

XVII Jornadas Argentinas de Estudios de Población - IV Congreso Internacional de Población del Cono Sur. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Cafayate (Salta), 2023.

Desigualdades en la mortalidad infantil en la ciudad de buenos aires (2007-2018).

Lucas Dimaro.

Cita:

Lucas Dimaro (2023). *Desigualdades en la mortalidad infantil en la ciudad de buenos aires (2007-2018)*. XVII Jornadas Argentinas de Estudios de Población - IV Congreso Internacional de Población del Cono Sur. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Cafayate (Salta).

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xvii.jornadas.aepa/26>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eezf/goN>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



DESIGUALDADES EN LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (2007-2018)

Nombre y Apellido: Lucas Dimaro

Correo electrónico: lucasdimaro@gmail.com

Resumen

En décadas recientes, se ha producido un descenso considerable en el total de las defunciones infantiles en Latinoamérica, de tal forma que los niveles de la tasa de mortalidad infantil se encuentran por debajo de las 30 defunciones por mil nacidos vivos en la mayoría de los países de la región, mientras que otros presentan números similares a los existentes en los países más desarrollados. (Aguirre, 2015). En Argentina, por su parte, entre 1990 y 2018 la mortalidad infantil es inferior al promedio general de Latinoamérica.

Dentro del mencionado contexto, en este trabajo se va a profundizar el estudio de la mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, jurisdicción que ha alcanzado los niveles más bajos respecto al resto de provincias del país. La evolución de la estructura de causas de muerte de la Ciudad muestra que a partir de mediados del siglo XX, se intensifica la reducción en aquellas originadas por causas de origen exógeno (infecciosas y parasitarias), y comienzan a cobrar importancia las muertes de origen endógeno (anomalías congénitas y perinatales) (Mazzeo, 2017). Las afecciones originadas en el período perinatal y las anomalías congénitas son las más difíciles de evitar y precisan de medidas más costosas, ya que se requiere tanto de recursos humanos capacitados como de una infraestructura hospitalaria apropiada (Aguirre, 2009).

Asimismo, es importante destacar que esta disminución no operó de forma homogénea en el interior de la Ciudad de Buenos Aires. Si se consideran las tasas de mortalidad infantil calculadas por la Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad (2019) para el trienio 2016/2018 se puede observar que, mientras en la Comuna 2 dicho valor alcanza el 3,9 por mil, en las Comunas 4, 8 y 9 supera el 8,5 por mil. La desigualdad entre comunas, en este caso, se ve duplicada.



Introducción

La tasa de mortalidad infantil adquiere relevancia por ser considerada tanto un indicador demográfico como un indicador de las condiciones socioeconómicas de la población. Al interior de la mortalidad infantil se distingue entre mortalidad neonatal y postneonatal. Cuando se hace referencia a mortalidad neonatal, se incluyen todas aquellas defunciones ocurridas entre el nacimiento y los 27 días de vida, mientras que con mortalidad postneonatal se alude a los casos que vivieron de 28 a 364 días. Esta división es importante por los diferenciales en las causas predominantes en cada una de estas etapas, que permiten realizar un análisis más preciso para direccionar acciones específicas para su reducción (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Asimismo, si lo que interesa destacar es el contenido social o las causas sociales de la mortalidad infantil, es importante prestar especial atención a la etapa postneonatal ya que, como se verá más adelante, dicha etapa se relaciona más con las muertes evitables (donde variables como el acceso a agua potable, el sistema de deposición de excretas o completitud del calendario de vacunación) y factores sociales como el nivel educativo de las madres, tienen elevado protagonismo. De todas formas, hay que tener en cuenta que no toda muerte infantil que se produce en el tramo postneonatal expresa necesariamente las condiciones de vida de la población. Por este motivo, es necesario analizar las causas de muerte para poder detectar cuáles responden a condicionantes biológicos o a determinantes sociales. Por lo tanto, más allá de la clara relación de la mortalidad infantil y su componente biológico, los factores sociales –educación, vivienda, contaminación ambiental e ingresos– influyen en el desarrollo de enfermedades y consecuentemente en la mortalidad. Partiendo de esta premisa, en este trabajo se pretende detectar la influencia de los factores sociales mencionados en el nivel de mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2007/2018.

Marco conceptual y antecedentes

Longhi (2013) mencionó que tradicionalmente se ha estudiado la mortalidad infantil partiendo de dos grandes condicionantes: por un lado, se han resaltado los factores biológicos y por otro, los sociales. En estas últimas causas es donde adquieren mayor relevancia los estudios que relacionan la mortalidad infantil con la pobreza y, desde la



perspectiva de la edad de la persona fallecida, el componente social adquiere mayor proporción en la etapa postneonatal, por lo que en la mortalidad neonatal cobran mayor protagonismo los factores biológicos y genéticos. Asimismo, el autor destaca dos grandes tipos de causas: por un lado, las exógenas, ligadas a causas socioambientales y, por otro, las endógenas, relacionadas principalmente con factores congénitos y concentradas en el período neonatal. Los países que presentan menores niveles de mortalidad infantil han reducido en gran medida el factor exógeno en su estructura de causas, por el hecho de que estas últimas son, en cierta forma, más fáciles de controlar que las endógenas debido a que están relacionadas con el entorno social en que se produce la defunción. En este sentido, una mejora en las condiciones de vida de la población tendría como consecuencia una disminución de la mortalidad infantil por dichas causas.

