

## **¿El SIDA nos toca a todos? La evolución de los diferenciales en la mortalidad por SIDA en la Ciudad de Buenos Aires.**

**Dra. Victoria Mazzeo\* y Mag. Maria E. Lago<sup>^</sup>**

### **Resumen**

El SIDA se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo. No obstante, se ha afirmado que esta epidemia comienza a tener un perfil diferencial desde mediados de los '90 debido a la incorporación de tratamientos combinados que mejoran la calidad de vida de los infectados y retrasan la aparición de otras enfermedades en los pacientes con SIDA.

Esto se confirma en los niveles de mortalidad tanto de la ciudad como del total del país. La tasa promedio de mortalidad por SIDA de la ciudad durante la década de los '90 ha sido de 12 por cien mil siendo su nivel superior a la tasa promedio del total del país (3 por cien mil). Posteriormente, en la década del 2000 la tasa promedio de la primera es de 7,1 por cien mil y en el total del país está cercana a la mitad.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la magnitud de la mortalidad por SIDA en la población de la Ciudad de Buenos Aires y analizar sus cambios en el período 1990-2009, investigando cuál es la incidencia de la mortalidad en los distintos grupos poblacionales y cuáles son las causas antecedentes asociadas. Al mismo tiempo, trata de responder la pregunta **¿El SIDA nos toca a todos?** constituyéndose en un aporte al estudio de la epidemia con el objeto de prevenirla y controlarla.

### **Introducción**

De acuerdo al Global Report 2010 del Banco Mundial, en el mundo en 2009 33,3 millones de personas estaban viviendo con VIH/SIDA y sumaban 1,8 millones las muertes por dicha causa. Resulta aún más preocupante que de ese total el 7,5 por ciento corresponda a niños menores de 15 años. Según la información publicada por dicha fuente en África Sub-Sahariana se encuentran las dos tercera partes de las personas infectadas y muertas, mientras que en América del Sur, Central y el Caribe 1,64 millones de personas se encuentran infectadas.

---

\* Doctora en Ciencias Sociales – Dirección General de Estadística y Censos del GCBA e Instituto Germani – Facultad Ciencias Sociales – UBA – vmazzeo@buenosaires.gob.ar

<sup>^</sup> Magíster en Demografía Social - Dirección General de Estadística y Censos del GCBA – mlago@buenosaires.gob.ar

El 90 por ciento de las personas infectadas habita en el mundo en desarrollo y es en esos países en los que se ha producido la mayoría de las defunciones causadas por dicha epidemia, especialmente entre los adultos jóvenes. Las múltiples repercusiones de estos fallecimientos en la sociedad pueden sintetizarse en: deterioro de la sobrevivencia infantil, descenso de la esperanza de vida, aumento de la orfandad, sobrecarga de los sistemas de asistencia sanitaria, los cuales plantean una amenaza para el desarrollo.

En la Argentina tan sólo en la última década el número total de casos notificados fueron 48.525<sup>1</sup>. Las características de dicha población han permitido definir el siguiente perfil del infectado: la edad mediana al momento del diagnóstico de los casos masculinos es de 35 años mientras que en las mujeres es menor (31 años), la razón entre varones y mujeres fue 1,7 y el 43 por ciento de los infectados varones cuentan con al menos el nivel medio en su formación escolar, porcentaje que desciende al 28 por ciento para las mujeres. Con respecto a los puntos focales de la infección, la mayor parte de los casos se deben a la transmisión sexual tanto entre los hombres que tienen sexo con otros hombres sin protección (36 por ciento) como en aquellas personas que tienen prácticas heterosexuales sin protección (49 por ciento en los varones y 88 por ciento en las mujeres). En cuanto a la distribución geográfica, si bien todas las jurisdicciones han denunciado casos, la epidemia se mantiene concentrada en los grandes centros urbanos principalmente en la provincia de Buenos Aires (47 por ciento), la ciudad de Buenos Aires (17 por ciento), la provincia de Córdoba (7 por ciento) y la provincia de Santa Fe (5 por ciento).

Esta problemática no debe quedar restringida al número de casos notificados que representan una parte del universo, pero lamentablemente se desconoce el número real de personas infectadas en consecuencia se hacen estimaciones. En ese sentido se ha calculado que para fines de 2009 había en la Argentina 130.000 personas viviendo con SIDA (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 2010).

