



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS  
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

18ª COHORTE / 2015-2017

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

**El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires.**

**Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años  
1980 y 2018**

MAESTRANDO

**Lic. Jorge Ayala Streck**

DIRECTOR

**Dr. Andrés Trotta**

CODIRECTOR

**Dr. Hugo Spinelli**

FECHA DE ENTREGA

**Septiembre de 2022**

**Lanús, Argentina**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS  
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

18ª Cohorte / 2015-2017

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

**El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires.**

**Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años  
1980 y 2018**

MAESTRANDO

**Lic. Jorge Ayala Streck**

DIRECTOR

**Dr. Andrés Trotta**

CODIRECTOR

**Dr. Hugo Spinelli**

A los Ayala Reyes

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mi familia, los Ayala Reyes, cuyo tiempo y apoyo fueron fundamentales para que esto fuera posible. A mi director de tesis, el Dr. Andrés Trotta, y al codirector, el Dr. Hugo Spinelli, que supieron interpretar y acompañar el desarrollo de la presente tesis. A Denise por sus comentarios y sugerencias, y a Luciana por estar atenta a los mínimos detalles. A Hernán Muñoz por su aporte en el campo de la economía. A los integrantes del Bar de Matus –Denise Crudo, Guillermo Fassi, Yanina Miragaya, Pablo Rall y Luciana Rossini– gente maravillosa, excelentes profesionales y grandes amigos. A los docentes y compañeros de la Maestría (Cohorte 18), con quienes compartí momentos de mucho aprendizaje y crecimiento profesional. Y a todos mis familiares, compañeros y amigos que, de una forma u otra, me han acompañado.

## RESUMEN

El incremento del gasto en salud a nivel mundial, la inequidad en la distribución de los recursos y el hecho de que no necesariamente ese aumento se corresponda con mejoras en las condiciones de salud muestran que es necesario revisar los modos de pensar la administración de los servicios. La gestión que incluya en sus análisis la información que la epidemiología provee puede generar una organización de los servicios focalizada ya no en el tipo de establecimiento ni en la división profesional del trabajo sino en las verdaderas necesidades de la población. En este marco, desde la epidemiología de los servicios y sistemas de salud, se trabajó con 38 indicadores que forman parte del sistema de salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se analizaron las evoluciones y posibles relaciones entre 1980 y 2018 de cuatro grupos de indicadores: Epidemiología, Servicios de Salud, Personal y Recursos Económicos. Con igual criterio de análisis y con indicadores seleccionados de cada grupo, se analizó un hospital del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El análisis mostró que de las once causas de muerte del grupo de Epidemiología, la segunda es la definida como “resto de las causas” y la cuarta –las afecciones respiratorias– es la única con valores crecientes; en el grupo de Servicios de Salud, se observó la caída de las consultas externas y egresos en el período analizado; en el de Personal, que se cuenta solamente con la evolución de residentes hospitalarios, de guardias médicas y de médicos; y en el de Recursos Económicos, se encontró un gasto total creciente, con un fuerte gasto en personal (76%). Se concluye que los indicadores no guardan relación entre sí y que es menester una sociedad entre la epidemiología y la gestión.

**PALABRAS CLAVES:** Gestión; Gobierno; Epidemiología; Servicios de Salud; Gasto en Salud; Personal; Indicadores; Estadísticas; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## **ABSTRACT**

Increased global health expenditure hasn't necessarily led to improved health outcomes. This trend, coupled with inequities in resource distribution, shows that the way healthcare is managed may need to be revised. Epidemiology offers health management the necessary data to steer the organisation of healthcare towards addressing a population's genuine health needs, and to avoid it being determined by other factors such as the type of facility or the division of labour. This thesis studies 38 of the city of Buenos Aires' health ministry indicators from a healthcare services epidemiology perspective. Temporal evolution of four subsets of indicators -the areas of Epidemiology, Health Services, Health Workforce and Healthcare Economics- are studied from 1980 to 2018, and possible relationships amongst them are tested. Using the same criteria, the same set of indicators chosen was applied to a specific analysis of one of the city's hospitals. The study of the 11 main causes of death (the Epidemiology indicator) showed that the second cause identified was "all other causes" whereas the fourth cause, respiratory diseases, was the only one with an upward trend in the period studied. The Health Services indicator studied showed a global decline in outpatient consultations over time. The Health Workforce indicator showed that data spanning the study period was only available for hospital-based residents, doctors and emergency department personnel. Finally, analysis of the Healthcare Economics indicator showed an increase in global expenditure over time, due primarily to wages (76% of the total expenditure). The conclusions to be drawn are that no relationship was identified amongst the selected indicators, and that further integration between health management and epidemiology is required.

**KEY WORDS:** Management; Governance; Epidemiology; Healthcare Services; Health Expenditure; Health Workforce; Indicators; Statistics; Autonomous City of Buenos Aires.

## LISTADO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Total de defunciones ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	48
Gráfico 2. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de defunciones ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	49
Gráfico 3. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	50
Gráfico 4. Cantidad de defunciones por enfermedades del corazón (I00 a I52) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	53
Gráfico 5. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades del corazón (I00 a I52) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	54
Gráfico 6. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades del corazón (I00 a I52) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	55
Gráfico 7. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por enfermedades del corazón (I00 a I52) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	56
Gráfico 8. Defunciones por resto de las causas y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	57
Gráfico 9. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de resto de las causas en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	58
Gráfico 10. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de resto de las causas en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	59
Gráfico 11. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por resto de las causas en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	60
Gráfico 12. Cantidad de defunciones por tumores malignos (C00 a C97) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	61
Gráfico 13. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por tumores malignos (C00 a C97) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	62
Gráfico 14. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de tumores malignos (C00 a C97) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	63
Gráfico 15. Evolución anual de la distribución proporcional de las muertes por tumores malignos (C00 a C97) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	64

Gráfico 16. Cantidad de defunciones por infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	65
Gráfico 17. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	66
Gráfico 18. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	67
Gráfico 19. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	68
Gráfico 20. Porcentaje de fallecimiento por las principales causas de muerte en la Ciudad de Buenos Aires (1998-2018)	78
Gráfico 21. Evoluciones anuales de las principales causas de muerte en la Ciudad de Buenos Aires (1998-2018)	80
Gráfico 22. Cantidad de consultas externas totales en su año de ocurrencia (2005-2017)	82
Gráfico 23. Cantidad de consultas externas por urgencias en su año de ocurrencia (2005-2017)	85
Gráfico 24. Cantidad de consultas externas por clínica médica en su año de ocurrencia (2005-2017)	86
Gráfico 25. Cantidad de consultas externas por cirugía en su año de ocurrencia (2005-2017)	87
Gráfico 26. Total de egresos de pacientes internados en hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y año de ocurrencia (1990-2017)	90
Gráfico 27. Total de egresos de pacientes internados por especialidad del hospital del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y año de ocurrencia (1990-2017)	91
Gráfico 28. Orden de participación sobre el total de consultas de mayor a menor por tipo de consulta	93
Gráfico 29. Evolución temporal comparativa de la cantidad total de consultas externas y la totalidad de egresos (en miles) en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires	94
Gráfico 30. Evolución temporal del número de empleados del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	96
Gráfico 31. Evolución temporal del número de empleados de planta permanente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	99
Gráfico 32. Cantidad de médicos y año de ocurrencia en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2017)	100

Gráfico 33. Cantidad de residentes de distintas residencias hospitalarias en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	101
Gráfico 34. Cantidad de suplentes de guardia en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	102
Gráfico 35. Evolución temporal del gasto ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000-2017), en valores del año 2019	104
Gráfico 36. Evolución temporal del gasto ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	105
Gráfico 37. Evolución del gasto ejecutado en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	108
Gráfico 38. Evolución porcentual del gasto ejecutado por inciso en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	108
Gráfico 39. Evolución temporal del gasto de personal ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	110
Gráfico 40. Evolución temporal del gasto en bienes de consumo ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	112
Gráfico 41. Evolución temporal del gasto en servicios no personales ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	114
Gráfico 42. Evolución temporal del gasto ejecutado en bienes de uso del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019	116
Gráfico 43. Evolución temporal comparativa de un hospital del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma Buenos Aires (2005-2017)	120
Gráfico 44. Distribución temporal en escala logarítmica del gasto total en salud, gasto en personal de salud, consultas externas, egresos hospitalarios, defunciones, promedios de camas disponibles, médicos, residentes y suplencias de guardia (valores en gráfica en escala original). Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017)	127

## LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Porcentajes de datos presentes en los indicadores seleccionados del grupo de Epidemiología sobre el total de indicadores del grupo	41
Cuadro 2. Porcentajes de datos presentes en los indicadores seleccionados del grupo de Servicios de Salud sobre el total de indicadores del grupo	43
Cuadro 3. Porcentajes de datos presentes en los indicadores seleccionados del grupo de Personal sobre el total de indicadores del grupo	44
Cuadro 4. Defunciones por principales causas de muerte y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)	51
Cuadro 5. Cantidad de consultas externas por grupo de especialidad en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017)	84
Cuadro 6. Porcentaje de participación sobre el total de empleados en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	95
Cuadro 7. Evolución de cargos del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	97
Cuadro 8. Evolución proporcional de los cargos del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)	98
Cuadro 9. Gasto total ejecutado en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año 2005 y del año anterior, en valores del año 2019	106
Cuadro 10. Promedio del porcentaje de participación por inciso del gasto ejecutado en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017)	109
Cuadro 11. Gasto total ejecutado en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019	111
Cuadro 12. Gasto total ejecutado de bienes de consumo en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019	113
Cuadro 13. Gasto total ejecutado de servicios no personales en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019	115
Cuadro 14. Gasto total ejecutado de bienes de uso en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019	117
Cuadro 15. Evolución temporal comparativa de un hospital del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017)	119

## **LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1. Hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires agrupados por tipo de atención	29
Tabla 2. Detalle de los periodos analizados por cada indicador del grupo de Epidemiología	36
Tabla 3. Detalle de los periodos analizados por cada indicador del grupo de Servicios de Salud	37
Tabla 4. Detalle de los periodos analizados por cada indicador del grupo de Personal	37
Tabla 5. Detalle de los periodos analizados por cada indicador del grupo de Recursos Económicos	38
Tabla 6. Detalle de los periodos analizados por cada indicador	39

## **LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

CBA: Ciudad de Buenos Aires

CESAC: Centros de Salud y Acción Comunitaria

CPS: Cobertura Porteña de Salud

DGEyC: Dirección General de Estadística y Censos

DICCA: Dato, Información, Conocimiento, Comunicación y Acción

ESSS: Epidemiología de los Servicios y Sistemas de Salud

GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

GCABA: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBI: Producto Bruto Interno

PMC: Plan Médico de Cabecera

PYME: Pequeña y Mediana Empresa

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIS: Sistema de Información en Salud

## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	15
1.1. <i>Delimitación del problema</i> .....	15
1.2. <i>Justificación</i> .....	18
<b>1.2.1. Justificación social</b> .....	18
<b>1.2.2. Justificación académica</b> .....	18
<b>1.2.3. Justificación personal</b> .....	19
<b>2. ESTADO DEL ARTE</b> .....	21
<b>3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b> .....	26
3.1. <i>Pregunta de investigación</i> .....	26
3.2. <i>Hipótesis</i> .....	26
3.3. <i>Objetivos</i> .....	26
<b>3.3.1 Objetivo general</b> .....	26
<b>3.3.2. Objetivos específicos</b> .....	26
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	28
4.1. <i>Periodos de estudio</i> .....	35
4.2. <i>Tratamiento de los datos de cada grupo de indicadores</i> .....	40
<b>5. RESULTADOS</b> .....	46
5.1. GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA .....	46
5.1.1. <i>Mortalidad general de las principales causas de muerte</i> .....	47
5.1.2. <i>Mortalidad por cada una de las principales causas de muerte</i> .....	50
<b>5.1.2.1. Enfermedades del corazón (I00 a I52)</b> .....	53
<b>5.1.2.2. Resto de las causas</b> .....	56
<b>5.1.2.3. Tumores malignos (C00 a C97)</b> .....	60
<b>5.1.2.4. Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)</b> .....	64
<b>5.1.2.5. Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)</b> .....	68
<b>5.1.2.6. Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)</b> .....	70
<b>5.1.2.7. Septicemia (A40 y A41)</b> .....	71
<b>5.1.2.8. Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)</b> .....	72
<b>5.1.2.9. SIDA (B20 a B24)</b> .....	73
<b>5.1.2.10. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)</b> .....	74
<b>5.1.2.11. Suicidios (X60 a X84)</b> .....	76
5.1.3. <i>Resumen del grupo</i> .....	77
5.2. GRUPO DE SERVICIOS DE SALUD .....	81
5.2.1. <i>Evolución de consultas externas totales y por grupo de especialidad (2005-2017)</i> ..	82
<b>5.2.1.1 Consultas externas por urgencias</b> .....	85

5.2.1.2	Consultas externas por clínica médica .....	86
5.2.1.3	Consultas externas por cirugía .....	87
5.2.1.4	Consultas externas por pediatría .....	87
5.2.1.5	Consultas externas por centros de salud .....	88
5.2.1.6	Consultas externas por promoción y protección .....	88
5.2.1.7	Consultas externas por tocoginecología .....	88
5.2.1.8	Consultas externas por área programática .....	89
5.2.1.9	Consultas externas por médico de cabecera .....	89
5.2.1.10	Consultas externas de otros .....	89
5.2.2	<i>Evolución de egresos totales y total de egresos por grupo de hospitales .....</i>	89
5.2.3	<i>Resumen del grupo.....</i>	92
5.3	GRUPO DE PERSONAL .....	95
5.3.1	<i>Evolución temporal de la cantidad de empleados en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002-2017) .....</i>	95
5.3.2	<i>Evolución temporal de los cargos seleccionados para el análisis .....</i>	97
5.3.2.1	<b>Planta permanente</b> .....	98
5.3.2.2	<b>Médicos</b> .....	99
5.3.2.3	<b>Residentes en hospitales del GCBA</b> .....	100
5.3.2.4	<b>Suplencia de guardia</b> .....	101
5.3.3	<i>Resumen del grupo.....</i>	102
5.4	GRUPO DE RECURSOS ECONÓMICOS .....	103
5.4.1	<i>Gasto ejecutado: evolución y participación sobre el gasto total entre 2000-2017 y entre 2005-2017.....</i>	104
5.4.2	<i>Gasto ejecutado en los hospitales y gastos ejecutados por inciso (2005-2017) .....</i>	107
5.4.2.1	<b>Gasto en personal</b> .....	109
5.4.2.2	<b>Gasto en bienes de consumo</b> .....	111
5.4.2.3	<b>Gasto en servicios no personales</b> .....	113
5.4.2.4	<b>Gasto en bienes de uso</b> .....	115
5.4.3	<i>Resumen del grupo.....</i>	117
5.5	ANÁLISIS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES .....	118
6	CONCLUSIONES .....	121
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	130
	APÉNDICES .....	135
	ANEXOS .....	181

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## 1. INTRODUCCIÓN

### *1.1. Delimitación del problema*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial el gasto en salud está creciendo más rápido que el resto de la economía, representando el 10% del Producto Bruto Interno (PBI). Este incremento es particularmente notable en los países de ingresos bajos y medianos, donde el gasto sanitario está aumentando en promedio un 6% anual en comparación con un 4% en los de ingresos altos (1).

En los países de ingresos medianos, el gasto público en salud por habitante se ha duplicado desde el año 2000. En promedio, este gasto es de u\$s 60 por persona en los países de ingresos medianos bajos, y de casi u\$s 270 por persona en los de ingresos medianos altos. En 2016, el mundo gastó u\$s 7,5 trillones en salud, que representan cerca del 10% del PBI mundial. La participación del PBI en la salud es mayor en los países de altos ingresos, con un promedio de alrededor del 8,2%, mientras que para países de ingresos bajos y medios el gasto en salud es de aproximadamente el 6,3% del PBI (2).

La distribución del gasto en salud a nivel mundial sigue siendo muy desigual. A pesar de que el PBI y el gasto en salud crecen más rápidamente en los países de ingresos bajos y medios, persiste una gran brecha entre los países ricos y los pobres. Acerca de estas diferencias, Benach (3) sostiene que las desigualdades entre países ricos y pobres se explican por la desigualdad económica medida en términos absolutos, mientras que la desigualdad en salud en el interior de los países desarrollados se explica por la desigualdad económica considerada en términos relativos. Esto significa que en los países pobres el aumento de la riqueza implica el aumento de la esperanza de vida y que, en cambio, en los ricos se incrementa a partir de una distribución más igualitaria de la riqueza.

Esa inequidad en el gasto en salud también se ilustra por el desequilibrio entre el gasto en salud y la población. Pues solo el 20% de la población mundial vive en países de altos ingresos, y, sin embargo, estos países representan cerca del 80% del gasto mundial en salud (4).

El gasto en servicios de salud durante la última década presenta ciertas características que son producto de las transformaciones del modelo económico, de la redefinición del papel del Estado en la economía, del fortalecimiento del papel de la sociedad civil en el campo de la salud y de las modalidades con que la reforma del sector se ha aplicado a las políticas de financiamiento de los servicios de salud (4).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

El campo de la salud constantemente sufre cambios que exigen una comprensión que involucre no solo los problemas de salud de los pacientes, sino de la comunidad en su conjunto (5). Controlar los cambios que se han de producir no parece ser una tarea simple, pero es posible prevenirlos y que se planifique de acuerdo con ellos.

Como el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA) es a la vez biológico, social, cultural y simbólico (6), para mejorar el acceso, la oferta y la salud de la comunidad en su totalidad, los servicios de salud deben atender no solamente a los pacientes que se acercan a la consulta, sino también a aquellos en situación de riesgo en virtud del medio ambiente, el estilo de vida o la herencia. Y quienes se ocupan de pensar y gestionar políticas públicas de atención de la salud, además de considerar en su análisis el examen de los estilos de vida y de los elementos ambientales y biológicos que actúan como determinantes de los padecimientos, deberían adoptar un enfoque amplio que incluya el examen de la organización de los servicios de salud.

En este sentido, la epidemiología tiene un rol de relevancia que cumplir, dado que se ocupa de la salud y la enfermedad en grupos poblacionales, así como de los factores que la determinan, entre los que se incluyen los servicios de salud. Pues, aun con la fragmentación del campo que evidencia el surgimiento de diferentes tipos de epidemiologías (epidemiología social, epidemiología de los factores de riesgo y epidemiología genética, cada una con su literatura propia) señalada por Diez Roux (7), siempre ha constituido una forma de analizar la salud de la comunidad, y la epidemiología social en particular se interesó por investigar las conexiones entre las formas de organización social y los patrones de muerte y enfermedad.

De modo que se la puede definir como la ciencia que brinda recursos para la cura y la prevención mediante la implementación de técnicas epidemiológicas modernas que buscan evaluar las necesidades de salud de los grupos poblacionales, determinar prioridades y ponderar los resultados alcanzados.

Ahora bien, la aplicación de la epidemiología en la evaluación de los servicios de salud busca –además del seguimiento, control y evaluación de los servicios– el estudio de su utilización. Es decir, conocer la cobertura, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y los patrones de utilización, para demostrar que los cambios en su organización o en el uso de diferentes modelos de servicios de salud pueden mejorar las condiciones de salud de la población (8).

Sin embargo, el uso de la epidemiología en la evaluación de los servicios de salud ha recibido escasa atención. De hecho, tomando como fuente el diario de sesiones de la Cámara

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

de Diputados de 1936<sup>1</sup>, Belmartino muestra en el siguiente fragmento que cita que la necesidad de este tipo de análisis en la Argentina se puede encontrar en críticas de vieja data: “[...] día a día sube la categoría social del enfermo que busca asistencia pública gratuita, día a día va haber más necesidad de camas, hoy ya insuficientes [...] y día a día más necesidad de materiales también insuficientes hoy” (9, p. 82).

Si el objetivo es cambiar las condiciones de salud en la población, es necesario que, entre los criterios técnicos de decisión, los aportes epidemiológicos sean considerados, ya que tienen un papel significativo (10).

La multiplicidad de instituciones prestadoras de servicios de salud y su falta de coordinación, así como la carencia de personal adiestrado, son factores que dificultan el análisis y la evaluación del estado de salud y de los servicios en todos los niveles administrativos (1).

El interés de los así llamados administradores en salud está, por sobre todo, dirigido a los aspectos presupuestarios (11). Trabajan con un índice puramente económico, generalmente se apoyan en los supuestos de la escuela clásica de administración, en organizaciones similares a las planteadas por Fayol (12), con una marcada división del trabajo y dirigidas por las autoridades superiores, que son las que toman las decisiones.

Consideramos que es más apropiado y simple adoptar un marco más amplio e integral, un marco multidimensional que permitiría a las autoridades a cargo de la atención de la salud abordar la administración de los servicios desde una perspectiva epidemiológica más amplia.

La gestión, junto con la epidemiología dirigida a mejorar los indicadores de salud, tiende a generar una organización de los servicios que deja de hacerse en torno al tipo de establecimiento y a la división profesional del trabajo (10) y se sustituye la vieja organización por una nueva, que será eficaz, porque logra los objetivos, y eficiente, porque maximiza los objetivos con los recursos disponibles. Nos aproximamos a una posible respuesta de las preocupaciones que sufren los gestores sobre si los recursos existentes son suficientes para atender a la población objetivo (13).

---

<sup>1</sup> Cámara de Diputados. Diario de Sesiones, 1936, t. III, reunión 22, 24 de septiembre, pp.541-621.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## *1.2. Justificación*

### **1.2.1. Justificación social**

Diversos factores atraviesan al campo de la salud en la toma de decisiones porque es constante la puja de intereses políticos y económicos, de relaciones de poder, de costos, de disponibilidad de los recursos y de las necesidades percibidas.

Nuestra preocupación es problematizar las estrategias que permitan ampliar la contribución de los datos sanitarios y sociales en la toma de decisiones (10), con el fin de poder minimizar estas tensiones y maximizar los recursos escasos disponibles a fin de lograr mejoras en la salud de la población.

El capital económico en juego en el campo de la salud alcanza en Argentina un 10% del Producto Bruto Interno. En valores nominales, esto significa hablar –a mediados del año 2010– de un monto superior a los 30.000 millones de dólares anuales. Ese gasto engloba desde la financiación de acciones necesarias para lograr diferentes objetivos hasta los gastos en medicamentos (14).

El nivel del gasto en salud de la Argentina no se condice con los indicadores de salud a nivel poblacional (15). Varios países de América Latina obtienen mejores indicadores para sus poblaciones con menor gasto (14).

### **1.2.2. Justificación académica**

La epidemiología continúa en su proceso de ampliación de horizontes mediante la extensión de su objeto de estudio, con la apertura de nuevos criterios de investigación y de práctica, tales como la farmacoepidemiología, la epidemiología genética y la epidemiología de servicios de salud (16).

A finales de 1983, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó el “Seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología”, en el que definió que la epidemiología podría hacer un aporte al campo de la salud en cuatro puntos. El primero consiste en un análisis de la situación de la salud; el segundo, en la vigilancia epidemiológica; el tercero, en estudios causales y analíticos; y el cuarto, en la evaluación de los servicios, programas y tecnologías (17).

En esa línea de pensamiento, Dussault identificó cinco áreas que pueden beneficiarse con el uso de la epidemiología. Primero, en las políticas públicas de salud, principalmente en la definición de prioridades, objetivos y estrategias; segundo, en la contribución de los servicios,

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

especialmente en lo que respecta a su descentralización e integración en programas; tercero, en las prácticas profesionales sobre sus evaluaciones; cuarto, en las prácticas de gestión; y quinto, en actividades de investigación (10).

Por su parte, Teeixera critica ciertos conceptos del planeamiento en salud que no toman en cuenta la contribución de la epidemiología. En su argumento la autora plantea que el uso de la epidemiología debería intervenir en los procesos de formulación de las políticas públicas, la definición de criterios para la asignación de recursos, la elaboración del diagnóstico y análisis situacional de la salud, la elaboración de programas y planes, la organización de las acciones de servicios y en la evaluación del sistema de políticas y programas de servicio social (18;19).

### **1.2.3. Justificación personal**

Inicié mi formación en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, en la carrera de Actuario. Esta carrera apunta a un perfil fuertemente relacionado con aspectos cuantitativos en la gestión de riesgos e incertidumbre, de modo que requiere una formación que resalte contenidos de matemáticas y de estadística. Encontrándome a pocas materias de finalizar, comprendí que el perfil del egresado no tenía mucha relación con lo que creía que quería para mi futuro, por lo que decidí cambiarme de carrera y opté por la Licenciatura en Administración, de la misma facultad.

La carrera de Administración me permitió profundizar en la definición de los objetivos y las políticas de las organizaciones; en el asesoramiento y conducción de proyectos de desarrollo de las actividades empresarias vinculadas con las finanzas y el comercio; en el diseño y asesoramiento en materia de estructuras, sistemas y procesos administrativos; en la intervención en tareas de consultoría y administración de personal (búsqueda, evaluación y selección); en la formulación y administración del presupuesto, la evaluación de proyectos de inversión y los estudios de factibilidad financiera en empresas públicas y privadas; y en la intervención en equipos con enfoque interdisciplinario en proyectos que requieren la integración profesional de la administración con otras áreas del conocimiento. Estos nuevos contenidos fueron bien recibidos por mí; pues me permitieron entender que las organizaciones sociales son mucho más complejas que los modelos actuariales que estaba acostumbrado a ver y que no se ajustaban a los modelos matemáticos de la formación dura de mi anterior carrera. Conocí grandes autores de la administración, siendo el más relevante desde mi punto de vista Mintzberg (20), cuya descripción de la burocracia profesional resulta esclarecedora.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

En aquel entonces, estaba trabajando como jefe de estadísticas en una PYME con gran reconocimiento a nivel nacional, que abarcaba distintos mercados enfocados a la salud y al cuidado personal. A raíz de esto es que mi tesis de grado se enfocó en el estudio de la salud con una mirada orientada en la eficiencia y efectividad en el ámbito privado. La salud como un bien de mercado, un servicio a ofrecer, una respuesta a una necesidad no requerida o buscada. Aquella tesis no tuvo en cuenta los datos estadísticos o los aportes que la epidemiología como herramienta podría haber dado.