Teniendo en cuenta la separación de los componentes de la mortalidad infantil, Guzmán y Orellana (1987) plantean que en algunos países europeos¹ la disminución de la mortalidad infantil puede separarse en dos etapas. Una hasta el período 1965-1970, en la que, si bien se produce una disminución tanto de las defunciones neonatales como postneonatales, se observa un aumento en el porcentaje representado por las muertes neonatales en el total de muertes infantiles, que llega a representar entre un 75% y un 80%. A partir de este período, se observa lo contrario: la mortalidad neonatal acelera su descenso y disminuye su peso relativo en el total de las muertes infantiles. Los autores señalan que la causa radica en que los avances médicos han posibilitado lograr un tratamiento más eficaz para las afecciones que caracterizan al primer mes de vida, más relacionadas con las llamadas causas endógenas (entre las que se encuentran las malformaciones congénitas, la inmaduridad y otras afecciones relacionadas con la vida uterina y el proceso de parto). Dichos avances no habrían permitido impedir la muerte en la niñez sino sólo postergarla para después del primer mes. Por tal motivo, se genera un desplazamiento de las muertes endógenas, que ya no se encontrarán solo durante el primer mes de vida, sino que estarán presentes también durante la etapa postneonatal,

¹ Los países mencionados por Guzmán y Orellana (1987) surgen del artículo elaborado en 1984 por Catherine Lantoiné y Roland Pressat titulado "Nouveaux Aspects de la Mortalité Infantile" en el que se analiza la tendencia de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en Francia, Países Bajos, República Federal Alemana, Inglaterra, Gales y Hungría.



antes dependiente casi por completo de la mortalidad por causas exógenas (que comprenden las enfermedades infecciosas y parasitarias, las afecciones respiratorias, los accidentes y otras causas externas).

Este trabajo va a profundizar el estudio de la mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, jurisdicción que ha alcanzado los niveles más bajos respecto al resto de provincias del país. Asimismo, es importante destacar que esta disminución no operó de forma homogénea en el interior de la Ciudad de Buenos Aires. Si se consideran las tasas de mortalidad infantil calculadas por la Dirección de Estadísticas y Censos de la Ciudad (2019) para el trienio 2016/2018 se puede observar que, mientras en la Comuna 2 dicho valor alcanza el 3,9 por mil, en las Comunas 4, 8 y 9 supera el 8,5 por mil. La desigualdad entre comunas, en este caso, se ve duplicada.

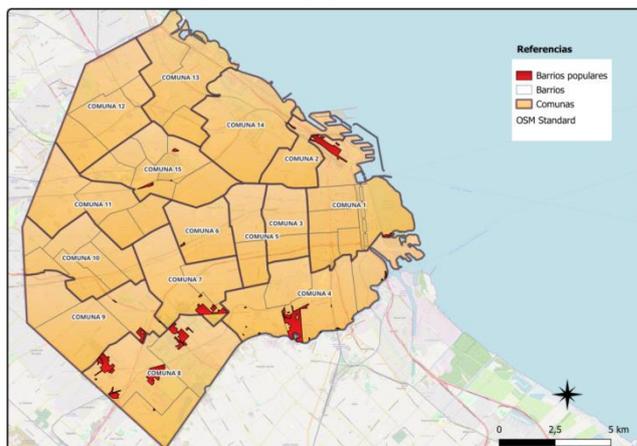
De acuerdo con el informe realizado por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (2007), en el que se analiza la situación de salud de la población, se observa que existe un marcado nivel de desigualdad en relación con las comunas de residencia y se divide a la población de la Ciudad de acuerdo con su nivel de vulnerabilidad social. De dicha división surge que la Zona sur, conformada en este estudio por las Comunas 8 y 4, es la que presenta un mayor porcentaje de “necesidades sociales” y, a su vez, es la que muestra una mayor tasa de mortalidad infantil. En cuanto a la cobertura de salud, dicha zona presenta el mayor porcentaje de población con única cobertura del sistema público (Hospitales, Cesac y Plan Médicos de Cabecera). En relación a esto Brust, Olego y Rosati, (2018) realizan un mapa de la vulnerabilidad sanitaria en Argentina por radio censal. Dicho indicador se construye a partir de la cercanía a efectores de salud y el nivel socioeconómico de la población; en la Ciudad de Buenos Aires las comunas 4 y 8 son las que presentan los valores más elevados de vulnerabilidad sanitaria. Coincidiendo así con lo encontrado por el Departamento de Epidemiología para el año 2007.

Lo mencionado anteriormente cobra mayor relevancia si se menciona que en las comunas 4 y 8 es donde se encuentra la mayor cantidad de villas o asentamientos de la Ciudad de Buenos Aires. También denominados como barrios populares informales, fueron constituidos mediante diversas estrategias de ocupación del suelo y se



caracterizan por presentar diversos grados de precariedad y hacinamiento, así como también un déficit en el acceso formal a los servicios básicos (agua corriente, energía eléctrica con medidor domiciliario y/o sistema de eliminación de excretas a través de la red cloacal formal). (RENABAP, 2022). Las condiciones mencionadas vuelven a la población más vulnerable frente a diversas enfermedades y como se observa en el Mapa 1, en la Ciudad de Buenos Aires hay 49 villas o asentamientos, de las cuales 35 se encuentran dentro de las comunas 4 y 8.

Mapa 1. Comunas y barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires



Fuente: elaboración propia en base a datos censales y del Registro Nacional de Barrios Populares

Otro punto a destacar en relación con la problemática habitacional es la llamada Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR) que comprende, dentro de la Ciudad de Buenos Aires, a las comunas 4, 7, 8 y 9, donde justamente se encuentra gran parte la población con mayor vulnerabilidad social. Algunas de las villas y asentamientos de esta zona se ubican en terrenos bajos e inundables o en espacios antes destinados a basurales y depósitos de chatarra. Por tales razones, estos terrenos presentan altos niveles de contaminación del suelo por metales pesados y, a su vez, tienen una mayor exposición a la contaminación de la cuenca por su cercanía (Gerencia Operativa de Epidemiología, 2017). Tradicionalmente el Riachuelo ha sido y sigue siendo un factor contaminante, y del total de establecimientos industriales declarados como agentes contaminantes en la CMR, el 37,4% se encuentra en el sector que comprende a la Ciudad de Buenos Aires (ACUMAR, 2014).