Ahora bien ¿por qué se desconoce el número real de personas infectadas?. Se ha afirmado que las razones serían tres: a) no existe notificación sistemática de infectados, b) un porcentaje importante de la población desconoce su estado serológico y c) las cifras varían cotidianamente debido a la existencia de relaciones sexuales sin protección y al intercambio de material sanguíneo por medio de jeringas y agujas.

Una de las formas de paliar esta situación, por lo menos la primera de las razones es a través de la sistematización de la vigilancia de infecciones que permitirá establecer a lo largo del tiempo las tendencias de la epidemia, los cambios que se producen en los distintos

---

<sup>1</sup> De los cuales 8.143 corresponden a la Ciudad de Buenos Aires.

grupos de población y en consecuencia aportará información idónea para ajustar las políticas de prevención cuando sea necesario.

Se ha afirmado que esta epidemia (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1998) comienza a tener un perfil diferencial desde mediados de los 90 debido a la incorporación de tratamientos combinados que mejoran la calidad de vida de los infectados y retrasan la aparición de otras enfermedades en los pacientes con SIDA. Esto hizo que, desde fines de los 90 se retrasara la edad al morir y disminuyera el nivel de la mortalidad.

En este sentido, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la magnitud de la mortalidad por SIDA en la población de la Ciudad de Buenos Aires y analizar sus tendencias en el período 1990-2009, investigando la incidencia de la mortalidad en los distintos grupos poblacionales y las causas antecedentes asociadas.

### **Las fuentes de información y consideraciones acerca de la calidad de las mismas**

Para cumplir con los objetivos planteados la fuente de datos utilizada han sido las estadísticas de defunciones de residentes en la ciudad y específicamente para el período que comienza en 1995 las bases de defunciones por SIDA de residentes en la misma que consigna la causa de muerte asociada.

En lo que se refiere a las causas de muertes asociadas, entre un 15 y 20 por ciento de las defunciones no la registraba hasta fines de la década de los '90, si bien es necesario aclarar que, a partir de allí, mejora la certificación de la causa de muerte.

Con respecto a la codificación de las causas de muerte hasta el año 1996 se utilizaba la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión que no incluía al SIDA como causa específica de muerte, siendo necesario recurrir para su codificación a un cuarto dígito de la causa 279 "Trastornos de mecanismos de la inmunidad", la que ha sido considerada como trazadora de la tendencia de la mortalidad asociada al SIDA (Somoza, 1998). A partir de 1997 la incorporación de la nueva clasificación (10ª Revisión) tiene previstas las categorías B20 a B24 "Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH" y se publica por primera vez el número de fallecidos para todo el país (Mazzeo, 2000). A pesar de las consideraciones señaladas, las estadísticas vitales permiten cumplir los objetivos planteados.

## La mortalidad de la ciudad en los últimos veinte años

La tasa bruta de mortalidad de la ciudad descendió en el período analizado cerca de tres puntos por mil. Como se observa en el Cuadro 1, más de la mitad de las muertes se debieron a enfermedades del corazón y a tumores malignos, mientras que las muertes por SIDA representaron menos del 1 por ciento del total de muertes.

Cuadro 1

Tasa de mortalidad (por mil habitantes) y distribución porcentual de las muertes por principales causas. Ciudad de Buenos Aires. Años 1990 – 1995 – 2000 – 2005 y 2009