La orientación de mi carrera de grado fue en salud, y en las materias de esta orientación en ningún momento se hizo mención al aporte que podría llegar a ofrecer la epidemiología a la hora de gestionar, sea en el ámbito público o en el privado. La ausencia de este abordaje se mantuvo en los contextos en los que me desarrollé profesionalmente. No obstante, era consciente de que el aporte estadístico era vital a la hora de la gestión y de la toma de decisiones, pero estas últimas debían estar acompañadas de un abordaje específico orientado a la salud.

En este marco es que comencé mi formación en epidemiología, etapa en la que se halla la justificación personal que tiene mi tesis de posgrado: analizar la articulación de las diferentes áreas abordadas con el fin de problematizar la gestión, la epidemiología y las políticas de salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## 2. ESTADO DEL ARTE

En la medida en que los servicios de salud tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población, la epidemiología y la gestión serán socios, aliados lógicos (10).

El sistema de salud es atravesado por decisiones que se toman basándose en numerosos factores, como las exigencias y las preferencias de los usuarios, los profesionales y los administradores. Además, entran en juego los intereses políticos y económicos, las relaciones de poder entre los participantes del proceso de la toma de decisión, los costos, la disponibilidad de los recursos y las necesidades percibidas. Nuestra preocupación es concebir estrategias que permitan ampliar la contribución relativa de los datos sanitarios y sociales en las decisiones (10).

Bourdieu describe al *campo* como la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en la que los diferentes agentes luchan por la consolidación o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Estos capitales son el económico; el social; el cultural, en función del prestigio y/o los conocimientos; y el capital simbólico, según su capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima (14; 21; 22).

De allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos traten de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación (10).

La relevancia del rol de los actores en el campo de la salud es señalada por Belmartino (23) cuando destaca la gestión del médico y profesor universitario Ramón Carrillo al frente de la Secretaría de Salud de la Nación Argentina<sup>2</sup>. En la inauguración del VII Congreso Nacional de Medicina de 1947 realizado en La Plata en 1947, Carrillo reflexionó sobre la necesidad de que quienes administran organizaciones hospitalarias se especialicen en administración hospitalaria, a fin de administrar racionalmente los establecimientos asistenciales y dejar de atribuir a la falta de fondos los errores de gestión (24). Dussault, casi cincuenta años después, llegó a la misma conclusión: que no es la escasez de recursos el problema, sino su mala utilización (10).

---

<sup>2</sup> Para la autora, la Secretaría de Salud merecía el rango de ministerio porque el Estado adoptó un rol activo como nunca antes en materia de salud (atendiendo especialmente las zonas más postergadas del interior y las patologías con mayor repercusión social) y por su propuesta de construir un sistema único, con centros de salud en los que se integrarían la atención médica y la asistencia social (23).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Los administradores se quejan de que no tienen acceso a los datos relevantes para su gestión y de que los que han recibido no son útiles. Esto refleja las diferencias de percepción entre los administradores y los epidemiólogos en cuanto a lo que es pertinente (10).

La gestión, enmarcada en la ESSS, aporta una mirada que mejora los procesos de definición de las necesidades, de las prioridades y de las estrategias de intervención y de evaluación. Y, dado que el diseño de una estrategia requiere hacer explícitos escenarios, evaluar la coyuntura, estimar y organizar recursos y elaborar planes alternativos de intervención (11), el gestor tendrá que poner el foco en varias dimensiones de la realidad simultáneamente.

Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo (10).

Sin embargo, no se suele aplicar el conocimiento de la ESSS, hecho que puede deberse a que la política sanitaria está determinada por muchos factores no epidemiológicos. E incluso tal vez las propias dificultades de la epidemiología pueden estar atentando en su contra a la hora de su aplicación (25; 26).<sup>3</sup>

Son obstáculos que debieran poder sortearse, sometiéndolos a los conceptos y los métodos a la crítica y evaluando las perspectivas desde las cuales investigamos y actuamos. Así lo hace Almeida Filho cuando sostiene que es necesario superar la dicotomía entre los métodos cualitativo y cuantitativo y que se requiere lograr una síntesis y convergencia porque esta oposición impacta negativamente en la epidemiología, colabora con la fragmentación y detiene el avance de la organización del campo de la salud colectiva (27). Y así lo, hace, asimismo, Diez Roux cuando advierte:

Por supuesto que los números no lo dicen todo, pero este no es un error de los números sino de quien los interpreta, del que les atribuye erróneamente un significado que no tienen, del que pide peras al olmo. Tampoco puede sacarse todo de una serie de entrevistas en profundidad o de observaciones etnográficas. La inteligencia del investigador está en elegir la técnica más apropiada para lo que estudia, y en entender las ventajas y limitaciones del abordaje que elige. Pero para eso hay que conocer en profundidad la técnica que se utiliza. (28, p. 119)

---

<sup>3</sup> “Al analizar comparativamente los usos de la inducción en el discurso epidemiológico, constatamos básicamente sentidos distintos de la noción de predicción, que conceden al concepto de riesgo la ambigüedad que es propia del proyecto de la epidemiología en tanto campo discursivo científico. Esta ambigüedad es la principal característica del uso epidemiológico del concepto de riesgo: un predictor simultáneamente temporal y espacial, o más rigurosamente, como predictor y seudopredictor. Este concepto de riesgo permite el quiebre de los límites temporales y de los límites geográficos del proceso de producción del dato, dotando al conocimiento epidemiológico de propiedades generalizadoras no siempre legitimadas por la lógica que lo consustancia” (26, p. 330).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Consideramos que, sin desatender estas advertencias, mediante la aplicación de los principios y métodos de la ESSS, los trabajadores de la salud que gestionan los servicios pueden precisar cuáles son las problemáticas que tienen mayor importancia en una determinada población. Más aún: utilizando los datos causales obtenidos por los epidemiólogos clásicos, los administradores pueden identificar individuos en situación de riesgo o poblaciones objetivo.

Potenciar la ESSS en la administración es clave porque provee muchos de los elementos necesarios para la planificación de los servicios y sistemas de salud para su evaluación (29). El uso de la ESSS como método básico para la administración de los servicios y sistemas de salud ayuda a la elaboración del diagnóstico de una comunidad respecto de la existencia en su naturaleza y de qué manera los servicios de salud dan respuestas a las demandas de la población que está siendo analizada con esa mira (30). En la búsqueda de una gestión más eficiente, explica la situación sanitaria, analiza la evolución de los problemas y contribuye a la evaluación de la capacidad resolutoria (10).

Los cambios en la situación social modifican las necesidades de información en salud a lo largo del tiempo (31), obligando a modificar, agregar y eliminar datos en nuestras fuentes de información. La forma tradicional de concepción de los sistemas de información de salud (SIS) no es útil para dar soporte a la gestión ni apoyar acciones para la reducción de desigualdades. Los problemas señalados no son exclusivos del sector salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ni de Argentina en particular, y se repiten dentro de diferentes sectores del Estado y la sociedad, así como en otros países de América Latina (32).

La hipótesis es que la única forma de construir un sistema de información en salud que dé soporte a la gestión local es concebirlo como un sistema complejo que debe ser abordado a partir del conjunto de elementos formado por datos, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCA) (31). Concebimos al SIS como un sistema jerárquico formado por otros subsistemas: el que provee información epidemiológica, el de información económico financiera y administrativa, el sistema de información sociodemográfica y social, y el subsistema de información de carácter clínico. Estos componentes se entienden como un conjunto, constituyendo una lógica de procesos, y no como compartimentos estancos (32).

El conocimiento epidemiológico o la epidemiología y los instrumentos que esta maneja tienen un papel extraordinario en el cumplimiento de esta misión, tal como la estamos entendiendo: no solo la epidemiología en la dimensión útil y necesaria de la vigilancia y como instrumento esencial para el control de enfermedades, sino, especialmente, la epidemiología en esa dimensión mayor de la inteligencia para la comprensión de la salud como un todo (17).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

La información epidemiológica puede ser traducida en decisiones significativas en el campo de la salud pública. Los principios y métodos epidemiológicos pueden ser aplicados a una amplia variedad de problemas y son potentes a la hora de articular las diversas contribuciones que otras disciplinas hacen a la salud pública (33). Tales principios y métodos se refieren a la descripción de la población humana, a la investigación de procesos subyacentes, a la interpretación y análisis de la información y a los usos que se les puede dar a los datos obtenidos. En el campo de la salud, la epidemiología tiene tres aplicaciones principales: etiológica, clínica y administrativa.

En lo administrativo, busca dar respuestas a los servicios de salud y acompaña en los distintos procesos de gestión. En la toma de decisiones, la mirada de la ESSS aporta información muy relevante que deja de lado sesgos propios del gestor y lo enfoca en escenarios más reales. Con una mirada atenta al sistema de salud de la población, aporta evaluaciones comparativas de los cambios ocurridos en determinado tiempo y lugar, en la búsqueda de alcanzar los objetivos planteados, objetivos que deberían estar enfocados en la mejora de la salud de la población en general.

Si cada desembolso tiene un costo de oportunidad, que es su equivalente en otros desembolsos que no pudieron hacerse, es importante, en el proceso de toma de decisiones – incluso a nivel de las microdecisiones–, disponer de datos válidos sobre la eficacia relativa de las opciones de decisión (10).

El proceso de administración requiere tener un enfoque más amplio, que pueda operar dentro de un marco de planificación global. Pues acordamos con Motta en que “el arte de pensar y juzgar, que caracteriza a la gerencia, exige mayor amplitud y lateralidad de pensamiento” (34, p. 26) y con la idea de Testa evocada por Rovere según la cual las nuevas propuestas deben ser consideradas a la luz de las necesidades de salud de las personas y de las transformaciones que el propio sector salud necesita (35).

Sostenemos que es a través de dichos procesos de planificación global que se analizan las contribuciones de la epidemiología a la administración de los servicios de salud. Es allí donde interviene la ESSS en su análisis, entendiendo que la salud de la población no puede estar definida por un solo indicador, sino que tiene que haber en la gestión de los servicios de salud una visión integral de sus indicadores (36).

La organización y gestión del campo de la salud debería tener una mirada de sus indicadores más integral, más crítica y más propositiva. Se necesitan propuestas que permitan

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

reformular la clínica y la salud pública, de manera tal que se superen límites impuestos por la historia y se pueda producir acogimiento en la atención de la salud (37).

Se trata de alejarnos de la mirada hegemónica que rige en nuestros ámbitos de acción, y permitirnos igualar fuerzas en las que los distintos poderes técnicos, en términos de Testa, ejercen en lo cotidiano (38) y trabajarlas con una mirada apoyada en la ESSS, que busca un abordaje del comportamiento de los distintos indicadores asignándoles el mismo grado de relevancia o intensidad.

El análisis integral de diferentes indicadores que aquí se propone aportará nuevos conocimientos acerca de la forma de gestión de las organizaciones de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Castellanos plantea que la epidemiología tiene instrumentos, conocimientos y símbolos propios (16). En esta línea de pensamiento, decimos que es la ESSS, con sus instrumentos, conocimientos y símbolos propios, la que ayuda a los gestores de salud a dirigir la tarea.

La finalidad de este trabajo es tener un acercamiento, en el marco de la ESSS, a la evolución de los comportamientos de los indicadores seleccionados para determinar si ese movimiento temporal permite inferir algún tipo de criterio en la toma de decisión.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### *3.1. Pregunta de investigación*

¿Cuál es el comportamiento en el tiempo de los indicadores seleccionados de epidemiología, servicios de salud, personal y recursos económicos del sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 1980 y 2018?

#### *3.2. Hipótesis*

El presupuesto de la Ciudad de Buenos Aires asignado para el gasto en salud tiene un comportamiento creciente que no guarda relación con el resto de los indicadores de epidemiología, servicios de salud y personal, entre los años 1980 y 2018.

#### *3.3. Objetivos*

##### **3.3.1 Objetivo general**

Analizar la relación temporal, entre los años 1980 y 2018, de un conjunto de indicadores seleccionados del sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires.

##### **3.3.2. Objetivos específicos**

- Analizar la distribución temporal de las tasas de mortalidad de cada una de las once causas de fallecimiento en la Ciudad de Buenos Aires
- Analizar las siguientes distribuciones temporales:
  - De la cantidad de consultas externas
  - De las cantidades de consultas externas por tipo de consulta
  - De la cantidad de egresos en los hospitales públicos que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- Analizar las siguientes distribuciones temporales:
  - De la cantidad total de personal en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

- De la cantidad de personal de planta permanente en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- De la cantidad de personal médico en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- De la cantidad de residentes en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- De la cantidad de profesionales de la salud en suplencia de guardia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
  
- Analizar las siguientes distribuciones temporales:
  - Del gasto total ejecutado en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
  - Del gasto ejecutado en personal
  - Del gasto ejecutado en bienes de consumo
  - Del gasto ejecutado en servicios no personales
  - Del gasto ejecutado en bienes de uso

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

#### **4. METODOLOGÍA**

Aunque la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta en la actualidad con treinta y cinco hospitales<sup>4</sup>, por el periodo temporal que abarca esta tesis, se decidió trabajar con treinta y uno. Se trata de instituciones que brindan asistencia de salud en diferentes especialidades –tales como clínica médica, pediatría, traumatología, cardiología, dermatología, ginecología, obstetricia, cirugía y otras especialidades– y que se pueden agrupar según el tipo de atención que brindan (40).

El primer grupo está conformado por dieciséis hospitales especializados, que son aquellos que brindan servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica, o una afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo etario. El segundo grupo, de trece hospitales, corresponde a los denominados “generales de agudos”; estos brindan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pueden tener o no internación y deben contar como mínimo con tres especialidades de las básicas. Y el tercer grupo está formado por dos hospitales denominados “generales de niños”, que atienden solamente a pacientes menores de 18 años inclusive.

---

<sup>4</sup> El Decreto N° 9 de 1993, que se completa con el decreto 578/93 regulatorio del Hospital de Autogestión, “establece la descentralización de la administración de estos hospitales y la integración de redes de servicios. Con el fin de mejorar la administración interna se autoriza la utilización de los recursos provenientes de la venta de servicios para crear una estructura de incentivos basada en el reconocimiento de la productividad y eficiencia del personal” (39).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 1. Hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires agrupados por tipo de atención.**

<b>Hospitales Especializados</b>	n=16
Hospital de Emergencias Psiquiátricas Alvear	
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz	
Hospital de Oftalmología Santa Lucía	
Hospital de Oncología María Curie	
Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca	
Hospital Dr. Carlos B. Udaondo	
Hospital Infante Juvenil "C. Tobar García"	
Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda	
Hospital Materno Infantil Ramón Sardá	
Hospital Municipal de Quemados	
Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer	
Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano	
Hospital Odontológico José Dueñas	
Instituto de Rehabilitación Psicofísica	
Instituto Oftalmológico Pedro Lagleyze	
Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín	
<b>Hospitales Generales de Agudos</b>	n=13
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez	
Hospital Donación Francisco Santojanni	
Hospital Dr. Abel Zubizarreta	
Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"	
Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia	
Hospital General de Agudos Carlos G. Durand	
Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield	
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich	
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú	
Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández	
Hospital General de Agudos José María Penna	
Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía	
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero	
<b>Hospitales Generales de niños</b>	n=2
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde	
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez	

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

Sólo 29 de los 31 hospitales constituyeron la base para el abordaje de los grupos de indicadores de Servicios de Salud y de Recursos Económicos, porque solamente de esta cantidad se encuentra disponible la información correspondiente a todo el periodo bajo análisis.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Del grupo de Servicios de Salud, se obtuvieron las evoluciones temporales de las consultas externas (totales y por especialidad) y las evoluciones temporales de los egresos (las cantidades totales y las cantidades de egresos por tipo de atención del hospital). En cuanto al grupo de indicadores denominado Recursos Económicos, se pudo obtener los montos ejecutados por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), en particular por el Ministerio de Salud, y los montos ejecutados de los hospitales públicos (41).

Con respecto a las fuentes utilizadas en este trabajo, se presentaron dos opciones a la hora de tomar la decisión de monitorear determinados aspectos de la salud de la Ciudad de Buenos Aires por medio de indicadores. La primera opción era trabajar con fuentes primarias, lo que implicaba diseñar mecanismos específicos de recopilación de datos para la elaboración del indicador. La segunda consistía en trabajar con un conjunto de datos ya existentes que, aunque no se hayan formulado con el propósito de esta investigación, proveen indicadores. Montados sobre la idea de trabajar en una epidemiología de los servicios y sistemas de salud, se eligió la segunda opción, dado que se ajusta más a la línea de pensamiento de la ESSS. Es decir, elegimos hacer uso de las fuentes secundarias con el propósito de emprender la búsqueda de una nueva óptica que ayude a problematizar el sistema de información de salud existente (28; 32).

Recopilamos, entonces, datos estadísticos disponibles en los sitios del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Ministerio de Economía y Finanzas de la misma ciudad, y procesamos los datos con Microsoft Excel™. La información que recaban estos organismos de gobierno fue la de mayor utilidad para la construcción de los indicadores, porque tienen áreas específicas que relevan información y un sistema de información estadístico de acceso público que permite obtener los datos de manera tal que se garantiza la confiabilidad al momento de construir nuevos indicadores de forma histórica.

El Ministerio de Economía y Finanzas cuenta con dos direcciones generales –la Dirección de Estadística y Censos (DGEyC) y la de Contaduría– que aportaron información útil para el armado del presente trabajo. La Dirección de Estadística aportó estadísticas vitales y proyecciones de población; la segunda dirección, las cuentas anuales de inversión con sus presupuestos sancionados. Por otra parte, se tomó información de la Coordinación de Salud Sexual, sida e ITS y de la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud, dado que generan datos muy útiles sobre hospitalizaciones, consultas, cirugías, prótesis

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

implantadas, el número de médicos, el número de enfermeros, de camas, de vacunas aplicadas, así como de gastos en el sector de la salud, patrones de morbilidad, etc.

Otra fuente secundaria que significó un gran aporte en la generación de información fue el INDEC<sup>5</sup>, con su índice de precios implícitos, que permitió actualizar los montos económicos trabajados posibilitando comparar valores de distintos años.

La validez de los datos, referida a la capacidad de la fuente para medir lo que se pretende medir, no es un inconveniente, ya que toda la información es oficial y existen organismos que validan lo realizado. En este sentido, se considera al sistema de información bastante sólido como base de datos para una serie de otros indicadores.

El nivel de desglose disponible en la fuente de datos escogida genera múltiples interpretaciones analíticas. Esto trae, como ventaja, que posibilita seleccionar la información de interés y, como desventaja, la falta de información.

La elaboración de los indicadores no puede entenderse como una finalidad en sí misma, con una perspectiva contemplativa de su distribución espacial o temporal o exclusivamente documental (42; 43). El uso de indicadores en el ámbito de la salud pública tiene como objetivo alimentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. La misión última es mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades, que son injustas y evitables. La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden, además, suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores.

Al permitirnos visualizar los comportamientos históricos de las distintas variables, la observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas. La elección del indicador se basó en considerar su utilidad.

Como ya se anticipó, se utilizaron fuentes secundarias de datos provenientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (44) y del Ministerio de Economía y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires (45). Se seleccionaron 38 indicadores, que se ordenaron a partir de la lectura de varios autores, entre ellos Alan Dever (29), junto con la información aportada

---

<sup>5</sup> Para más información, véanse [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/economia/sh\\_VBP\\_VAB\\_12\\_19.xls](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/economia/sh_VBP_VAB_12_19.xls) y <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-9-47>

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

por el Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires 2017 (46), la Guía para la Elaboración de Indicadores Seleccionados (47) y los principales subsistemas citados en Sistemas de Información en Salud (32), que fueron agrupados en cuatro grupos que guardan alguna característica común.

Los indicadores que aquí se presentan son de fácil cálculo e interpretación. Su validez depende esencialmente de la calidad de los datos utilizados para su cálculo, fundamentalmente en la etapa de captación, en la cual se requiere seguir estrictamente las normas para su realización.

Junto con la información de atención de los pacientes y rendimientos, los indicadores sobre disponibilidad de recursos son imprescindibles para tomar decisiones en el proceso de gestión en todos los niveles del sector salud. En el marco de la ESSS, son relevantes a la hora de elaborar el presupuesto. Si bien cada uno de estos indicadores evalúan aspectos diferentes de la gestión, existe entre ellos una estrecha relación que debe tenerse en cuenta en un análisis conjunto.

El primer grupo corresponde a los indicadores de Epidemiología y está conformado por tasas de mortalidad y de morbilidad de ciertas enfermedades (48). El segundo grupo de indicadores –llamado de Servicios de Salud– está conformado por aquellos valores que reflejan cómo los servicios de salud dan respuestas a las demandas de atención por parte de la población (49; 50). Al tercer grupo pertenece los indicadores de Personal, que reflejan la cantidad de personas que han trabajado en el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires en los distintos años, según tipo de contrato. Y por último, en el cuarto grupo están los indicadores de Recursos Económicos, en especial el denominado “gasto”, que de acuerdo con la Ley de Presupuesto hace referencia –como su nombre lo indica– a los montos ejecutados en salud por parte del Poder Ejecutivo de la Ciudad de Buenos Aires (51).<sup>6</sup>

Las bases de datos fueron obtenidas por distintas fuentes. La información acerca de los indicadores correspondientes a los grupos de Epidemiología y de Servicios de Salud están disponibles en la DGEyC, en formato Excel (52) (44). Los indicadores de Recursos Económicos y de Personal fueron obtenidos a partir de los informes anuales que hace la Auditoría de la Ciudad (45), órgano que se encarga de informar anualmente cómo ha sido ejecutado el presupuesto de la Ciudad por parte del Poder Ejecutivo.

---

<sup>6</sup> El detalle de los grupos de indicadores y sus definiciones están disponibles en el APÉNDICE A – Cuadro 1. Indicadores y sus respectivas definiciones.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Definida la base de información con la que se trabajó, se analizó cuáles son sus aportes y atributos y si el indicador es cuantitativo o cualitativo. En los cuantitativos, se calcularon las medidas de tendencia central, sus dispersiones, medianas y media, sus desvíos estándar, la distribución en los distintos percentiles y mínimos y máximos. En el caso de los indicadores cualitativos, se trabajó sobre sus frecuencias y porcentajes (42;53).

Además, se caracterizó la distribución temporal de los indicadores seleccionados para analizar cambios significativos, y, a su vez, se calculó la variación anual porcentual (VAP) de los indicadores entre los puntos de cambio significativo y el promedio de la variación porcentual en todo el período. Esta exploración se realizó para todas las variables y se apoyó en representaciones gráficas.

El grupo de indicadores de Epidemiología está formado por evoluciones que reflejan el comportamiento de las enfermedades notificadas y/o diagnosticadas, de algunas enfermedades infectocontagiosas, inmunoprevenibles y distintas tasas de mortalidad.

Luego, en el grupo Servicios de Salud se muestran las evoluciones de la atención por parte del Gobierno de la Ciudad a pacientes que demandan servicios de salud. Por ejemplo, la evolución por tipo de parto, la cantidad de consultas externas por especialidad del hospital y por centro de salud, las consultas de salud mental en los hospitales, la distribución porcentual por tipo de cobertura, la cantidad de egresos en los hospitales del Gobierno de la Ciudad por año de ocurrencia, los movimientos e indicadores de internación, las prestaciones no médicas en los centros de salud y el promedio de camas disponibles.

Otro de los grupos de indicadores con los que se trabajó fue el de personal. Testa le da gran relevancia a este punto, plantea la necesidad de una planificación en este sentido y sostiene que, probablemente, “lo más sencillo sea hablar del cálculo de cuántas personas se van a necesitar para abastecer los servicios de salud, con qué capacidades y en qué plazos y luego comparar estos requerimientos con la posibilidad de su obtención” (54, p. 48). Es decir, realizar un análisis prospectivo.

En el presente trabajo, en cambio, se realizó un análisis retrospectivo. Por ello, el grupo de Personal está formado por el número de personas asignadas al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por su actividad y/o tipo de contrato. Se buscó trabajar por especialidad en función de la información disponible, para determinar la evolución de la cantidad de personal médico de planta, las cantidades de residentes en hospitales y el número de suplentes de guardia de los hospitales del Gobierno de la Ciudad. Como no se contó con la

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

discriminación del personal de planta por ministerio, se trabajó con los números totales de planta permanente de todo el GCBA.

El grupo de Recursos Económicos está formado por indicadores monetarios que, con una mirada desde la ESSS, no pueden quedar fuera del análisis. En el año 2004 se publicó un trabajo en el que se considera al grupo económico como un indicador más y da cuenta de la experiencia en la gestión del Programa Federal de Salud entre los años 1997 y 2001 y el impacto de lo económico en la gestión (55). Por ello, se decide considerarlo.