Los argumentos expuestos sostienen la necesidad de realizar un análisis de esta problemática prestando especial atención a su distribución espacial, con la finalidad de detectar sectores en los que la mortalidad infantil no ha seguido la tendencia general de la Ciudad. En este sentido, es necesario estudiar las causas de mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires con el propósito de detectar qué proporción de la mortalidad de menores de un año podría ser reducida.

Objetivos

El objetivo general que se persigue en este trabajo es realizar una descripción de las características de la mortalidad infantil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (evolución, distribución espacial y desigualdad territorial). Particularmente, interesa detectar la influencia de los factores sociales (cobertura de salud, nivel educativo, condiciones de las viviendas) en el nivel de mortalidad infantil durante el período 2007-2018.

Como objetivos específicos, se propone describir las características de la mortalidad infantil y la evolución de las tasas de mortalidad infantil neonatal y postneonatal en las distintas comunas. A su vez, se busca detectar –a partir del análisis de las causas– si existen manifestaciones de la mortalidad infantil que puedan ser mayormente asociadas a factores sociales y, al mismo tiempo, permitan identificar la existencia de desigualdad espacial. Por último, con la finalidad de detectar posibles relaciones con los diferenciales de mortalidad infantil, se realizará una descripción de las condiciones de vida (cobertura de salud, nivel educativo, condición de las viviendas) que caracterizan a las distintas comunas de la Ciudad de Buenos Aires.

Metodología y Fuentes

Se utilizará como insumos la información relevada en los informes estadísticos de nacimientos y de defunciones de menores de un año, provenientes de las estadísticas vitales. Específicamente, se consideran los nacimientos totales y las defunciones infantiles de madres residentes, ocurridos y registrados en la Ciudad de Buenos Aires en el tramo de años comprendidos entre 2007 y 2018. La selección del año de inicio del período está relacionada con la disponibilidad de los datos por comuna de residencia de



las madres. Para el estudio de los diferenciales de mortalidad, se considera que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece como principio básico en su marco normativo la descentralización territorial y, por consiguiente se establece la división en comunas; las cuales tienen su origen en una ley que fue sancionada en 2006, por lo que recién a partir de dicho año se puede obtener datos con ese nivel de desagregación para dicha ciudad. Por tal motivo, en este trabajo se optó por seleccionar como período de estudio los cuatro trienios que tienen como punto de inicio el año 2007 (2007-2009, 2010-2012, 2013-2015 y 2016-2018). Se utilizarán tasas trienales de mortalidad con el objeto de suavizar las fluctuaciones anuales de los casos de mortalidad infantil distribuidos en el territorio de la Ciudad de Buenos Aires. No se consideró el trienio 2019-2021 porque, al momento de realizarse el análisis, no se encontraban disponibles los datos del año 2021.

Para conocer la magnitud de la mortalidad infantil se utilizó la tasa de mortalidad infantil, que considera para su cálculo el total de defunciones de menores de un año de edad para un año determinado y el total de personas nacidas vivas para ese mismo año, expresado cada mil nacidos vivos.

Para realizar con precisión el estudio de la mortalidad infantil, se la suele dividir de acuerdo con el tiempo de vida de las y los menores de un año. De esta manera, cuando se hace referencia a mortalidad neonatal, se incluyen todas aquellas defunciones ocurridas entre el nacimiento y los 27 días de vida, mientras que con la mortalidad postneonatal se alude a los casos que vivieron de 28 a 364 días.

A su vez, para el estudio de las condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires se tomarán los datos provenientes de la Encuesta Anual de Hogares, realizando tres cortes temporales dentro la franja de tiempo estudiada en este trabajo. Con esta finalidad, se utilizarán los resultados del 2008, 2011, 2014 y 2017 de dicha encuesta, lo que permitirá tener una referencia de las condiciones socioeconómicas en el comienzo, en la mitad y en el final del período y que coinciden temporalmente con la periodización propuesta para el estudio de la mortalidad infantil.



Se utilizaron datos secundarios, provenientes, por un lado, de las estadísticas vitales de la Ciudad de Buenos Aires (nacimientos y defunciones infantiles) del periodo 2007-2018, y por otro, se procesaron las bases de la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad para el análisis de las condiciones de vida de la población correspondientes a los años 2008, 2011, 2014 Y 2017.

Principales resultados

En el Cuadro 1, se presenta con mayor claridad la tendencia decreciente de la tasa de mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, que pasa de 7,9 por mil en el 2007 a 5,7 por mil en el 2018. En comparación con el total del país se puede observar en ambos casos una tendencia decreciente en la mortalidad por componentes, aunque si se tiene en cuenta el primero y el último año del periodo se distinguen distintos niveles de disminución porcentual, que pueden deberse a las características que asume la reducción de la mortalidad infantil de acuerdo a si es más alta o más baja.

Cuadro 1. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) total, neonatal y post neonatal. Ciudad de Buenos Aires y Total país. Año 2007/2018

Año	CABA			Total país		
	Total	Neonatal	Post neonatal	Total	Neonatal	Post neonatal
2007	7,9	5,0	2,9	13,3	8,5	4,8
2008	7,3	4,9	2,3	12,5	8,3	4,2
2009	8,3	5,8	2,5	12,1	8,0	4,1
2010	6,7	4,5	2,2	11,9	7,9	4,0
2011	8,5	5,4	3,1	11,7	7,6	4,1
2012	8,1	5,9	2,2	11,1	7,5	3,6
2013	8,9	6,4	2,4	10,8	7,4	3,4
2014	7,9	5,6	2,3	10,6	7,2	3,4
2015	6,0	4,3	1,7	9,7	6,6	3,1
2016	7,2	5,4	1,8	9,7	6,5	3,3
2017	6,7	4,8	1,9	9,3	6,5	2,9
2018	5,7	4,2	1,5	8,8	6,0	2,8
Disminución porcentual 2007-2018	-39,6	-20,3	-93,2	-51,1	-41,7	-71,4

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. (Ministerio de salud de la Nación)



Con el objetivo de suavizar las fluctuaciones anuales de los casos de mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires se utilizan tasas trienales de mortalidad. En el Cuadro 2 se presenta la distribución porcentual de las principales causas de defunciones infantiles en el período para cada trienio. La causa más recurrente es la P07, que agrupa los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con el bajo peso al nacer, que representa un 15,7% para el total de las defunciones del período. En segundo lugar, aparece la causa Q24 (otras malformaciones del corazón) con 7,9% de los casos registrados, manteniéndose relativamente estable en el total de causas por trienio.