Principales causas de muerte	1990		1995		2000		2005		2009	
	Tasa (por mil habitantes)	Distribución porcentual	Tasa (por mil habitantes)	Distribución porcentual	Tasa (por mil habitantes)	Distribución porcentual	Tasa (por mil habitantes)	Distribución porcentual	Tasa (por mil habitantes)	Distribución porcentual
Total	12,3	100,0	11,4	100,0	10,8	100,0	10,5	100,0	9,5	100,0
Enfermedades del corazón (I00 a I52)	4,6	37,1	3,8	33,2	3,0	27,7	2,7	25,5	2,9	30,7
Tumores malignos (C00 a C97)	2,2	17,4	2,1	18,6	2,2	20,5	2,2	20,9	2,1	21,7
Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)	1,1	8,8	0,9	7,6	0,8	7,5	0,6	5,3	0,4	4,0
Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)	0,3	2,3	0,5	4,5	0,6	6,0	1,2	11,2	0,8	7,9
Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)	0,3	2,0	0,2	1,5	0,1	0,9	0,2	1,5	0,1	1,2
Septicemia (A40 y A41)	0,2	1,9	0,2	2,2	0,3	3,1	0,5	5,1	0,3	2,7
Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)	0,2	1,9	0,3	2,3	0,5	4,4	0,5	4,3	0,5	5,2
Suicidios (X60 a X84)	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1	0,8	0,1	0,7	0,0	0,3
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)	0,1	1,0	0,1	0,9	0,1	0,6	0,1	0,5	0,1	0,6
<b>SIDA (B20 a B24)</b>	<b>0,0</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>1,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>
Resto de las causas	3,2	26,2	3,0	27,0	3,0	27,7	2,6	24,4	2,4	25,1

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos – GCBA. Estadísticas vitales.

## La magnitud del problema en el período 1990-2009

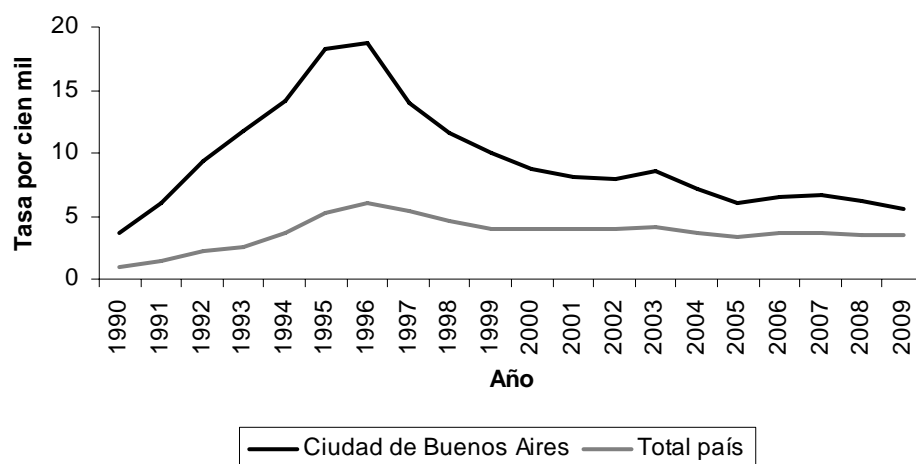
### Los diferenciales por edad y sexo

La tasa promedio de mortalidad por SIDA de la población de la ciudad durante la década de los '90 ha sido 12 por cien mil siendo su nivel superior a la tasa promedio del total del país (7 por cien mil). Ambos niveles se reducen durante la década siguiente, la ciudad registra una tasa promedio de 7 por cien mil y el total país de 4 por cien mil.

Observando la evolución de la tasa de mortalidad por SIDA de la ciudad (Gráfico 1) se destaca que entre los años 1990 y 1996 se ha incrementado notoriamente (400 por ciento), especialmente en el trienio 94-96 donde se ubica el valor máximo del período (1996 = 18,8 por cien mil). A partir de 1997 comienza a descender, llegando en 2009 a 5,5 por cien mil.

Gráfico 1

Tasa de mortalidad por SIDA (por cien mil). Ciudad de Buenos Aires y Total país. Años 1990/2009



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales y de población.

La desagregación según sexo evidencia la presencia de sobremortalidad masculina (Cuadro 2). Durante la década de los '90 la tasa promedio de los varones más que quintuplica la tasa de las mujeres, mientras que para los hombres fue de 21 por cien mil para las mujeres fue de 4 por cien mil. Si bien la mortalidad por SIDA es significativamente más alta entre los varones a partir de 1994 se incrementa el nivel de mortalidad de las mujeres. Durante la década siguiente se acorta la brecha: la tasa de los varones es 3,5 veces superior a la de las mujeres (cercana al 12 y al 3 por cien mil respectivamente).