Hay dos tipos de indicadores: un primer tipo que trabaja con los montos sancionados y un segundo tipo que trabaja con los montos ejecutados. Los montos sancionados son los valores monetarios que fueron aprobados por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la Ley de Presupuesto, para que utilice el Ministerio de Salud para la realización de sus políticas; y el grupo de montos ejecutados está constituido por los montos que la Ciudad utilizó para hacer frente a los compromisos asumidos. De ahí que el gasto sancionado analiza los montos aprobados por la Legislatura de la Ciudad, a utilizar por el Ministerio de Salud, y cuál es su relación con respecto al gasto de todos los ministerios que forman parte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto al resto de los indicadores de este grupo, se analizó la evolución temporal de los montos ejecutados en el Ministerio de Salud de la CABA.

En función de la forma en que se presentan las cuentas anuales de inversión<sup>7</sup>, se tomaron los mismos nombres para crear los indicadores de este grupo. A raíz de ello, analizamos el gasto en personal, el gasto en bienes de consumo, en alquileres y servicios de terceros y, por último, en equipamiento y puesta en valor.

Para poder observar la relevancia del indicador, se analizó de forma comparativa los periodos de datos que cubren por grupo y luego con todos los indicadores. Cuando observamos por grupo de indicadores, se observa que no todos los indicadores tienen el mismo periodo de análisis. Por ejemplo, por un lado, hay tasas de mortalidad cuyo periodo inicia en el año 1860 –como la tasa de mortalidad quincenal neonatal, postneonatal e infantil– y, por otro lado, están los indicadores de periodos más reducidos –como el de los casos notificados de tuberculosis– que dejaron de registrarse a partir de 2016. Otro ejemplo a considerar es la tasa de mortalidad por principales causas, que es una serie que inicia en el año 1998 y finaliza veinte años después; en esos años, no hubo ingreso de información nueva, no se ven nuevos datos que puedan aportar

---

<sup>7</sup> El proceso culmina cuando el Congreso, o en este caso la Legislatura, aprueba o rechaza la cuenta de inversión, y se elabora el documento que expresa cómo se ejecutó el presupuesto y qué desvíos ocurrieron respecto de las previsiones (56).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

una mirada más amplia, tales como el sexo, la edad, la situación económica del fallecido, etc. No solo encontramos esta falta de información en esta tasa de mortalidad, sino en la mayoría de las tasas con las que se ha trabajado en la presente tesis. Parecería que la notificación del caso responde a un impulso mecánico, con el único efecto de la recolección del dato. Por cómo está armado el proceso de recolección de la información, es la repartición (hospital) la que la eleva al nivel central, y este a su vez lo hace al área de Estadísticas del Ministerio de Hacienda.

En general, estos datos cubren solamente parte de la población (usualmente la atendida por el hospital), con limitaciones en su calidad debido a deficiencias en los procesos de flujo de información. Esta situación se ve agravada por la multiplicidad de formularios usados para la notificación de casos de enfermedades cuyo control, normalización y supervisión dependen de programas distintos e independientes entre sí (32).

Las conclusiones surgieron de la interpretación de la información volcada en todas esas representaciones gráficas. Con el fin de tener un criterio de trabajo, en todas las gráficas se representan los diferentes valores que toma el dato a lo largo del periodo analizado.

A los gráficos de evolución temporal se les incorporó la llamada “línea recta de tendencia”, que ofrece el software Microsoft Excel, que la define como la línea de tendencia lineal que muestra el aumento o la disminución a un ritmo constante; es una herramienta de análisis que permite visualizar puntos en una gráfica que van más allá de los datos reales y que representan los posibles valores futuros de acuerdo con su tendencia.

#### *4.1. Periodos de estudio*

La vigilancia, con su posterior reporte, es una de las herramientas vitales de la gestión en epidemiología. Por eso, se presentan a continuación los grupos de indicadores de dos formas distintas: en primer lugar, para hacer comparaciones en el interior de cada grupo, los periodos de información disponibles por grupo de indicador; en segundo lugar, para comparar los periodos cubiertos por todos los indicadores, se presenta una tabla que reúne el total de los indicadores sin discriminar el grupo.

La intención de separar por grupo y luego comparar por la totalidad es mostrar cuáles son los indicadores que tienen períodos más extensos de información. Se trata de un dato no menor, ya que el hecho de que haya indicadores con una evolución muy extendida en el tiempo y otros con menor cantidad de años incide en la reconstrucción del indicador. Asimismo, pone









Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

#### *4.2. Tratamiento de los datos de cada grupo de indicadores*

El grupo de Epidemiología se arma con la intención de medir las incidencias y las prevalencias de las enfermedades que afectan a la población de la Ciudad. Por ejemplo, la información disponible de la mortalidad se presentó gráficamente como cifras absolutas, tasas, proporciones y la variación proporcional porcentual.

A los efectos de establecer comparaciones en el tiempo o el espacio, las mediciones absolutas tendrán validez en este grupo, sobre todo en los indicadores de enfermedades donde se detallan las cantidades de casos; por ejemplo, en los casos diagnosticados de VIH-sida en residentes de la Ciudad de Buenos Aires, por sexo agrupado por edad o en los casos de enfermedades inmunoprevenibles en hospitales del GCBA.

Otro tipo de indicador que forma parte de este grupo es el de las tasas, en que el número absoluto del evento de interés y el denominador es la población de referencia en el mismo tiempo.

Del análisis de la información correspondiente a los 15 indicadores del grupo de Epidemiología se obtuvieron 100 tablas de doble entrada, con periodos de tiempo diferentes, entre las cuales tuvimos que realizar una selección para trabajar en la presente tesis. El periodo más amplio lo tiene la tasa de mortalidad quinquenal neonatal post natal e infantil, que inicia su evolución en el año 1860 y finaliza en el año 2014: son 154 años de información. En el otro extremo, contamos con la evolución de los casos notificados de tuberculosis, que son solamente 7 años de evolución.

Del total de indicadores seleccionados para este grupo, el nombre asignado a la base coincide con la información que ofrece la base de datos. En cuanto al desglose sobre la información proporcionada por cada indicador<sup>8</sup>, solamente el 20% tiene el detalle del grupo etario (casos diagnosticados de VIH-sida en residentes de la Ciudad de Buenos Aires por sexo y grupo de edad; casos notificados de SIDA de residentes en la Ciudad de Buenos Aires por sexo según grupo de edad; tasa de mortalidad por edad); un 20% diferencia entre hombre y mujer (casos diagnosticados de VIH- sida en residentes de la Ciudad de Buenos Aires por sexo y grupo de edad; casos notificados de SIDA de residentes en la Ciudad de Buenos Aires por

---

<sup>8</sup> Para conocer la forma de presentación, el dato y qué tipo de información aporta cada indicador del grupo de Epidemiología (57), véase APÉNDICE A– Tabla 1. Grupo de Epidemiología: información existente en la presentación del dato de cada indicador del grupo.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

sexo según grupo de edad; y tasa de mortalidad por edad); y solamente el 30% tiene en consideración el lugar de residencia (casos atendidos de tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires; tasa de mortalidad infantil; tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna; tasa de defunciones infantiles, neonatales y postneonatales por comuna; tasa de mortalidad por SIDA según comuna).

**Cuadro 1. Porcentajes de datos presentes en los indicadores seleccionados del grupo de Epidemiología sobre el total de indicadores del grupo.**

Grupo	Coincidencia en título con datos observados	Periodo Completo	Sexo	Grupo Etario	Etnia	Lugar de residencia	Nivel educativo	Nivel socioeconómico
Epidemiología	100%	73%	20%	20%	0%	40%	0%	0%

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

Según el Cuadro 1, en el grupo de Epidemiología falta conocer la etnia de la población analizada y los niveles educativo y socioeconómico para poder construir el perfil de la población objetivo.

En el trabajo con las bases del grupo de Epidemiología, se obtuvieron distintas bases de información y formas diferentes de presentar los datos. Los títulos de las tablas obtenidas se encuentran listados en el APÉNDICE A – Tabla 2. Grupo de indicadores de epidemiología: fuentes, nombre del archivo e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.

Con respecto al grupo de Servicios de Salud, cabe señalar que existen diferentes métodos, de distintos marcos conceptuales, para medir y formular indicadores que evalúan la calidad de este tipo de servicios. Los indicadores de desempeño de los servicios de salud son esenciales para el monitoreo institucional y social. Como resultado, existe una gran proliferación de indicadores de la calidad de la atención de la salud (58).

En ese contexto, los indicadores de estructuras son características más fijas del sistema e incluyen la calidad de los recursos materiales (edificaciones, equipos y recursos financieros) y la estructura organizativa (organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).

Los indicadores de procesos son importantes porque contribuyen al logro de resultados, incluidos los procesos de prestación de salud, como las actividades para formular un diagnóstico, recomendar un tratamiento y brindar atención, entre otras. Los indicadores de los

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

resultados de la atención de la salud reflejan el estado de salud de los pacientes y la población: un mayor conocimiento por parte del paciente, cambios en su comportamiento con respecto al autocuidado y la satisfacción del paciente en relación con la atención recibida.

Antes de formular y monitorear algunos de los indicadores disponibles relacionados con la calidad de los servicios de salud, es necesario tener en claro las relaciones esperadas (plausibles) entre los indicadores de estructura y procesos que se van a monitorear y los indicadores de resultados. En cuanto a la diferencia entre indicadores de resultados e indicadores de impacto, vale mencionar que los primeros podrían medirse en el corto plazo y los segundos necesitarían mayor tiempo para su medición. Un ejemplo podría ser el de trabajar con la alta demanda de consultas médicas en hospitales y fortalecer los centros de salud a fin de satisfacer esa demanda insatisfecha y descomprimir la atención en los hospitales.

Para establecer comparaciones en el tiempo, las mediciones absolutas tendrán validez en este grupo como en el grupo anterior, particularmente en los indicadores de cantidades de consultas médicas y de egresos de hospitales del GCBA. Luego, hay algunos indicadores de este grupo que son proporciones; por ejemplo, tipo de cobertura, que detalla qué porcentaje de la población tiene cobertura médica pública o privada.

Del análisis de los 13 indicadores que conforman este grupo, obtuvimos 100 tablas en total, también con periodos de tiempos diferentes y de las cuales realizamos una selección. En este caso, el periodo más amplio es el de Movimiento e indicadores de internación, que inicia su evolución en 1980 y finaliza en 2017, es decir que son 37 años de información.

La forma en que se presentan los 13 indicadores coincide en que no existe un desglose por tipo de sexo (hombre o mujer), no hay detalle por grupo etario de consulta, no puede saberse qué grupo de edad se atiende y qué especialidad con mayor frecuencia (entendiéndola como la orientación en la carrera de grado), pero sí tenemos en algunos indicadores el lugar de residencia en los egresos y el de las consultas externas.<sup>9</sup>

Según el Cuadro 2, en el grupo de Servicios de Salud falta conocer la etnia de la población analizada, el sexo de los pacientes atendidos y los niveles educativos y socioeconómicos para poder construir el perfil de la población objetivo; algo similar sucede con el grupo de Epidemiología.

---

<sup>9</sup> Véase el detalle acerca de la forma de presentación, el dato y qué tipo de información aporta cada indicador de este grupo en APÉNDICE A – Tabla 3. Grupo de Servicios de Salud: información existente en la presentación del dato de cada indicador del grupo.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 2. Porcentajes de datos presentes en los indicadores seleccionados del grupo de Servicios de Salud sobre el total de indicadores del grupo.**

Grupo	Coincidencia en título con datos observados	Periodo Completo	Sexo	Grupo etario	Etnia	Lugar de residencia	Nivel educativo	Nivel socioeconómico
Servicios de Salud	100%	85%	0%	0%	0%	62%	0%	0%

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

De las bases de datos del grupo de Servicios de Salud obtuvimos distintas bases de información y formas diferentes de presentarla. En este caso, los títulos de las tablas obtenidas se encuentran en el APÉNDICE A – Tabla 4. Grupo de indicadores de servicios de salud: fuentes, nombre del archivo e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.

En cuanto al grupo de Personal, también en él se trabaja con valores absolutos. Los indicadores en este caso trabajan con cantidades de personas y nos proveen la información necesaria para conocer las cantidades en el año de ocurrencia. También tenemos indicadores que dan cuenta del porcentaje de participación de una especialidad respecto del total de especialidades desde una mirada centrada en servicios de salud.

El grupo de Personal representa a los puestos en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ocupados por los agentes, fue diseñado en base a los criterios con los que ese gobierno presenta la evolución de los cargos públicos y son clasificados según la planta de pertenencia, jerarquía o función. Del total de los cargos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, por planta de pertenencia, se eligieron solo cuatro y son los que definimos como personal de salud (médicos, residencias hospitalarias y suplencia de guardia) y a los agentes que revisten cargo de planta permanente, aquellos que han sido designados por una autoridad competente para ocupar en forma transitoria (o permanente) un cargo que pertenece a la planta permanente de una entidad pública.

El organismo que diseña la evolución de estos indicadores es la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda y Finanzas del GCBA, sobre la base de datos de la Dirección General Contaduría del Ministerio de Hacienda y Finanzas, y con ello es que se realizan las evoluciones de los cuatro indicadores.

La mayoría de los periodos de estos indicadores coincide en el plazo que va de los años 2002 a 2017; hay una excepción, que es el indicador de médicos, cuyo periodo va de 2014 a

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

2017. Esto se debe a que para el año 2014 la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires decidió que la forma de presentación del presupuesto hiciera una diferencia entre el personal de planta y el personal médico, algo vital y necesario para poder conocer la cantidad de profesionales con los que cuenta el GCBA y a partir de esto crear nuevos indicadores para la toma de decisiones.

La forma en que se presentan los cuatro indicadores del grupo de Personal coincide en que no existe un desglose por sexo (hombre o mujer), no hay detalle del grupo etario y esto genera nuevas preguntas sobre las edades del personal profesional. Esta información también sería útil para saber la cantidad de personas próximas a jubilarse. Al igual que en los grupos de Epidemiología y de Servicios de Salud, no hay detalle de etnia.<sup>10</sup>

Según el Cuadro 3, faltan conocer la etnia, el sexo y los niveles educativos y socioeconómicos de las personas que conforman el personal.

**Cuadro 3. Porcentajes de datos presentes en los indicadores seleccionados del grupo de Personal sobre el total de indicadores del grupo.**

Grupo	Coincidencia en título con datos observados	Periodo Completo	Sexo	Grupo etario	Etnia	Lugar de residencia	Nivel educativo	Nivel socioeconómico
Personal	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

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

A partir del trabajo con las bases del grupo de Personal se obtuvieron distintas bases de información y formas diferentes de presentar la información disponible. El detalle de los títulos de las tablas obtenidas se encuentra en el APÉNDICE A – Tabla 6. Grupo de indicadores de personal: fuentes, nombre del archivo e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.

Por último, los indicadores del grupo de Recursos Económicos ayudan a medir el impacto del gasto en salud con respecto al resto de los ministerios. Se crearon, por un lado, a partir del presupuesto sancionado por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de poder llegar a conocer cuáles fueron las políticas de asignación presupuestaria de dicha

<sup>10</sup> Véase APÉNDICE A – Tabla 5. Grupo de Personal: información existente en la presentación del dato de cada indicador del grupo.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

legislatura. Y, por otro lado, a partir de las cuentas anuales de inversión, para conocer cuáles han sido los niveles de ejecución del Ministerio de Salud en los hospitales del GCBA.

Para posibilitar la comparación entre los años, se actualizaron los montos a valores del año 2019 (valores en pesos argentinos). La actualización a ese año se realizó con el Índice de Precios Implícito (IPI) de salud, disponible en el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). El IPI es el cociente entre el Producto Bruto Interno nominal (a precios corrientes de un año dado), sobre el Producto Bruto Interno real (a precios constantes de un año tomado como base).

En el caso del grupo de Recursos Económicos, del análisis de los 6 indicadores obtuvimos 31 tablas con periodos de tiempo diferentes. El más amplio corresponde al gasto sancionado, donde se presenta la evolución y participación del gasto en salud respecto del resto de las jurisdicciones (u otros ministerios del GCBA) a montos de 2019, que inicia su evolución en el año 1997 y finaliza en el año 2018; es decir que son 22 años de información.

Al trabajar con las bases del grupo de Recursos Económicos, se obtuvieron distintas bases de información y formas diferentes de presentar los datos disponibles, que en este caso se pueden consultar en el APÉNDICE A – Tabla 7. Grupo de indicadores de recursos económicos: fuentes, nombre del archivo e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA

El presente apartado se organiza en dos partes. En la primera, se trabaja con la evolución por año de ocurrencia de la totalidad de defunciones, con las tasas de mortalidad bruta y la variación proporcional porcentual con base en el año 1998. En la segunda, se formulan los mismos análisis, pero por categoría de causa principal de muerte, y se incorpora el análisis de la variación porcentual por causa principal de muerte, por año de ocurrencia.

Con la evaluación de la evolución de defunciones por año de ocurrencia, se pretende mostrar el número total de muertes producidas por todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron el fallecimiento (o que contribuyeron a él) y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo tales lesiones.

Para determinar la tasa de mortalidad bruta, se utilizó como método de cálculo el cociente entre el número total de defunciones ocurridas en una población durante un año y la población media de ese año, multiplicado por 1000.

Con la información disponible de la tasa de mortalidad bruta de las principales causas de muerte y las tasas de mortalidad por cada causa de muerte por año de ocurrencia, se calculó la variación proporcional porcentual, con año de base en 1998. El cálculo se basa en la diferencia o resta entre el último valor de la serie y el año seleccionado como base; con este resultado, se realiza el cociente o división con el año base. La variación proporcional porcentual nos permite visualizar el comportamiento de la tasa de mortalidad bruta durante la serie temporal, para conocer cuáles han sido los periodos de crecimiento o decrecimiento con respecto al año base.

Y, con el análisis de la distribución proporcional porcentual por causa principal de muerte que se agrega en la segunda parte de este apartado, se pretende conocer cómo se ubica una causa principal de muerte respecto del resto de las causas.

Para llevar adelante estos análisis, se utilizó información secundaria producida por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC), que depende del Ministerio de Economía y Finanzas del GCBA, y se siguieron definiciones establecidas en sus libros de códigos.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> En el ANEXO A – Tablas de libros de códigos de la Dirección General de Estadística y Censos se presentan las definiciones y conceptos que se tomaron para el abordaje de cada uno de los indicadores. En este caso, véase ANEXO A – Tabla 1. Libro de códigos de las tasas de mortalidad y distribución porcentual de las defunciones por principales causas de muerte.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Además, en la segunda parte se trabaja con categorías definidas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud<sup>12</sup>, que fue creada con el fin de ordenar, aunar conceptos y producir estadísticas de mortalidad y se empezó a usar en los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1994. Se trata de un instrumento que estableció lineamientos para estandarizar el registro y la codificación tanto de las afecciones mórbidas como de las causas de muerte, y reglas para seleccionar la causa básica de defunción (CBD) y la afección principal en los registros de morbilidad. Esta clasificación –que permite organizar todas las causas registradas en el certificado médico de defunción y cuyo propósito es posibilitar el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes momentos– constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad. Pues permite la conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información, proporcionando así un lenguaje común que posibilita a los profesionales de la salud compartir información sanitaria en todo el mundo. Las categorías se organizan con un criterio estadístico basado en la salud pública y cada afección puede ser asignada a una categoría y recibir un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00).

Cabe aclarar que, como la serie temporal disponible en la DGEyC tiene la particularidad de que hay años en los que no se cuenta con el número de defunciones, para darle continuidad se trabaja con un periodo continuo de veintiún años que comienza en 1998 y finaliza en 2018.

### *5.1.1. Mortalidad general de las principales causas de muerte*

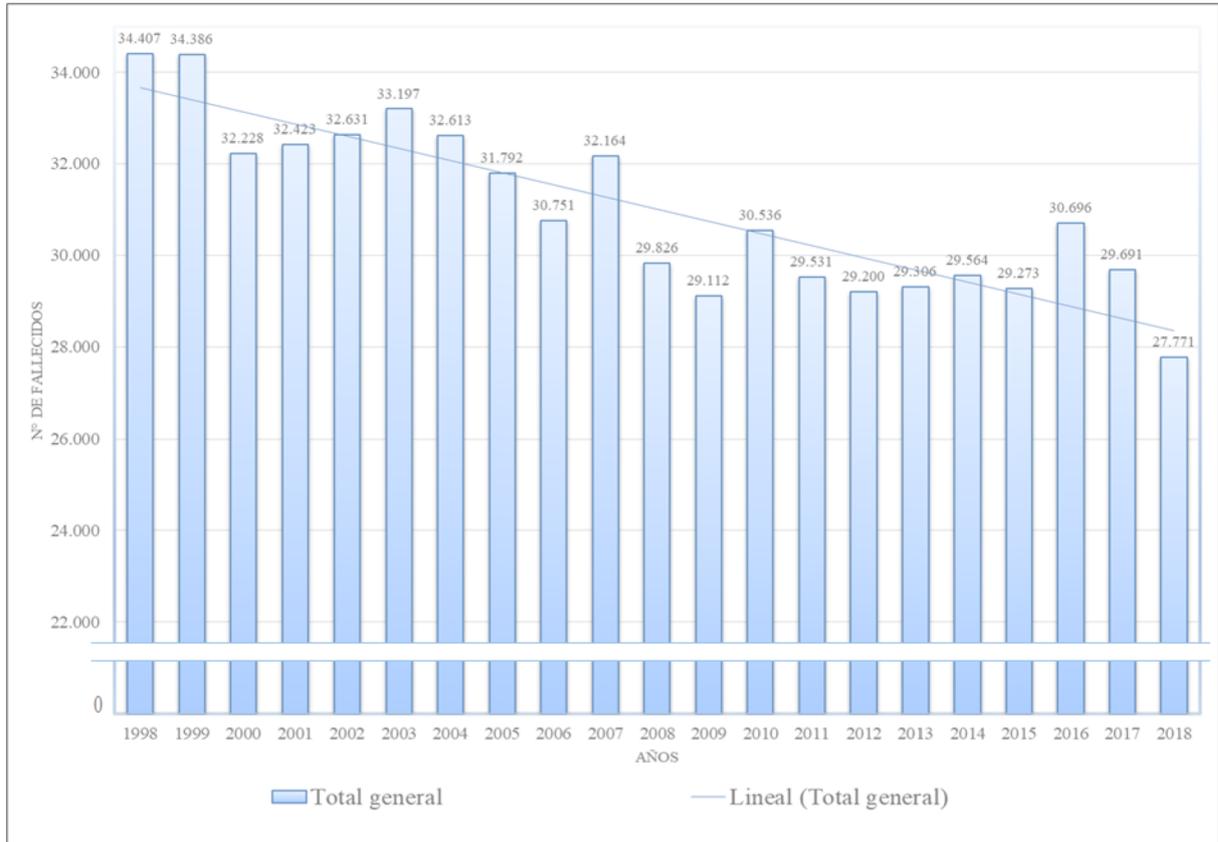
De acuerdo con el Gráfico 1, a lo largo de veintiún años se registró en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un total de 651.098 muertes. Con un valor máximo de 34.407 fallecimientos en el año 1998 y un mínimo de 27.771 en 2018, el periodo estudiado presenta una media de 31.004,68 y una mediana de 30.696 y no se observan años con idéntica cantidad de muertes. El rango es de 6636 defunciones, la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo y coinciden los años de valor máximo de muertes con el inicio de la serie temporal y el año de valor mínimo con el fin de serie. El análisis de la evolución temporal de fallecimientos evidencia, entonces, una reducción en la cantidad de muertes entre los años 1998 y 2018.

