *T. cruzi*. Además, la ley N° 26.281/07 hace obligatorio el seguimiento y estudio de todo niño de madre con infección crónica por *T. cruzi* hasta el año de vida²⁵ El diagnóstico de infección crónica por *T. cruzi* en toda mujer en edad fértil obliga al estudio y evaluación de toda su descendencia, y tratamiento en ella y los positivos.

Por otra parte, también se incluye la información sobre la sífilis congénita y en el embarazo.

Las embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80% de los casos. De tal manera, el tratamiento de la sífilis en el embarazo es una intervención que,

²³ Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Guías para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas)

²⁴ Artículo: Buscan evitar la transmisión de la enfermedad de Chagas durante el embarazo en: <http://www.agenciacyta.org.ar/2011/08/buscan-evitar-la-transmision-de-la-enfermedad-de-Chagas-durante-el-embarazo/>

²⁵ Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Guías para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas)

realizada en forma adecuada, previene graves daños al recién nacido que pueden ocasionar consecuencias en su desarrollo posterior.

A pesar de todo, por lo general se sigue subestimando la carga que representa la sífilis congénita. A diferencia de la mayoría de infecciones neonatales, la sífilis congénita es una enfermedad prevenible que podría eliminarse mediante un screening prenatal eficaz y el tratamiento de las embarazadas infectadas. La eliminación de la sífilis congénita reduciría el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, neonatos de bajo peso al nacer y muertes perinatales²⁶.

El objetivo de la vigilancia es la detección precoz de los casos de sífilis congénita que permita un tratamiento adecuado de la madre y el hijo y la adopción de medidas de control para lograr su eliminación²⁷.

Para ello, es vital la notificación oportuna de los casos en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud a fin de posibilitar la realización del seguimiento de los mismos y las acciones en terreno a nivel local. Todos los casos notificados en el SNVS deben corresponder a pacientes empadronados y constar en la HCE para que los Equipos Básicos de Salud de los CeSAC estén informados y puedan realizar las acciones de prevención, control y seguimiento que correspondan.

XII.5.B Chagas congénito

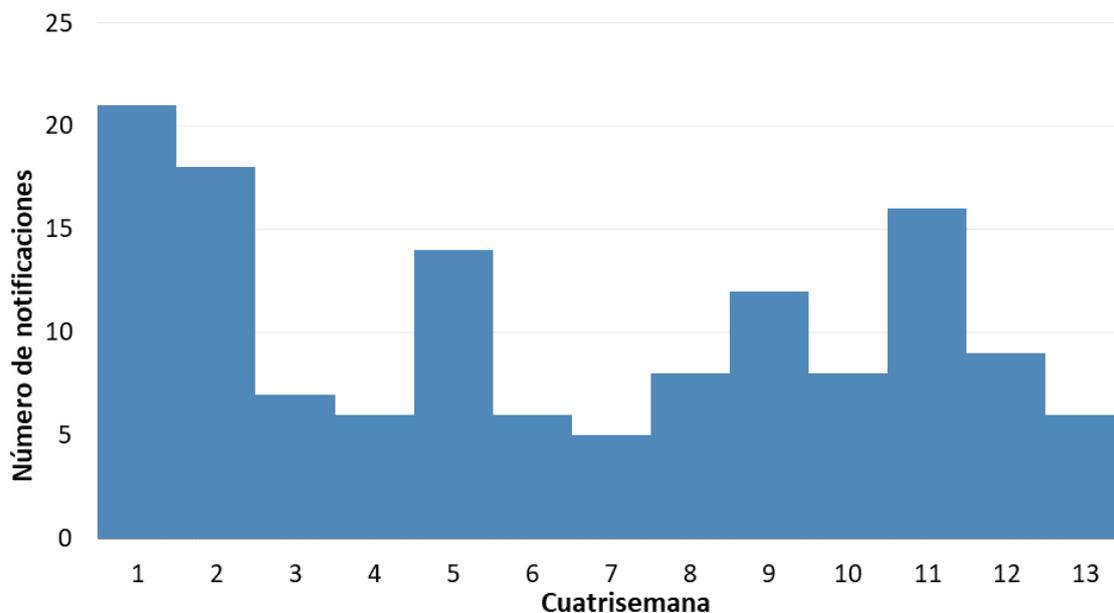
Para el período comprendido entre la SE 1 a la 53 del año 2020, se notificaron 137 casos de Chagas agudo congénito en residentes de la CABA.

A continuación, se presentan los casos notificados por cuatrisesmana para el año 2020.

²⁶ Organización Mundial de la Salud. (2008). Eliminación mundial de la Sífilis Congénita: fundamentos y estrategias para la acción.

²⁷ Ministerio de Salud de la Nación. (2007). Manual de normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatorias.

Gráfico 42. Número de notificaciones de Chagas Agudo Congénito por cuatrisesmana epidemiológica (hasta C13). Residentes de CABA. Año 2020. (n=137).



Fuente: SNVS 2.0

Tabla 10. Número de notificaciones de Chagas Agudo Congénito según criterio epidemiológico. Residentes de CABA. Año 2020.

Criterio epidemiológico	2020	
	Casos	%
Confirmado	8	6%
Sospechoso	77	56%
Descartado	52	38%
Total	137	100%

Fuente: SNVS 2.0

En la siguiente tabla se presenta la distribución de notificaciones por comunas y sus respectivas tasas por 1000 nacidos vivos.

Tabla 11. Número de notificaciones y tasas por 1000 nacidos vivos de Chagas Congénito según comuna. Hasta SE 53. Residentes de CABA. Años 2019-2020.

Comunas	2019		2020		Diferencia de casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	13	4,3	5	1,6	8
2	1	0,6	0	0,0	1
3	5	2,4	1	0,5	4
4	17	5,6	22	7,2	-5
5	1	0,5	2	1,0	-1
6	2	1,2	1	0,6	1
7	21	7,6	39	14,0	-18
8	56	20,2	43	15,5	13
9	8	4,5	10	5,6	-2
10	12	7,7	3	1,9	9
11	4	2,3	3	1,8	1
12	3	1,4	2	0,9	1
13	5	2,1	0	0,0	5
14	4	1,6	1	0,4	3
15	2	1,0	1	0,5	1
Desconocidos *	6		4		2
Total CABA	160	4,8	137	4,1	-23

Fuente: SNVS 2.0

* Sin dato de comuna

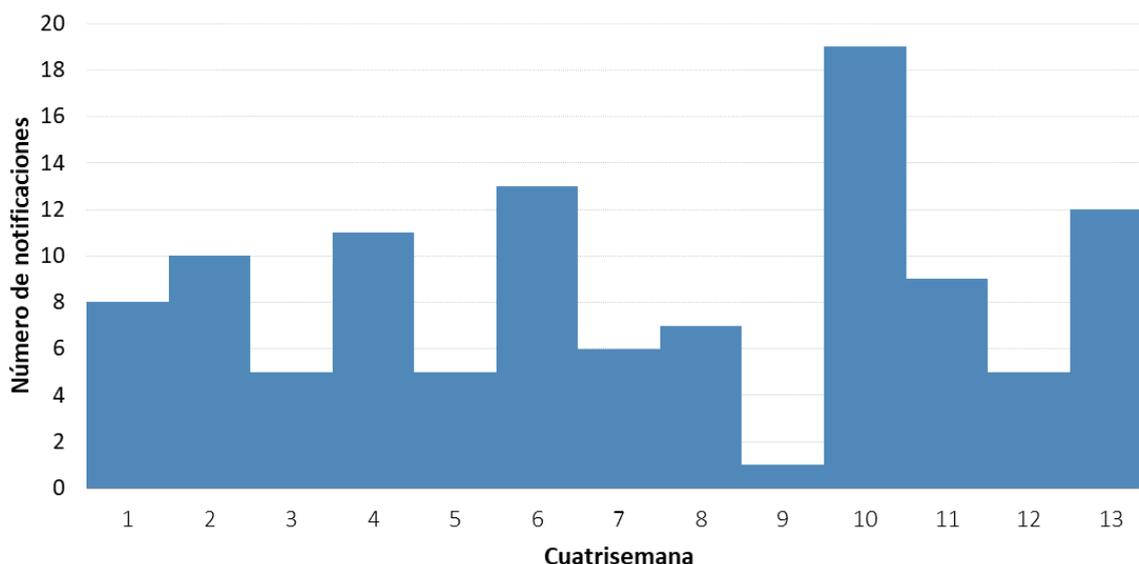
Para los años presentados anteriormente, la tasa de notificación más alta se concentra en las comunas del sur superando incluso la tasa general de la Ciudad.

XII.5.C Chagas en embarazadas

Durante el año 2020 hasta la SE 53 se notificaron 111 casos de Chagas en embarazadas.

A continuación, se presentan los casos notificados por cuatrisesmana en residentes de la CABA.

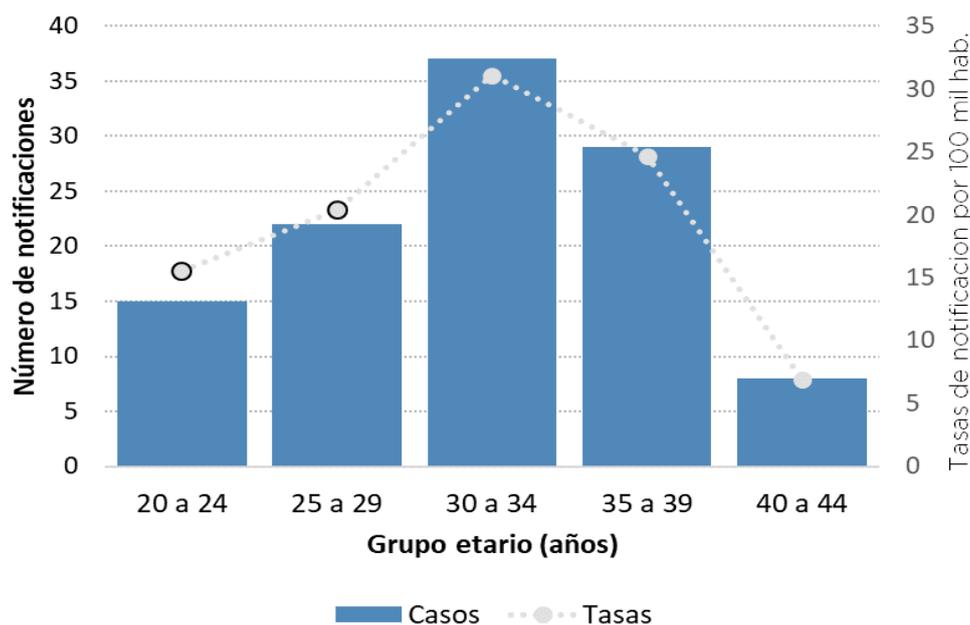
Gráfico 43. Número de notificaciones de Chagas en embarazadas por cuatrisesmana epidemiológica (hasta C13). Residentes de CABA. Año 2020. (n=111).



Fuente: SNVS 2.0

En el siguiente gráfico se presentan los grupos etarios y sus correspondientes tasas por 10000 mujeres en edad fértil.

Gráfico 44. Número de notificaciones y tasas por 100 mil mujeres en edad fértil de Chagas en embarazadas por grupo etario. Residentes de CABA. Año 2020. (n=111)



Fuente: SNVS 2.0

Se puede observar que el grupo de 30 a 34 años es el que mayor tasa de notificación presenta (31,1 por 100.000 mujeres en edad fértil).

En la siguiente tabla se presenta la distribución de casos durante los años 2019 y 2020 según comuna de residencia.

Tabla 12. Número de notificaciones y tasas 100 mil mujeres en edad fértil de Chagas en Embarazadas según comuna de residencia. Residentes de CABA. Hasta SE 53, 2019-2020.

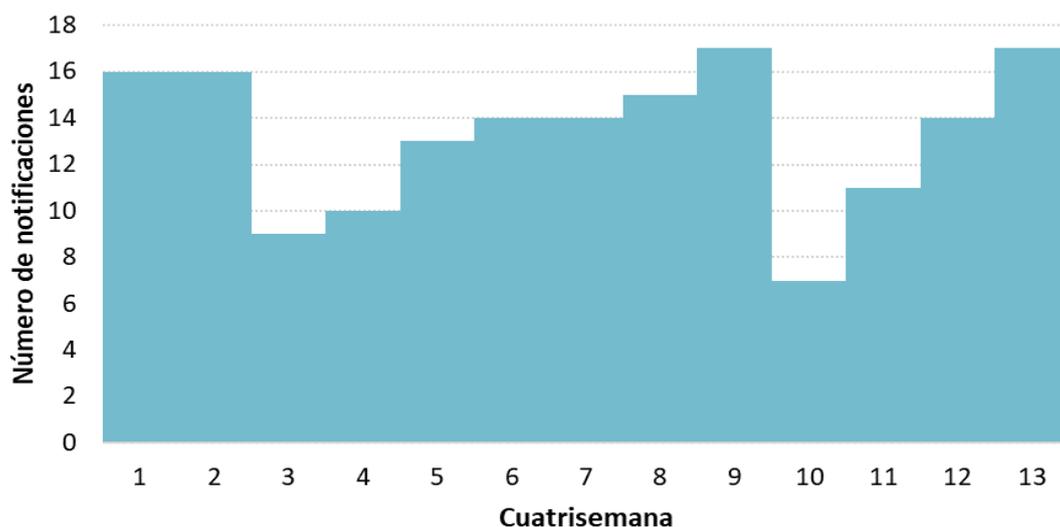
Comunas	2019		2020		Diferencia de casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	6	10,8	3	5,4	3
2	0	0,0	1	2,9	-1
3	2	4,8	0	0,0	2
4	13	25,4	16	31,2	-3
5	1	2,5	0	0,0	1
6	2	5,2	0	0,0	2
7	23	46,1	35	70,2	-12
8	56	111,9	36	71,9	20
9	14	41,9	6	18,0	8
10	11	32,8	7	20,9	4
11	7	18,9	5	13,5	2
12	0	0,0	0	0,0	0
13	1	2,0	0	0,0	1
14	0	0,0	0	0,0	0
15	3	7,8	2	5,2	1
Desconocidos *	2		0		2
Total CABA	141	21,7	111	17,1	-30

Fuente: SNVS 2.0. * Sin dato de comuna

Tanto para el año 2019 como para el 2020 la comuna 8 presentó la mayor tasa de incidencia.