Cuadro 2

Mortalidad por SIDA según sexo, (tasas por cien mil). Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2009

Año	Total	Varón	Mujer	Año	Total	Varón	Mujer
1990	3,7	6,8	1,0	2000	8,6	13,8	4,3
1991	6,1	11,8	1,3	2001	8,0	13,3	3,5
1992	9,4	17,7	2,4	2002	7,7	12,3	3,9
1993	11,8	22,0	3,2	2003	8,5	14,4	3,5
1994	14,2	25,4	4,8	2004	7,1	12,4	2,6
1995	18,2	31,8	6,9	2005	6,1	9,2	3,4
1996	18,8	32,9	6,9	2006	6,5	10,8	2,9
1997	14,0	25,1	4,7	2007	6,6	10,6	3,3
1998	11,6	18,8	5,5	2008	6,2	11,0	2,2
1999	10,0	16,5	4,6	2009	5,5	8,0	3,4

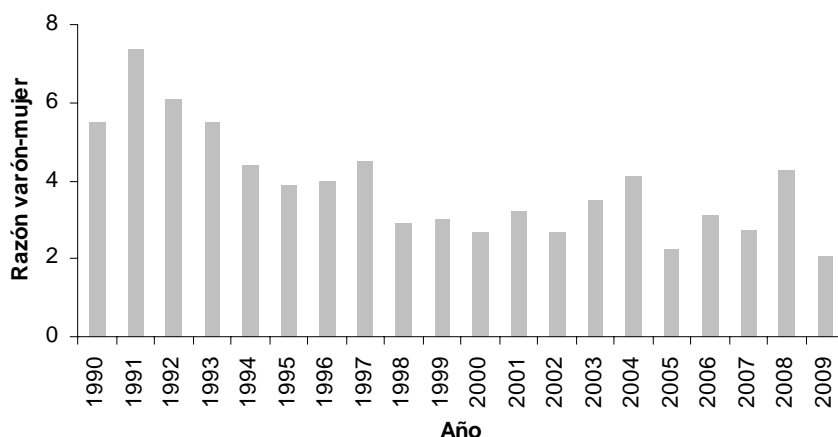
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos – GCBA. Estadísticas vitales.

En cuanto a la distribución de casos por sexo (Gráfico 2) se ha mantenido hasta 1997 en una relación cercana a 5 varones por cada mujer, describiendo luego una tendencia

descendente, llegando a fines del período analizado a 2/1. Es necesario hacer notar que el comportamiento de la razón varón/mujer varía de acuerdo a las características que la epidemia adquiere en cada provincia o ciudad, esto explica que en el total del país la razón en 1990 fuera 6/1 y en 2009 2,5/1 .

Gráfico 2

Razón varón - mujer en la mortalidad por SIDA. Ciudad de Buenos Aires. Años 1990/2009



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos – GCBA. Estadísticas vitales.

Estos cambios también se reflejan al incorporar en el análisis la variable edad promedio al morir, ya que si bien durante las dos décadas es superior la de los varones y para ambos sexos se incrementa, la de las mujeres experimenta un mayor aumento acortándose de esta manera la brecha entre sexos, mientras que en 1990 era de 6 años en 2009 fue menor a 2 años.

Cuadro 3

Edad promedio de las muertes por SIDA según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Años 1990-2009

Año	Total	Varón	Mujer	Año	Total	Varón	Mujer
1990	32,3	33,3	27,1	2000	36,3	37,1	34,2
1991	32,7	33,5	27,3	2001	38,3	39,2	35,3
1992	32,7	33,3	29,5	2002	40,2	41,2	37,5
1993	33,6	34,2	30,0	2003	39,0	40,2	34,6
1994	33,8	34,3	31,6	2004	40,2	41,3	36,0
1995	34,7	35,8	30,6	2005	41,3	41,9	39,9
1996	35,5	36,6	32,7	2006	41,6	43,0	37,1
1997	34,4	35,2	31,1	2007	40,8	42,6	35,7
1998	35,0	35,5	33,5	2008	43,4	44,1	40,8
1999	37,1	38,1	34,3	2009	43,7	44,2	42,9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos – GCBA. Estadísticas vitales.

## ***Las causas asociadas a la mortalidad por SIDA***

Aunque las estadísticas de mortalidad generalmente se basan en la causa básica de la defunción es común que en los informes estadísticos de defunción la certificación de causa de muerte contenga información detallada sobre las causas asociadas a la básica, razón por la cual son un elemento útil en la investigación de estados patológicos y en la elaboración de estudios estadísticos especiales. Las estadísticas de mortalidad serán más reveladoras si en la certificación de la causa de muerte se incorporan los detalles de la historia clínica de la persona fallecida respecto a los diagnósticos que se hayan dado (Naciones Unidas, 1980).