---

<sup>12</sup> En el ANEXO B – Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud se detallan las diferentes enfermedades que conforman cada categoría.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 1. Total de defunciones ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

El Gráfico 2 muestra que, con un valor máximo de la tasa de mortalidad bruta del 11,30% en el año 1998 y un mínimo del 9,05% en 2018, la siguiente evolución temporal presenta una media del 10,12% y una mediana de 10,03% y no se observan años con idéntica tasa de mortalidad bruta. El rango de esta tasa a lo largo del periodo considerado es de 2,24% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo; es decir que se reduce la tasa de mortalidad bruta con el paso del tiempo. Los años de valor máximo de esta tasa coinciden con el inicio de la serie temporal, y el año de valor mínimo con el último año de la serie.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 2. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de defunciones ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



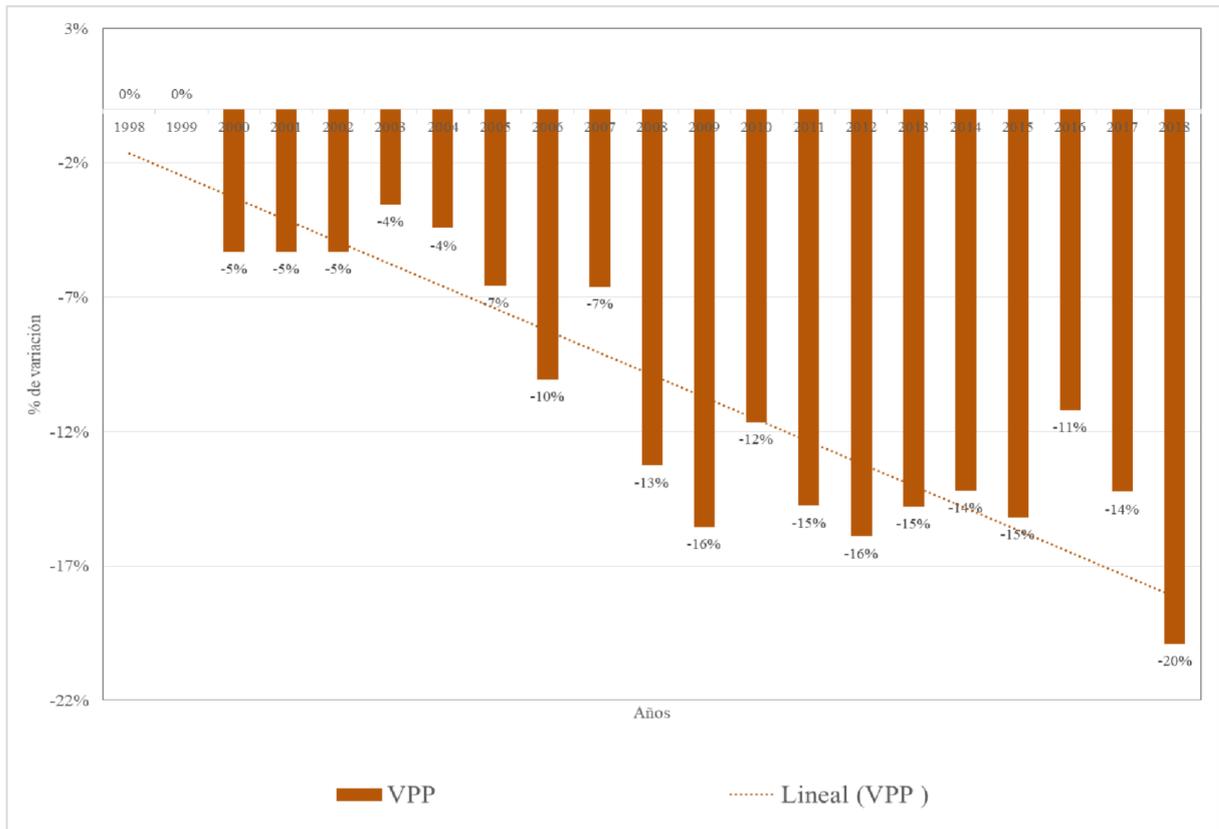
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Finalmente, al evaluar cómo evoluciona la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta que presenta el Gráfico 3 a continuación, observamos que el rango de esta variación es del 20% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Es decir que, a medida que avanzan los años, aumenta en valor absoluto la variación.

Con un valor máximo de variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta del -20% en 2018 y sin variación en los primeros dos años de la serie, se puede afirmar que las tasas de mortalidad bruta van decreciendo a medida que avanzan los años.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 3. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

### 5.1.2. Mortalidad por cada una de las principales causas de muerte

El análisis de la evolución temporal de fallecimientos por cada una de las principales causas de muerte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 1998 y 2018 contempla, en función de lo aportado por la DGEyC, once categorías de causas principales de muerte mutuamente excluyentes.

Según lo arriba analizado, el total de defunciones para estos veintiún años fue de 651.098. El Cuadro 4 expone cómo se distribuyen las cantidades de muertes por causa principal en el año de ocurrencia; esto es, las cantidades registradas por categoría de defunción en cada año, desde 1998 hasta 2018 inclusive.

Cuadro 4. Defunciones por principales causas de muerte y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)												
Principal causa de muerte												
Año	Accidentes y efectos adversos	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades del aparato urinario	Enfermedades del corazón	Infecciones respiratorias agudas	Resto de las causas	Septicemia	SIDA	Suicidios	Tumores malignos	Total general
1998	385	264	2393	1433	10472	1742	9530	943	352	257	6636	34407
1999	377	222	2331	1335	10269	2047	9662	991	305	239	6608	34386
2000	301	194	2402	1408	8928	1925	8950	994	263	259	6604	32228
2001	238	190	2206	1261	9805	1767	8886	1216	243	306	6305	32423
2002	347	186	1538	1305	9001	2738	10042	974	236	284	5980	32631
2003	347	203	1289	1531	7839	3043	10847	666	260	285	6887	33197
2004	411	182	1452	1567	7301	3434	10172	1022	213	259	6600	32613
2005	481	163	1679	1367	8114	3571	7750	1620	183	233	6631	31792
2006	390	157	1640	1239	8215	3394	6250	2268	198	179	6821	30751
2007	516	142	1444	1604	8147	3949	8216	1367	202	100	6477	32164
2008	409	155	1376	1334	8991	2571	7762	633	190	86	6319	29826
2009	357	167	1178	1516	8931	2291	7321	789	168	86	6308	29112
2010	386	132	1211	1504	9795	2655	7541	996	133	42	6141	30536
2011	395	173	1088	1347	9393	2433	7741	859	116	17	5969	29531
2012	392	179	1051	1440	9107	2363	7761	818	106	10	5973	29200
2013	384	191	1168	1412	8585	3134	7237	876	140	1	6178	29306
2014	305	177	1205	1517	7767	3602	7759	1056	130	2	6044	29564
2015	283	121	1123	1518	7861	3585	7604	1002	151	0	6025	29273
2016	255	157	1220	1525	8435	4157	8023	914	146	1	5863	30696
2017	278	125	1093	1417	8367	4134	7594	1158	113	0	5412	29691
2018	280	108	1002	1211	8253	3788	6808	996	85	1	5239	27771

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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Si ordenamos las once categorías de causas principales de muerte de mayor a menor cantidad de defunciones registradas, podemos observar que, con un 28,195%, las enfermedades del corazón (I00 a I52) están en primer lugar, registrando un total de 183.576 muertes; el segundo lugar, con un 26,641% y 173.456 defunciones, corresponde a la categoría resto de las causas; el tercero, con un 20,123% y 131.020 defunciones, a la de tumores malignos (C00 a C97); el cuarto, con el 9,572% y 62.323 defunciones, a la de infecciones respiratorias agudas (J00 a J22); el quinto, a la de enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69), con un 4,775% y un total de 31.089 defunciones; el sexto, a la de enfermedades del aparato urinario (N00 a N39), con 29.791 defunciones y un 4,576%; el séptimo, a la de septicemia (A40 y A41), con 22.158 y un 3,403%; el octavo, a la de accidentes y efectos adversos (V01 a X59), con 7517 defunciones y un 1,155%; el noveno, a la de muertes por SIDA (B20 a B24), con 3933 defunciones y un 0,604%; el décimo, a la de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96), con 3588 defunciones y un 0,551%; y, finalmente, el undécimo lugar corresponde a la categoría de suicidios (X60 a X84), con 2647 muertes y un 0,407%.

El 75% del total de defunciones, para los veintiún años, corresponde a las tres primeras categorías, y, de ese porcentaje, el 35,5% a la de resto de las causas. Es decir que la segunda causa de muerte tiene más de una tercera parte del total de muertes. Es una información relevante, ya que no podemos especificar la principal causa de muerte, y para el año 2003 tuvo el valor máximo de defunciones con 10.847 muertes registradas.

A continuación, se desarrolla el análisis de cada una de las categorías de causa principal de muerte, ordenándolas según el mayor o menor impacto que cada una presenta sobre el total de muertes. Considerando la predominancia de las tres primeras causas de muerte y el hecho de que –luego veremos– la cuarta presenta una particularidad que la distingue del resto de las categorías, aunque de cada una se presentan la evolución anual del total de defunciones, la evolución anual de la tasa de mortalidad bruta, la variación proporcional porcentual y la distribución proporcional respecto del resto de las causas, la exposición de los resultados está acompañada por los gráficos correspondientes solamente a las cuatro primeras categorías, mientras que los restantes se encuentran en el APÉNDICE B – Análisis de indicadores.

De esta manera, se busca que la lectura de este trabajo sea más amigable para los lectores y, a la vez, exhibir la lógica del análisis realizado.

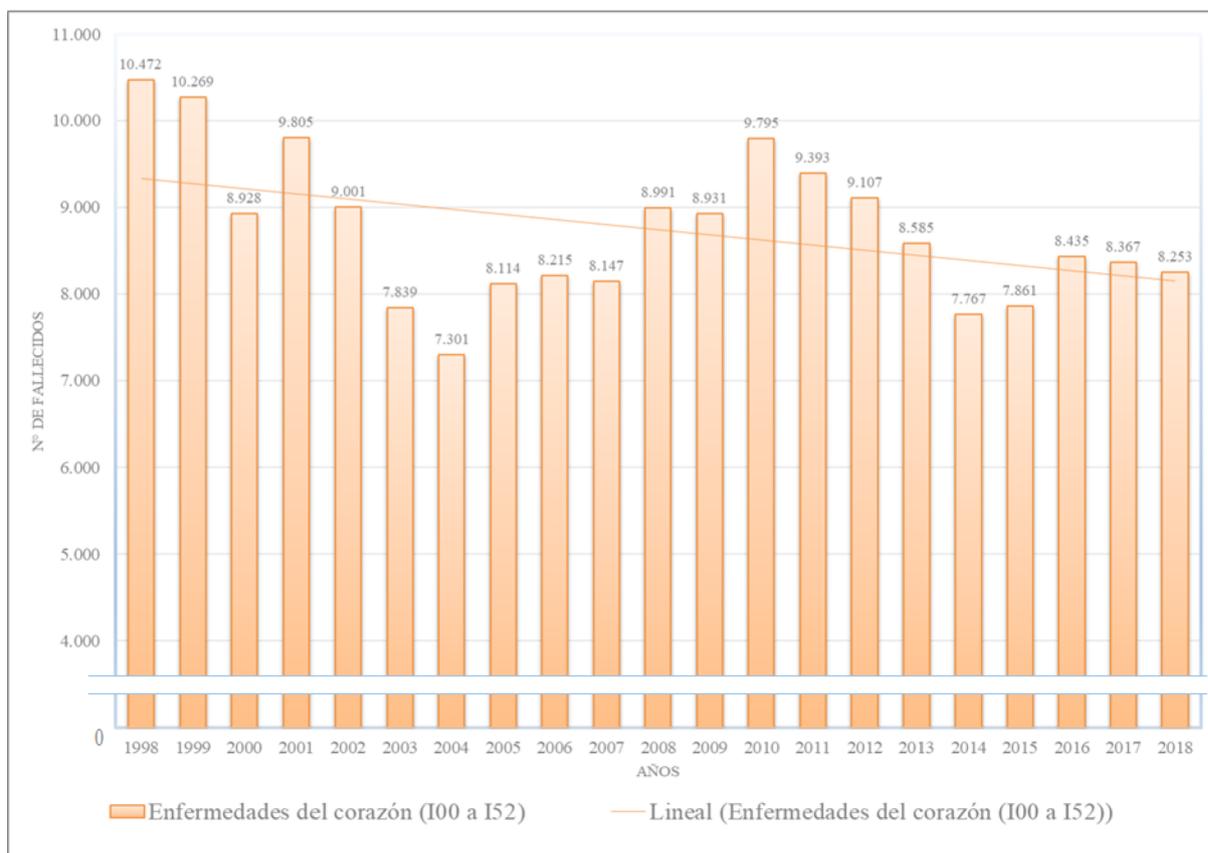
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### 5.1.2.1. Enfermedades del corazón (I00 a I52)

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud define los códigos de las enfermedades del corazón en el capítulo IX.<sup>13</sup>

El Gráfico 4 permite analizar la evolución anual del total de defunciones por enfermedades del corazón en su año de ocurrencia: a lo largo de veintiún años, el total de muertes fue de 183.576; con un valor máximo de 10.472 en el año 1998 y un mínimo de 7301 en 2004, la media del periodo es 8741,7, la mediana de 8585 y no se observan años con idéntica cantidad de fallecimientos. El rango es de 3171 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: se reduce la cantidad de muertes a medida que avanzan los años. Hay coincidencia entre el año de valor máximo de muerte con el año de inicio de la serie temporal.

**Gráfico 4. Cantidad de defunciones por enfermedades del corazón (I00 a I52) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

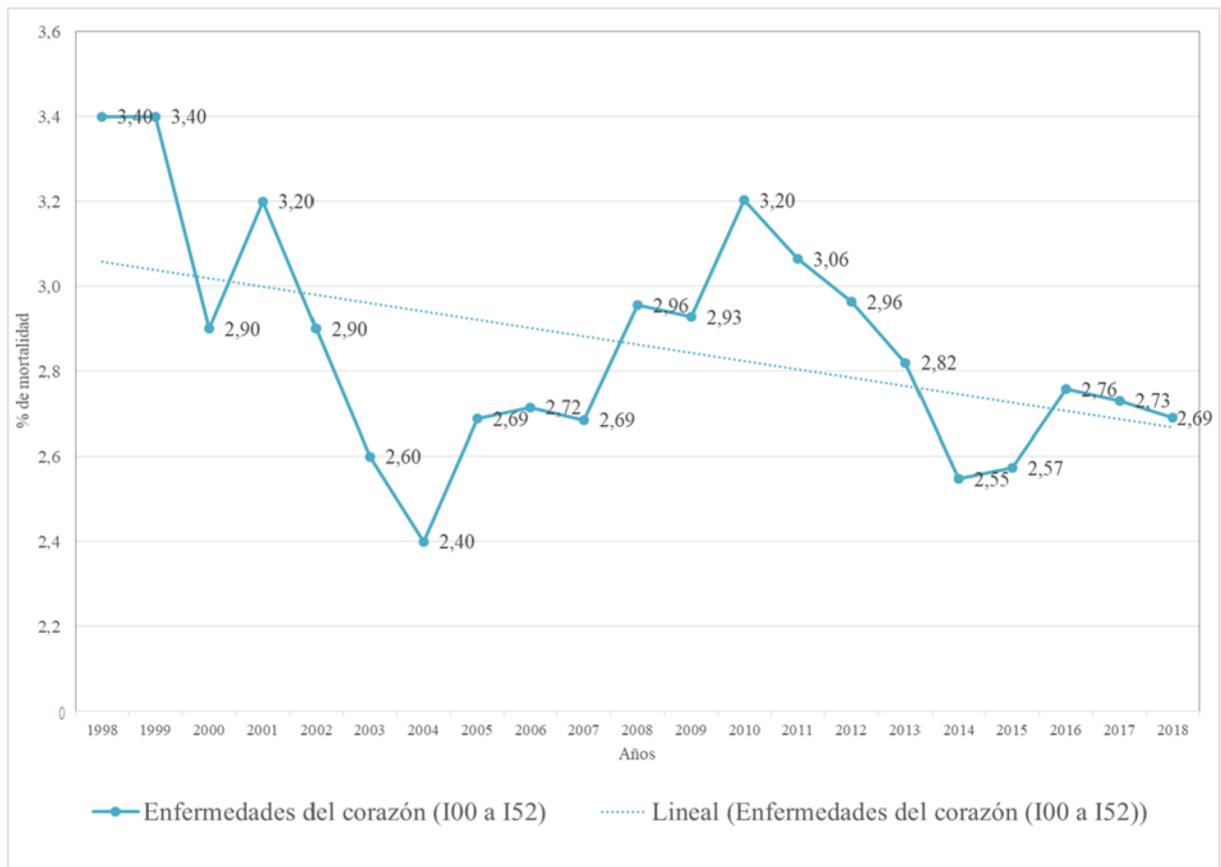
<sup>13</sup> Recuérdese que el detalle de las enfermedades que conforman cada una de las categorías que se desarrollan en este apartado se encuentra en el ANEXO B – Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

En cuanto a la evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de las enfermedades del corazón, el Gráfico 5 muestra que el rango es de 1% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Esto significa que, con el avance de los años, la tasa se reduce, lo que a su vez implica una disminución en la cantidad de muertes por este tipo de enfermedades.

El valor máximo de esta tasa es del 3,40%, en el año 1998, y el mínimo del 2,40%, en 2004. Los dos primeros años de esta serie temporal coinciden en presentar el valor máximo, mientras que el mínimo no coincide con el último año de la serie. La media de la evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta por esta causa es de 2,86% y la mediana de 2,82%.

**Gráfico 5. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades del corazón (I00 a I52) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



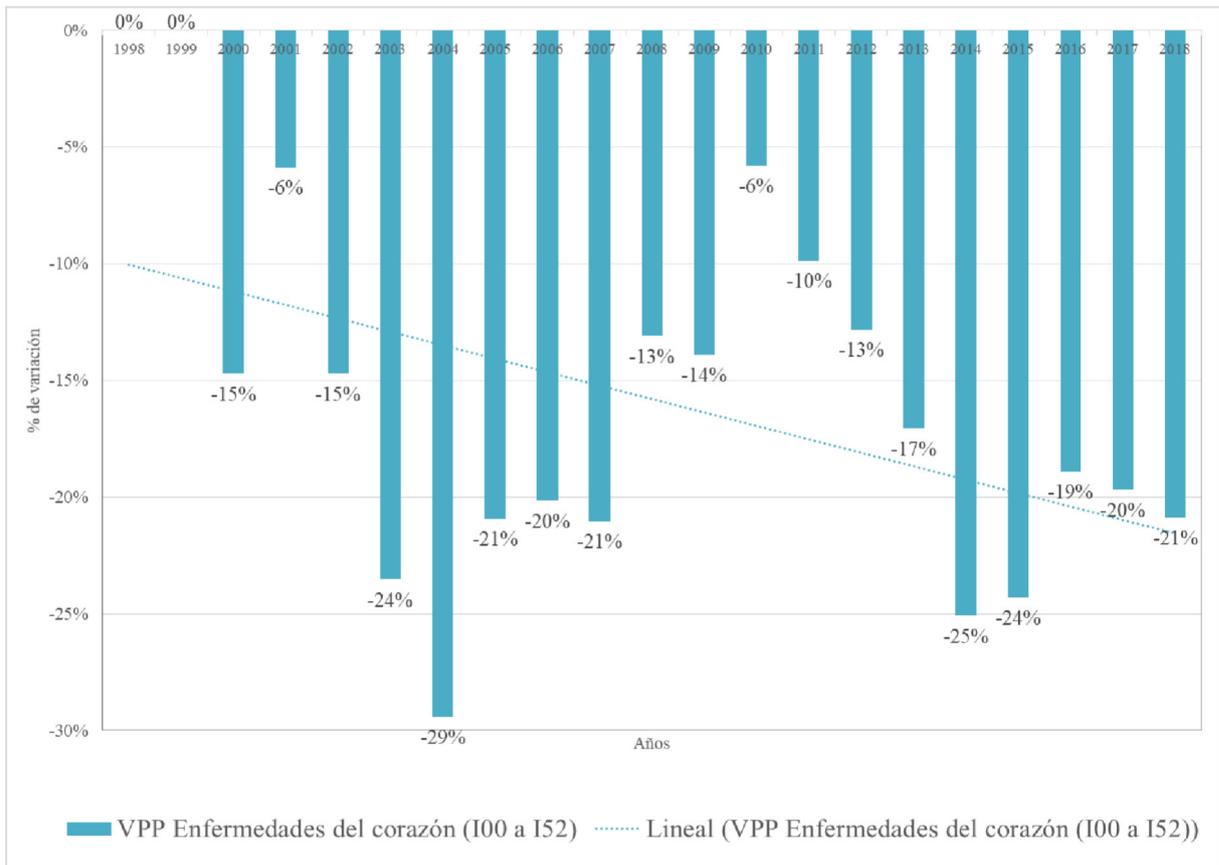
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

De acuerdo con el Gráfico 6, el rango de la variación proporcional porcentual de esta tasa es de 29% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Es decir que se observa un aumento en el valor absoluto de la variación a lo largo de los veintiún años considerados.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Con un valor máximo de variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta del -29% en el año 2004 y sin variación en los primeros dos años de la serie, se puede concluir que, desde 1998, las tasas de mortalidad bruta por enfermedades del corazón ocurridas año a año decrecen.

**Gráfico 6. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades del corazón (I00 a I52) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**

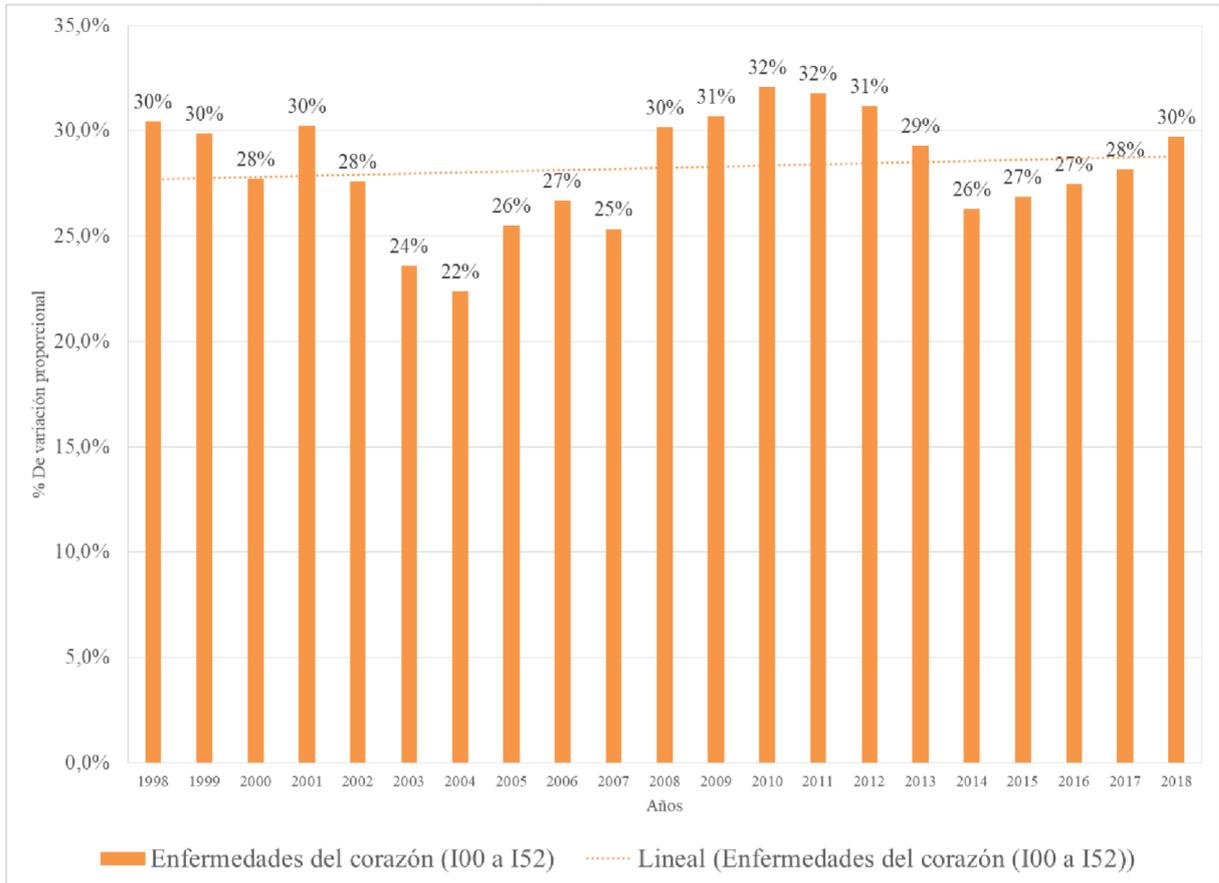


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

En relación con la distribución proporcional respecto del resto de las causas de muerte, si atendemos a la información planteada en el Gráfico 7, observamos que la evolución porcentual de las defunciones por esta causa muestra una media del 28,24% y una mediana del 28,10%. Se evidencia una proporción de muertes respecto del resto de las categorías casi constante en toda su evolución; la máxima participación proporcional tiene lugar en el año 2010, con el 32%, y la mínima en 2004, con el 22%.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 7. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por enfermedades del corazón (I00 a I52) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

Cabe destacar que, si bien la categoría defunciones por enfermedades del corazón tiene años en los que no es la principal causa de muerte, en el total de años analizados, se ubica en el primer lugar.