Cuadro 2 Distribución porcentual de las defunciones infantiles trienales por las 10 principales causas del periodo. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018

Causa	2007-2009	2010-2012	2013-2015	2016-2018	Total
G93 Otros trastornos del encéfalo	3,9	5,0	4,0	2,3	3,9
J81 Edema pulmonar	5,8	3,1	3,0	3,7	3,9
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte					
P07 Dificultad respiratoria del recién nacido	17,0	16,2	13,8	16,0	15,7
P22 Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el período perinatal	6,4	5,6	4,6	4,5	5,4
P28 Trastornos cardiovasculares originados en el período perinatal	2,1	4,0	3,1	3,2	3,1
P29 Sepsis bacteriana del recién nacido	2,1	3,5	2,9	3,5	3,0
P36 Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	3,5	4,6	5,1	4,1	4,3
P52 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	2,3	2,0	2,4	2,5	2,3
P77 Otras malformaciones congénitas del corazón	1,6	1,9	3,2	4,8	2,7
Q24	8,2	7,2	7,9	8,2	7,9
Resto de las causas	47,0	46,9	50,0	47,3	47,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10a Revisión que se aplica desde 1997

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

En el Cuadro 3 se presentan las defunciones infantiles por causa de mortalidad agrupadas en los Capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Las afecciones originadas en el período perinatal –fallecimientos cuya causa se relacionan al nacimiento aunque la enfermedad o muerte ocurran más tarde- son



aquellas relacionadas, entre otras, con complicaciones del embarazo, trabajo de parto y del parto, trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el crecimiento fetal lento. Son casi la mitad del total de defunciones infantiles del período considerado (49,2%) y su incidencia en cada trienio aumenta con el paso del tiempo, ya que pasan de representar un 45,3% de las defunciones en el trienio 2007/2009 a un 54,9% en el último. Esto tiene sentido si consideramos que, a una tasa de mortalidad más baja le corresponde un incremento en las causas de origen neonatal, dada su mayor dificultad en ser reducidas. Asimismo, entre ambos trienios se puede destacar la disminución del peso de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que si bien ya presentaban una incidencia baja entre 2007/2009 (2% del total), en el último trienio alcanzan el 1,1% de las defunciones infantiles. Otro tanto sucede con las enfermedades del sistema respiratorio que pasan de ser el 10,5% en el primer trienio al 6% en 2016/2018. Por lo tanto, se puede notar que la disminución de la tasa de mortalidad infantil del período mencionada anteriormente trae aparejado un cambio en la estructura de causas de mortalidad.

Cuadro 3 Proporción de defunciones infantiles por causas de mortalidad agrupada en Capítulos Clasificación Internacional de Enfermedades, 10^a Revisión. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018

Capítulos Clasificación Internacional de Enfermedades	2007-2009	2010-2012	2013-2015	2016-2018	Total
Capítulo I - A00-B99 - Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,0	2,4	1,6	1,1	1,8
Capítulo VI - G00-G99 - Enfermedades del sistema nervioso	4,5	6,5	4,9	3,5	5,0
Capítulo X - J00-J99 - Enfermedades del sistema respiratorio	10,5	8,2	5,9	6,0	7,9
Capítulo XVI - P00-P96 - Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45,3	47,4	50,9	54,9	49,2
Capítulo XVII - Q00-Q99 - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	31,5	30,9	33,4	30,8	31,7
Resto	6,2	4,6	3,2	3,7	4,5



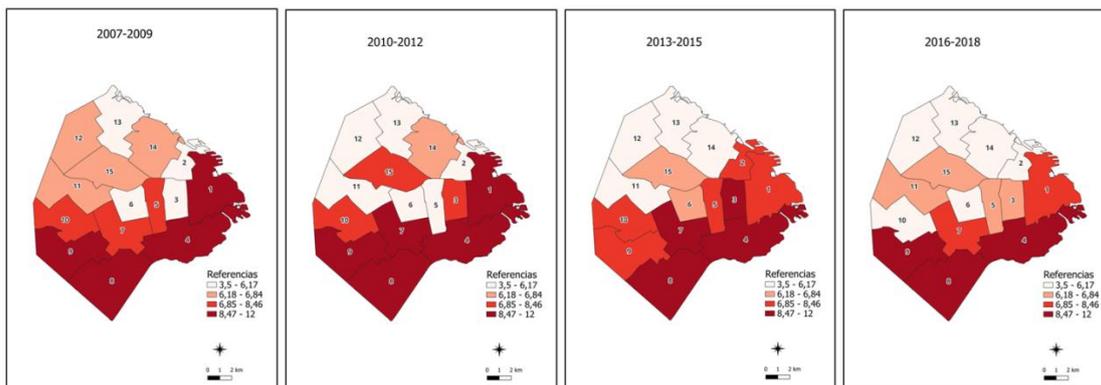
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
-------	-------	-------	-------	-------	-------

Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10ª Revisión que se aplica desde 1997.