Por otro lado, cada vez son más frecuentes las muertes de personas que padecen uno o varios trastornos crónicos. Asimismo, los efectos relacionados con las intervenciones terapéuticas tienden a aumentar el número de los posibles estados morbosos entre la causa básica y la causa directa o última de la defunción.

Es necesario aclarar que para cumplir con el objetivo planteado fue necesario que se revisaran los informes estadísticos de muertes por SIDA del período analizado con el propósito de indagar sobre la existencia de otros estados morbosos concomitantes para luego ingresarlos a la base original. De esta manera se ha podido investigar no sólo cuáles fueron las causas asociadas a la mortalidad por SIDA sino también sus diferenciales por edad y sexo.

En el Cuadro 4 se presenta la evolución de la distribución porcentual de las principales causas asociadas a la mortalidad por SIDA para la última década y se la compara con la estructura de causas de 1995.

**Cuadro 4**

Distribución porcentual de las principales causas asociadas a la mortalidad por SIDA.  
Ciudad de Buenos Aires. Años 1995-2000/2009

Causa	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Criptococosis	1,8	4,7	7,8	3,3	3,6	4,7	3,8	3,0	4,5	6,3	3,0
Encefalopatía	4,1	3,0	1,0	2,8	2,0	3,3	3,8	1,5	3,0	2,1	3,6
Hepatitis	1,4	0,9	1,9	1,4	1,2	0,9	1,1	2,0	2,0	1,6	2,4
Insuficiencia respiratoria	1,6	11,1	9,7	7,1	0,8	7,9	9,3	7,6	12,9	11,6	13,7
Meningitis	2,1	1,3	0,5	1,4	2,0	1,4	2,2	4,0	1,5	1,6	1,2
Meningoencefalitis	1,1	0,9	1,9	1,9	0,8	0,9	3,3	2,0	3,5	3,2	2,4
Neumonía	14,6	12,3	10,7	14,2	13,3	13,1	14,2	13,1	10,4	13,7	17,9
Septicemia	7,8	8,5	10,2	10,8	4,4	9,8	10,4	11,1	15,3	9,5	10,1
Toxoplasmosis	8,4	6,4	8,3	8,0	8,5	5,6	5,5	6,6	5,0	3,7	6,0
Tuberculosis	20,5	9,8	9,2	14,6	9,3	8,9	11,5	9,1	7,9	7,9	9,5
Tumores malignos	7,3	3,8	3,9	6,1	10,5	12,1	13,7	10,1	10,4	6,3	5,4
Resto	29,3	37,3	35,0	28,4	43,6	31,4	21,3	29,8	23,8	32,6	25,0

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales.

Los valores obtenidos demuestran que en 1995 la mayor participación la registra tuberculosis con un peso relativo del 20,5 por ciento, seguida por neumonía (14,6 por ciento). Luego con un nivel más reducido se ubican: toxoplasmosis y septicemia (8 por ciento) y tumores malignos (7,3 por ciento). Estas causas, excepto tumores malignos, han reducido su participación durante la década siguiente, hecho que muestra la existencia de una mayor dispersión y el incremento de otras causas como insuficiencia respiratoria.

### La evolución reciente.

Para investigar la incidencia de la mortalidad en los distintos grupos poblacionales y analizar cuáles son las causas antecedentes asociadas según grupo de edad y sexo, y dado el escaso número de casos anuales, se considera lo registrado en el último quinquenio.

Durante la década de los '90, estudios anteriores (Mazzeo, 2000 y 2001) observaron que la mortalidad afectaba principalmente a la población con edades comprendidas entre los 20 y 49 años. Las tasas más altas se ubicaban, sin importar el sexo, en los grupos 25-29 y 30-34 años.

Al comparar las tasas por grupo de edad y sexo para el quinquenio 2005/2009 se detecta un comportamiento similar, aunque con distinto nivel, para ambos sexos: las mayores tasas de mortalidad se ubican entre los 35 y 49 años. Es decir, se desplazó el límite inferior en diez años, hecho que ya se observó con el corrimiento de la edad promedio al morir.