#### 5.1.2.2. Resto de las causas

Según se desprende del Gráfico 8 que se presenta a continuación, a lo largo de veintiún años se produjo un total de 173.456 muertes correspondientes a la categoría resto de las causas. Con un valor máximo de 10.847 fallecimientos en el año 2003 y un mínimo de 6250 en 2006, la media es de 8259,8, la mediana de 7761 muertes y no se observan años con idéntica cantidad de fallecimientos. El rango es de 4597 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: a medida que avanzan los años se reduce la cantidad de muertes. No hay coincidencia entre el año de valor máximo de muertes y el año de inicio de la serie temporal.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 8. Defunciones por resto de las causas y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**

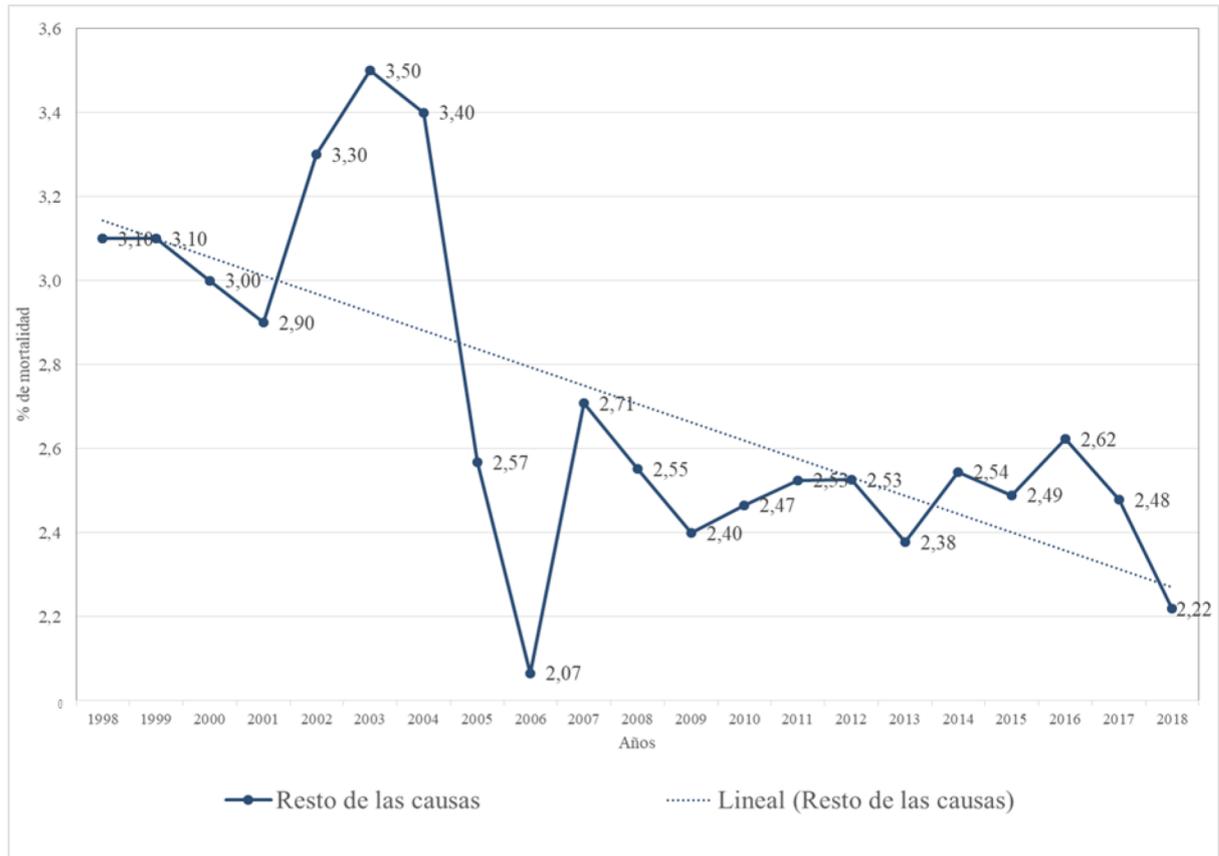


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Respecto de la evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta por resto de las causas, en el Gráfico 9 se observa que esta tasa presenta en el periodo considerado una media de 2,7% y una mediana de 2,55%, el rango es de 1,23% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Asimismo, se evidencia que los dos primeros años de esta serie temporal tienen coincidencia en valor. El valor máximo de la tasa de mortalidad bruta es del 3,50% en el año 2003; en cuanto al mínimo, es del 2,07% y no coincide con el último año de la serie, ya que se produce en el año 2006.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 9. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de resto de las causas en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



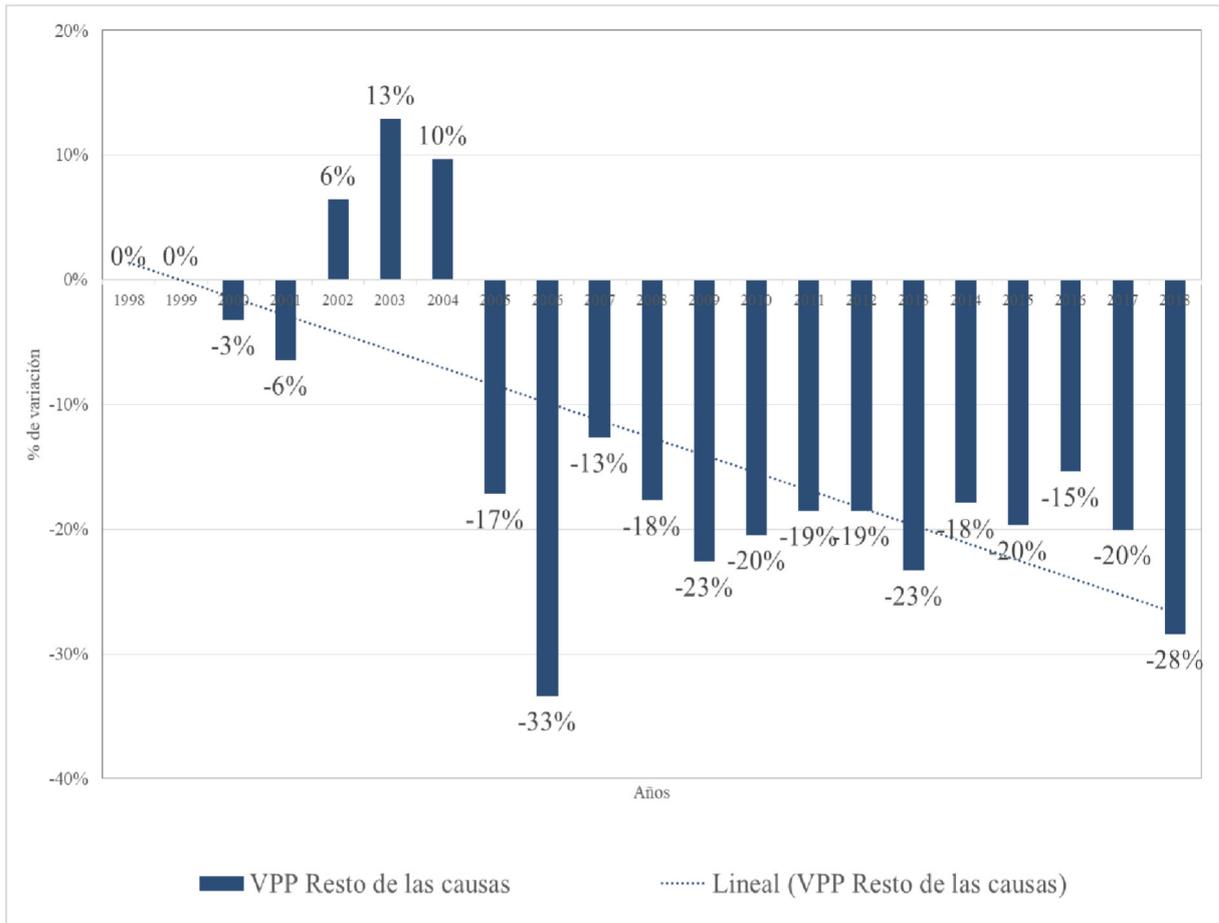
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Por otra parte, de acuerdo con el Gráfico 10, el rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta correspondiente a esta categoría es del 46% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: con el avance de los años, aumenta en valor absoluto la variación.

Con un valor máximo de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta del -33% en el año 2006 y sin variación en los primeros dos años de la serie, se puede afirmar que, desde 1998, las tasas de mortalidad bruta por resto de las causas ocurridas año a año decrecen, y esto significa que las muertes por esta causa están en disminución. No obstante, cabe señalar que hay tres años en los que la variación proporcional porcentual tiene valores positivos, evidenciando un incremento en la tasa de mortalidad bruta respecto del año base.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 10. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de resto de las causas en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



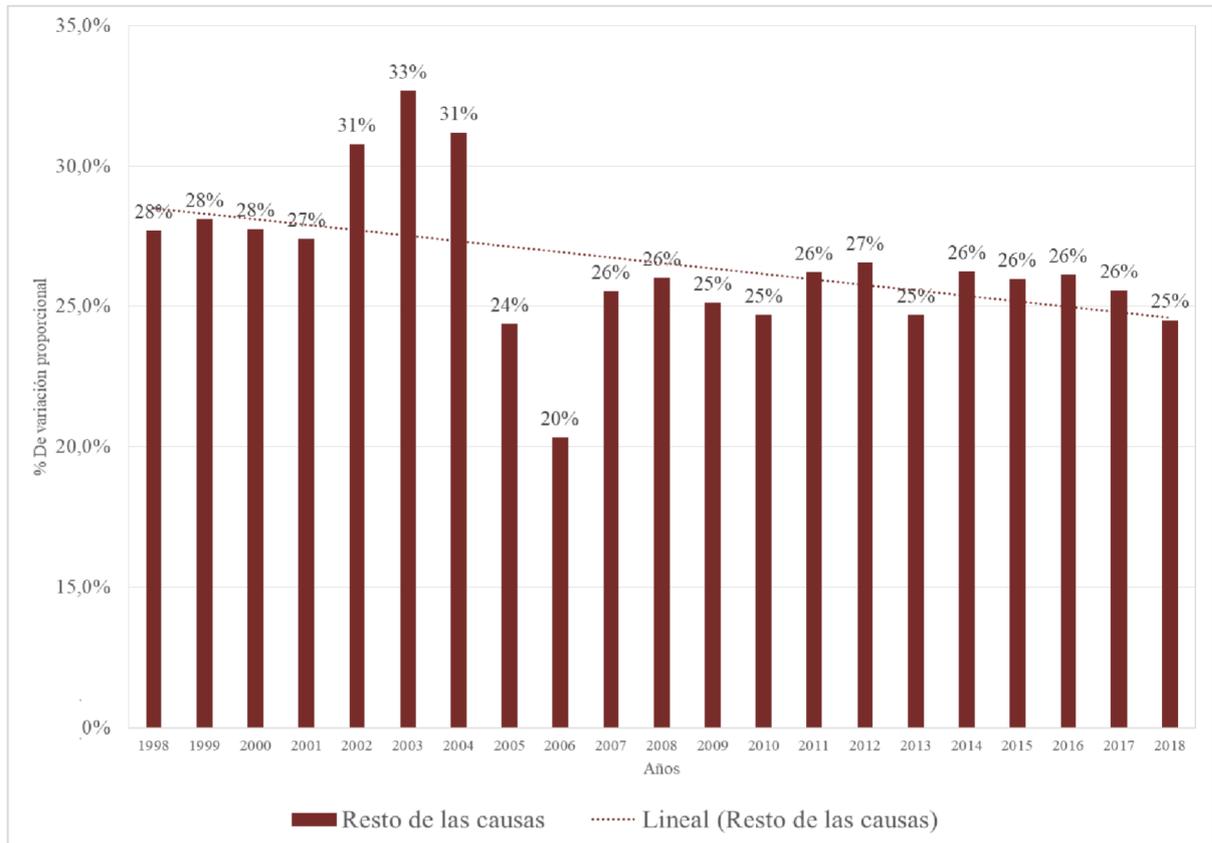
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Finalmente, según el Gráfico 11, la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones en este caso presenta una media del 26% y una mediana del 26,137%. Y su máxima participación proporcional se da en el año 2003, con el 32,67%, y la mínima en 2006, con el 20,32%.

De acuerdo con lo expuesto, la categoría defunciones por resto de las causas tiene años en los que no es la principal causa de muerte y su participación decrece respecto del resto de las causas. Sin embargo, en el total de años analizados, se ubica en el segundo lugar.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 11. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por resto de las causas en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

### 5.1.2.3. Tumores malignos (C00 a C97)

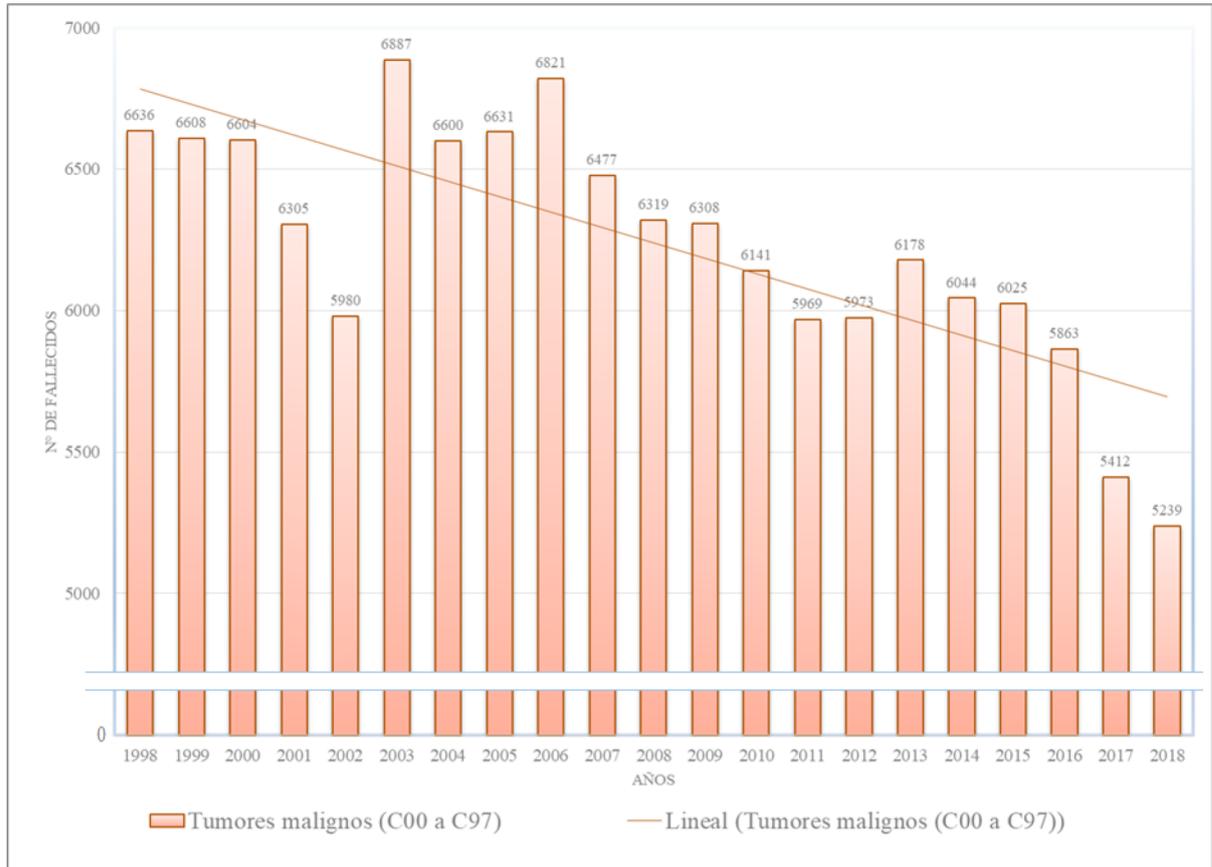
Las enfermedades correspondientes a la categoría tumores malignos tienen sus códigos definidos en el capítulo II de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Según el Gráfico 12 –que nos permite evaluar la evolución anual del total de defunciones por tumores malignos en su año de ocurrencia–, en el periodo bajo análisis las muertes por esta causa fueron 131.020. El valor máximo de muertes se registra en el año 2003 (6887) y el mínimo en 2018 (5239), la media es de 6239,048, la mediana de 6305 y no hay años con idéntica cantidad de fallecimientos.

El rango es de 1648 muertes, la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo y no hay coincidencia entre el año de valor máximo de muerte y el año de inicio de la serie, pero sí entre el valor mínimo y el último año de la evolución temporal.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 12. Cantidad de defunciones por tumores malignos (C00 a C97) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



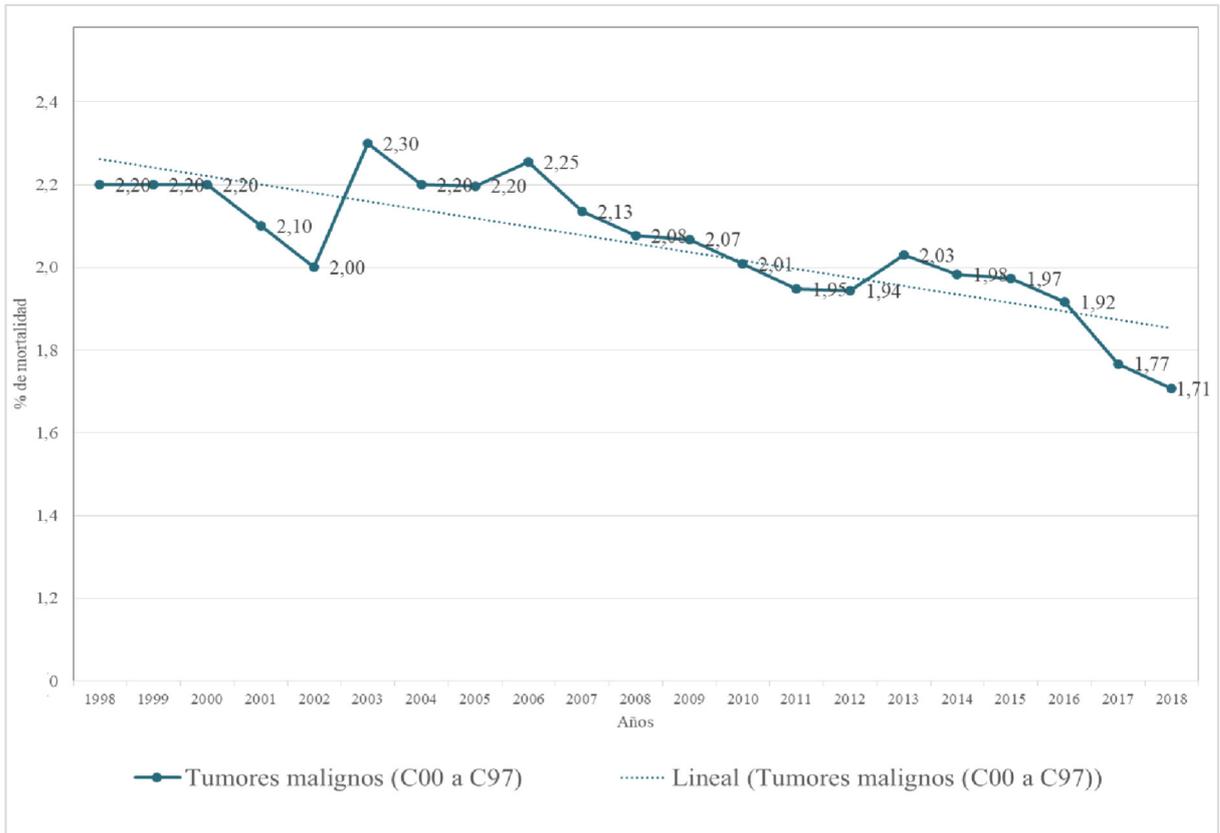
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Por su parte, el Gráfico 13 permite observar que el rango de la tasa de mortalidad bruta por tumores malignos es de 0,59% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. De modo que se reduce la tasa a medida que pasan los años, y esto implica una disminución en la cantidad de muertes producidas por esta causa.

El valor máximo de esta tasa es del 2,30% y corresponde al año 2003, mientras que el mínimo es del 1,71% y corresponde a 2018. Los tres primeros años de esta serie temporal tienen coincidencia en valor, mientras que el último año de la serie coincide con el valor mínimo. La siguiente evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta por tumores malignos tiene una media de 2,7%, una mediana de 2,55% y años en los que se repiten los valores.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 13. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por tumores malignos (C00 a C97) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



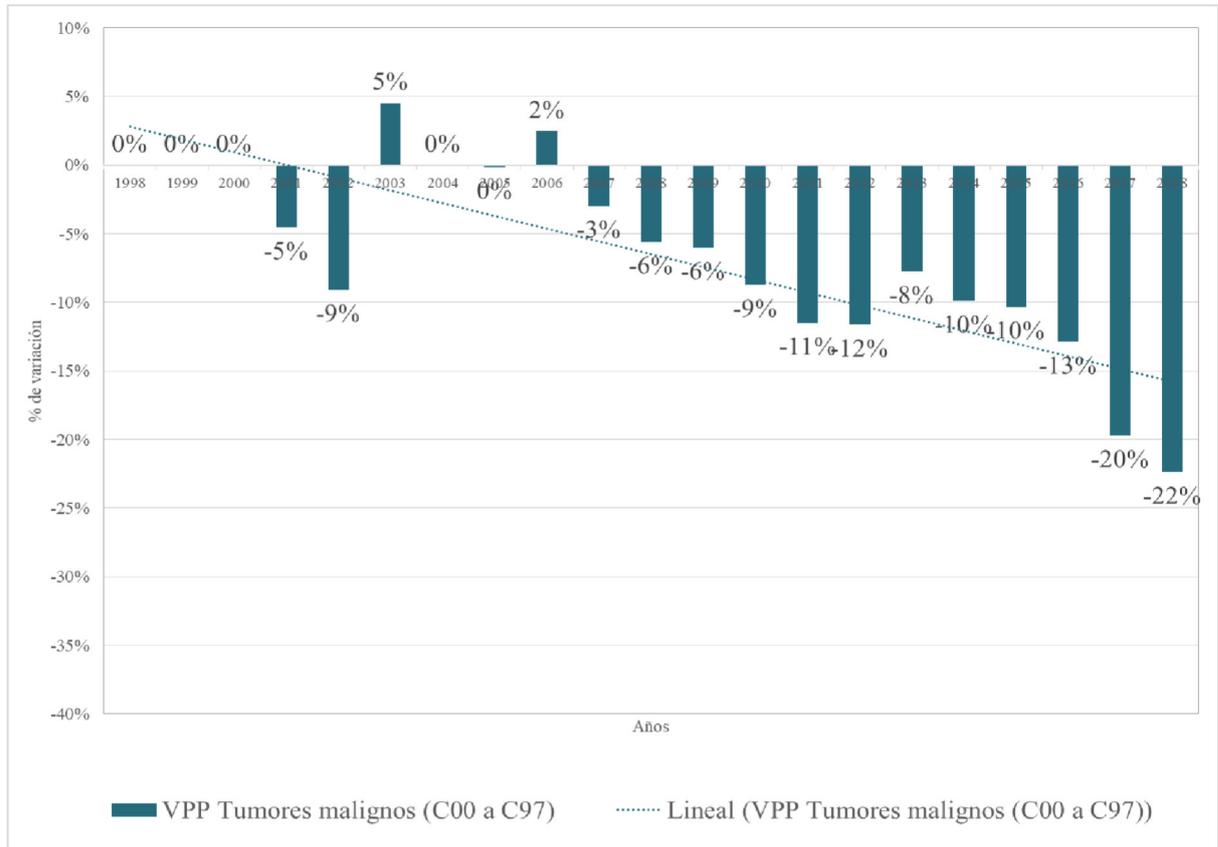
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

En cuanto al rango de la variación proporcional porcentual, el Gráfico 14 muestra que es del 26% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: aumenta en valor absoluto la variación con el paso del tiempo.

Con un valor máximo de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta del -22% en el año 2018 y sin variación en los primeros tres años de la serie, podemos concluir que, desde 1998, las tasas de mortalidad bruta van decreciendo a medida que avanzan los años. Es decir que nuevamente encontramos que las muertes por esta causa están en disminución.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 14. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de tumores malignos (C00 a C97) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



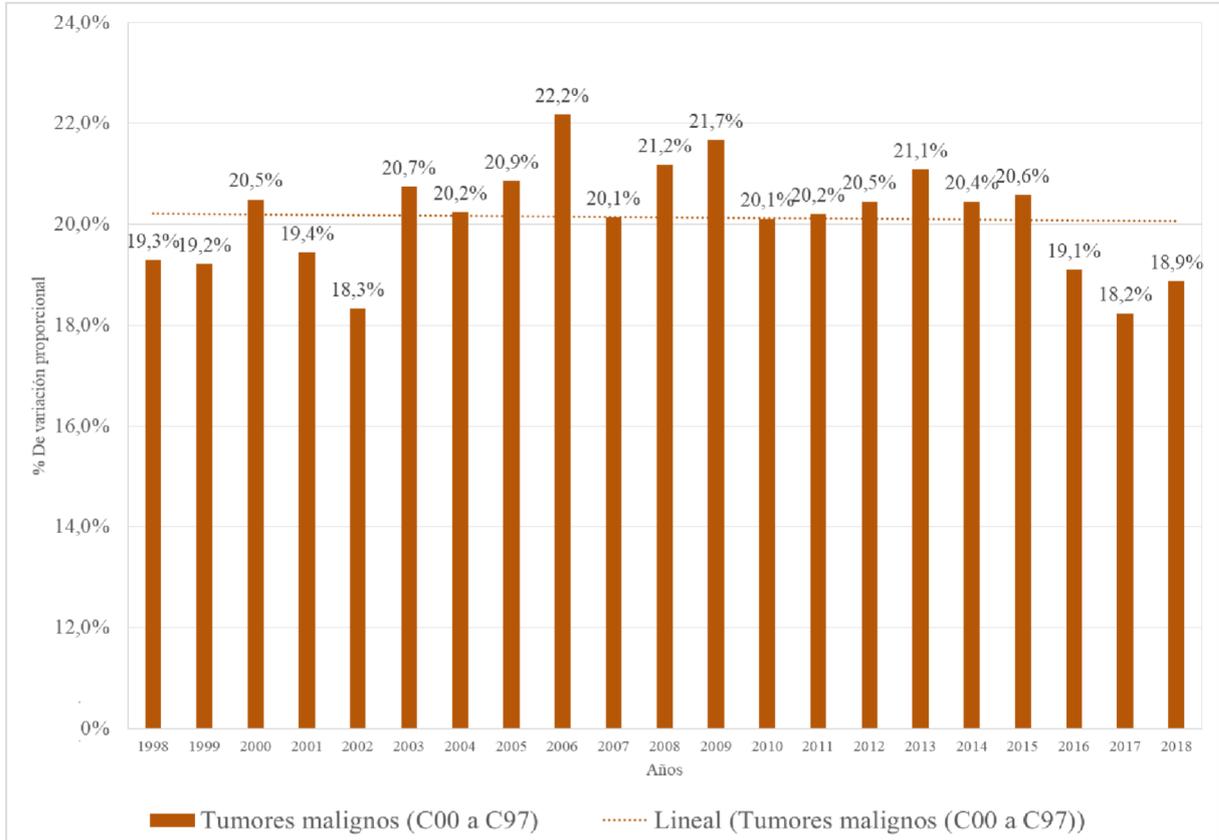
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Luego, según se desprende del Gráfico 15, la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones exhibe una media del 20% y una mediana del 20,23%. Se evidencia una proporción de muertes por esta causa casi constante en todo el periodo respecto del resto de las categorías. Su máxima participación proporcional se produce en el año 2006, con el 22,2%, y la mínima en el año 2017, con el 18,2%.