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

La tendencia decreciente de la mortalidad infantil en el total de la Ciudad, teniendo en cuenta los cuatro trienios del período, no se corresponde con el comportamiento que presentan los datos si son observados de acuerdo con la comuna de residencia de la madre. El nivel de la mortalidad infantil en las comunas 4 y 8 fue superior al del total de la Ciudad en todos los trienios, y además son las únicas que superan las 10 defunciones por mil personas nacidas vivas.

Mapa 2. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018

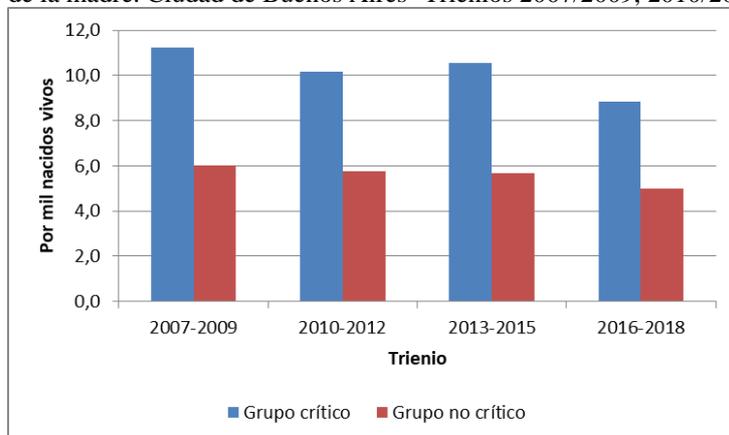


Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

El mapa anterior deja claro que la comuna de residencia de la madre tiene una marcada influencia en la magnitud de la mortalidad infantil. Por este motivo, a continuación, se presenta una comparación agrupando las comunas de acuerdo a su diferencia con el promedio total de la ciudad. Por un lado, las que presentan valores superiores en todos los trienios (“Grupo crítico”, comunas 4 y 8), y por otro, las que tienen valores inferiores (Grupo no crítico, comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14) en todos los trienios considerados. En el Gráfico 1 se puede notar que la tasa de mortalidad infantil en el “grupo crítico” presenta valores que se encuentran cercanos a duplicar a los del “grupo no crítico”.



Gráfico 1. Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por agrupación de comunas de residencia de la madre. Ciudad de Buenos Aires- Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018

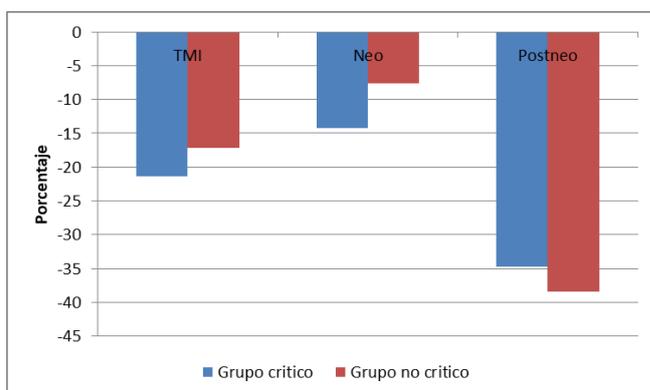


Nota: Grupo crítico (comunas 4 y 8), Grupo no crítico (comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales

Al observar la diferencia porcentual entre los trienios extremos de periodo (Gráfico 2) se puede notar que tanto la tasa de mortalidad infantil como la tasa de mortalidad neonatal disminuyen en mayor proporción en las comunas del “grupo crítico”. Esto se puede explicar por el hecho de que las comunas del “grupo no crítico” presentan en el principio del periodo valores más bajos y por lo tanto han llegado a un umbral más difícil de traspasar. Por lo tanto, si bien presentan una tendencia decreciente lo hacen en menor medida que las del “grupo crítico” que parten de valores más elevados. En relación a la disminución porcentual de la tasa de mortalidad postneonatal, contrariamente a lo esperado, lo observado permite detectar que los mayores avances en términos de control de la mortalidad postneonatal operaron en el “grupo no crítico”. Lo que lleva a preguntarse por la existencia de algún tipo de barreras en el “grupo crítico” para el control de la muerte infantil. Se puede conjeturar que la destacada presencia de barrios populares informales constituye un factor determinante, pudiendo ser la razón por la cual a pesar de la tendencia decreciente en toda la ciudad, dichas comunas continúan presentando una mayor dificultad en el control de la mortalidad infantil.

Gráfico 2 Diferencia porcentual en la Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) total, neonatal y postneonatal entre los trienios extremos del periodo periodo 2007-2009 y 2016-2018 por agrupamiento de comuna de residencia de la madre. Ciudad de Buenos Aires.



Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10ª Revisión que se aplica desde 1997. Grupo crítico (comunas 4 y 8), Grupo no crítico (comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales

En el Cuadro 4 se puede observar la estructura de causas que componen la mortalidad para cada agrupamiento de comunas. Los dos tipos de causa más recurrentes en el total de las defunciones de los dos grupos son las anomalías congénitas y las afecciones originadas en el período perinatal (vinculadas al componente endógeno de la mortalidad). De todas maneras, la distribución del porcentaje de cada causa en el interior de cada grupo presenta diferencias a destacar. Es así que, dentro del grupo no crítico, las dos causas mencionadas agrupadas representan un 69,1%, mientras que, en el grupo crítico un 60,1%. En el sentido contrario, las enfermedades del aparato respiratorio (que suelen ser vinculadas a causas exógenas y estar mayormente presentes en las defunciones postneonatales) implican un mayor porcentaje dentro del grupo crítico (11,6% vs 4%).