XII.5.D Sífilis congénita

En el año 2020 desde la SE 1 a la 53 se notificaron 173 casos de sífilis congénita en residentes de la CABA.

Gráfico 45. Número de notificaciones de sífilis congénita por cuatrisesmana epidemiológica (hasta C13). Residentes de CABA. Año 2020. (n=173)

Fuente: SNVS 2.0

En la siguiente tabla se exponen las notificaciones según comuna de residencia para el período 2019-2020.

Tabla 13. Número de notificaciones y tasas por 1000 nacidos vivos de sífilis congénita según comuna. Hasta SE 53. Residentes de CABA. Años 2019-2020.

Comunas	2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	30	9,8	19	6,2
2	1	0,6	2	1,3
3	13	6,2	11	5,2
4	44	14,5	47	15,4
5	6	2,9	4	1,9
6	2	1,2	3	1,8
7	20	7,2	19	6,8
8	28	10,1	33	11,9
9	10	5,6	12	6,7
10	3	1,9	9	5,8
11	4	2,3	2	1,2
12	1	0,5	2	0,9
13	3	1,2	0	0,0
14	4	1,6	2	0,8
15	5	2,6	3	1,5
Desconocidos *	4		5	
Total CABA	178	5,3	173	5,2

Fuente: SNVS 2.0. * Sin dato de comuna

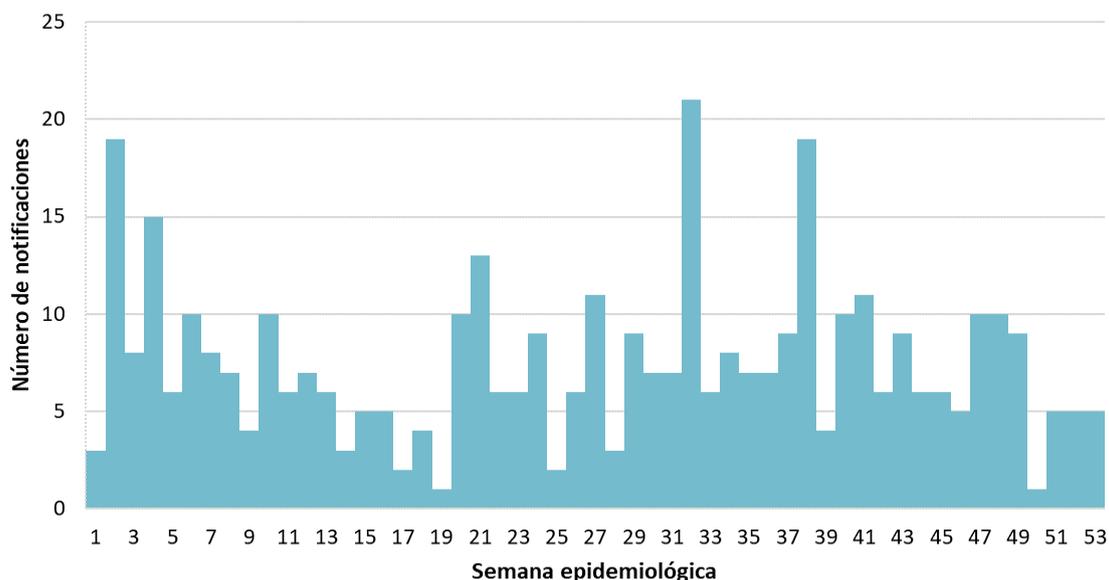
Para los años 2019-2020, la mayoría de las notificaciones se concentraron en las comunas del sur (58% y 65% respectivamente).

XII.5.E Sífilis en embarazadas

En residentes de la Ciudad, para el año 2020 hasta SE 53, se notificaron 397 casos de sífilis en embarazadas.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones según semana epidemiológica.

Gráfico 46. Número de notificaciones de sífilis en embarazadas por semana epidemiológica. Residentes de CABA. Año 2020. (n=397)



Fuente: SNVS 2.0

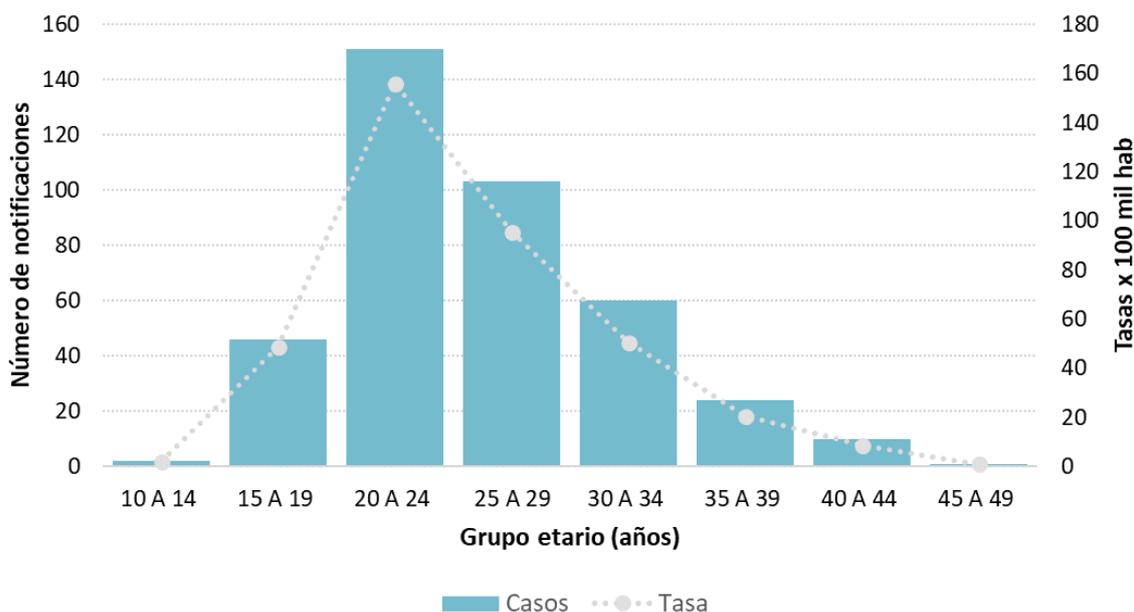
Tabla 14. Número de notificaciones y tasas 100 mil mujeres en edad fértil de sífilis en embarazadas según comuna de residencia. Residentes de CABA. Hasta SE 53. 2019-2020.

Comunas	2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	87	1,6	55	1,0
2	4	0,1	2	0,1
3	29	0,7	22	0,5
4	95	1,9	97	1,9
5	11	0,3	15	0,4
6	11	0,3	4	0,1
7	42	0,8	60	1,2
8	59	1,2	69	1,4
9	23	0,7	25	0,7
10	16	0,5	15	0,4
11	6	0,2	10	0,3
12	2	0,0	3	0,1
13	8	0,2	3	0,1
14	5	0,1	4	0,1
15	10	0,3	7	0,2
Desconocidos *	8		6	
Total CABA	416	0,6	397	0,6

Fuente: SNVS 2.0. * Sin dato de comuna

Con respecto a la distribución de las notificaciones, el 53% y 63% corresponden a las comunas del sur para los años 2019 y 2020 respectivamente.

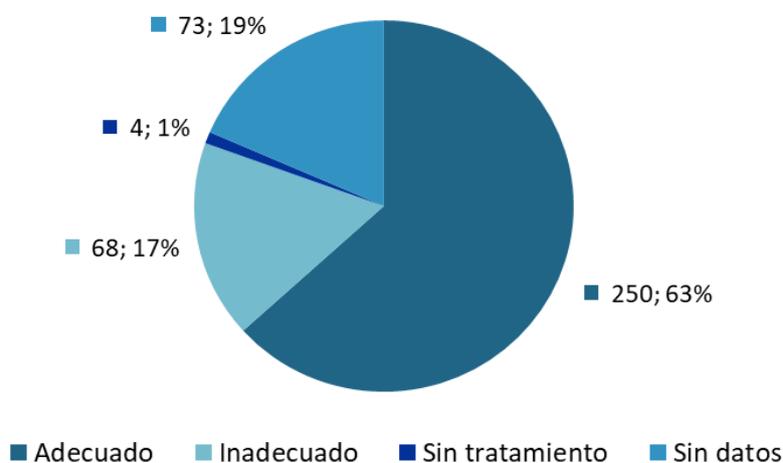
Gráfico 47. Número de notificaciones y tasas por 100 mil mujeres en edad fértil de sífilis en embarazadas por grupo etario. Residentes de CABA. Año 2020. (n=397)



Fuente: SNVS 2.0

Se observa que las tasas más elevadas de notificación se presentan en el grupo de 20 a 24 años (155,9 por 100.000 hab).

Gráfico 48. Número de notificaciones de sífilis en embarazadas según tratamiento. Residentes de CABA. Año 2020. (n=397).



Fuente: SNVS 2.0

Del total de mujeres que tienen tratamiento adecuado con al menos 1 dosis 30 días antes de la fecha probable de parto, el 80,4% lo han realizado antes de la semana 34 de gestación.

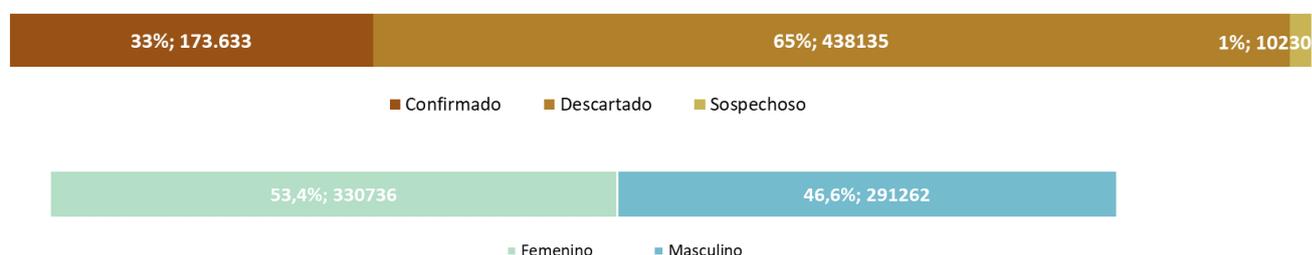
XII.6 Infecciones respiratorias

XII.6.A COVID-19

Desde la fecha de notificación del primer caso confirmado de COVID-19 en Argentina (2 de marzo del 2020) hasta el 31 de diciembre de 2020 inclusive, se han notificado 701.345 casos sospechosos de COVID-19 en residentes de la Ciudad de Buenos Aires. De ellos se confirmaron un total de 173.633 casos de COVID-19 en residentes. Fallecieron 5.621 personas de las confirmadas.

A continuación, se presentan características generales del total de los casos notificados. Presentando en la primer figura el número acumulado de casos sospechosos, descartados y confirmados en residentes de CABA, y en la figura 2 la distribución por sexo.

Gráfico 49. Características generales del total de casos notificados (incluye sospechosos, descartados y confirmados) de COVID-19.

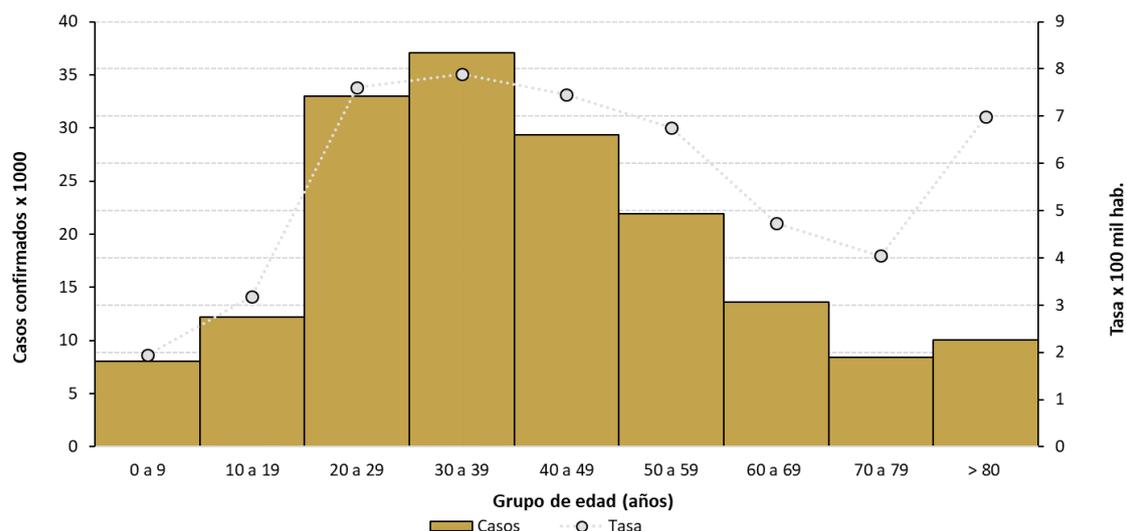


Fuente: SNVS 2.0

Se presentan dos indicadores generales para caracterizar el total de los casos notificados. El porcentaje de descartados es el mayor valor respecto de la clasificación (65%), dando cuenta de una alta sensibilidad del sistema de vigilancia.

El gráfico siguiente muestra la distribución de los casos confirmados y las tasas según grupos de edad.