**Cuadro 5**  
Tasa específica de mortalidad por SIDA. Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2005/2009

Grupo edad	Tasa (por cien mil)		
	Total	Varón	Mujer
Total	7,8	12,4	3,8
0-4	0,2	0,2	0,3
5-9	0,7	0,5	0,8
10-14	0,4	0,3	0,6
15-19	1,4	0,8	1,9
20-24	1,6	2,2	1,1
25-29	5,6	8,3	3,1
30-34	13,2	18,3	8,5
35-39	23,3	34,7	12,3
40-44	22,0	35,6	9,2
45-49	18,4	28,5	9,4
50-54	11,5	19,5	4,8
55-59	7,8	15,5	1,6
60-64	7,8	13,3	3,7
65-69	4,4	9,1	1,2
70-74	2,3	3,7	1,3
75-79	0,9	2,0	0,4
80 y +	0,7	1,9	0,2

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales y de población.



Ahora bien, se destaca en los menores de 20 años una leve sobremortalidad femenina, debida al mayor número de varones que de mujeres en la población de esas edades y a una escasa diferencia en la cantidad de muertes.

Al considerar las variables edad y sexo se observa que no existen diferencias significativas por sexo en la estructura de las causas asociadas y que sí se las encuentra según grupo etario (Cuadro 6). Las causas que han registrado mayor nivel para los menores de 15 años han sido neumonía, septicemia y tumores malignos, para el grupo 15-24 años tuberculosis y tumores malignos, en el grupo 25-39 años neumonía, tuberculosis y septicemia, a partir de los 40 años neumonía, septicemia y tumores malignos.

Cuadro 6

Distribución porcentual de las principales causas asociadas a la mortalidad por SIDA según grupo de edad y sexo. Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2005/2009

Sexo y causa	Grupo de edad (años)					
	Total	-15	15-24	25-39	40-49	50 y +
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Neumonía	13,7	10,0	8,3	14,7	11,9	15,2
Septicemia	11,4	10,0	-	10,8	11,6	13,4
Toxoplasmosis	5,3	-	4,2	5,0	6,3	4,9
Tuberculosis	9,1	-	20,8	12,1	7,9	4,9
Tumores malignos	9,2	10,0	16,7	6,3	9,9	12,5
No registra	1,7	-	-	1,8	2,0	1,3
Resto	49,5	70,0	50,0	49,3	50,3	47,8
Varón	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Neumonía	14,6	-	-	16,0	13,5	15,3
Septicemia	10,3	-	-	10,0	9,6	12,4
Toxoplasmosis	4,8	-	8,3	4,8	5,2	4,0
Tuberculosis	8,8	-	16,7	12,6	7,0	5,1
Tumores malignos	10,4	25,0	25,0	6,7	11,3	13,6
No registra	2,2	-	-	2,2	2,6	1,7
Resto	49,0	75,0	50,0	47,6	50,9	48,0
Mujer	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Neumonía	11,2	16,7	16,7	11,6	6,9	14,9
Septicemia	14,5	16,7	0,0	12,5	18,1	17,0
Toxoplasmosis	6,8	-	0,0	5,4	9,7	8,5
Tuberculosis	10,0	-	25,0	10,7	11,1	4,3
Tumores malignos	6,0	-	8,3	5,4	5,6	8,5
No registra	0,4	-	-	0,9	-	-
Resto	51,0	66,7	50,0	53,6	48,6	46,8

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales.

Según grupo de edad se observan algunas diferencias por sexo en la estructura de causas asociadas. En los menores de 15 años los tumores malignos prevalecen en los varones mientras que en las mujeres lo hacen neumonía y septicemia. En el grupo 15 a 24

años tuberculosis y tumores malignos sobresalen en los varones y neumonía y tuberculosis en las mujeres. Finalmente, en el grupo 40 a 49 años predominan neumonía y tumores malignos en los varones y septicemia y tuberculosis en las mujeres. Es decir, parecería que en las mujeres hay mayor prevalencia como causas asociada de las enfermedades infecciosas y en los varones de los tumores malignos.