Cuadro 4

Proporción de defunciones infantiles por principales causas de mortalidad según agrupación de comunas. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018

Causas	Año									
	2007-2009		2010-2012		2013-2015		2016-2018		Total	
	Grupo crítico	Grupo no crítico								
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	27,9	36,7	31,4	34,4	32,0	34,1	29,7	38,1	30,2	35,7
Enfermedades aparato respiratorio (J00-J99)	14,1	6,3	12,4	3,5	9,1	3,7	9,7	2,0	11,6	4,0



Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)*	31,1	25,2	24,4	30,5	32,4	39,8	34,9	40,6	30,4	33,4
Bajo peso al nacer (P07)	14,1	21,1	14,3	22,0	17,8	14,2	16,6	13,2	15,5	18,0
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	5,2	2,6	10,1	2,3	6,3	4,1	5,7	2,0	6,9	2,8
Resto	7,5	8,1	7,4	7,3	2,4	4,1	3,4	4,1	5,4	6,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

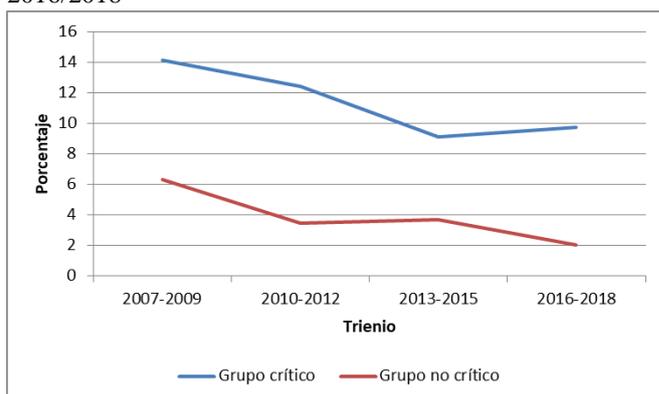
* Excluye la causa P07

Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10ª Revisión que se aplica desde 1997. Grupo crítico (comunas 4 y 8), Grupo no crítico (comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

En cuanto a la evolución trienal, se puede destacar que las enfermedades respiratorias pierden peso en ambos grupos (Gráfico 3), pasando de significar un 14,1% para el “grupo crítico” y un 6,3% para el “grupo no crítico” en 2007/2009 a un 9,7% y 2% respectivamente en el trienio 2016/2018.

Gráfico 3 Proporción de defunciones infantiles por enfermedades del aparato respiratorio (J00-J99) según agrupación de comunas. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018



Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10ª Revisión que se aplica desde 1997. Grupo crítico (comunas 4 y 8), Grupo no crítico (comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

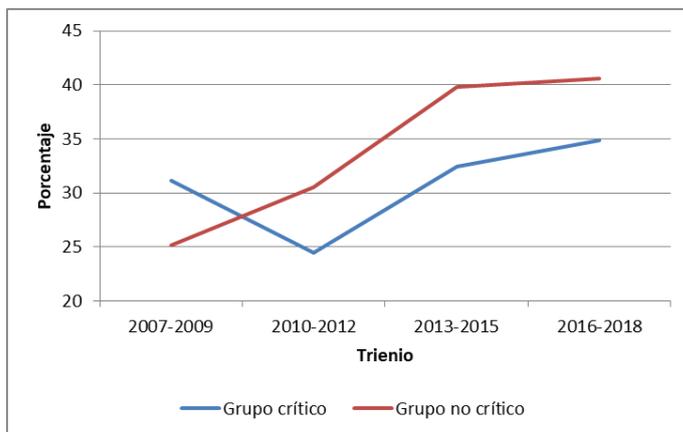
Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

En cuanto a las afecciones originadas en el período perinatal (Gráfico 4), se puede notar que hay una evolución desigual para cada grupo de comunas. En el “grupo crítico”, los valores en cada trienio presentan altibajos, ya que representan 31% en el primer trienio, 24,4% en el segundo, 32,4% en el tercero y 34,9% en el último. Mientras que en el



“grupo no crítico”, que al comienzo del período presenta un porcentaje menor, este tipo de causa crece con el paso de los años y pasa de ser 25,2% en 2007/2009 a 40,6% en 2016/2018.

Gráfico 4. Proporción de defunciones infantiles por afecciones del período perinatal (P00-P96) según agrupación de comunas. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018



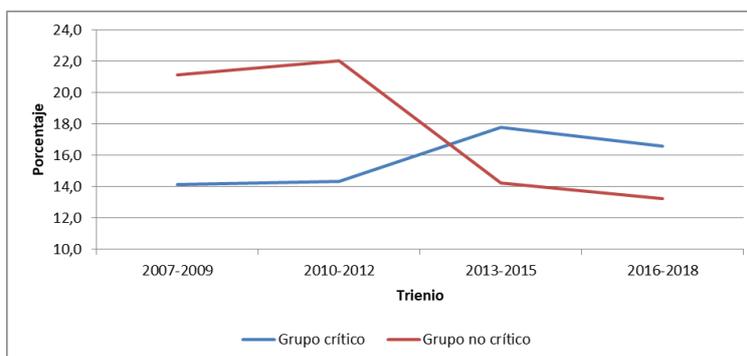
* Excluye la causa P07

Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10ª Revisión que se aplica desde 1997. Grupo crítico (comunas 4 y 8), Grupo no crítico (comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales.

En relación con el bajo peso al nacer (Gráfico 5) se da una situación similar: en los dos primeros trienios se puede notar que las comunas del “grupo no crítico” presentan un mayor porcentaje de este tipo de causa. A partir de 2013/2015 pierden peso las defunciones por bajo peso al nacer en dicho grupo y aumentan dentro de las comunas del “grupo crítico”.