Gráfico 50. Casos confirmados y tasas por 100.000 habitantes de COVID-19 según grupos de edad (años). Ciudad de Buenos Aires. N=183396. Del 2/3 al 31/12 de 2020

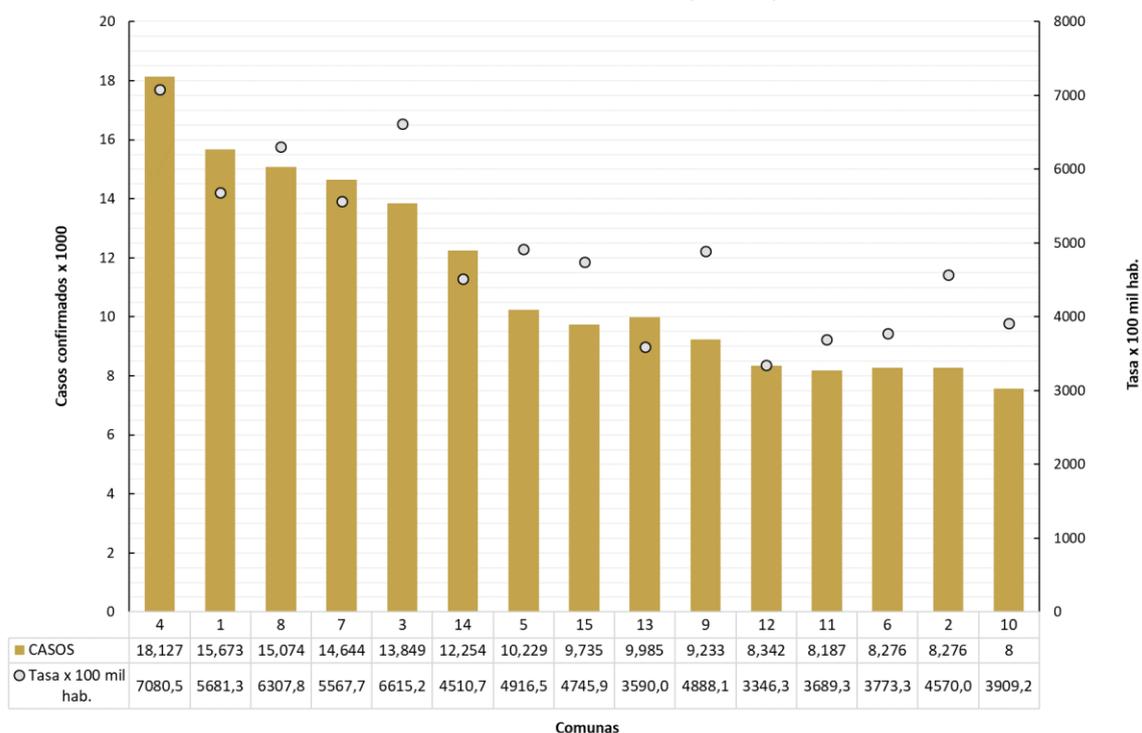


Fuente: SNVS 2.0

Como se observa, la mayor cantidad absoluta de casos se encuentra en los grupos de 20 a 39 años, representando el 41% de los casos confirmados totales. Las poblaciones más afectadas en términos de tasas son los grupos de 30 a 39.

Se muestran a continuación las comunas de residencia de los casos confirmados de COVID-19.

Gráfico 51. Casos confirmados y tasas por 100.000 habitantes de COVID-19 según comuna de residencia. Ciudad de Buenos Aires. N=179.110. Del 2/3 al 31/12 de 2020.



Fuente: SNVS 2.0

XII.7 Enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti*

XII.7.A Introducción

Nuestro país presenta un comportamiento epidémico respecto a las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos *Aedes aegypti* (ETMAa), en particular dengue, por lo que la transmisión depende del vector y del arribo de individuos en fase virémica desde zonas endémicas.

Es por esto que la identificación de los casos importados adquiere especial relevancia para el inicio de la transmisión en áreas no endémicas pero con presencia del vector y condiciones climáticas favorables como sucede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En el siguiente apartado se presentan los casos notificados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de dengue durante el año 2020.

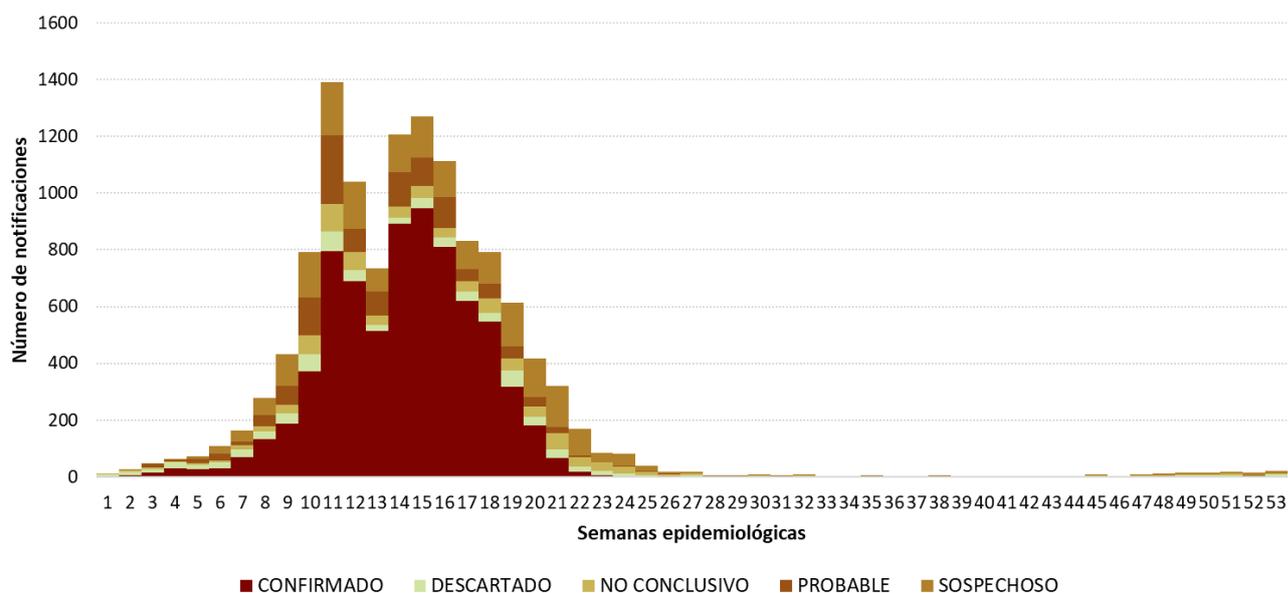
XII.7.B Dengue

Durante el año 2020 se registró la mayor cantidad de casos probables y confirmados de dengue de la historia del país, evidenciándose en la temporada del 2019-2020 el brote más grande de dengue hasta el momento. El último brote registrado ocurrió en el 2016 donde fueron notificados en efectores de la CABA 12.495 casos (incluyendo residentes y no residentes). En el 2020 se notificaron 16.026 casos en efectores de la ciudad, de los cuales 12.293 correspondieron a residentes de CABA o sin datos de domicilio.

De los casos residentes notificados, se confirmaron 7273 de los cuales el 60% (4409) fueron confirmadas por nexo epidemiológico. Los serotipos predominantes durante el año analizado fueron DEN 1 (7,7%) seguido de DEN 4 (5,6%). Con respecto a los casos confirmados, 6919 no contaron con antecedente de viaje, por lo tanto se consideran autóctonos.

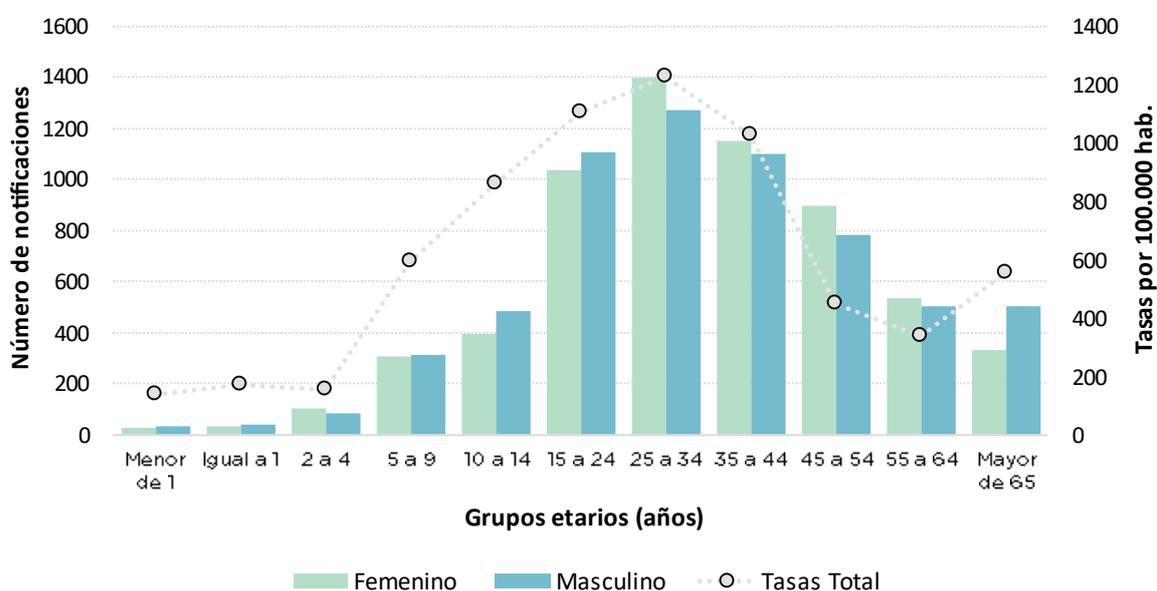
En el general de las notificaciones, el 6% contaba con antecedente de viaje. Los lugares de viaje más frecuentes fueron: Paraguay, Bolivia y Brasil.

Gráfico 52. Número de notificaciones de dengue por semana epidemiológica. Ciudad de Buenos Aires. N=12293. Año 2020.



Fuente: SNVS 2.0

Gráfico 53. Casos notificados y tasas por 100.000 habitantes de dengue según grupos de edad (años). Ciudad de Buenos Aires. N=12293. Año 2020.



Fuente: SNVS 2.0

Las tasas más elevadas de notificación se concentraron en el grupo etario de 25 a 34 años. La mediana de edad fue de 48 años. Con respecto a la distribución por sexo no presentó diferencias considerables, presentando un porcentaje mayor en el sexo femenino.

Tabla 15. Número de notificaciones y tasas 100 mil hab. de dengue según comuna de residencia. Residentes de CABA. Hasta SE 53. 2019-2020.

Comunas	2019		2020	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	30	11,7	627	244,5
2	15	10,0	154	103,1
3	19	9,8	352	182,1
4	42	17,5	1645	685,1
5	27	14,4	392	209,0
6	19	10,3	294	158,5
7	30	12,4	2281	943,1
8	15	6,6	1479	646,0
9	17	9,9	1050	613,1
10	21	12,3	1066	624,9
11	18	9,5	706	371,4
12	19	8,9	696	324,1
13	18	7,6	330	139,6
14	28	12,3	338	148,8
15	22	12,1	601	329,4
Desconocidos*	2	-	171	-
Residentes SD**	0	-	111	-
Total CABA	342	11,1	12293	399,7

Fuente: SNVS 2.0

* Sin dato de comuna. ** Sin dato de residencia

Como puede observarse, las tasas más elevadas de notificación de casos corresponden a las comunas 7 y 4. Las comunas menos afectadas por este evento corresponden a la zona Norte de la ciudad.

XII.8 Enfermedades inmunoprevenibles

XII.8.A Enfermedades febriles exantemáticas (EFE)

La vigilancia de las enfermedades febriles exantemáticas, conjunto de patologías caracterizadas por presentar temperatura mayor a 38°C y exantema, junto con el objetivo de cobertura de vacunación de triple viral mayor al 95%, representan los dos pilares necesarios para mantener el territorio libre de circulación de enfermedades hoy eliminadas, como el sarampión y la rubéola. La notificación individual e inmediata de los casos de EFE representa una herramienta fundamental para realizar las acciones necesarias para evitar o limitar la transmisión secundaria.

Para el año 2020, la tasa de notificación fue de 7,7 casos por 100.000 habitantes. Cabe destacar que para los dos años anteriores en los que se presentaron brotes, la tasa de notificación fue de 18 casos por 100.000 habitantes.

Durante el año 2020, entre la SE 1 y 53 se notificaron 238 casos de EFE en residentes de la CABA.

A continuación, se presentan los casos según clasificación epidemiológica.

Tabla 16. Número de notificaciones de EFE según criterio epidemiológico. Residentes de CABA. Año 2020.

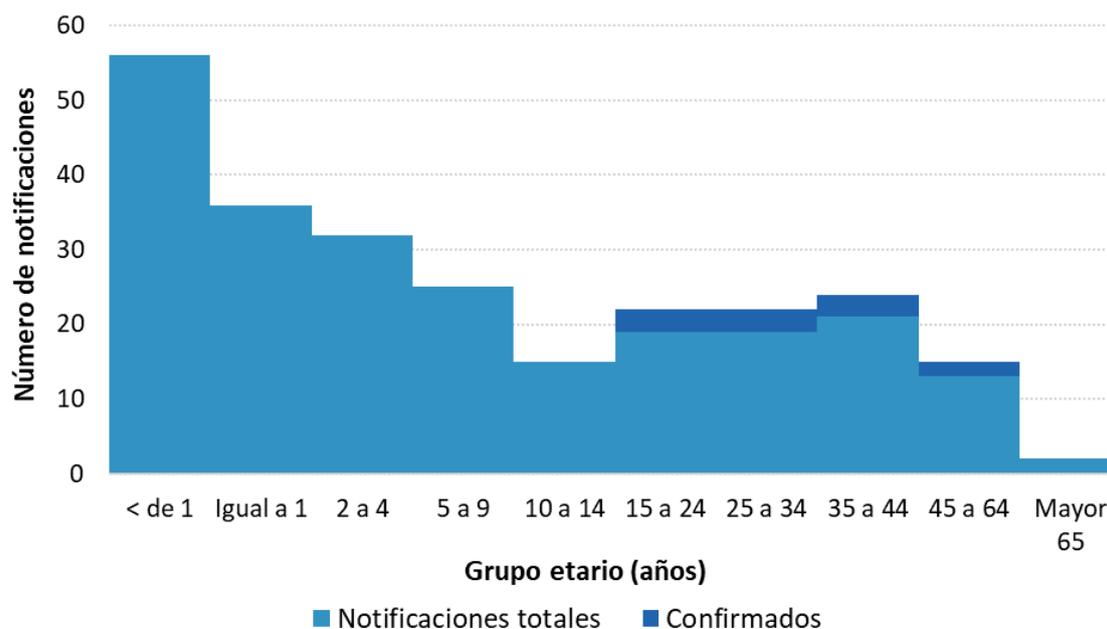
Criterio Epidemiológico	2020	
	Casos	%
Confirmado	11	5%
Otro diagnóstico	22	9%
Post vacunal	4	2%
Descartado	201	84%
Total	238	100%

Fuente: SNVS 2.0

La notificación de los casos se concentró mayoritariamente entre las cuatrisesmanas 1 a 4 del año 2020.