De lo expuesto concluimos, entonces, que la categoría defunciones por tumores malignos tiene años en los que no es la principal causa de muerte, pero la consideración del total de años bajo análisis la ubica en el tercer lugar.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 15. Evolución anual de la distribución proporcional de las muertes por tumores malignos (C00 a C97) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

**5.1.2.4. Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)**

El capítulo X de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud es el correspondiente a los códigos de las infecciones respiratorias agudas.

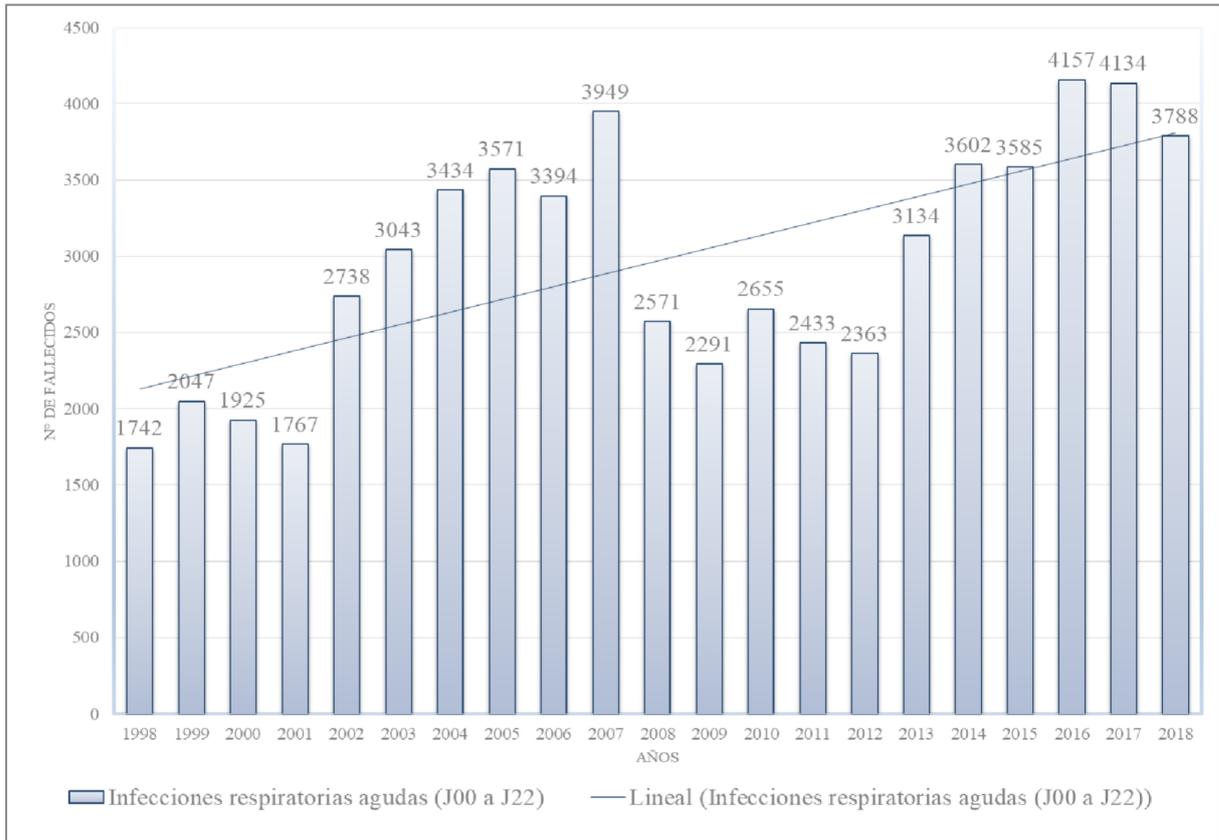
El Gráfico 16 –que expone la evolución anual del total de defunciones por esta causa– muestra que el total de muertes enmarcadas en esta categoría entre 1998 y 2018 fue de 62.323. En este caso, el periodo presenta una media de 2967,76 y una mediana de 3043 –con un valor máximo de 4157 en el año 2016 y un mínimo de 1742 en 1998– y no se observan años con idéntica cantidad de fallecimientos.

El rango es de 1642 muertes y la pendiente de la curva de tendencia –a diferencia de las categorías analizadas hasta el momento– es de signo positivo. Esto significa que, a medida que avanzan los años, aumenta la cantidad de muertes por esta causa. No hay coincidencia entre el año de valor máximo de muerte y el año de inicio de la serie temporal, pero sí con respecto a

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

su valor mínimo. La serie temporal de fallecidos por infecciones respiratorias agudas inicia con valores mínimos para finalizar con valores máximos de muerte, siendo los últimos tres años los que han tenido el registro más alto de fallecimientos.

**Gráfico 16. Cantidad de defunciones por infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

De acuerdo con el Gráfico 17, el rango de la tasa de mortalidad bruta de las infecciones respiratorias agudas es 0,76% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo. En el transcurso de los veintidós años considerados, fue aumentando: encontramos, pues, un valor máximo de 1,36% en el año 2016 y un mínimo de 0,60% en 1998, 2000 y 2001. La tasa de mortalidad bruta coincide con el primer año de la serie.

En este caso, la evolución temporal de esta tasa tiene una media de 0,97% y una mediana de 1%, y, como se anticipó, años en los que se repiten valores (0,60%).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 17. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



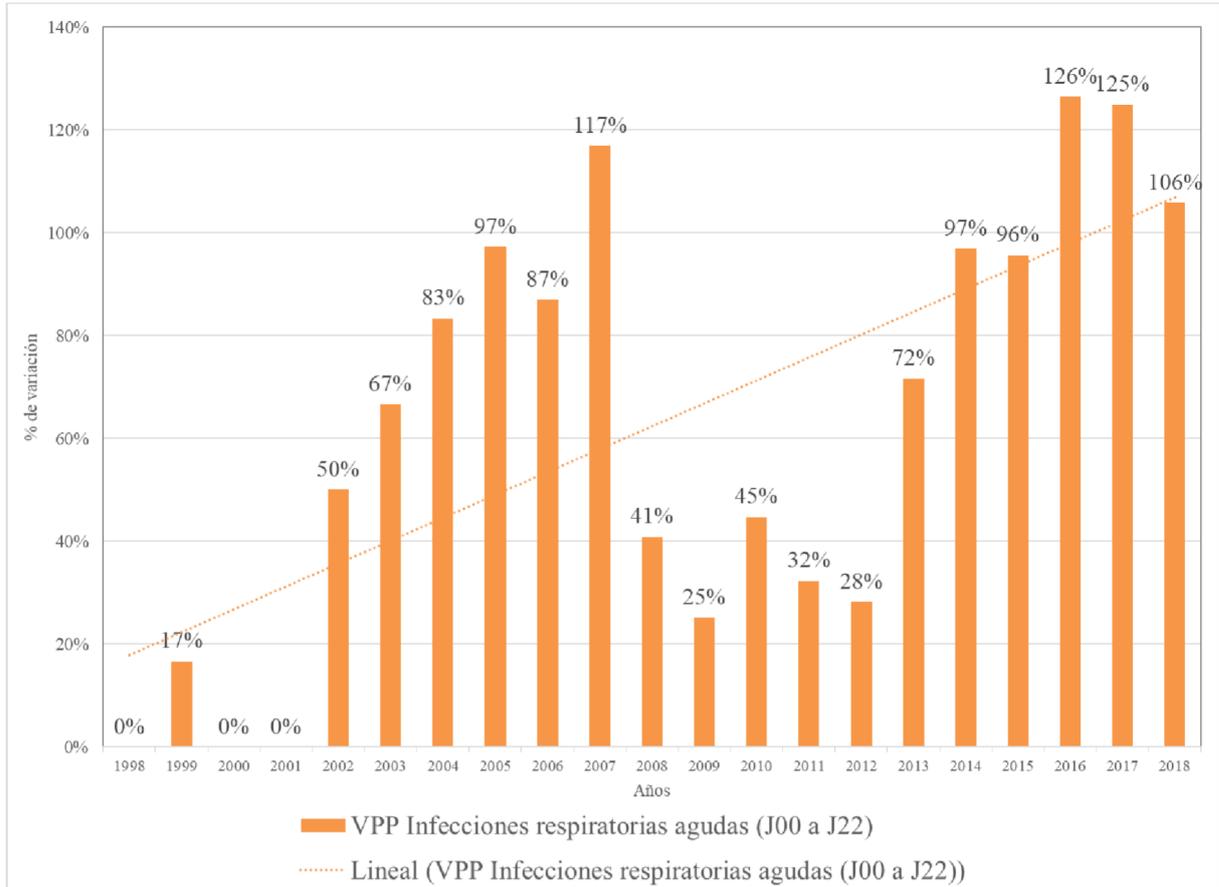
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

A continuación, la información proporcionada en el Gráfico 18 exhibe que el rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta es del 126% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo. Es decir que aumenta el valor de la variación a medida que avanzan los años.

Con un valor máximo de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta del 126% en el año 2016 y sin variación en los primeros años de la serie, volvemos a encontrar que las tasas de mortalidad bruta por infecciones respiratorias agudas crecen con el avance de los años de forma acelerada y que, por lo tanto, las muertes por esta causa aumentan.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 18. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**

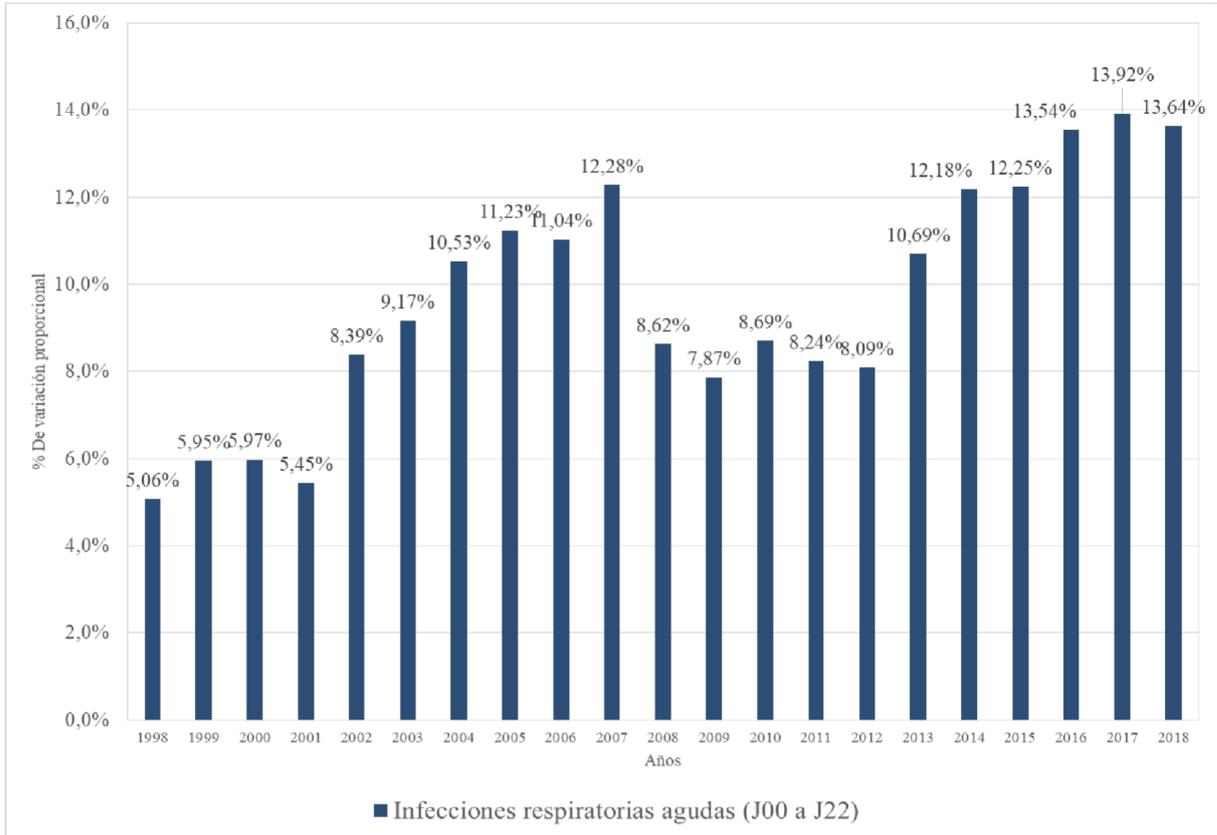


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población.

Luego, en el Gráfico 19 observamos que la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones por esta causa tiene una media del 9,65% y una mediana del 9,16%. Se evidencia, en relación con el resto de las categorías, una proporción de muertes por infecciones respiratorias agudas creciente en todo el periodo. Su máxima participación proporcional se registra en el año 2017, con el 13,92%, y la mínima en el año 1998, con el 5,06%.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 19. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por infecciones respiratorias agudas (J00 a J22) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

La categoría defunciones por infecciones respiratorias agudas presenta años en los que no es la principal causa de muerte. Sin embargo, al considerar el total de años analizados y su distribución proporcional respecto del resto de las categorías, observamos que su participación aumenta con el paso del tiempo y la ubica en el cuarto lugar.

#### 5.1.2.5. Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)

Las enfermedades cerebrovasculares tienen sus códigos definidos en el capítulo IX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

El análisis de la evolución anual del total de defunciones por esta causa arroja un total de 31.089 muertes a largo de los veintiún años considerados. Con un valor máximo de 2402 en el año 2000 y un mínimo de 1002 en 2018, la media es de 1480,42 muertes, la mediana de 1289 y no se observan años con idéntica cantidad de fallecimientos. El rango es de 1400 y la

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

pendiente de la curva de tendencia de signo negativo, de modo que se reduce la cantidad de muertes a medida que avanzan los años. No coinciden el año de valor máximo de muerte y el del inicio de la serie temporal, mientras que sí lo hacen el valor mínimo y el último año.<sup>14</sup>

La disminución en la cantidad de muertes por esta causa se verifica, asimismo, en la reducción de la tasa de mortalidad bruta que se encuentra en el análisis de su evolución anual: el rango de esta tasa es de 0,473% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. La evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta por enfermedades cerebrovasculares tiene una media de 0,47% y una mediana de 0,407%, y se registra un valor máximo del 0,80% en los tres primeros años de la serie y un mínimo del 0,33% en 2018.<sup>15</sup>

Por su parte, el análisis de la variación proporcional porcentual de esta tasa de mortalidad bruta muestra que el rango de este tipo de variación es del 56% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: aumenta en valor absoluto la variación a medida que avanzan los años. Considerando que el valor máximo de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta en este caso es del -59% en el año 2018 y que no se presenta variación en los primeros tres años de la serie, podemos reafirmar que, desde 1998, las tasas de mortalidad bruta por enfermedades cerebrovasculares ocurridas año a año decrecen, y que, en consecuencia, las muertes por esta causa están en disminución.<sup>16</sup>

Y, si atendemos a la evolución de la distribución proporcional porcentual, observamos que esta presenta una media del 4,7% y una mediana del 4,07%, y que respecto del resto de las categorías se evidencia una proporción de muertes por enfermedades cerebrovasculares decreciente en todo el periodo. Su máxima participación proporcional tiene lugar en el año 2000, con el 7,45%, y la mínima en 2012 y 2018, con el 3,60%.<sup>17</sup>

De acuerdo con lo expuesto, la categoría enfermedades cerebrovasculares tiene años en los que no es la principal causa de muerte y se ubica en el quinto lugar.

<sup>14</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 1. Cantidad de defunciones por enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>15</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 2. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>16</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 3. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>17</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 4. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

#### **5.1.2.6. Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)**

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud define los códigos correspondientes a las enfermedades del aparato urinario en el capítulo XIV.

De la observación de la evolución anual del total de defunciones por enfermedades del aparato urinario surge que se registraron 2979 muertes a lo largo de los veintiún años que conforman nuestra serie temporal. Con un valor máximo de 1604 en el año 2007 y un mínimo de 1211 en 2018, el periodo considerado tiene una media de 1418,61 y una mediana de 1417 y no se observan años con idéntica cantidad de fallecimientos. El rango es de 393 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo; de modo que, a medida que avanzan los años, disminuye la cantidad de muertes por enfermedades del aparato urinario. El año del valor máximo de muerte no coincide con el del inicio de la serie, y sí, en cambio lo hacen el valor mínimo y el último año.<sup>18</sup>

Del análisis de la evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por enfermedades del aparato urinario, hemos relevado lo siguiente: su rango es de 0,14%; la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo; se registra un valor máximo de esta tasa en el año 2007 del 0,53% y un mínimo del 0,39% en 2018; el valor mínimo coincide con el último año de la serie; y la evolución temporal de esta tasa tiene una media del 0,47% y una mediana del 0,407%.<sup>19</sup>

Luego, acerca del rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta, podemos observar que en este caso es del 27% y que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: aumenta en valor absoluto la variación con el paso de los años. De manera que las muertes por esta causa están en disminución, puesto que desde 1998 las tasas de mortalidad bruta por enfermedades del aparato urinario ocurridas año a año decrecen.<sup>20</sup>

Con respecto a la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones por esta causa, se registra una media del 4,7% y una mediana del 4,07%. Se

<sup>18</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 5. Cantidad de defunciones por enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>19</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 6. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>20</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 7. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

evidencia que su máxima participación proporcional se produce en el año 2009, con el 5,21%, y la mínima en el año 1999, con el 3,88%.<sup>21</sup>

Por último, la categoría defunciones por enfermedades del aparato urinario tiene años en los que no es la principal causa de muerte; su participación respecto del resto de las categorías de muertes es creciente, y, en el total de años analizados, se ubica en el sexto lugar.

### **5.1.2.7. Septicemia (A40 y A41)**

La septicemia tiene sus códigos definidos en el capítulo I de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

A lo largo de los veintiún años estudiados se produjo un total de 22.158 muertes por septicemia. Con un máximo de 2268 en el año 2006 y un mínimo de 633 en 2008, la totalidad de defunciones tiene una media de 1055,14 y una mediana de 994, y los años 2010 y 2018 tuvieron la misma cantidad de fallecimientos. El rango de 1635 muertes permite observar que la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: a medida que avanzan los años, se reduce la cantidad de muertes por esta causa.<sup>22</sup>

La disminución en la cantidad de muertes por septicemia se observa también en la reducción de la tasa de mortalidad bruta, ya que el rango es de 0,55% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Se registra un valor máximo de la tasa de mortalidad bruta del 0,75% en el año 2006 y un mínimo del 0,20% en 2003. Los tres primeros años de la serie temporal coinciden en el valor de esta tasa; en cambio, el valor mínimo no coincide con el último año de la serie. La evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta por septicemia tiene una media de 0,339% y una mediana de 03%.<sup>23</sup>

El rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta en el caso que estamos considerando es del 150%. La pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo; es decir que aumenta en valor absoluto la variación con el paso del tiempo. Considerando que el valor máximo de esta variación es del 150% en el año 2006 y que no se

<sup>21</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 8. Evolución anual de la distribución proporcional de muerte por enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>22</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 9. Cantidad de defunciones por septicemia (A40 a A41) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>23</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 10. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por septicemia (A40 a A41) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

presenta variación en los primeros tres años de la serie, podemos concluir que las tasas de mortalidad bruta por septicemia van decreciendo a medida que avanzan los años.<sup>24</sup>

Y, en cuanto a la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones por esta causa, se registra una media del 3,4%, una mediana del 3,08% y una proporción de muertes respecto del resto de las categorías casi constante en todo el periodo. Su máxima participación proporcional se produce en 2006, con el 7,38%, y la mínima en 2003, con el 2,01%.<sup>25</sup>

Según lo expuesto, la categoría defunciones por septicemia presenta años en los que no es la principal causa de muerte y se ubica en el séptimo lugar.

#### **5.1.2.8. Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)**

Los accidentes y efectos adversos tienen sus códigos definidos en el capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Permite la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos.

Entre 1998 y 2018 tuvo lugar un total de 7517 muertes por esta causa. El valor máximo se produjo en 2007 (516) y el mínimo en 2001 (238), la media es de 358 y la mediana de 377 defunciones y hay años con idéntica cantidad de fallecimientos (347 en 2002 y 2003). El rango es de 278 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo.<sup>26</sup>

Esa disminución en la cantidad de muertes se encuentra también en el análisis de la evolución anual de la tasa de mortalidad bruta, cuyo rango es de 0,09% y cuya pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. El valor máximo de esta tasa se da en 2007 (0,17%) y el mínimo en 2016 (0,08%). Los siete primeros años de esta serie coinciden en el valor. La evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta por accidentes y efectos adversos tiene una media del 0,115% y una mediana del 0,111%.<sup>27</sup>

<sup>24</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 11. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de septicemia (A40 a A41) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>25</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 12. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por septicemia (A40 a A41) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>26</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 13. Cantidad de defunciones por accidentes y efectos adversos (V01 a X59) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>27</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 14. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por accidentes y efectos adversos (V01 a X59) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

El rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta es del 87% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo (aumenta en valor absoluto la variación a medida que avanzan los años). Dados el valor máximo de esta variación proporcional porcentual del 70% (en el año 2007) y la ausencia de variación en los primeros siete años de la serie, se puede afirmar que las tasas de mortalidad bruta por accidentes y efectos adversos van decreciendo con el paso del tiempo en el periodo considerado, y esto también muestra que las muertes por esta causa están en disminución.<sup>28</sup>

En cuanto a la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones por esta causa, encontramos una media del 1,15% y una mediana del 1,11%. Respecto del resto de las categorías, se registra una evolución con ciertas fluctuaciones. Con el 1,60%, se produce su máxima participación proporcional en el año 2007; y, con el 0,73%, la mínima en 2001.<sup>29</sup>

La categoría defunciones por accidentes y efectos adversos tiene años en los que no es la principal causa de muerte, y, en el total de años analizados, se ubica en el octavo lugar.

#### **5.1.2.9. SIDA (B20 a B24)**

Los códigos de las enfermedades correspondientes a la categoría SIDA se encuentran definidos en el capítulo I de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Al analizar la evolución anual del total de defunciones por SIDA, observamos que a lo largo de los veintiún años que conforman nuestra serie temporal se produjo un total de 3933 incluidas en esta categoría. El valor máximo fue de 352 muertes, en el año 1998, y el mínimo de 85, en 2018; la media del periodo es de 187,285, la mediana de 183 y no hay años con idéntica cantidad de fallecimientos por esta causa. El rango es de 267 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: se reduce la cantidad de muertes a medida que avanzan los años. Coinciden el año de valor máximo de muerte y el año de inicio de la serie temporal, así como el valor mínimo y el último año de la evolución.<sup>30</sup>

<sup>28</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 15. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de accidentes y efectos adversos (V01 a X59) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>29</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 16. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por accidentes y efectos adversos (V01 a X59) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>30</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 17. Cantidad de defunciones por SIDA (B20 a B24) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

La disminución en la cantidad de muertes también se observa en la reducción de la tasa de mortalidad bruta: el rango es del 0,07% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. El valor máximo de la evolución temporal por SIDA de esta tasa es del 0,10%, valor que se registra en el año 1998 y se repite los siguientes siete años; el mínimo es del 0,03% y coincide con el último año de la serie, ya que tiene lugar en 2018. La evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta de esta categoría tiene una media de 0,06554% y una mediana de 0,0606%.<sup>31</sup>

El rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta es del 72% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo (aumenta en valor absoluto la variación con el paso de los años). Con un valor máximo de la variación proporcional porcentual de esta tasa del -72% en el año 2018 y sin variación en los primeros siete años de la serie, se puede afirmar que las tasas de mortalidad bruta van decreciendo a lo largo de los veintiún años, de modo que las muertes por esta causa están en disminución. Los valores que se observan en su mayoría son negativos y decrecientes, excepto los primeros seis años, entre 1998 y 2004.<sup>32</sup>

Acerca de la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones por esta causa, se puede señalar que tiene una media del 0,59% y una mediana del 0,57% y que su máxima participación proporcional se registra en 1998, con el 1,02%, y la mínima en 2018, con el 0,31%.<sup>33</sup>

Finalmente, cabe señalar que la categoría de defunciones por SIDA tiene años en los que no es la principal causa de muerte, su participación se mantiene en constante descenso respecto del resto de las categorías y se ubica en el noveno lugar.

#### **5. 1.2.10. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)**

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud define los códigos correspondientes a las afecciones originadas en el período perinatal en el capítulo XVI.