En la década de los '90 (Mazzeo, 2000 y 2001), las causas asociadas que registraban mayores participaciones en las edades más jóvenes eran las infecciosas (tuberculosis, septicemia y toxoplasmosis) y las respiratorias (neumonía) y en las personas de edades más avanzadas las degenerativas (tumores malignos). Comparando, con los valores obtenidos para el último quinquenio, si bien en líneas generales se mantiene esa estructura vale destacar el aumento de la prevalencia de los tumores malignos en las edades jóvenes y específicamente en los varones.

Como es sabido, la tasa de mortalidad por SIDA no se distribuye en forma homogénea dentro de la ciudad. A esta conclusión se arriba al observar los valores que asume la tasa promedio del período 2006/2009 cuando se tiene en cuenta la variable residencia habitual del fallecido (Cuadro 7). La unidad espacial analizada es la Comuna, que es la división política con la que se codifica la residencia habitual del fallecido desde el 2006 en el Subprograma Nacional de Estadísticas Vitales.

Cuadro 7

Tasa de mortalidad por SIDA (por cien mil) por comuna. Ciudad de Buenos Aires.  
Promedio 2006/2009

Comuna	Barrios	2006/2009
Total		4,9
1	Constitución - Montserrat - Puerto Madero - Retiro - San Nicolás - San Telmo	8,7
2	Recoleta	2,6
3	Balvanera - San Cristóbal	7,8
4	Barracas - Boca - Nueva Pompeya - Parque Patricios	12,1
5	Almagro - Boedo	3,3
6	Caballito	2,1
7	Flores - Parque Chacabuco	4,6
8	Villa Lugano - Villa Riachuelo - Villa Soldati	9,3
9	Liniers - Mataderos - Parque Avellaneda	5,0
10	Floresta - Monte Castro - Vélez Sársfield - Versalles - Villa Luro - Villa Real	3,3
11	Villa del Parque - Villa Devoto - Villa General Mitre - Villa Santa Rita	2,5
12	Coghlan - Saavedra - Villa Pueyrredón - Villa Urquiza	2,3
13	Belgrano - Colegiales - Núñez	2,1
14	Palermo	3,5
15	Agronomía - Chacarita - Parque Chas - Paternal - Villa Crespo - Villa Ortúzar	2,9

Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales y de población.

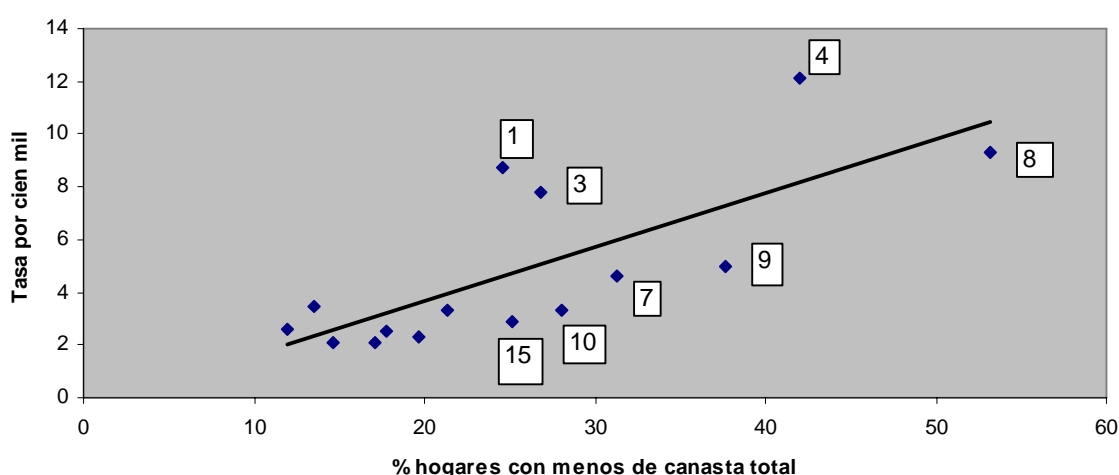
A partir de los valores que asume la tasa por comuna, se han establecido tres intervalos de incidencia: el primero de baja mortalidad (menos del 5,6 por cien mil), el segundo de mortalidad media (5,6 a 9,0 por cien mil) y el tercero de alta mortalidad (9,1 y más por cien mil). Como resultado, las comunas más afectadas se ubican en la zona sur y este de la ciudad (Mapa 1).