En el siguiente gráfico se exponen los casos notificados según grupo etario

Gráfico 54. Casos notificados de EFE según grupos de edad (años). Ciudad de Buenos Aires. N=238. Año 2020.



Fuente: SNVS 2.0

Como puede observarse la mayor cantidad de notificaciones se presentan en personas menores de 1 año correspondiéndose con las tasas más elevadas de notificación (136,8 x

100.000 hab.). Sin embargo, los casos confirmados se presentaron en personas mayores de 15 años. En cuanto a la distribución por sexo, el 53% correspondieron al sexo femenino.

A continuación, se presenta la distribución de los casos notificados por comunas.

Tabla 17. Número de notificaciones de EFE según comuna de residencia.
Residentes de CABA. Año 2020.

Comuna	Casos	Tasas
1	24	43,0
2	6	17,4
3	13	30,9
4	45	87,8
5	14	34,6
6	7	18,1
7	28	56,2
8	27	53,9
9	10	30,0
10	8	23,8
11	11	29,6
12	17	38,5
13	10	20,1
14	7	13,5
15	9	23,4
Desconocidos *	2	-
Total CABA	238	36,6

Fuente: SNVS 2.0

En cuanto a la distribución por comunas, se observa una mayor tasa de notificación en las comunas del sur de la Ciudad.

XII.9 Tuberculosis

XII.9.A Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes, con la consiguiente disminución de la transmisión, evitando nuevos contagios en la población. Sin embargo, la falta de detección de casos, los abandonos del tratamiento y, más recientemente, la aparición de resistencia a los fármacos tradicionales, generan que la

tuberculosis continúe siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca, principalmente como causa de enfermedad y también de muerte.²⁸

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. Cada año mueren 1,4 millones de personas por esta enfermedad. Las estimaciones de TB según OPS/OMS en las Américas son de 268.500 personas enfermas, con una tasa de incidencia de 27,1 x 100.000 y 18.500 fallecidos por esta causa.

Junto a los riesgos asociados con un sistema inmunitario debilitado, la TB impacta especialmente en grupos que viven en situación de vulnerabilidad, en condiciones de hacinamiento, con falta o déficit de medidas de higiene y saneamiento ambiental. Ciertos espacios en los que se reúnen o conviven muchas personas son identificados como asociados a un mayor riesgo de la enfermedad, como fábricas, talleres, cárceles, hospitales y barrios vulnerables, entre otros.

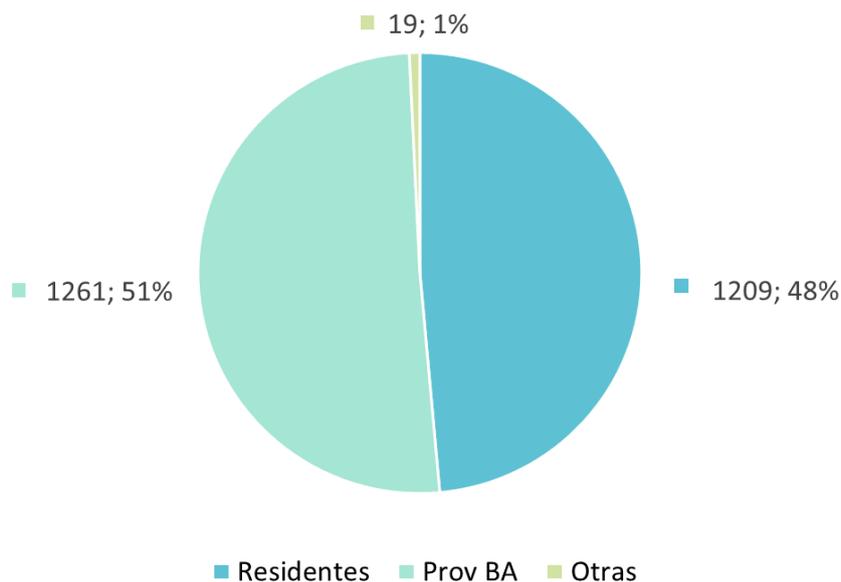
Las dificultades para el acceso y uso de los servicios de salud son otro de los factores vinculados con la tuberculosis y su tratamiento. Además de las brechas de acceso por la condición social, contribuye en este aspecto la falta de conocimiento y los mitos acerca de cómo se transmite la enfermedad; esto promueve la estigmatización de quienes la padecen.

XII.9.B Notificación y abordaje de la Tuberculosis

Durante el año 2020 se registraron en la CABA 2489 casos, de los cuales 1209 corresponden a residentes. A continuación, se detalla el total de casos notificados, según lugar de residencia.

²⁸ Ministerio de Salud del GCBA. (2014). Tuberculosis: Guía para el Equipo de Salud, 2ª edición.

Gráfico 55. Casos notificados de tuberculosis según lugar de residencia. Año 2020. N=2489.

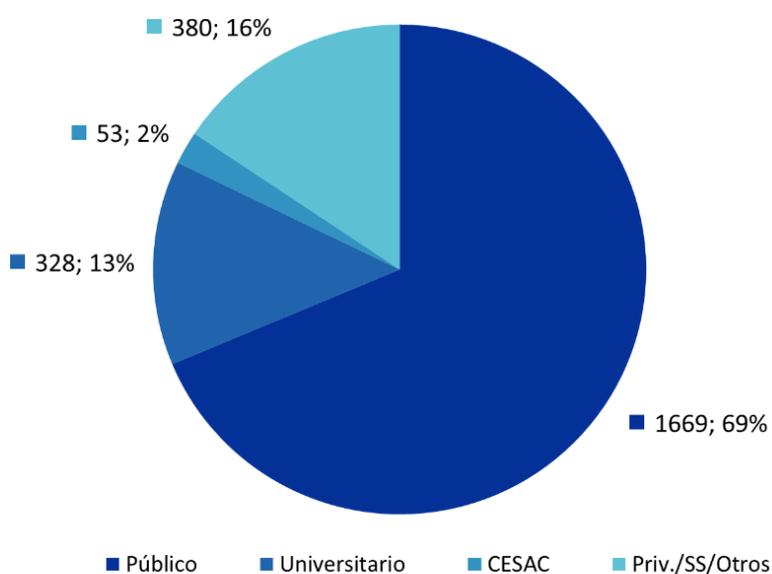


Fuente: SNVS 2.0

De los 2489 casos, 2430 fueron asistidos y notificados por efectores públicos y privados de CABA tanto residentes como no residentes.

En el siguiente gráfico se indican los casos de tuberculosis según el tipo de subsector del establecimiento notificador.

Gráfico 56. Casos notificados de tuberculosis según tipo de subsector de establecimiento notificador. Residentes CABA. Año 2020. n=2430.



Fuente: SNVS 2.0

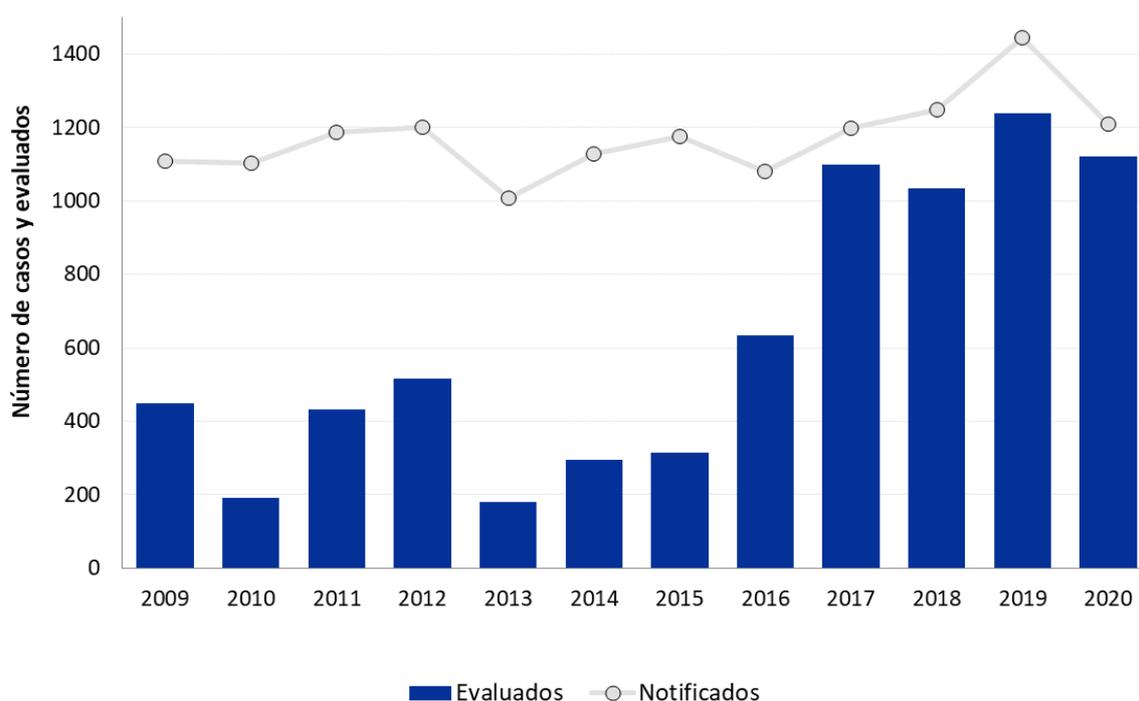
Con respecto a los establecimientos de salud que participan en la notificación, el 82% de los casos son notificados por efectores de gestión pública y universitaria (UBA). Solo un 4% fue notificado en algún CeSAC de la CABA.

Respecto de la notificación total de casos asistidos en la CABA, el 47% corresponde a 3 efectores: Muñiz, Vaccarezza y Piñero.

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TB en residentes de la CABA entre los años 2009 y 2021 y la cantidad de casos con evaluación final consignada, es decir, si se consignó en el SNVS si ese paciente se curó, completó el tratamiento, se perdió el seguimiento, se trasladó, fracasó el tratamiento o falleció.

Si se comparan los años anteriores al 2020, se observa una caída en la notificación de casos de TB para el año 2020 seguramente vinculada al impacto de la pandemia. Con respecto al porcentaje de casos con evaluación final para el año en análisis es del 92%.

Gráfico 57. Cantidad de notificaciones y casos con evaluación final. Años 2009-2020



Fuente: SNVS 2.0

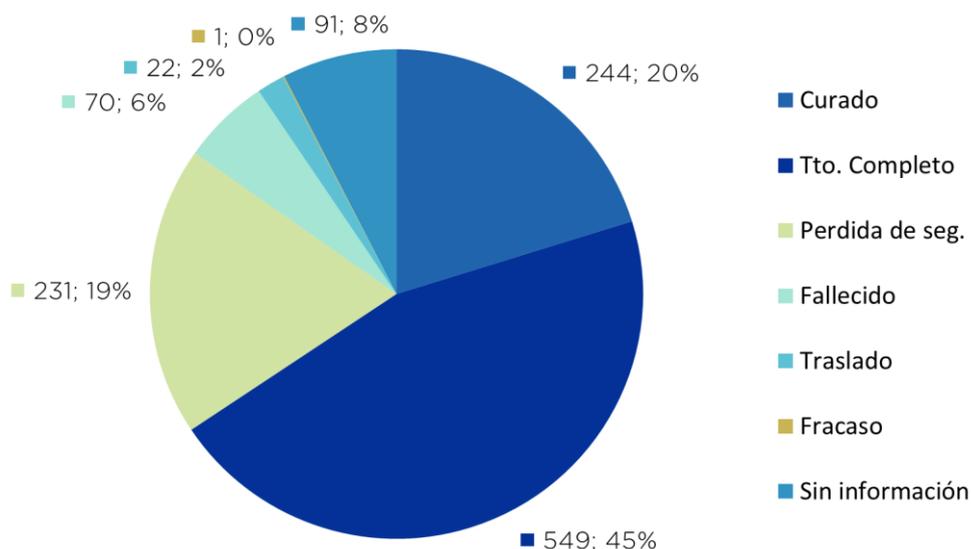
En el siguiente gráfico se exponen el seguimiento de la evaluación final de los casos de tuberculosis considerando las definiciones acordes a las Normas Técnicas 2013 del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis²⁹:

- **Curado**: paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico positivo, que completó el tratamiento y presenta bacteriología negativa al final del mismo.
- **Tratamiento completo**: a) Paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico positivo, que completó el tratamiento en forma regular, sin control bacteriológico al final del mismo. b) Paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico negativo o extrapulmonar, que completó el tratamiento en forma regular.
- **Fracaso**: paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico positivo, en tratamiento, que continúa o vuelve con baciloscopia positiva al final del cuarto mes de iniciado un primer tratamiento estrictamente supervisado.
- **Fallecido**: paciente que falleció, por cualquier causa, durante el período de tratamiento.
- **Pérdida de seguimiento**: paciente que interrumpe el tratamiento por dos meses o más y retorna con baciloscopia positiva; o negativa, con clínica y radiología de TB activa.
- **Traslado**: paciente derivado a otro establecimiento de salud y del cual no se conoce su condición de egreso.

²⁹ Disponible en:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

Gráfico 58. Seguimiento de la evaluación final de casos de TB notificados en 2020. Residentes de la CABA. N=1208.