<sup>31</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 18. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por SIDA (B20 a B24) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>32</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 19. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de SIDA (B20 a B24) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>33</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 20. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por SIDA (B20 a B24) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

El total de muertes incluidas en esta categoría que se produjeron entre 1998 y 2018 es 3588. El valor máximo de muerte, de 264, se observa en el año 1998 y el mínimo, de 108, en 2018; la media es de 170,85 y la mediana de 175 defunciones y hay años con la misma cantidad de fallecimientos: 157 en 2006 y en 2016. El rango es de 156 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo, lo que indica una reducción con el avance de los años. Hay coincidencia entre el año de valor máximo de muerte y el año de inicio de la serie y entre el valor mínimo y el último año de la evolución temporal.<sup>34</sup>

En relación con la evolución anual de la tasa de mortalidad bruta de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, relevamos lo siguiente: su rango es de 0,10% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo (se reduce); se registra un valor máximo de esta tasa del 0,10% en los siete primeros años de este período de análisis, y un mínimo del 0,04% en los años 2010, 2015 y 2018. La evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta de esta categoría tiene una media de 0,06573% y una mediana de 0,05804%.<sup>35</sup>

El rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta en este caso es del 100% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Es decir que, con el paso del tiempo, aumenta en valor absoluto la variación. El valor está marcado por la falta de información en el año 2007. Con un segundo valor máximo de variación proporcional porcentual del -65% en el año 2018 y sin variación en los primeros siete años de la serie, se puede concluir que, desde 1998, las tasas de mortalidad bruta por ciertas afecciones originadas en el período perinatal ocurridas año a año decrecen, de modo que las muertes por esta causa están en disminución.<sup>36</sup>

Acerca de la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones, en este caso encontramos una media del 0,54% y una mediana del 0,57%, una participación proporcional máxima en 1998 (del 0,77%) y una mínima en 2018 (del 0,39%).<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 21. Cantidad de defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>35</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 22. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>36</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 23. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>37</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 24. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

De acuerdo con lo expuesto, la categoría defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal tiene años en los que no es la principal causa de muerte, su participación se mantiene constante respecto de las restantes categorías y se ubica en el décimo lugar en el total de años analizados.

#### **5.1.2.11. Suicidios (X60 a X84)**

Los códigos correspondientes a la categoría suicidios se encuentran en el capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

El total de muertes producidas por esta causa a lo largo de veintiún años fue 2647. Con un valor máximo de 306 muertes en el año 2001, un mínimo de 1 en 2013, 2016 y 2018 y años en los que no se registran muertes por esta causa (2015 y 2017), la media es de 126,04, la mediana de 86, y se observan años con idéntica cantidad de fallecimientos. El rango es de 306 muertes y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. No hay coincidencia entre el año de valor máximo de muerte y el año de inicio de la serie temporal.<sup>38</sup>

El rango de la tasa de mortalidad bruta por suicidios es de 0,10% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo (se reduce la tasa a medida que avanzan los años). Se registra un valor máximo de esta tasa del 0,10% en los siete primeros años y un mínimo del 0% en los últimos cuatro. La evolución temporal de la tasa de mortalidad bruta en este caso tiene una media del 0,04% y una mediana de 0,028%.<sup>39</sup>

El rango de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta para esta causa es del 100% y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: a medida que avanzan los años, aumenta en valor absoluto la variación. Con un valor máximo de variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta del -100% en los últimos seis años y sin variación en los primeros siete años de la serie, se puede concluir que las tasas de mortalidad bruta van decreciendo con el paso del tiempo en el periodo considerado. De manera que las muertes por esta causa están en disminución.<sup>40</sup>

<sup>38</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 25. Cantidad de defunciones por suicidios (X60 a X84) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>39</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 26. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por suicidios (X60 a X84) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

<sup>40</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 27. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de suicidios (X60 a X84) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Finalmente, en relación con la evolución de la distribución proporcional porcentual de las defunciones por esta causa, encontramos una media del 0,38% y una mediana del 0,295% y, respecto del resto de las categorías, una proporción de muertes decreciente en todo el periodo. Su máxima participación proporcional tiene lugar en el año 2001, con el 0,94%, y la mínima en los últimos cuatro años, con el 0%.<sup>41</sup>

En función de lo expuesto, la categoría defunciones por suicidios tiene años en los que no es una causa de muerte, y, en el total de años analizados, se ubica en el undécimo lugar.

### *5.1.3. Resumen del grupo*

En el Gráfico 1 se observó que, a lo largo de veintiún años, se registró un total de 651.098 muertes en la Ciudad de Buenos Aires, con un valor máximo de 34.407 defunciones en el año 1998 y un mínimo de 27.771 en 2018. Y, en el Gráfico 2, observamos un valor máximo de la tasa de mortalidad bruta del 11,30% en el año 1998 y un mínimo del 9,05% en 2018. Por otra parte, en el Gráfico 20 que se presenta a continuación se consignan los porcentajes de fallecimientos correspondientes a cada una de las categorías de principales causas de muerte analizadas en este apartado.

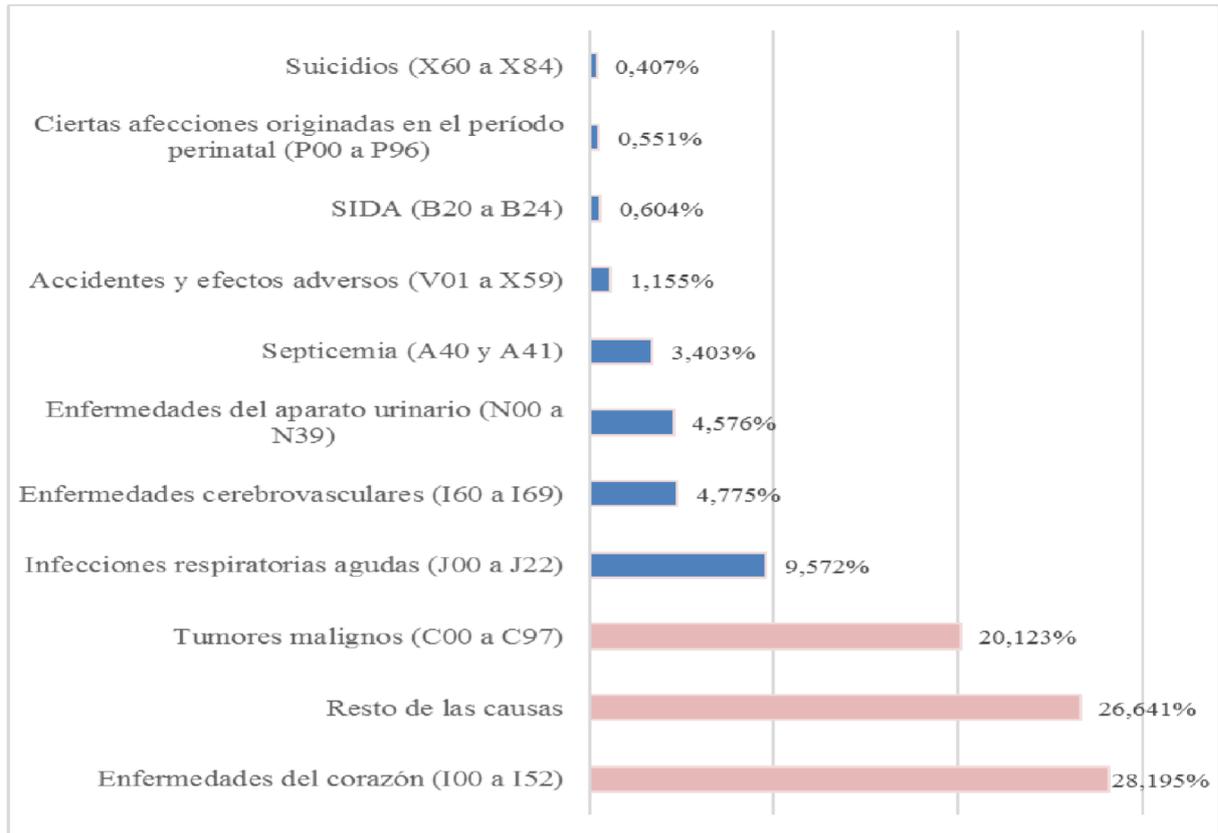
Nótese que, como hemos anticipado, de la comparación surgen dos datos que cabe destacar. En primer lugar, el 75% del total de defunciones corresponde a las tres primeras categorías de muertes: enfermedades del corazón, resto de las causas y tumores malignos. En segundo lugar, de ese porcentaje, el 35,5% corresponde a la categoría resto de las causas. De manera que la segunda causa tiene más de una tercera parte de ese total de muertes, y esto significa que, después de veintiún años, no se puede explicar el 26,5% de las muertes.

---

<sup>41</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 28. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por suicidios (X60 a X84) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 20. Porcentaje de fallecimiento por las principales causas de muerte en la Ciudad de Buenos Aires (1998-2018).**



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

A continuación, sintetizamos los resultados del análisis desarrollado en este apartado siguiendo el orden de las once categorías de causas principales de muerte de mayor a menor cantidad de muertes registradas.

Las enfermedades del corazón (I00 a I52) ocupan el primer lugar, con un 28,195% del total de defunciones y 183.576 muertes, y presentan una proporción de muertes respecto del resto de las causas casi constante en toda su evolución; la categoría resto de las causas ocupa el segundo lugar, con un 26,641% y 173.456 defunciones, y una participación decreciente respecto de las restantes categorías analizadas; y a los tumores malignos (C00 a C97) les corresponde el tercer lugar, con un 20,123%, un total de 131.020 muertes y una proporción de muertes casi constante. Estas primeras tres categorías presentan en común el tener años en los que no constituyen la principal causa de muerte y que las defunciones por estas causas se encuentran en disminución. Con el 9,572% y 62.323 fallecimientos, en el cuarto lugar se ubican las infecciones respiratorias agudas (J00 a J22), categoría que también presenta años en los que no es la principal causa de muerte, pero se diferencia de las restantes en que registra una proporción

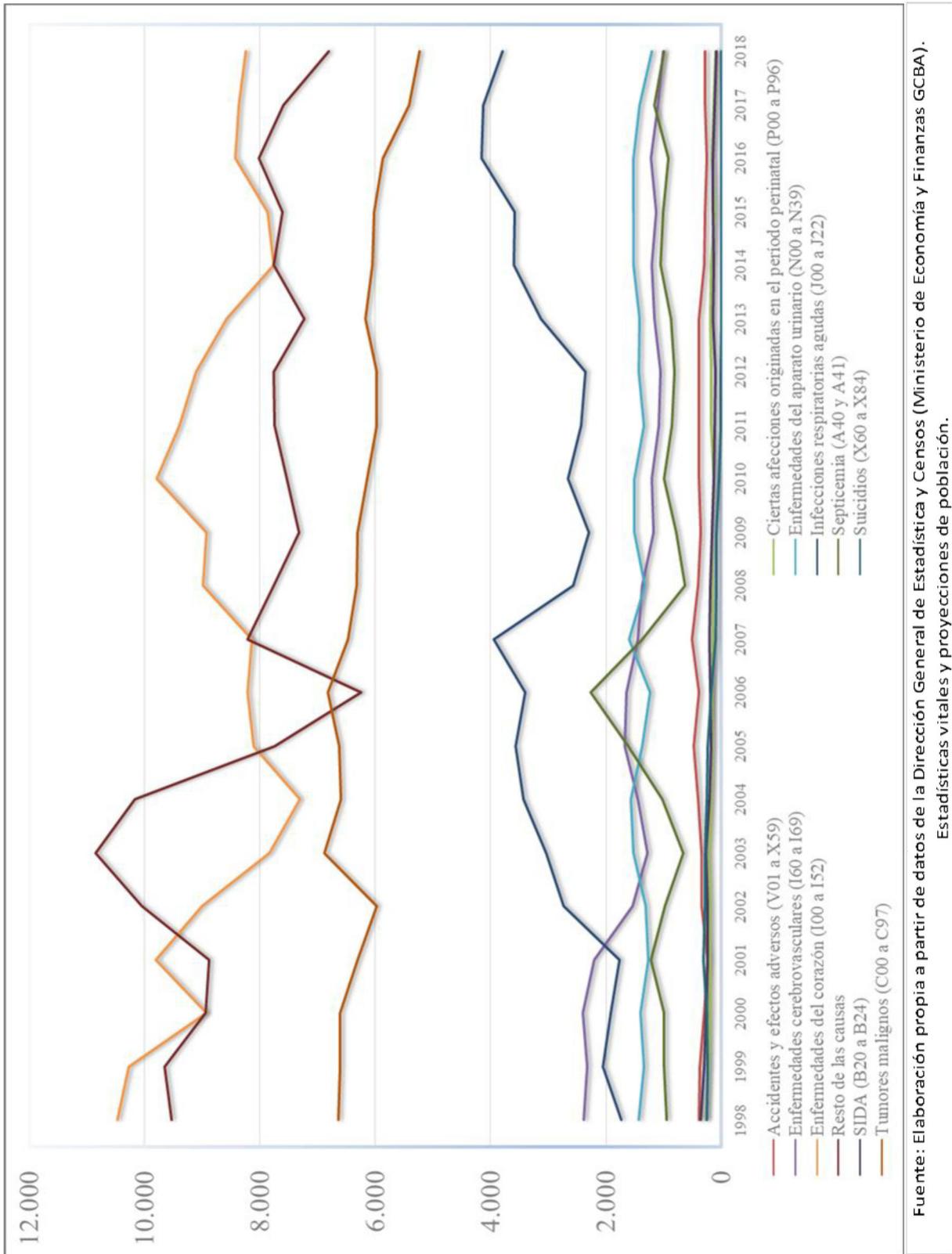
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

de muertes creciente respecto del resto de las categorías en todo el periodo, dado que sus tasas de mortalidad bruta aumentan de manera acelerada. Luego, el quinto lugar corresponde a las enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69), con un 4,775% y un total de 31.089 defunciones, categoría que tiene años en los que no es la principal causa de muerte, presenta respecto de las restantes categorías una proporción de muertes decreciente en todo el periodo y, al igual que en las tres primeras, las defunciones por esta causa están en disminución. También se encuentran en disminución las correspondientes a la categoría que ocupa el sexto lugar: las enfermedades del aparato urinario (N00 a N39). Con 29.791 defunciones y un 4,576%, tiene una participación creciente respecto del resto de las categorías y hay años en los que no constituye causa principal de muerte. En el séptimo lugar, las muertes por septicemia (A40 y A41), con 22.158 muertes y un 3,403%, disminuyen con el paso del tiempo, tiene años en los que no son causa principal de muerte y representa una proporción respecto del resto de las categorías casi constante en todo el periodo estudiado. También se encuentran en disminución y presentan años en los que no constituyen causa principal las muertes por accidentes y efectos adversos (V01 a X59), categoría que, con 7517 defunciones y un 1,155%, ocupa el octavo lugar. Pero, respecto del resto de las categorías, presenta una evolución con ciertas fluctuaciones. El noveno lugar corresponde a la categoría de muertes por SIDA (B20 a B24), con 3933 defunciones y un 0,604%, cuyas muertes también se encuentran en disminución, presenta años en los que no es causa principal de muerte y registra una proporción de muertes respecto del resto en descenso. Con las mismas características, pero con una participación casi constante respecto del resto de las categorías, el décimo lugar es ocupado por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96), con 3588 defunciones y un 0,551%. Y, finalmente, ubicada en el undécimo lugar, la categoría suicidios (X60 a X84), con 2647 muertes y un 0,407%, presenta una proporción de muertes decreciente en todo el periodo respecto del resto de las categorías, dado que las muertes por esta causa se encuentran en disminución y tiene la particularidad de tener años en los que no es una causa de muerte.

Según lo expuesto, y tal como se observa en el Gráfico 21, de las once causas de muerte, las que corresponden al sistema respiratorio –las defunciones por infecciones respiratorias agudas– constituyen la única causa con pendiente de tendencia positiva, es decir, creciente. En consecuencia, aumenta con los años la cantidad de muertes, y esto implica que su tasa de mortalidad crece a medida que pasa el tiempo.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 21. Evoluciones anuales de las principales causas de muerte en la Ciudad de Buenos Aires (1998-2018).**



Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Como es de esperarse, por el comportamiento de las tendencias de las distintas tasas de mortalidad, el año con mayor número de muertes es 1998, año en que se inicia la serie temporal. El año con el mayor número de muertes es el 2003, y su causa principal es “resto de las causas”.

## 5.2. GRUPO DE SERVICIOS DE SALUD

El análisis de este grupo de indicadores se sustenta en información proveniente de la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud, dependiente de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Mediante él se busca evidenciar, por un lado, el comportamiento a lo largo del tiempo de las consultas externas en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por grupo de especialidades; por otro lado, el de las altas de los pacientes que estuvieron internados en los hospitales con internación dependientes del GCBA.

De ahí que este apartado se divida en dos partes. En la primera, dedicada a las consultas externas, se trabaja primero sobre los valores totales de las consultas externas y las consultas por tipo de especialidad en el año de ocurrencia y luego se analiza cuánto representa el tipo de especialidad en el total de consultas externas en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En la segunda parte, se analizan las cantidades totales de egresos y los egresos totales por especialidad del tipo de hospital.

Siguiendo las definiciones establecidas por la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud del GCBA<sup>42</sup>, denominamos “consulta externa” a la atención por parte del médico de un paciente ambulatorio, que puede encontrarse sano o no, y definimos al grupo de especialidad como un área del conocimiento de la carrera de grado cuya complejidad excede el ámbito y las posibilidades del egresado de modo tal que requiere una capacitación especial (científica, tecnológica y bioética). El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, junto con la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, en su Programa Nacional de Estadísticas de Salud, define las categorías como al conjunto mínimo de datos básicos aprobados, clasificándolos como consultas de clínica médica, cirugía, pediatría, tocoginecología, urgencia y promoción y protección. Por otra parte, denominamos “egreso” a la salida del establecimiento de un paciente internado. Se trata de la finalización de un período de internación e implica que, por alta o por defunción, se desocupa una cama de hospital.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Véase ANEXO A – Tabla 2. Libro de códigos de consultas externas en hospitales del GCBA.

<sup>43</sup> Véase ANEXO A – Tabla 3. Libro de códigos de egresos en hospitales del GCBA.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

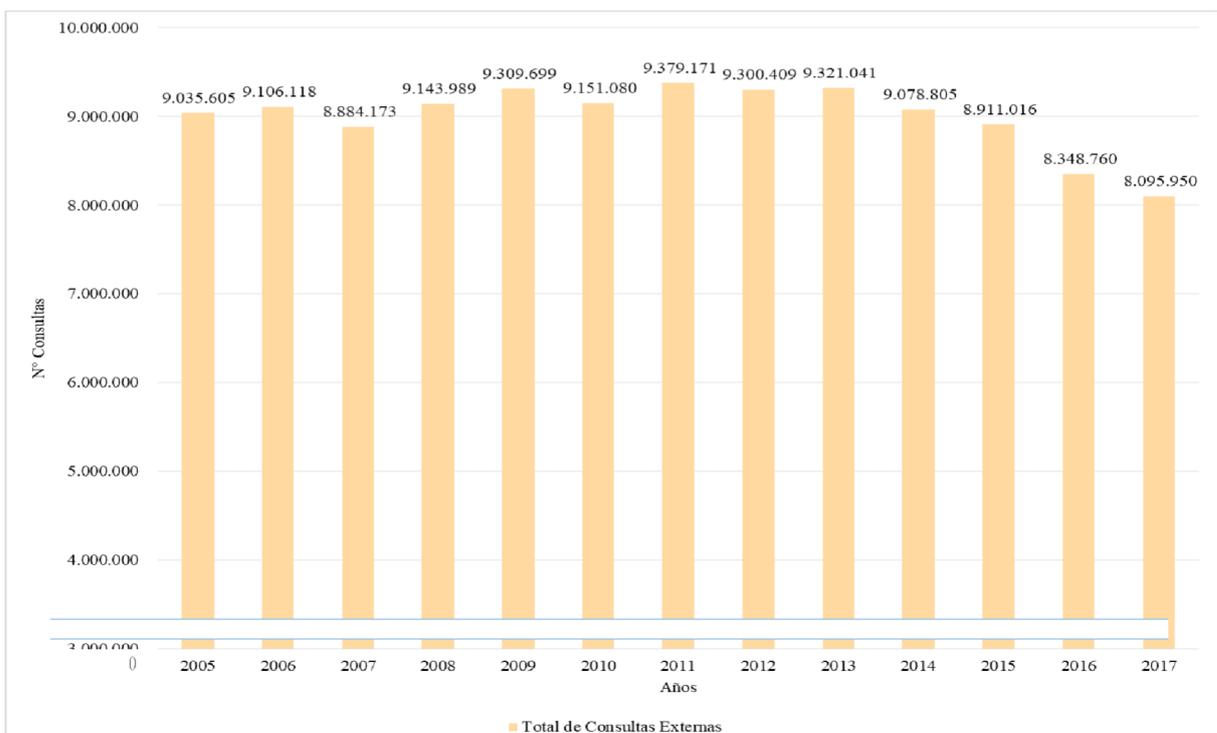
### 5.2.1. Evolución de consultas externas totales y por grupo de especialidad (2005-2017)

Al exponer las cantidades de consultas externas totales en su año de ocurrencia, el Gráfico 22 nos permite analizar la evolución anual de las consultas externas totales. Se observa que a lo largo de trece años se produjeron 117.065.816 consultas de este tipo en los hospitales de la CABA. Con un valor máximo de 9.379.171 consultas en el año 2011 y un mínimo de 8.095.950 en 2017, se observa un descenso del 13,6%, una media de 9.005.062,769 y una mediana de 9.106.118 y no hay años con idéntica cantidad de consultas.

El rango es de 1.283.221 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: a medida que avanzan los años, se reduce la cantidad de consultas. No hay coincidencia entre el año de valor máximo y el año de inicio de la serie temporal, pero sí entre el valor mínimo y el último año de la evolución temporal.

Cabe destacar que a partir del año 2013 la cantidad de consultas externas anual tiene un descenso muy pronunciado, de modo que sería de interés analizar el porqué de esa caída.

**Gráfico 22. Cantidad de consultas externas totales en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Para abordar el análisis de la evolución anual del total de consultas externas por grupo de especialidad y analizar el comportamiento del impacto proporcional de cada especialidad en la totalidad de las consultas, en el Cuadro 5 se exponen las cantidades de consultas externas por grupo de especialidad en los hospitales del GCBA entre los años 2005 y 2017.

Al analizar la totalidad de las consultas externas y el impacto proporcional de cada grupo de especialización de mayor a menor cantidad de consultas externas registradas, observamos el siguiente ordenamiento: con un 34,5% y un total de 40.371.319 consultas, el primer lugar corresponde a las consultas de urgencias; el segundo lugar, con un 27,83% y 32.583.209 consultas, corresponde a clínica médica; el tercero, con un 14,1% y 16.471.503 consultas, a cirugía; el cuarto, con el 5,27% y 6.168.732 consultas, a pediatría; el quinto, a las consultas de los centros de salud, con un 5,22% y un total de 6.105.675 consultas; el sexto, a las de promoción y protección, con 5.895.015 consultas y un 5,04%; el séptimo, a tocoginecología, con 3.289.181 y un 2,81%; el octavo, a las consultas por áreas programáticas, con 2.599.743 y un 1,9%; el noveno, a médico de cabecera, con 2.255.301 consultas y un 1,9%; y el décimo, con 1.326.138 y un 1,1%, a consultas de otros.

**Cuadro 5. Cantidad de consultas externas por grupo de especialidad en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017).**

N° de consulta externa por especialidad														
Años	Áreas	Centros de salud	Cirugía	Cobertura Porteña	Cobertura Porteña/Médico de cabecera	Medicina	Médico de cabecera	Médico de Cabecera / Cobertura Porteña	Otras áreas	Otros	Pediatría	Promoción y protección	Tocoginecología	Urgencia
2005		601.097	1.373.011			2.493.359	273.227			376.989	521.624	410.970	291.177	2.694.151
2006		572.577	1.327.132			2.489.105	258.111			410.389	497.339	421.519	288.988	2.840.958
2007		548.386	1.316.836			2.495.562	224.421			307.319	481.081	420.935	264.882	2.824.751
2008	332.803	556.219	1.371.473			2.526.977	206.989				491.425	449.141	245.664	2.963.298
2009	271.468	537.455	1.320.488			2.548.656	194.075				481.379	400.448	244.629	3.311.101
2010	286.615	548.050	1.258.978			2.558.416		173.011			485.618	418.888	245.312	3.176.192
2011	257.175	535.747	1.329.740		153.450	2.636.454					522.323	504.674	305.838	3.133.770
2012	252.417	520.279	1.295.576		122.578	2.579.667					481.947	401.243	279.899	3.366.803
2013	256.646	504.263	1.326.320		136.028	2.541.873					484.094	419.272	255.490	3.397.055
2014	327.337	611.716	1.174.922		184.257	2.433.397					447.230	485.564	207.817	3.206.565
2015	259.107	569.886	1.130.968		180.243	2.417.126					436.221	514.908	217.730	3.184.827
2016	356.175		1.118.685	148.911		2.441.427					428.104	517.505	221.865	3.116.088
2017			1.127.374			2.421.190			231.441		410.347	529.948	219.890	3.155.760

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

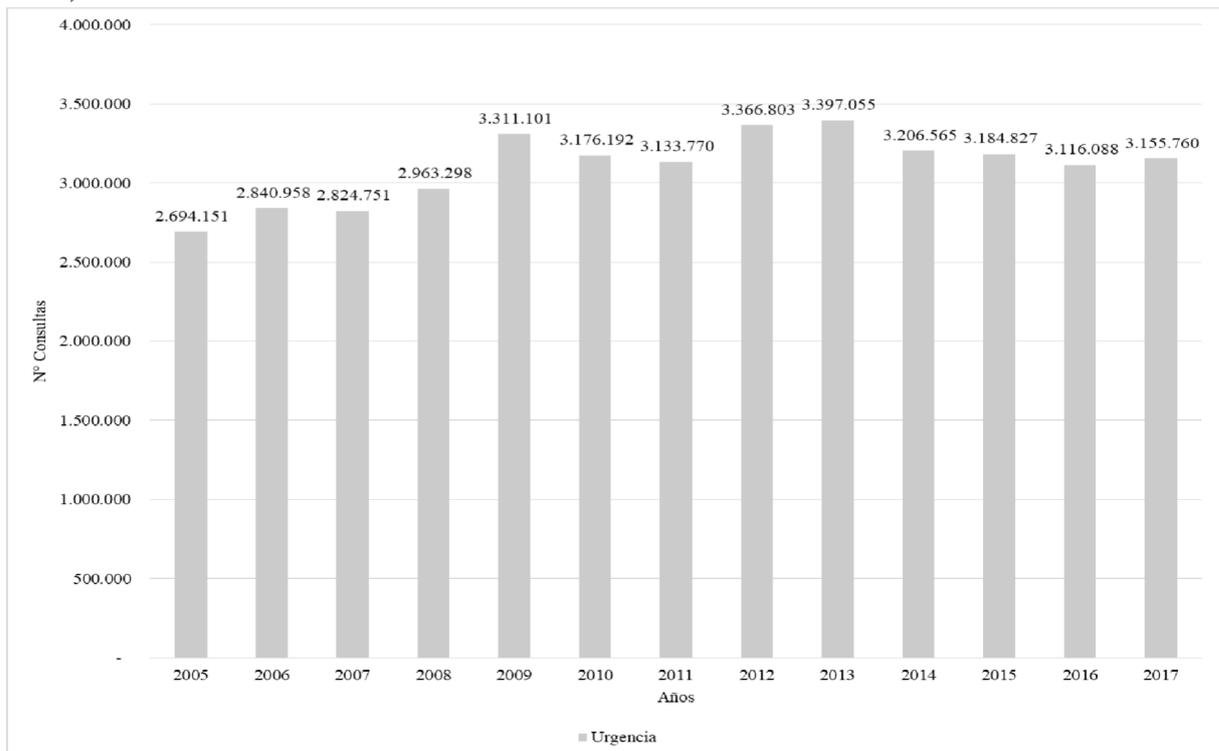
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Considerando que el 76,39% del total de consultas externas, para los trece años, corresponde solo a tres tipos –y, de ese porcentaje, el 45,14% a las de urgencias–, en lo que sigue se desarrolla el análisis de cada uno de los tipos de consultas por especialidad, pero solamente se presentan aquí los gráficos correspondientes a las que mayor porcentaje de participación en la totalidad de las consultas externas tienen: las consultas externas por urgencias, por clínica médica y por cirugía. En cambio, los gráficos de los otros tipos de consultas externas, cuyos porcentajes son de un solo dígito, se pueden consultar en el APÉNDICE B – Análisis de indicadores.