Gráfico 5. Proporción de defunciones infantiles por bajo peso al nacer (P07) según agrupación de comunas. Ciudad de Buenos Aires. Trienios 2007/2009, 2010/2012, 2013/2015 y 2016/2018





Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10ª Revisión que se aplica desde 1997. Grupo crítico (comunas 4 y 8), Grupo no crítico (comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

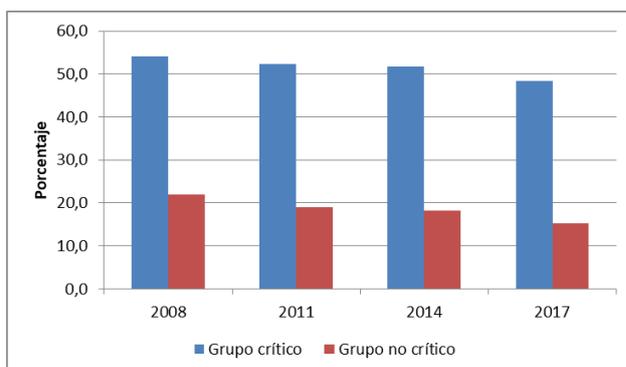
Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales

Desigualdades sociodemográficas de la población de la Ciudad de Buenos Aires

A continuación, se presenta una breve descripción de las condiciones de vida de la población de la Ciudad de Buenos Aires. Se utilizan datos de la Encuesta Anual de Hogares para el punto medio de cada trienio considerado anteriormente para analizar la mortalidad infantil. Estos datos permiten brindar un panorama de la desigualdad en las condiciones sociodemográficas por comuna de residencia, pero no explican los casos de mortalidad infantil, ya que hacen referencia a un universo muestral de los hogares de cada comuna y no solo a aquellos en los que se producen las defunciones infantiles. De todas maneras, resulta interesante realizar una descripción de algunas variables explicativas de las condiciones de vida (nivel educativo, hacinamiento de las viviendas y cobertura de salud) que describen a las distintas comunas de la Ciudad de Buenos Aires, con la finalidad de detectar posibles relaciones con los diferenciales de mortalidad infantil.

En el Gráfico 6 se presenta la distribución porcentual de la población de 25 años y más por máximo nivel de instrucción alcanzado por comuna. En todos los años seleccionados las comunas del “grupo crítico” son las que cuentan con un mayor porcentaje de población con secundario incompleto, con valores superiores al 48,5%. En contraste, en las comunas del “grupo no crítico” dicho porcentaje no es superior, en ningún caso, al 22%.

Gráfico 6 Porcentaje de población de 25 años y más con nivel educativo igual a secundario incompleto o menos según agrupación de comunas. Ciudad de Buenos Aires. Años 2008-2011-2014-2017



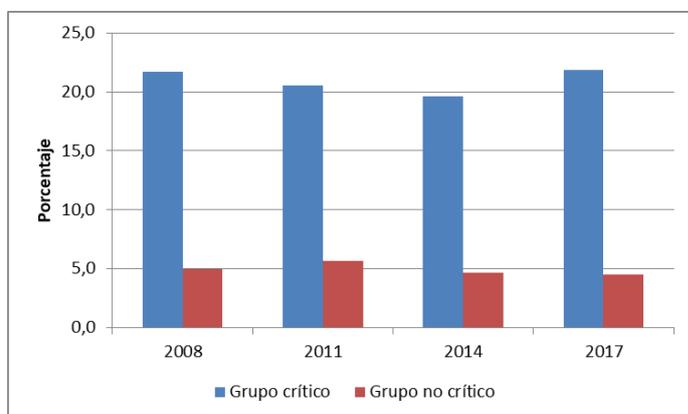


Nota: Grupo crítico (Comunas 4 y 8), Grupo no crítico (Comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2008-2011-2014-2017

En el Gráfico 7 se observa el total de hogares hacinados² por agrupamiento de comunas. El “grupo crítico” se destaca por presentar porcentajes superiores de hacinamiento con valores por encima del 19% en todos los años considerados. En contrapartida, en las comunas del “grupo no crítico” el porcentaje de hogares hacinados no supera el 6%.

Gráfico 7 Porcentaje de hogares hacinados por agrupamiento de comuna. Ciudad de Buenos Aires. Años 2008-2011-2014-2017



Nota: los códigos de las causas corresponden a la 10a Revisión que se aplica desde 1997. Grupo crítico (Comunas 4 y 8), Grupo no crítico (Comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

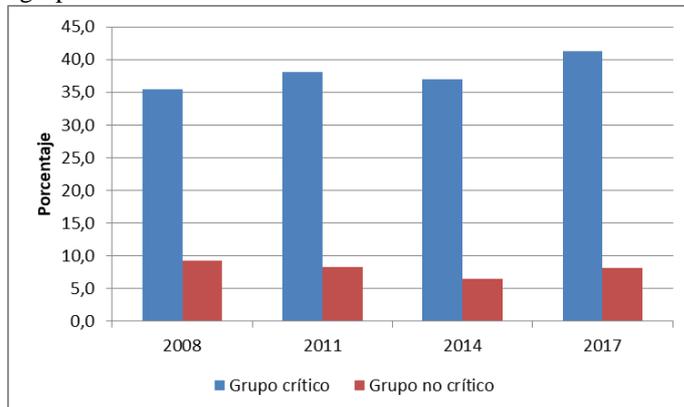
Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2008-2011-2014-2017

En cuanto a la cobertura médica (Gráfico 8) si se tiene en cuenta el porcentaje de población que tiene únicamente acceso a la salud mediante el sistema público, las comunas del “grupo crítico” son las que cuentan con los valores más elevados llegando a representar valores cercanos a la mitad de su población (42%) en el 2017. Dicha situación contrasta con la de las comunas del “grupo no crítico” que cuentan con porcentajes menores al 10% en todos los años seleccionados en lo que respecta a este tipo de cobertura médica.