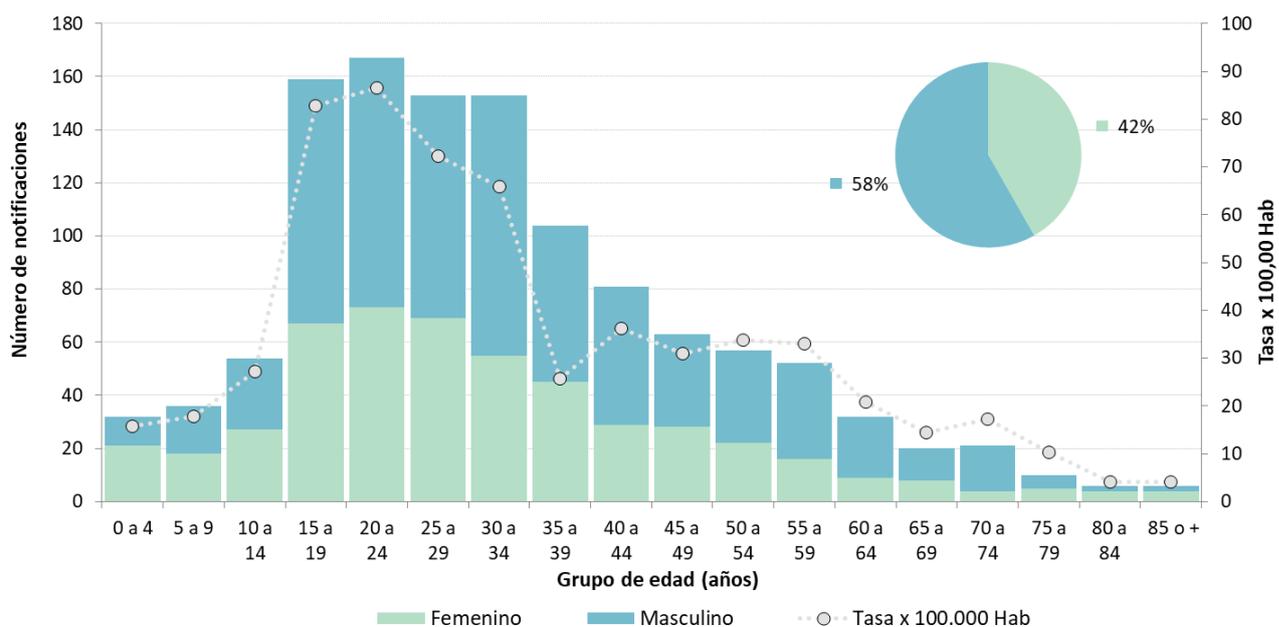
Fuente: SNVS 2.0. * Sin información: no se cuenta con información al momento del informe

Como puede observarse, para el año en análisis, un 65% del tratamiento resultó exitoso (Curados + Tratamientos Completos). Sin embargo, cabe destacar que un 27% de los casos no cuentan con información de tratamiento o se perdió el seguimiento de los mismos, situación que resalta la importancia del conocimiento del tratamiento en cada uno de los casos para garantizar un éxito en los mismos.

En el siguiente gráfico se presentan los casos y tasas por grupo de edad y sexo en residentes de la CABA para el año 2020.

La mayor cantidad de notificaciones se registra en los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 años, con un 27% del total de casos notificados, seguidos por los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, con el 25 % del total de casos, mostrando que más de la mitad de casos de TB en residentes de la CABA ocurre en personas jóvenes de entre 15 y 34 años, con un leve predominio en el sexo masculino.

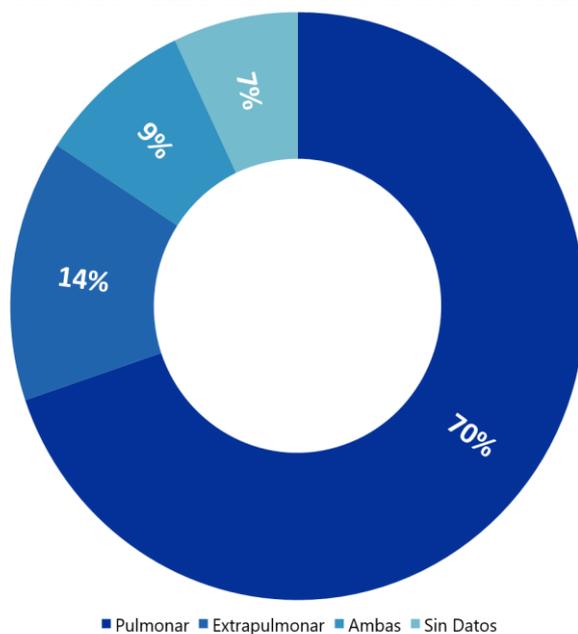
Gráfico 59. Casos notificados de TB y tasas x 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Año 2020. N=1208.



Fuente: SNVS 2.0

A continuación se muestra la localización de la TB y como se ve en la siguiente figura, la mayor parte de los casos presentó localización pulmonar.

Gráfico 60. Distribución de la localización de la TB. Residentes de la CABA. Año 2020. N=1208.



Fuente: SNVS 2.0

A continuación, se expone la distribución de tasas por comuna en el año 2020.

Tabla 18. Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TB según Comuna. Residentes de la CABA. Año 2020 (n=1208)

COMUNA	2020	
	Casos	Tasa
COMUNA 1	227	88,5
COMUNA 2	7	4,7
COMUNA 3	66	34,1
COMUNA 4	161	67,1
COMUNA 5	32	17,1
COMUNA 6	15	8,1
COMUNA 7	235	97,2
COMUNA 8	165	72,1
COMUNA 9	86	50,2
COMUNA 10	48	28,1
COMUNA 11	28	14,7
COMUNA 12	9	4,2
COMUNA 13	24	10,2
COMUNA 14	23	10,1
COMUNA 15	35	19,2
Desconocido	48	-
Total General	1209	39,3

Fuente: SNVS 2.0

Las Comunas 1, 4, 7, 8 y 9 son las que presentan las tasas más elevadas y, con ello, el riesgo de transmisión sostenida. En la Comuna 7 se concentran la mayoría de los casos en términos absolutos (235), los cuales representan el 19% del total de casos notificados en residentes.

Junto con el análisis según comuna, si bien no se presenta el detalle, es de destacar que, de realizar un análisis al interior de las mismas, se encontraría una situación aún más heterogénea según la condición habitacional. Así, los asentamientos precarios y barrios vulnerables de la CABA son los que dan cuenta de la mayor cantidad de casos notificados y las tasas específicas se elevarían aún más teniendo en cuenta como denominador exclusivo la población de esas áreas geográficas.

XIII. SITUACIÓN DE MORTALIDAD

En este apartado se analizaron datos de mortalidad proporcionados por la Dirección General de Estadística y Censos de la CABA. Para la elaboración de las tasas se utilizaron las proyecciones poblacionales publicadas por la DGEyC, elaboradas a partir de los datos del INDEC del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Para el ajuste de tasas por edad se tomó como población de referencia a la población argentina del censo 2001, a partir de datos publicados por el INDEC.

XIII.1 Mortalidad general

En el año 2020 se registraron 33.231 defunciones de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La tasa bruta de mortalidad fue de 10,80 muertes por cada 1.000 habitantes.

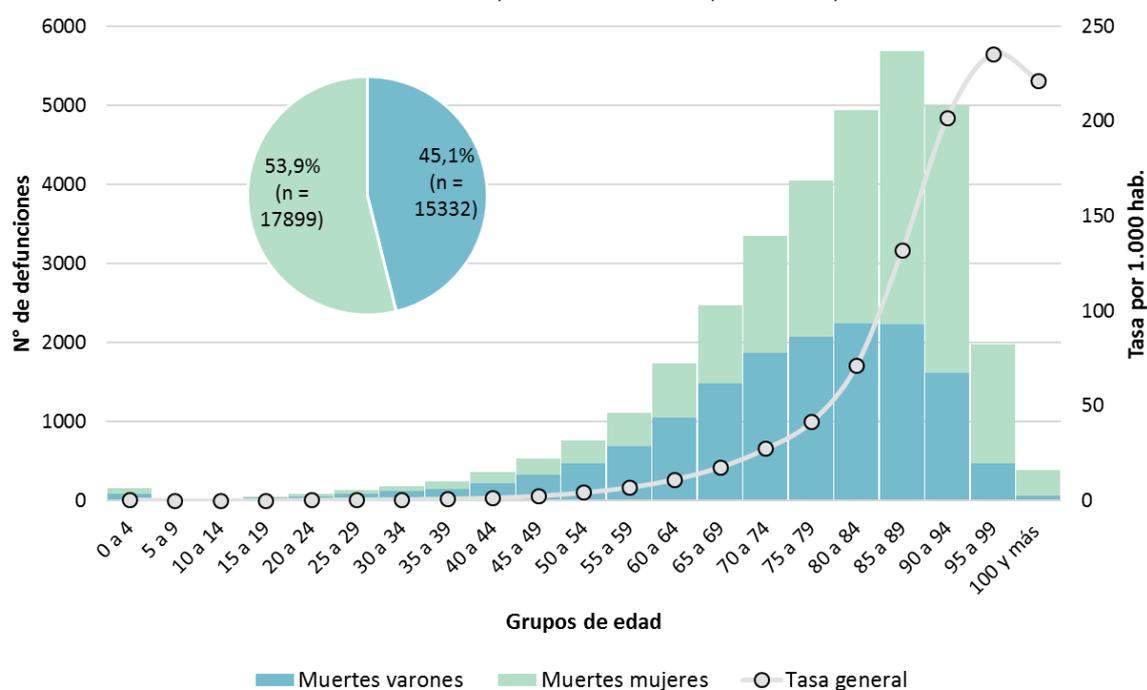
En relación a la situación a nivel país, la tasa de mortalidad general de la CABA es más de dos puntos más alta que la tasa de Argentina, cuyo valor es de 8,3 por cada 1000 habitantes. De todas maneras, es importante considerar la diferencia en la composición por edad en ambas poblaciones (ver apartado Demografía). Con el objetivo de controlar las diferencias que se presentan al comparar dos poblaciones con estructuras etarias diferentes, se estandarizaron las tasas por edad según la población de Argentina en 2001. La tasa ajustada de la Argentina es de 7,00, mientras que en la Ciudad es de 6,14 muertes por cada 1000 habitantes, explicado por la población envejecida que presenta esta última respecto a la primera.

Esto mismo se observa al examinar las diferencias en las tasas de mortalidad por sexo: las tasas brutas de mortalidad en hombres y en mujeres de la CABA son de 10,61 y 10,97 muertes por cada 1000 habitantes respectivamente. Sin embargo, al aplicar el ajuste por edad, la tasa para los hombres pasa a ser de 7,97, mientras que para las mujeres desciende a 4,96 muertes por cada 1000 habitantes, lo que se explica por la mayor expectativa de vida de estas últimas.

En el siguiente gráfico, se presentan el número de defunciones y las tasas de mortalidad por 1.000 habitantes según grupos de edad y sexo.³⁰

³⁰ Tabla de número de defunciones por sexo y grupo etario y tasas específicas de mortalidad en Anexo.

Gráfico 61. Número de defunciones totales por sexo y grupo etario, y tasas específicas de mortalidad (por cada 1.000 habitantes). CABA. Año 2020. (N = 33.231)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones y proyecciones poblaciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

En lo que respecta a la distribución por sexo, el 53,9% de las muertes fueron en mujeres y el 46,1% fueron en hombres.

Según grupo de edad, más del 50% de las muertes se dieron en mayores de 80 años, encontrándose diferencias entre los sexos. Mientras que en los hombres las muertes a los 80 años y más representaron el 43,14% de sus muertes, para las mujeres el porcentaje que representa este grupo de edad aumenta al 63,53%.

El promedio de edad de muerte en el 2020 fue de 74,2 años y la mediana y moda de 78 y 89 años respectivamente. En el caso de las mujeres, el promedio fue de 77,3 años, la mediana de 82 y la moda de 89. En los hombres el promedio fue de 70,9 años, y la mediana y moda de 74 y 80 respectivamente.

La curva de la tasa de mortalidad por grupo de edad muestra una estructura de mortalidad madura, con forma de J: luego del aumento en el grupo de 0 a 4 años se ve un descenso de los 5 a los 15, y a partir de entonces vuelve a aumentar hasta los 99. La tasa cae en el grupo de 100 y más, probablemente asociado a cambios anuales, producto de la aleatoriedad del fenómeno.

En cuanto a la razón de tasas entre hombres y mujeres, en el único grupo donde ésta fue menor a 1 fue en el grupo de 5 a 9 años, de 0,86 y en términos absolutos esto sólo representó una muerte más en el grupo de las mujeres. Esto muestra el fenómeno de “sobre-mortalidad

masculina”, presente en la mayor parte del mundo.³¹ La mayor sobremortalidad se da en los grupos de 10 a 34 años, donde se ve asociado el importante peso de las muertes por causas externas en la mortalidad masculina. En este último grupo, por cada mujer que murió murieron más de 2 hombres.

XIII.1.A Mortalidad por Grupos de edad y comunas

En la siguiente tabla se presentan las tasas de mortalidad según grupos de edad y comunas³² para el año 2020 en residentes de la CABA. La escala de colores utilizada refleja el orden en el cual se encuentran las tasas de mortalidad dentro de cada grupo de edad, teniendo en cuenta la magnitud del indicador entre las comunas. Varía desde el rojo intenso, en el caso de las tasas más elevadas, al verde más oscuro, que muestra las tasas más bajas.

Tabla 19. Tasas de mortalidad específicas por grupo de edad (por 100.000 habitantes), según comuna de residencia. CABA. Año 2020.