La información presentada hasta el momento permite contestar la pregunta que titula el trabajo **¿El SIDA nos toca a todos?** sólo desde el punto de vista demográfico. Además, se intentó verificar la existencia de relación entre el nivel de la mortalidad por SIDA y la situación económica medida a partir de la incidencia de la pobreza. Para ello, con los datos del año 2009 por comuna, se calcularon las tasas de mortalidad por residencia habitual del fallecido y como indicador de pobreza el porcentaje de hogares con ingresos menores a la canasta total de consumo de la ciudad<sup>2</sup>.

Al relacionar los valores calculados para cada indicador se confirma la existencia de asociación positiva entre ambos ( $r = 0,75$ ). Es decir, el 56 por ciento de la variación del nivel de la tasa de mortalidad por SIDA se explica por la variación en el nivel de pobreza. Como se observa en el Gráfico 3 existen comunas ubicadas por encima de la línea de tendencia, esto significa que poseen un nivel de mortalidad superior al esperado por la magnitud de su pobreza; las más alejadas son las Comunas 1, 3 y 4. Por su parte, entre las comunas que registran niveles de mortalidad inferiores al esperado por su pobreza, se destacan las Comunas 7, 8, 9, 10 y 15.

Gráfico 3

Asociación entre la mortalidad por SIDA y la pobreza por comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2009



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas vitales, de población y canasta total de hogares.

<sup>2</sup> Sistema de canastas de consumo que refleja las necesidades de los hogares de la ciudad elaborado por la Dirección General de Estadística y Censos del GCBA (Informe de Resultados 406).



## Conclusiones

El trabajo intenta constituirse en un aporte al estudio del SIDA con el objeto de describir los escenarios existentes para brindar sustento empírico en la determinación de las políticas de prevención.

Con respecto a las características demográficas, durante el período investigado se evidencia sobremortalidad masculina, si bien a partir de mediados de la década de los '90 se incrementa el nivel de mortalidad femenino, acortándose la brecha entre los sexos. En el último quinquenio analizado la mortalidad afecta principalmente a la población con edades comprendidas entre los 35 y 49 años, si bien las tasas más altas continúan ubicándose entre los 25 y 34 años.

Por otro lado, el análisis de las causas asociadas ha permitido disponer de un cuadro más completo de los procesos mórbidos involucrados en las defunciones por SIDA, así como conocer en qué medida se subestima la prevalencia de afecciones en el momento de la muerte y estudiar la asociación de enfermedades. En este sentido el diagnóstico efectuado permite concluir que las causas asociadas que registran mayores participaciones son las infecciosas (tuberculosis y septicemia), las respiratorias y las degenerativas (tumores malignos).

Finalmente se ha observado que la mortalidad por SIDA no se distribuye en forma homogénea dentro de la ciudad, siendo las zonas más afectadas (sur y este) donde se ubicaba en 2009 la población con mayores riesgos socioeconómicos de la ciudad y en las cuales es de suponer se agravaron aún más las condiciones de vida.

La mayor deuda social se centra en la responsabilidad de los gobernantes de garantizar la aplicación efectiva de programas preventivos que aseguren los principios básicos de equidad y eficacia y de programas de atención de la salud que permitan el acceso de la población infectada a los tratamientos modernos y que contribuyan a modificar los comportamientos preventivos de las personas.

## Bibliografía

Banco Mundial (2010). Global Report Disponible en [www.bancomundial.org](http://www.bancomundial.org)

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires – Dirección General de Estadística y Censos (2009). Sistema de canasta de consumo de la Ciudad de Buenos Aires. Informe de resultados 406

Mazzeo, Victoria (2000). Mortalidad por SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características en la década de los 90. en Domínguez Mon, Federico, Mendez Diz y Findling, (compiladoras) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires. Ed. Dunken.

Mazzeo, Victoria, Mortalidad por SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. (2001). Infosida. (Año 1 Vol. 1). Dirección de SIDA - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. (1998). Boletín sobre el SIDA en la Argentina, (Año VI N°15). Buenos Aires.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (2010). Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina. (Año XII – N° 27).

Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud. (1980). Certificación médica de causa de defunción. Ginebra.

Somoza, Susana (1998). Mortalidad asociada al SIDA en Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, Boletín sobre el SIDA en la Argentina. (Año VI, N° 14). Buenos Aires.