² La condición de hacinamiento refiere al cociente entre la cantidad total de personas del hogar y la cantidad total de ambientes de uso exclusivo de los que el hogar dispone. Se considera hogar hacinado a aquél que posee dos o más personas por ambiente. Un ambiente (o habitación) es un recinto separado por tabiques o paredes desde el piso hasta el techo, cuyo tamaño permite ubicar como mínimo una cama de adulto. Incluye siempre un living o un comedor (aunque la separación de la cocina no llegara al techo); un garaje, si se utiliza como dormitorio; un entepiso, pese a no tener paredes. No incluye pasillos, lavadero, terraza, jardín, galpones; baños, garajes, cocinas y ambientes utilizados para fines industriales o comerciales en forma exclusiva.



Gráfico 8 Porcentaje de población con cobertura médica del sistema público exclusivamente según agrupamiento de comunas. Ciudad de Buenos Aires. Años 2008-2011-2014-2017



Nota: Grupo crítico (Comunas 4 y 8), Grupo no crítico (Comunas 2, 6, 11, 12, 13 y 14)

Fuente: elaboración propia sobre la base de la DGEyC (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2008-2011-2014-2017

Como se ha expuesto, los diferenciales en mortalidad infantil presentados anteriormente se corresponden con las desigualdades expuestas con los datos de la Encuesta Anual de Hogares. Las asimetrías en las condiciones de vida, con unos pocos indicadores seleccionados, explicarían las diferencias en la tasa de mortalidad infantil según magnitud, tendencia y distribución espacial.

Conclusiones

La Ciudad de Buenos Aires presentó históricamente un nivel más bajo de mortalidad infantil con respecto al resto del país. El período considerado presenta también una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad infantil, que pasa de 7,8 por mil en el trienio 2007/2009 a 6,5 por mil en 2016/2018. En cuanto a sus componentes, la tasa de mortalidad postneonatal distingue un comportamiento similar al total con valores que pasan de 2,6 por mil en el inicio del período a 1,7 por mil en 2016/2018, mientras que la neonatal no presenta una pendiente tan marcada y oscila entre los 5,4 y 4,8 por mil. Es decir que dicha tendencia decreciente en la TMI se puede explicar principalmente por el control de las defunciones infantiles en la etapa postneonatal.

Si observamos los datos consolidados a nivel comunas de la Ciudad, se pueden encontrar diferencias en el ritmo del descenso y la estructura de causas de acuerdo con la comuna de residencia de las madres. La existencia y persistencia de desigualdades económicas y en el acceso a determinados bienes y servicios permite conjeturar que la



fragmentación social funciona como variable explicativa para predecir y exponer el comportamiento de la mortalidad infantil. Es así que en las comunas 4 y 8 la tasa de mortalidad infantil es superior al promedio total de la Ciudad en todos los trienios, llegando en ciertos casos a duplicar la tasa de aquellas que presentan valores más bajos. El hecho de que en ambas comunas se asiente el 70% de los barrios populares, villas o asentamientos de la ciudad, constituye el principal factor explicativo de las asimetrías halladas.

Con respecto a la estructura de causas que componen la mortalidad por comunas, es claro que los dos tipos de causas más recurrentes son las anomalías congénitas y las afecciones originadas en el período perinatal. De todas maneras, la distribución de las prevalencias de cada causa en el interior de los grupos no se da de forma homogénea. Es así que en las comunas 4 y 8, que presentan una tasa más elevada, hay una menor presencia de la mortalidad causada por las anomalías congénitas y las afecciones originadas en el período perinatal y un mayor peso de las enfermedades del aparato respiratorio. Asimismo, en dichas comunas se pudo detectar peores resultados en las variables consideradas para definir el nivel socioeconómico de la población (nivel educativo, hacinamiento de las viviendas y acceso a la salud). Por lo tanto, el lugar de residencia de la madre y su relación con las desiguales condiciones de vida son variables relevantes a la hora de comprender tanto el nivel de la mortalidad infantil como su estructura de causas, y en el caso particular de la Ciudad de Buenos Aires permiten explicar en parte los diferentes valores que esta adquiere en su interior.

Bibliografía

Acumar (2014). Informe Sociodemográfico y de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental de CABA. Dirección General de Salud Ambiental

Aguirre, A. (2015). Descenso y transición epidemiológica de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe. *Notas de Población*, 47(101), 59-78.

Aguirre, A. (2009). La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. *Papeles de población*, 15(61), 75-99.



Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires. (2007). *Análisis de la situación de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires según la distribución geográfica de comunas*. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_2006_n3.pdf

Gerencia operativa de Epidemiología. (2017). *Análisis de Situación de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2016*. Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud.

Guzmán, J. y Orellana, H. (1987). Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en algunos países de América Latina. *Notas de Población*, 44, 31-56. <http://hdl.handle.net/11362/12745>

Lago, M y Wainer, L. (2009). La Encuesta Anual de Hogares (EAH) de la Ciudad de Buenos Aires desde su inicio hasta la actualidad (2002-2008). *Población de Buenos Aires*, 6(9), 67-100.

Longhi, F. (2013). Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. *Andes*, 24(2), 325-365.

Mazzeo, V. (2007). La situación de la salud-enfermedad-atención de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2002. *Salud Colectiva*, 3(3), 285-300.

Mazzeo, V. (2017). La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la Ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, (14)26, 47-62.

Ministerio de Salud. (2019). *Estadísticas Vitales. Información básica. Argentina. Año 2018*. Serie 5, Número 62.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*.

Registro Nacional de Barrios Populares (RENABAP) (2022). Manual para la conformación y actualización del Registro Nacional de Barrios Populares. Secretaría de Integración Socio Urbana. Ministerio de Desarrollo Social

Vazquez Brust, A., Olego T., Rosati, G. (2018). Construcción de un Mapa de Vulnerabilidad Sanitaria en Argentina a partir de datos públicos. Fundación Bunge y Born. IDAES-Universidad Nacional de San Martín



**XVII JORNADAS ARGENTINAS
DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

IV Congreso Internacional de Población del Cono Sur

4, 5 Y 6 DE OCTUBRE DE 2023
PRE-EVENTOS: 3 DE OCTUBRE