Grupo de edad	Comuna															Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
0 a 4 años	106,8	86,5	84,7	138,7	91,9	36,3	100,2	56,4	107,1	55,4	53,0	21,6	70,8	88,4	35,6	78,9
5 a 9 años	13,0	0,0	34,6	5,1	9,1	18,7	22,3	8,9	7,8	0,0	8,0	22,2	15,2	0,0	0,0	11,4
10 a 14 años	19,5	0,0	17,4	19,7	9,3	0,0	11,3	4,5	7,7	26,5	24,3	0,0	0,0	9,0	43,4	13,1
15 a 19 años	57,6	35,1	26,4	38,0	0,0	10,3	12,2	55,4	17,1	9,3	8,7	16,5	40,4	16,3	0,0	25,5
20 a 24 años	25,7	30,6	51,5	82,9	54,1	10,3	59,4	42,2	92,8	52,9	40,5	45,2	23,8	12,9	19,1	43,5
25 a 29 años	92,4	30,8	87,6	125,7	66,8	33,3	70,5	77,5	79,7	39,9	53,7	29,8	19,5	33,9	41,0	61,8
30 a 34 años	86,0	107,3	71,7	145,7	65,6	47,8	111,6	109,6	96,7	94,6	37,7	34,8	26,9	48,4	75,5	76,6
35 a 39 años	101,4	52,0	162,4	175,1	116,2	81,4	99,1	160,2	106,1	131,1	57,1	76,1	79,3	69,6	128,5	107,8
40 a 44 años	201,4	86,0	222,9	276,5	164,8	108,8	152,4	199,8	190,7	146,3	139,7	100,7	61,9	131,3	197,0	162,8
45 a 49 años	266,2	144,0	378,8	380,5	221,9	187,6	341,6	421,3	248,4	251,4	238,2	208,0	136,8	160,5	209,1	260,7
50 a 54 años	455,1	249,4	480,8	709,7	400,7	250,3	597,8	627,8	712,4	451,4	402,8	359,0	208,0	262,9	455,2	446,1
55 a 59 años	668,3	509,5	722,2	948,8	696,2	544,0	927,8	1133,0	813,1	585,7	648,9	538,4	630,8	564,9	664,0	706,1
60 a 64 años	1162,7	719,8	1248,3	1854,9	1228,2	900,6	1312,7	1662,2	1358,0	1096,6	1101,9	890,8	736,0	647,9	1278,6	1128,8
65 a 69 años	2024,2	1191,6	2242,5	2351,6	1661,0	1457,6	2028,8	2703,9	2117,6	1745,4	1785,9	1384,3	1149,7	1238,4	2006,2	1777,5
70 a 74 años	2892,3	2276,5	3471,2	3560,0	2639,7	2364,8	2930,5	3282,3	3220,7	2612,9	2621,8	2609,2	1994,7	2143,0	2787,0	2744,0
75 a 79 años	4311,4	4030,0	4331,4	4324,4	4544,0	3745,4	4185,7	4502,5	4655,2	4087,7	3851,9	4111,3	3793,3	3731,2	4019,0	4146,6
80 y más años	10168,8	12609,5	12925,7	13393,3	11958,0	11709,5	11409,8	13062,3	12288,0	12519,7	12589,4	11670,5	11891,5	12700,5	12760,1	12219,8
Tasa bruta	896,2	1244,1	1189,5	1023,7	1148,7	1106,5	1068,4	786,2	1157,3	1158,9	1183,2	1042,5	1089,9	1084,0	1121,9	1080,5

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones y las proyecciones poblacionales por comuna y edad de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

La Comuna 4, conformada por los barrios de La Boca, Barracas, Nueva Pompeya y Parque Patricios, es la comuna que presenta las tasas más altas en la mayoría de los grupos de edad, incluyéndose la tasa de mortalidad más alta de la jurisdicción en el grupo de 0 a 4 años. Ésta tasa fue de 138,7 por cada 100 mil habitantes, siendo más de 6 veces mayor a la tasa de la Comuna 12 (21,6), la más baja registrada en este grupo de edad.

³¹ Beltrán-Sánchez H., Finch C.E., Crimmins E.M. *Twentieth century surge of excess adult male mortality*. Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A., 2015, vol. 112 (pg. 8993-8998)

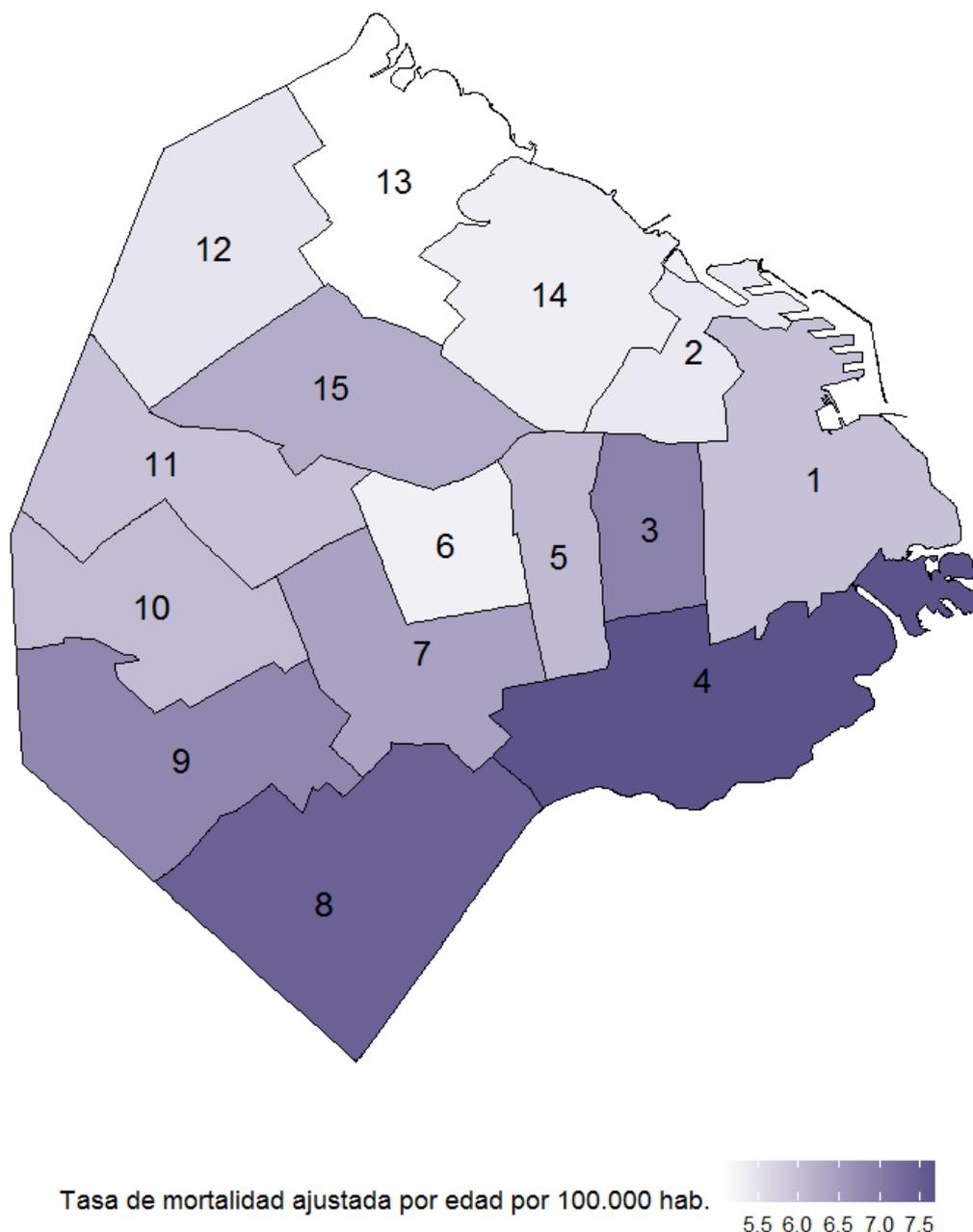
³² Tabla de número de defunciones por grupo de edad y comuna en Anexo.

Las variaciones más importantes se dan en los grupos de edades más jóvenes de entre 5 y 19 años. Un ejemplo de esto es el grupo de 15 a 19 años, donde las Comunas 5 y 15 presentan tasas de 0, mientras que las Comunas 1 y la 8 presentan tasas específicas mayores a 50 por cada 100 mil habitantes. Esto puede deberse al bajo número de muertes registradas en estos grupos de edad respecto de los denominadores junto con los cambios aleatorios anuales de las mismas. Lo mismo puede aplicarse al grupo de 10 a 14 años, donde 5 muertes representan una tasa de 43,4 por cada 100 mil habitantes en la Comuna 15. A medida que aumenta el grupo de edad, las diferencias entre las tasas más altas y las más bajas se atenúan.

XIII.1.B Tasas de mortalidad ajustada según comunas

En el siguiente mapa se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad según comuna, con el objetivo de desagregar los valores al segundo nivel subnacional y evidenciar las diferencias que se disipan a la hora de presentar el valor de toda la jurisdicción. El ajuste de tasas busca eliminar la influencia de la diferente distribución por edad en las tasas de las comunas.

Mapa 3. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según comuna de residencia. CABA. Año 2020.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones y las proyecciones poblacionales por comuna y edad de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA), tomando como población de referencia a la población argentina del censo 2001 (datos del INDEC).

El mapa muestra un patrón geográfico con tasas más bajas en el norte de la ciudad, aumentando a medida que se llega al Sur. Se puede observar que son las comunas del sur de la Ciudad, particularmente la 4 y la 8, las que presentaron tasas más elevadas de mortalidad ajustadas. La Comuna 4 muestra la tasa ajustada más alta (7,68) respecto del resto de la jurisdicción. Por su parte, la Comuna 13 presentó una tasa de 5,08 por cada 100.000 habitantes, siendo ésta la tasa más baja de la jurisdicción, seguida por la Comuna 6 (5,29) y la 14 (5,33).

XIII.1.C Principales Causas de mortalidad general

A continuación se presentan las principales causas de mortalidad en el año 2020, categorizadas de acuerdo a los capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10).

Tabla 20. Número de defunciones y porcentaje según las principales causas de mortalidad (de acuerdo a los capítulos de CIE-10). CABA. Año 2020.

Capítulos CIE-10	Nº de defunciones	Porcentaje
Sistema circulatorio	11290	33,97%
Covid-19	5621	16,91%
Tumores	5098	15,34%
Sistema respiratorio	4432	13,34%
Infecciosas	1461	4,40%
Sistema genitourinario	1050	3,16%
Sistema digestivo	942	2,83%
Sintomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	853	2,57%
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	620	1,87%
Sistema nervioso	478	1,44%
Sin especificar	353	1,06%
Endócrinas, nutricionales y metabólicas	333	1,00%
Piel y tejido subcutáneo	278	0,84%
Trastornos mentales	144	0,43%
Sangre y tejidos hematopoyéticos	82	0,25%
Congénitas	68	0,20%
Período perinatal	61	0,18%
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	56	0,17%
Embarazo, parto y puerperio	11	0,03%
Total	33231	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron las principales causas de mortalidad, representando el 34% de las defunciones de residentes de la Ciudad en el año 2020, con 11.290 muertes totales. Esta clasificación incluye causas como la insuficiencia cardíaca, el infarto agudo de miocardio y las miocardiopatías.

A continuación, le siguieron las muertes relacionadas al Covid-19, que con 5621 casos totales representaron un 16,9% de las defunciones en residentes ocurridas en el año en estudio. Dichas defunciones se encuentran catalogadas en un capítulo especial del CIE-10 destinado a la asignación provisional de nuevas enfermedades de etiología incierta o de uso de emergencia, que durante el 2020 se empleó únicamente para el Covid-19.

En tercer y cuarto lugar, se encuentran los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio, que se reportaron como la causa principal en 15,3% y 13,3% de las defunciones, respectivamente. Entre las enfermedades del sistema respiratorio se encuadran las neumonías bacterianas y por aspiración, aquellas en las que no se identifica el microorganismo, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y las insuficiencias respiratorias, entre otras causas.

XIII.1.D Principales Causas de mortalidad según comuna de residencia

En la siguiente tabla se presentan las tasas de defunción en residentes de la Ciudad, ajustadas por edad, de acuerdo a la principal causa de fallecimiento y la comuna de residencia. Las causas de la mortalidad se presentan en algunos casos más desagregadas que en el apartado anterior, y de acuerdo a la clasificación empleada en el Anuario Estadístico 2020, publicado por la Dirección General de Estadística y Censos. En cada una de las clasificaciones se presentan los códigos correspondientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición. En este caso, se presenta una escala de color por grupo de causas, que va desde el rojo (en la comuna con la tasa más alta de la Ciudad para ese grupo) al verde (en aquella comuna que presente la tasa más baja).

Tabla 21. Tasas de mortalidad ajustadas por edad, según comuna de residencia y causas seleccionadas (con los códigos correspondientes del CIE-10). CABA. Año 2020.

Principales causas de muerte	Comunas															Total CABA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Enfermedades del corazón (I00 a I52)	170,6	137,3	191,3	197,1	176,1	144,5	188,2	209,6	206,7	182,6	178,7	161,6	143,7	138,4	179,0	172,1
Enfermedades por COVID-19 (U07 y U10)	108,5	92,3	130,8	157,4	101,3	78,5	129,0	161,3	110,1	89,3	82,5	72,1	67,2	84,6	91,2	109,3
Tumores malignos (C00 a C97)	95,6	106,4	106,0	106,5	98,8	102,9	85,5	93,0	95,4	92,4	109,8	95,1	98,5	98,1	114,9	100,4
Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)	42,6	46,0	60,2	66,8	56,7	49,4	52,0	65,1	61,6	52,8	53,9	51,0	42,3	43,5	57,2	58,7
Septicemia (A40 y A41)	19,5	24,4	22,3	24,2	19,1	25,8	16,8	20,8	18,6	22,1	21,0	21,7	20,0	24,4	24,2	23,8
Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)	16,0	14,7	19,0	22,2	15,4	14,8	21,3	24,7	22,6	17,9	16,7	16,5	13,3	18,4	17,2	20,6
Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)	16,7	19,0	20,8	27,5	21,9	13,0	18,8	19,8	22,7	18,7	16,0	15,4	15,1	21,3	20,2	20,6
Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)	7,3	2,1	6,5	11,2	5,5	5,8	5,0	7,7	3,3	5,2	4,4	5,9	4,5	2,9	6,0	5,8
Resto de las causas	120,0	98,3	136,0	155,7	114,4	94,9	127,5	143,3	143,9	125,2	112,4	108,0	104,1	101,8	117,9	121,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones y las proyecciones poblacionales por comuna y edad de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA), tomando como población de referencia a la población argentina del censo 2001 (datos del INDEC).

En este caso, el cálculo de tasas ajustadas por edad permite comparar las tasas entre causas y entre comunas. Respecto de las causas, y comparado con el inciso anterior, en este apartado las enfermedades del sistema circulatorio se presentan desagregadas y en los tumores sólo se tienen en cuenta los malignos. Teniendo en cuenta esto, se observa que las enfermedades del corazón presentaron las tasas de mortalidad más altas en todas las comunas de la Ciudad. A continuación, las enfermedades relacionadas con el Covid-19 y los tumores malignos se presentaron como la segunda y tercera causa de muerte en la Ciudad, cambiando el orden dependiendo de la comuna. Comparado con las enfermedades relacionadas con el Covid-19, los tumores malignos presentaron mayores tasas de mortalidad ajustadas en las comunas del centro y norte de la ciudad, con excepción de la Comuna 10. Si se comparan las tasas ajustadas por comuna se puede observar que, a excepción de las defunciones por tumores malignos y las septicemias, para el resto de las causas analizadas, las tasas más altas se presentan en las Comunas 4, 8 y 9, todas del sur de la Ciudad.

XIII.1.E Principales causas de mortalidad según grupo de edad

A continuación, se analizó el número de muertes totales y las principales causas de mortalidad por grupo de edad. En primer lugar, entre los menores de 1 año se registraron 140 defunciones en residentes de la Ciudad, de las cuales 61 corresponden al grupo de “afecciones originadas en el período perinatal” y 47 a “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” (capítulos 16 y 17 del CIE-10, respectivamente). Si se analizan las causas con un nivel de desagregación mayor, el 10,7% (n=15) fueron malformaciones congénitas cardíacas, el 7,9% (n=11) fueron ocasionadas por “enterocolitis necrotizantes del

recién nacido” y un número idéntico se ocasionó por “alteraciones cardiovasculares originadas en el período perinatal”.

En el grupo de 1 a 4 años de edad hubo 21 defunciones totales, 8 producto de “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” (capítulo 17 del CIE-10) y 6 por neoplasias (capítulo 2 del código).

En el grupo de 4 a 14 años, se registraron 49 muertes totales. De ellas, 16 (32,7%) se produjeron por neoplasias, 9 (18,4%) por enfermedades del sistema nervioso (capítulo 6 de CIE-10) y 6 (12,2%) por causas externas de morbilidad y de mortalidad (capítulo 20 del código), aunque se debe tener en cuenta que puede existir un subregistro de esta última causa.

Se registraron un total de 442 defunciones en el grupo de los 15 a los 34 años de edad. En este grupo etario, las principales causas de mortalidad fueron las causas externas (n = 130; 29,4%), las neoplasias (n = 75; 17,0%) y las enfermedades del sistema circulatorio (n = 54; 12,2%, capítulo 9 de CIE-10).

Entre los 35 y los 54 años se produjeron 1895 muertes. La principal causa en este grupo etario fueron las neoplasias, con 527 defunciones totales, que representan un 27,8% del total. A continuación, les siguieron las enfermedades del sistema circulatorio y las relacionadas al Covid-19, que constituyeron el 22,4% (n = 424) y el 17,8% (n = 338), respectivamente.

En el grupo de 55 a 64 años, se registró un total de 2841 defunciones, cuyas principales causas fueron las neoplasias (n = 810; 28,5%), las enfermedades del sistema circulatorio (n = 771; 27,1%) y las enfermedades relacionadas al Covid-19 (n = 507; 17,8%). Entre los varones de este grupo etario, las 3 primeras causas fueron el Covid-19 (n = 372), la miocardiopatía (n = 159) y el infarto agudo de miocardio (n = 122). Entre las mujeres, las 3 primeras causas fueron las enfermedades relacionadas al Covid-19 (n = 135), la neoplasia maligna de mama (n = 93) y la miocardiopatía (n = 86).

Finalmente, en los mayores de 65 años se produjeron 27843 defunciones totales, cuyas principales causas fueron las enfermedades del sistema circulatorio (n = 10023; 36,0%) las causas relacionadas al Covid-19 (n = 4730; 17,0%) y las enfermedades del sistema respiratorio (n = 4042, 14,5%, capítulo 10 de CIE-10). En este grupo, la principal causa de defunción tanto en varones como en mujeres, fue la enfermedad relacionada al Covid-19, con 2251 y 2478 defunciones, respectivamente. En los varones, la segunda y la tercera causa fueron la neumonía por agentes no especificados (n = 1118) y la insuficiencia cardíaca (n = 1093). Entre las mujeres, la segunda y la tercera causa fueron la insuficiencia cardíaca (n = 1828), y el infarto agudo de miocardio (n = 1666).

XIII.1.F Exceso de mortalidad

Se realizó un análisis de exceso de mortalidad por todas las causas durante el año 2020, para estudiar si en la Ciudad se produjo un incremento de las defunciones totales similar al observado en otras jurisdicciones, por causa directa o indirecta de la pandemia por Covid-19. Para dicho análisis, se emplearon los datos de las defunciones totales de residentes de la CABA durante el período 2015-2020 informados por la Dirección General de Estadística y Censos. Para el cálculo de las defunciones esperadas se empleó uno de los modelos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud, que implica el cálculo de la mediana y el rango (con los percentilos 25 y 75) de las muertes observadas en el período 2015-2019. El percentil 75 se emplea como el umbral de alerta, y el exceso de mortalidad es calculado como las muertes registradas durante el 2020 menos este valor umbral. En la tabla n, se presentan las defunciones ocurridas durante el período 2015-2020, el exceso de mortalidad (como número y porcentaje de defunciones), las defunciones por enfermedades relacionadas a Covid-19 y la diferencia entre estas y las muertes en exceso.

Tabla 22. Defunciones del período 2015-2019, muertes en exceso y porcentaje de exceso de mortalidad en el año 2020 (todas las causas). CABA.

Defunciones	Total	Por sexo	
		Varon	Mujer
Año 2015	29166	12847	16319
Año 2016	30602	13539	17063
Año 2017	29664	13190	16438
Año 2018	27836	12411	15389
Año 2019	28677	12722	15955
Año 2020	33036	15229	17807
Exceso de mortalidad (defunciones)	3372	2039	1369
Exceso de mortalidad (%)	11,37	15,46	8,33
Defunciones relacionadas a Covid-19	5560	2846	2714
Diferencia de defunciones	-2188	-807	-1345

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

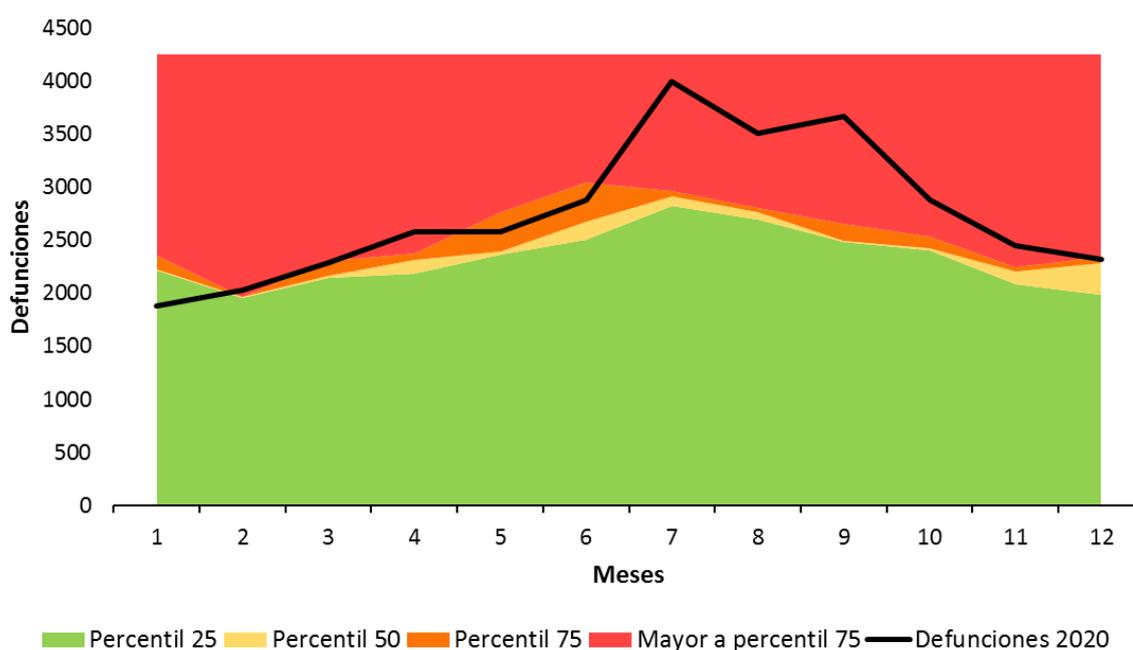
Durante el año 2020 se registró un incremento en la mortalidad por todas las causas del 11,4%, que corresponde a 3372 defunciones más que las esperadas de acuerdo a los registros del período 2015-2019. Al analizar el exceso de mortalidad por sexo, se observó que se

registró un exceso mayor entre los varones ($n = 2039$; 15,5%) que entre las mujeres ($n = 1369$; 8,3%).

En todos los casos se observó que las defunciones cuya causa principal fueron las enfermedades relacionadas al Covid-19 superaron las muertes en exceso estimadas. Esto podría deberse a un sobre registro de muertes por esta enfermedad, ya que en personas con comorbilidades, se tomó COVID como la principal causa de defunción.

A continuación, se muestra el corredor endémico del exceso de mortalidad total por mes.

Gráfico 62. Corredor endémico con los percentilos 25, 50 y 75 de las defunciones ocurridas en el período 2015-2019 y defunciones ocurridas en el 2020, según el mes de muerte. CABA.



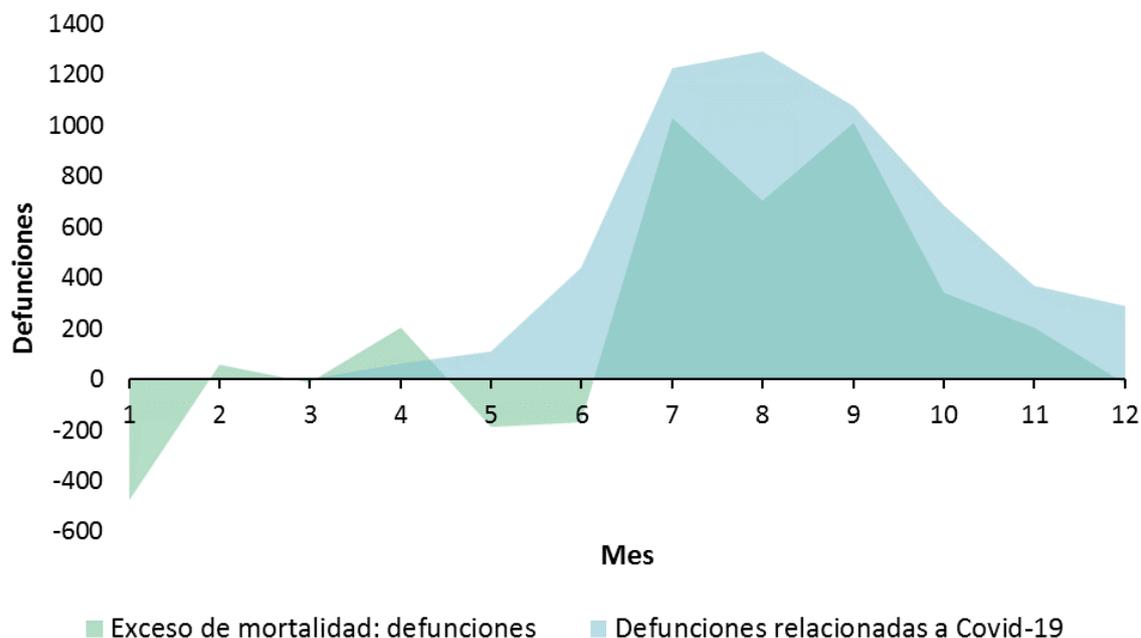
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Como se puede observar, las defunciones del año 2020 se mantuvieron mayormente debajo del valor umbral hasta el mes de junio (con la excepción de valores superiores al umbral de alerta en los meses de febrero y abril). El exceso de mortalidad empezó a ser notorio a partir del mes de julio, y se mantuvo en valores muy elevados en los siguientes dos meses, observándose una disminución progresiva y significativa a partir del mes de octubre, coincidiendo con la temporalidad de los casos de Covid-19 notificados en la Ciudad.

A continuación se presenta el número de defunciones en exceso junto con las muertes relacionadas con Covid-19. La línea de base representa el valor umbral (percentil 75) de muertes esperadas en el período comprendido entre 2015 y 2019. Los números por encima de cero representan más muertes de las esperadas, mientras que números menores a la línea de base representan menos muertes de las esperadas. La sombra azul representa el número

de defunciones que fueron registradas como relacionadas a Covid en la ciudad y el color verde representa el exceso de mortalidad por todas las causas.

Gráfico 63. Exceso de mortalidad y defunciones relacionadas a Covid-19, según mes de fallecimiento. CABA. Año 2020.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

En términos generales se puede dividir al año en dos partes: un primer semestre con un promedio de mortalidad menor al esperado para esos meses, y una segunda mitad con un claro exceso de mortalidad respecto al valor umbral histórico del semestre. Este mismo comportamiento se observa a nivel nacional.³³ Al hacer el análisis de manera anual, se incluyeron los meses de enero y febrero, en los cuales todavía no se habían notificado en el país casos de Covid-19, ni se habían implementado medidas restrictivas. Tampoco se ven en dichos meses grandes diferencias respecto de las muertes esperadas.

Respecto a las muertes relacionadas a Covid-19, se puede observar un ascenso sostenido desde marzo, mes donde se reportó la primera muerte, que se vuelve marcado desde junio, coincidente con un aumento en la circulación de personas debido a disminuciones paulatinas en las restricciones previamente implementadas. A partir de agosto, las muertes relacionadas con Covid-19 vuelven a descender.

En relación al exceso de mortalidad, éste comienza de manera marcada en el mes de junio, coincidente con el incremento abrupto de las muertes relacionadas a Covid-19. Tiene dos

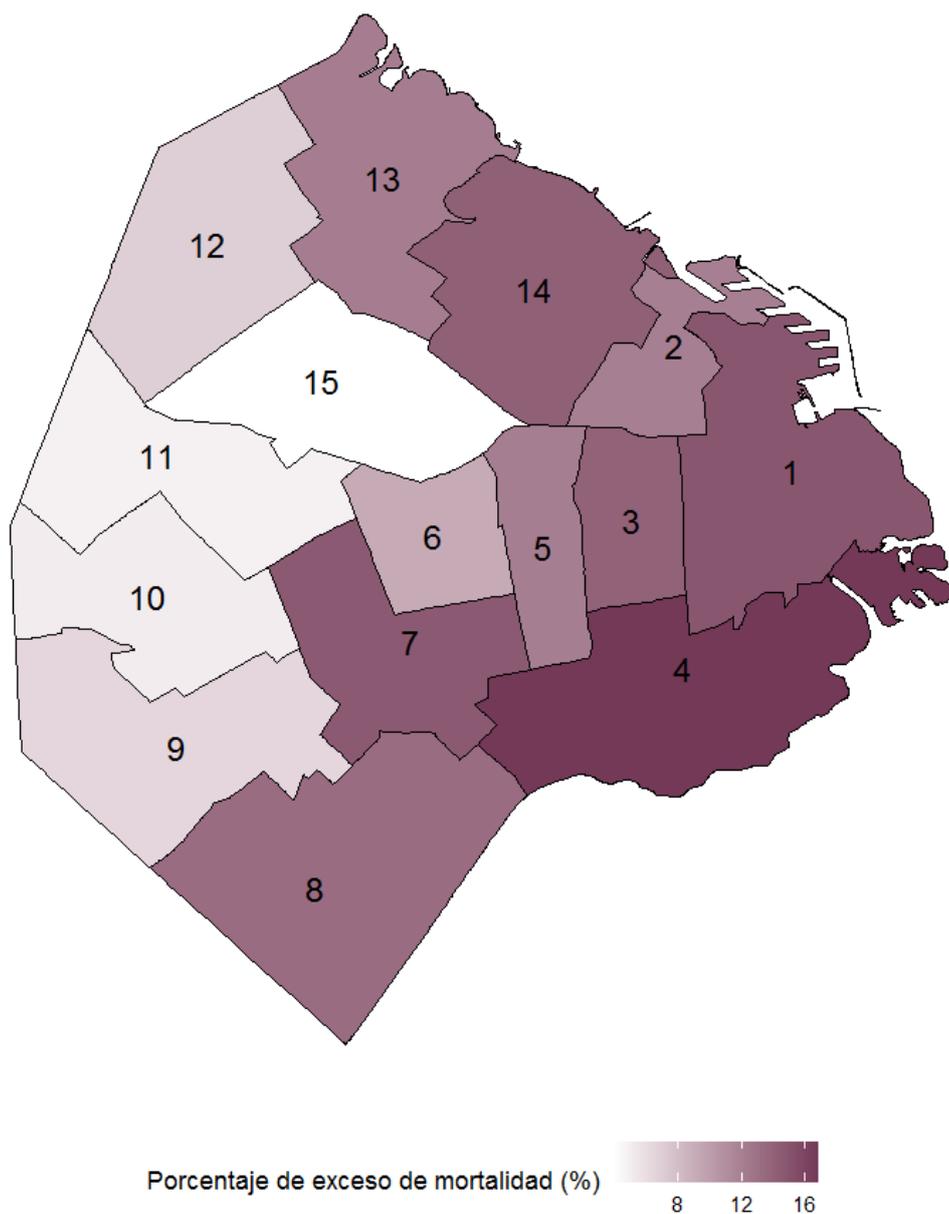
³³ Rearte, A., et al. (2021). *Exceso de mortalidad por todas las causas en contexto de pandemia de Covid-19. Argentina, 2020*. Revista Argentina de Salud Pública.

picos, uno en el mes de julio y otro en septiembre, que coinciden con los meses de mayor número de casos en el año. A partir de entonces vuelve a descender, acompañando al descenso en muertes por Covid.

A partir de mediados de abril y hasta terminar el 2020, en la Ciudad se reportaron más muertes relacionadas a Covid que muertes en exceso. Hay múltiples factores que impactaron en el perfil de muerte durante la pandemia, desde factores de riesgo individuales hasta políticas públicas y cambios del sistema de salud. Es por eso que, al tratarse de un análisis de muertes en exceso por todas las causas, sin especificar las causas específicas de defunción, hay que tener en cuenta que éstas pueden estar compuestas por muertes directas por Covid-19, muertes indirectas relacionadas con la pandemia, y muertes no relacionadas con Covid.

La presencia de un exceso de mortalidad menor a las muertes relacionadas a Covid-19 se podría interpretar como un descenso de las muertes por causas generales respecto de lo que cabría esperar de acuerdo al percentil 75 del período histórico usado como referencia, donde, en ciertos casos, la enfermedad por Covid podría haber acelerado las evoluciones de individuos susceptibles (como adultos mayores o personas con factores de riesgo). Sería esperable también encontrar un reemplazo de otras causas de defunción, relacionadas a las medidas de confinamiento, aislamiento e higiene. Ejemplos de esto puede ser un descenso en las muertes relacionadas a accidentes viales, o también a enfermedades respiratorias por la baja circulación de otros virus.

Mapa 4. Porcentaje de exceso de mortalidad según comuna de residencia. CABA. Año 2020



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

El análisis georreferenciado del exceso de mortalidad muestra la heterogeneidad interna de la Ciudad de Buenos Aires. En el mapa los colores más oscuros representan un porcentaje más grande de exceso de mortalidad, encontrándose los valores más altos en la Comuna 4 (16,82%, n= 354), seguido por la Comuna 1 (14,84%, n= 297). Esto concuerda con el mayor número de casos confirmados en estas comunas respecto al resto de la Ciudad, expuesto en la sección de Morbilidad. El valor más bajo lo registra la Comuna 15, con 4,01% (n= 79) de exceso de mortalidad, casi 3 veces menor al promedio de la Ciudad.

XIV. PANEL DE INDICADORES

INDICADORES 2020	CABA	Comunas														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Población General	3.075.646	256.405	149.430	193.276	240.100	187.518	185.456	241.861	228.953	171.264	170.592	190.076	214.777	236.358	227.115	182.465
Superficie km ²	204,00	17,76	6,30	6,39	21,67	6,66	6,85	12,43	22,29	16,51	12,66	14,12	15,57	14,65	15,85	14,32
Porcentaje de población según comuna	-	8,34%	4,86%	6,28%	7,81%	6,10%	6,03%	7,86%	7,44%	5,57%	5,55%	6,18%	6,98%	7,68%	7,38%	5,93%
Densidad de población (hab x km ²)	15075	1433	23710	30270	11080	28160	27070	19462	10271	10376	10478	13462	13796	16132	14332	12740
Nacidos vivos	27.529	2.361	1.380	1.902	2.522	1.438	1.422	2.273	2.452	1.449	1.262	1.384	1.784	1.970	2.226	1.549
Tasa de Natalidad	8,95	9,21	9,24	9,84	10,50	7,67	7,67	9,40	10,71	8,46	7,40	7,28	8,31	8,33	9,80	8,49
Nacimientos de mujeres adolescentes (10-19 años)	885	112	5	55	163	23	17	92	199	52	39	26	19	18	13	40
Tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) de 10 a 19 años	4,6	7,5	0,7	5	8,6	2,2	1,8	5,5	9,5	4,4	3,6	2,3	1,6	1,5	1,1	3,6
Tasa global de fecundidad por comuna. Trienio 2018-2020	1,4	1,4	1,3	1,4	1,8	1,2	1,1	1,6	1,7	1,6	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,4
Edad promedio de las madres según comuna. Trienio 2018-2020	31,7	30,8	34,5	31,0	29,5	32,5	33,4	30,4	29,1	30,3	31,7	32,4	33,5	34,0	34,3	32,5
N° de Defunciones totales	33.231	2.298	1.859	2.299	2.458	2.154	2.052	2.584	1.800	1.982	1.977	2.249	2.239	2.576	2.462	2.047
Tasa bruta de mortalidad	1080,5	896,2	1244,1	1189,5	1023,7	1148,7	1106,5	1068,4	786,2	1157,3	1158,9	1183,2	1042,5	1089,9	1084,0	1121,9
Defunciones en menores de un año	123	14	5	6	22	9	4	14	9	11	4	4	2	6	9	4
Tasa de mortalidad infantil (1000 NV) por comuna de residencia habitual de la madre.	4,5	5,9	3,6	3,1	8,7	6,2	2,8	6,1	3,7	7,5	3,1	2,9	1,1	3,0	4,0	2,6
Tasa de mortalidad neonatal según comuna	2,8	5,1	2,9	2,1	4,7	3,5	1,4	3,9	2,4	4,1	2,4	1,4	0,6	2,5	2,2	-
Tasa de mortalidad posneonatal según comuna	1,7	0,8	0,7	1	3,9	2,8	1,4	2,2	1,2	3,4	0,8	1,4	0,6	0,5	1,8	2,6
Tasa específica de mortalidad por Tumores malignos (cada 100.000 personas)	100,4	95,6	106,4	106,0	106,5	98,8	102,9	85,5	93,0	95,4	92,4	109,8	95,1	98,5	98,1	114,9
Tasa específica de mortalidad por Enf. Del Corazón (cada 100.000 personas)	172,1	170,6	137,3	191,3	197,1	176,1	144,5	188,2	209,6	206,7	182,6	178,7	161,6	143,7	138,4	179,0
Tasa específica de mortalidad por Enf. Por COVID-19 (cada 100.000 personas)	109,3	108,5	92,3	130,8	157,4	101,3	78,5	129,0	161,3	110,1	89,3	82,5	72,1	67,2	84,6	91,2
Tasa de mortalidad por Infecciones respiratorias agudas (cada 100.000 personas)	58,7	42,6	46,0	60,2	66,8	56,7	49,4	52,0	65,1	61,6	52,8	53,9	51,0	42,3	43,5	57,2

XV. ANEXO

Tabla 23. Número de defunciones por sexo y grupo etario, y tasas específicas de mortalidad (por cada 1.000 habitantes). CABA. Año 2020.

Grupo de edad	Defunciones			Tasas de mortalidad		
	Varones	Mujeres	Totales	Varones	Mujeres	Totales
0 a 4	91	70	161	0,87	0,71	0,79
5 a 9	11	12	23	0,11	0,12	0,11
10 a 14	18	8	26	0,18	0,08	0,13
15 a 19	34	15	49	0,35	0,16	0,25
20 a 24	50	34	84	0,52	0,35	0,44
25 a 29	87	44	131	0,84	0,41	0,62
30 a 34	117	61	178	1,03	0,51	0,77
35 a 39	142	105	247	1,27	0,89	1,08
40 a 44	214	150	364	1,98	1,30	1,63
45 a 49	330	200	530	3,41	1,88	2,61
50 a 54	467	287	754	5,93	3,18	4,46
55 a 59	683	428	1111	9,57	4,98	7,06
60 a 64	1047	683	1730	15,62	7,92	11,29
65 a 69	1480	986	2466	25,40	12,25	17,77
70 a 74	1869	1479	3348	38,37	20,18	27,44
75 a 79	2078	1965	4043	57,39	32,06	41,47
80 a 84	2245	2699	4944	96,41	58,78	71,44
85 a 89	2234	3454	5688	171,69	114,68	131,88
90 a 94	1610	3384	4994	247,46	185,82	202,05
95 a 99	465	1514	1979	234,14	235,61	235,26
100 y más	60	321	381	177,51	231,94	221,25
Total	15332	17899	33231	10,61	10,97	10,80

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de defunciones y proyecciones poblaciones de la Dirección General de Estadística y Censos (GCBA).

Tabla 24. Número de defunciones por grupo de edad y comuna. CABA. Año 2020.

Grupo de edad	Comuna															Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
0-4	18	6	10	27	10	4	18	13	13	6	6	3	10	11	4	159
5-9	2	0	4	1	1	2	4	2	1	0	1	3	2	0	0	23
10-14	3	0	2	4	1	0	2	1	1	3	3	0	0	1	5	26
15-19	9	3	3	7	0	1	2	11	2	1	1	2	5	2	0	49
20-24	5	4	7	13	6	1	9	7	9	5	4	5	3	2	2	82
25-29	20	4	13	20	9	4	11	12	8	4	6	4	3	6	5	129
30-34	18	12	11	25	10	7	19	17	11	11	5	6	5	9	11	177
35-39	20	5	24	30	17	12	17	25	13	16	8	13	15	12	18	245
40-44	38	8	32	48	23	15	26	31	24	18	20	16	11	22	27	359
45-49	45	13	49	57	28	24	53	55	28	30	32	31	22	24	27	518
50-54	64	20	50	86	43	28	78	61	66	46	46	45	28	33	47	741
55-59	85	42	72	104	70	57	110	95	70	55	68	61	81	70	64	1104
60-64	140	63	118	183	120	93	149	130	113	98	112	101	98	81	119	1718
65-69	216	99	192	208	147	134	206	190	162	137	164	142	142	145	163	2447
70-74	256	165	261	278	205	192	266	208	222	191	212	236	211	217	202	3322
75-79	293	220	263	265	281	243	311	219	268	246	259	303	323	291	237	4022
80 y más	1066	1195	1188	1102	1183	1235	1303	723	971	1110	1302	1268	1617	1536	1116	17915

Fuente: elaboración propia a partir de datos de defunciones de la Dirección de Estadística y Censos (GCBA)