### 5.2.1.1 Consultas externas por urgencias

En el Gráfico 23, se observa que la totalidad de consultas externas por urgencias en la CABA entre los años 2005 y 2017 fue 40.371.319. Con un valor máximo de 3.397.055 en el año 2013 y un mínimo de 2.694.151 consultas en 2005, la media es de 3.105.486 y la mediana de 3.155.760 y no hay años con idéntica cantidad de consultas. El rango es de 702.904 y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo: aumentan con el avance de los años.

**Gráfico 23. Cantidad de consultas externas por urgencias en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

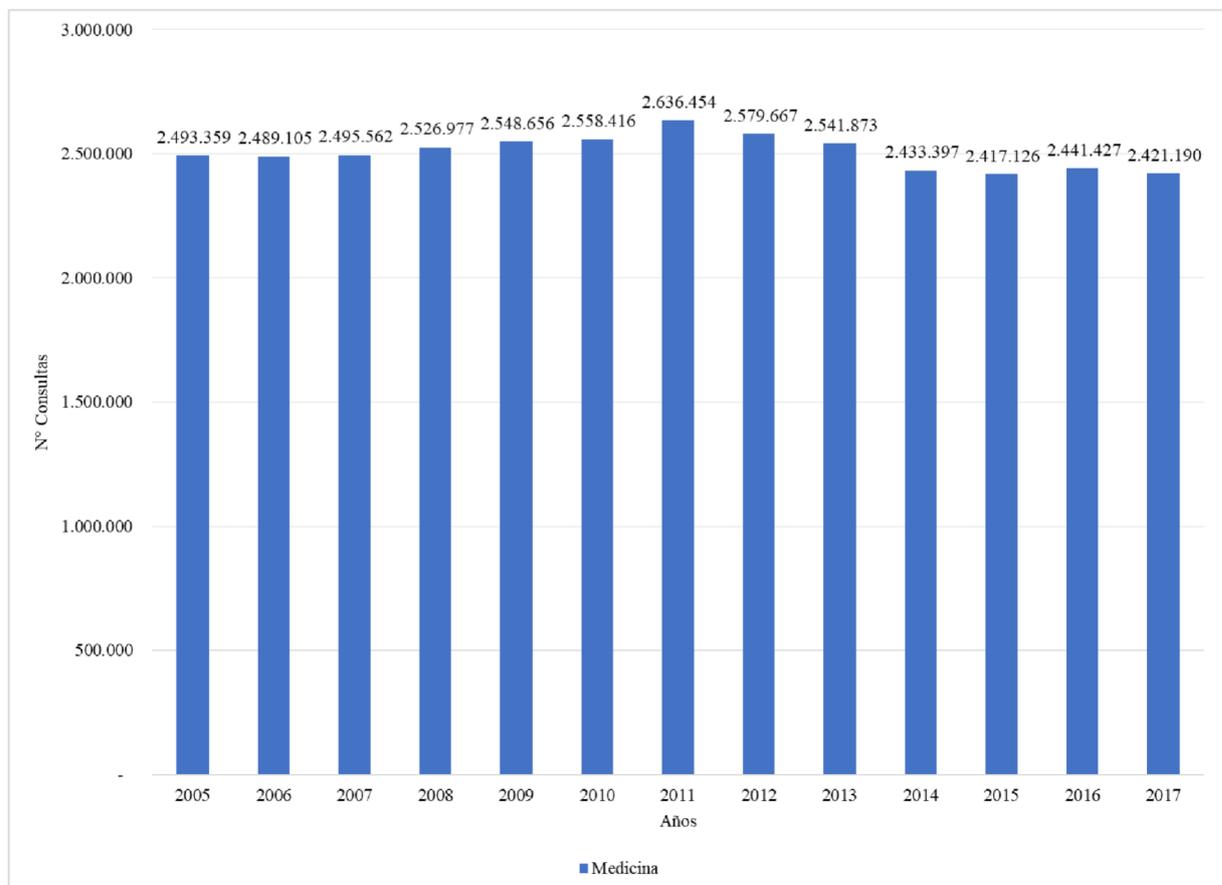
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### 5.2.1.2 Consultas externas por clínica médica

Según el Gráfico 24, la totalidad de consultas externas por clínica médica en la CABA entre 2005 y 2017 fue 32.583.209. Con un máximo de 2.636.454 en el año 2011 y un mínimo de 2.417.126 en 2015, la media es de 2.506.401 y la mediana de 2.495.562 y no se observan años con idéntica cantidad de consultas en el periodo considerado.

El rango es de 219.328 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo. Una vez alcanzado el máximo en el año 2011, la cantidad de consultas externas de este tipo presenta una caída acelerada, llegando a su mínimo en 2015 y repuntando luego levemente para finalizar la serie por encima de ese mínimo.

**Gráfico 24. Cantidad de consultas externas por clínica médica en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

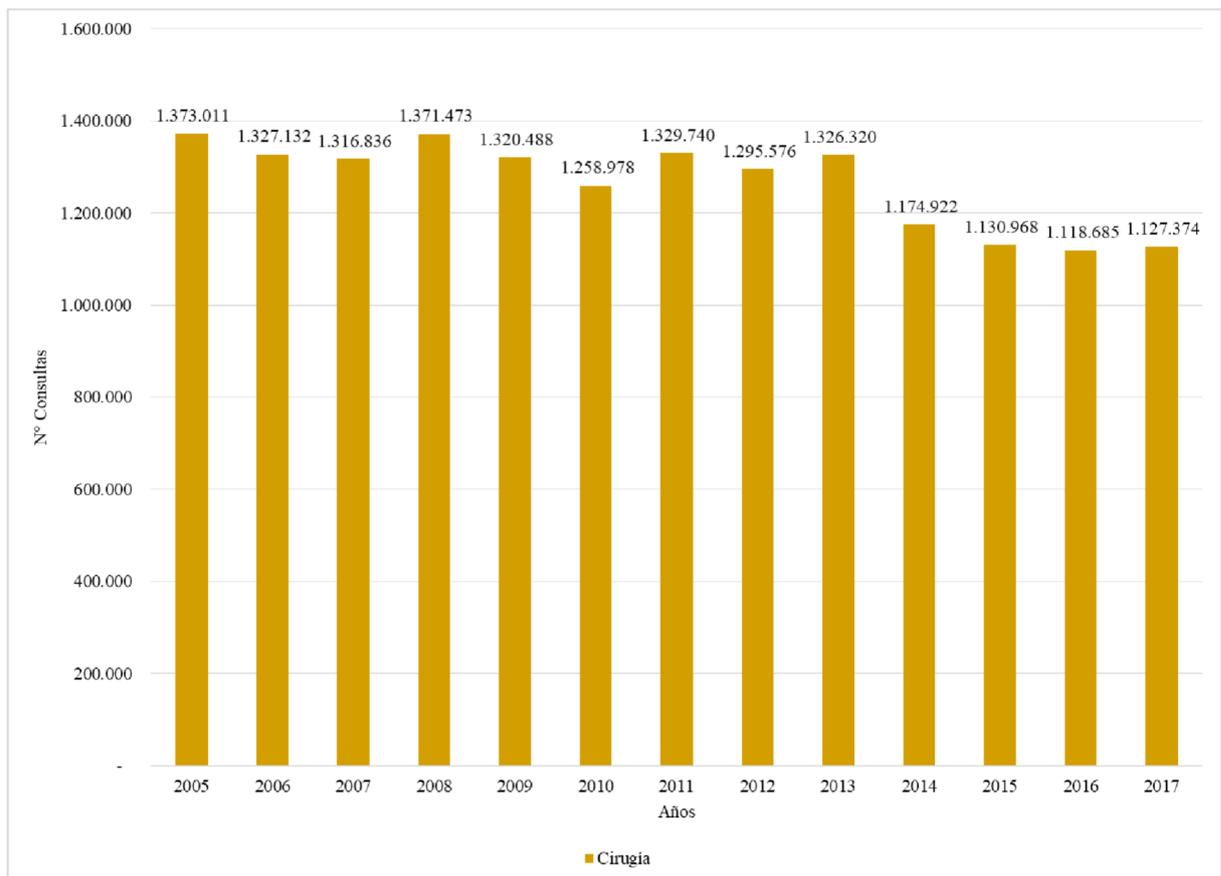
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### 5.2.1.3 Consultas externas por cirugía

De acuerdo con el Gráfico 25, el total de consultas externas por cirugía en la CABA a lo largo de trece años fue 16.471.503. No se observan años con idéntica cantidad de consultas de este tipo, el valor máximo tiene lugar en 2005 (1.373.011), el mínimo en 2016 (1.118.685), la media es de 1.267.039 y la mediana de 1.267.039 consultas.

El rango es de 254.326 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo, es decir que disminuyen las cantidades de consultas con el paso de los años.

**Gráfico 25. Cantidad de consultas externas por cirugía en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

### 5.2.1.4. Consultas externas por pediatría

El total de consultas externas por pediatría en la CABA entre los años 2005 y 2017 fue 6.168.732. Con un valor máximo de 522.323 en el año 2011 y un mínimo de 410.347 consultas en 2017, la media es de 474.518 y la mediana de 481.947 y no hay años con idéntica cantidad de consultas de este tipo en el periodo considerado.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

El rango es de 111.976 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: disminuyen las cantidades de consultas pediátricas a medida que avanzan los años.<sup>44</sup>

#### **5.2.1.5. Consultas externas por centros de salud**

El total de consultas externas por centros de salud entre 2005 y 2017 es de 6.168.732, con un máximo de 611.716 consultas en el año 2014 y un mínimo de 504.263 en 2013. En el periodo estudiado, se observa un descenso del 17,7% en la cantidad de consultas de este tipo, no se registran años con la misma cantidad, la media es de 555.061, la mediana de 548.386, el rango de 107.453 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo.<sup>45</sup>

#### **5.2.1.6. Consultas externas por promoción y protección**

Entre 2005 y 2017 se produjeron 5.895.015 consultas externas por promoción y protección. El valor máximo –de 529.948– tuvo lugar en el año 2017 y el mínimo –de 400.448– en 2009, de modo que se observa un ascenso del 7%. La media es de 453.463 y la mediana de 421.519 consultas, no se observan años con idéntica cantidad de consultas, el rango es de 129.500 y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo. Es decir que aumentan las cantidades de consultas de este tipo a medida que avanzan los años.<sup>46</sup>

#### **5.2.1.7. Consultas externas por tocoginecología**

A lo largo de trece años tuvo lugar en la CABA un total de 3.289.181 consultas externas de tocoginecología. Con un valor máximo de 305.838 en 2011 y un mínimo de 207.817 en 2014, se observa un descenso del 32%. En este caso, la media es de 253.014, la mediana de 245.664 consultas y no se registran años con idéntica cantidad de consultas. El rango es de 98.021 y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: con el paso del tiempo, disminuyen las cantidades de consultas externas.<sup>47</sup>

<sup>44</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 29. Cantidad de consultas externas por pediatría en su año de ocurrencia (2005-2017).

<sup>45</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 30. Cantidad de consultas externas por centros de salud en su año de ocurrencia (2005-2017).

<sup>46</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 31. Cantidad de consultas externas por promoción y protección en su año de ocurrencia (2005-2017).

<sup>47</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 32. Cantidad de consultas externas por tocoginecología en su año de ocurrencia (2005-2017).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

#### **5.2.1.8. Consultas externas por área programática**

Entre 2005 y 2017, se produjeron en la CABA 2.599.743 consultas externas por área programática. Con un valor máximo de 356.175 en 2016 y un mínimo de 252.417 consultas en 2012, se observa un ascenso. La media es de 288.860 y la mediana de 271.468, no hay años con la misma cantidad, el rango es de 103.758 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo: aumentan las cantidades de consultas con el avance de los años.<sup>48</sup>

#### **5.2.1.9. Consultas externas por médico de cabecera**

El total de consultas externas en médicos de cabecera en la CABA entre los años 2005 y 2017 fue de 2.255.301. En 2005 se registra el valor máximo –de 273.227– y en 2012 el mínimo – de 122.578 consultas–, de manera que se observa un descenso del 55%. La media es de 187.942 y la mediana de 182.250, no hay años con la misma cantidad, el rango es de 150.649 consultas y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: a medida que avanzan los años, decrecen las consultas externas por médicos de cabecera.<sup>49</sup>

#### **5.2.1.10. Consultas externas de otros**

Es poco representativa la información que pueden aportar las cantidades correspondientes a consultas externas de otros, dado que es información de períodos que no fueron relevados y cuya serie temporal solo abarca un plazo de pocos años.

### **5.2.2. Evolución de egresos totales y total de egresos por grupo de hospitales**

La evolución de egresos totales de pacientes que estuvieron internados en algún hospital del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2017 se muestra en el Gráfico 26.

En él podemos observar que el total de egresos a lo largo de veintiocho años fue de 4.948.304 y que el valor máximo se produjo en el año 2004 (196.975 egresos) y el mínimo en 1990 (141.708). El rango es de 55.267 egresos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo: a medida que avanzan los años, aumenta la cantidad de egresos. El valor absoluto de la pendiente es cercano a cero y su incremento anual aumenta levemente para los veintiocho años de estudio.

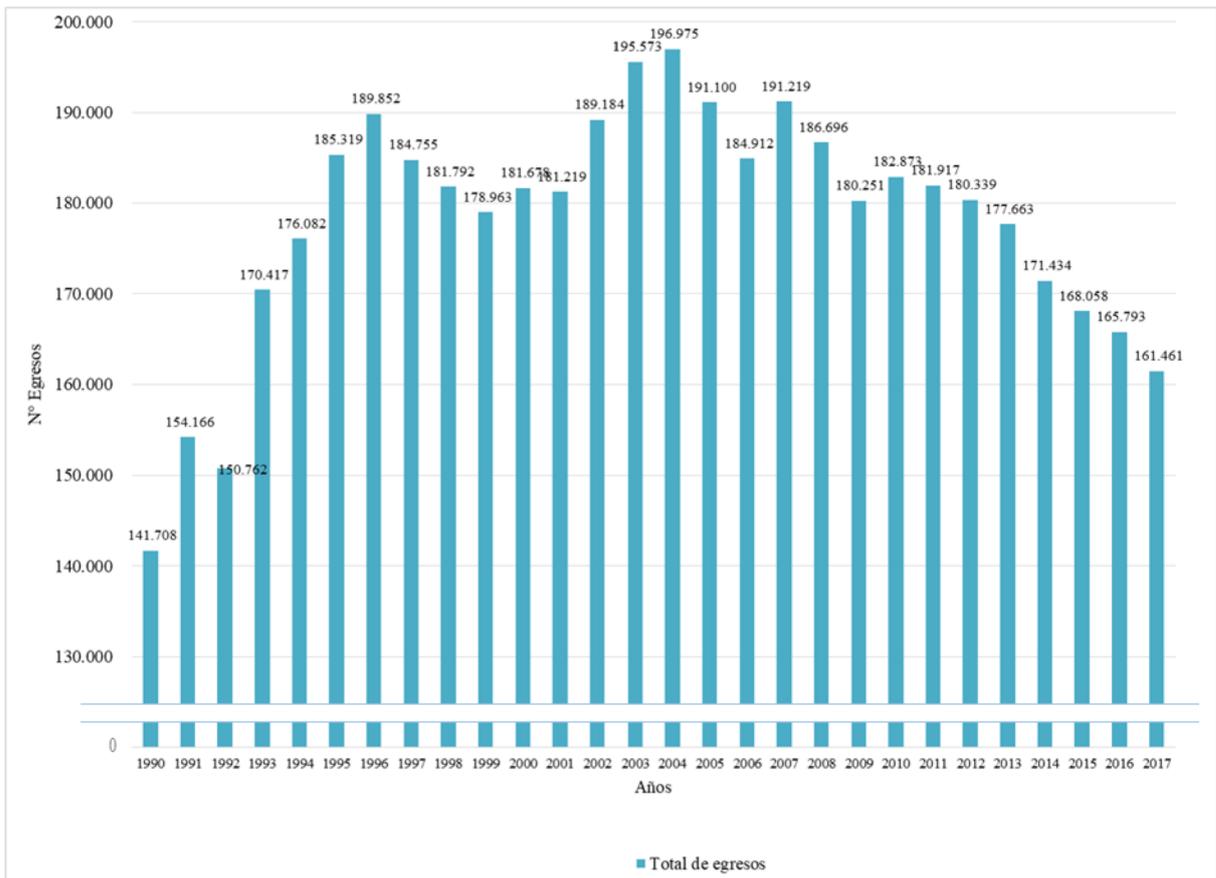
<sup>48</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 33. Cantidad de consultas externas por área programática en su año de ocurrencia (2005-2017).

<sup>49</sup> Véase APÉNDICE B – Gráfico 34. Cantidad de consultas externas por médico de cabecera en su año de ocurrencia (2005-2017).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Nótese que, si reducimos el periodo de análisis a los últimos diez años, la pendiente de la curva de tendencia es, en cambio, de signo negativo, lo que implica que la cantidad de egresos disminuye a medida que pasan los años.

**Gráfico 26. Total de egresos de pacientes internados en hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y año de ocurrencia (1990-2017).**



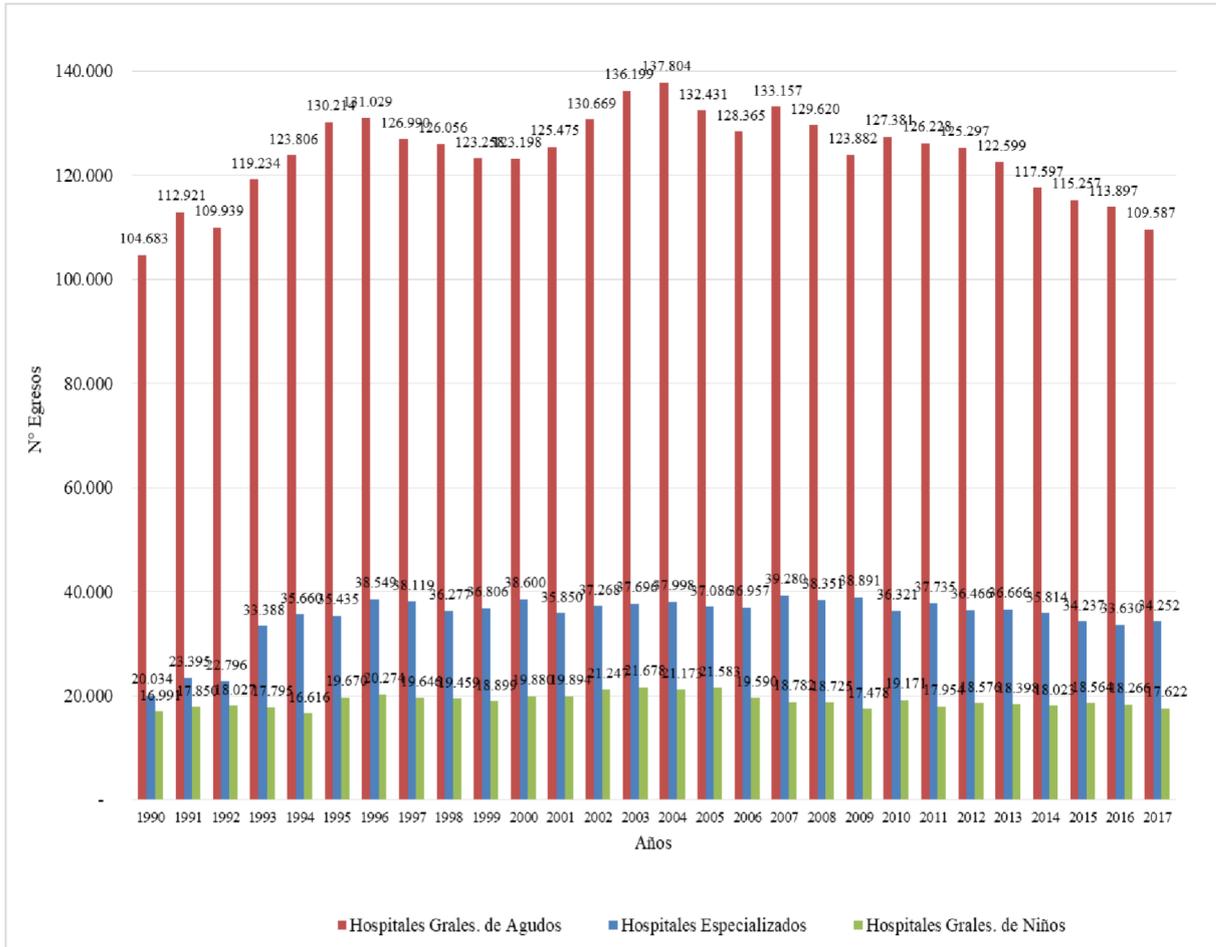
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Para analizar la evolución de los egresos por grupo de hospitales según especialidad, hemos graficado las cantidades de egresos correspondientes a los tres tipos de grupos de hospitales que describimos en el apartado de la Metodología: el de los generales de agudos, el de los especializados y el de los generales de niños.

A continuación, el Gráfico 27 muestra las cantidades de egresos totales por tipo de especialidad de cada grupo de hospitales desde 1990 hasta 2017.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 27. Total de egresos de pacientes internados por especialidad del hospital del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y año de ocurrencia (1990-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Si ordenamos las cantidades de egresos por grupo de hospitales según su especialidad de mayor a menor, observamos que el primer lugar, con un 69,22% y 3.466.773 egresos corresponde al tipo de hospitales generales de agudos; el segundo, con un 19,83% y 986.510, a los hospitales especializados; y el tercero a los generales de niños, con un 10,96% y 531.831.

Como ya señalamos, el total de egresos de pacientes internados en hospitales generales de agudos a lo largo de veintiocho años fue de 3.466.773. Con un valor máximo de 137.804 egresos en el año 2004 y un mínimo de 104.683 en el año 1990, la media es de 123.813,32 y la mediana de 125.386, y no hay años que registren idéntica cantidad de egresos. El rango es de 33.121 egresos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: a medida que avanzan los años, disminuye la cantidad de egresos, el valor absoluto de la pendiente es cercano a cero y su descenso anual disminuye levemente.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Por su parte, la cantidad total de egresos de pacientes internados en los hospitales especializados fue de 986.518. El valor máximo –de 39.280– se registra en el año 2007, y el mínimo –de 20.034– en 1990; la media es de 35.232,5 y la mediana de 36.736, y no hay años con idéntica cantidad de egresos. El rango es de 19.246 y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo, es decir que con el paso del tiempo aumenta la cantidad de egresos y el valor absoluto de la pendiente es cercano a cero.

En cuanto al grupo de hospitales especializados en niños, la cantidad total de egresos de pacientes internados fue de 531.831. El valor máximo es de 21.678 egresos y se produjo en el año 2003, mientras que el mínimo, de 16.616, tuvo lugar en 1994. La media es de 18.993,964, la mediana de 18.753,5 y no se registran años con la misma cantidad de egresos. El rango es de 5062 egresos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo negativo: disminuyen las cantidades de egresos en este tipo de hospitales a medida que avanzan los años.

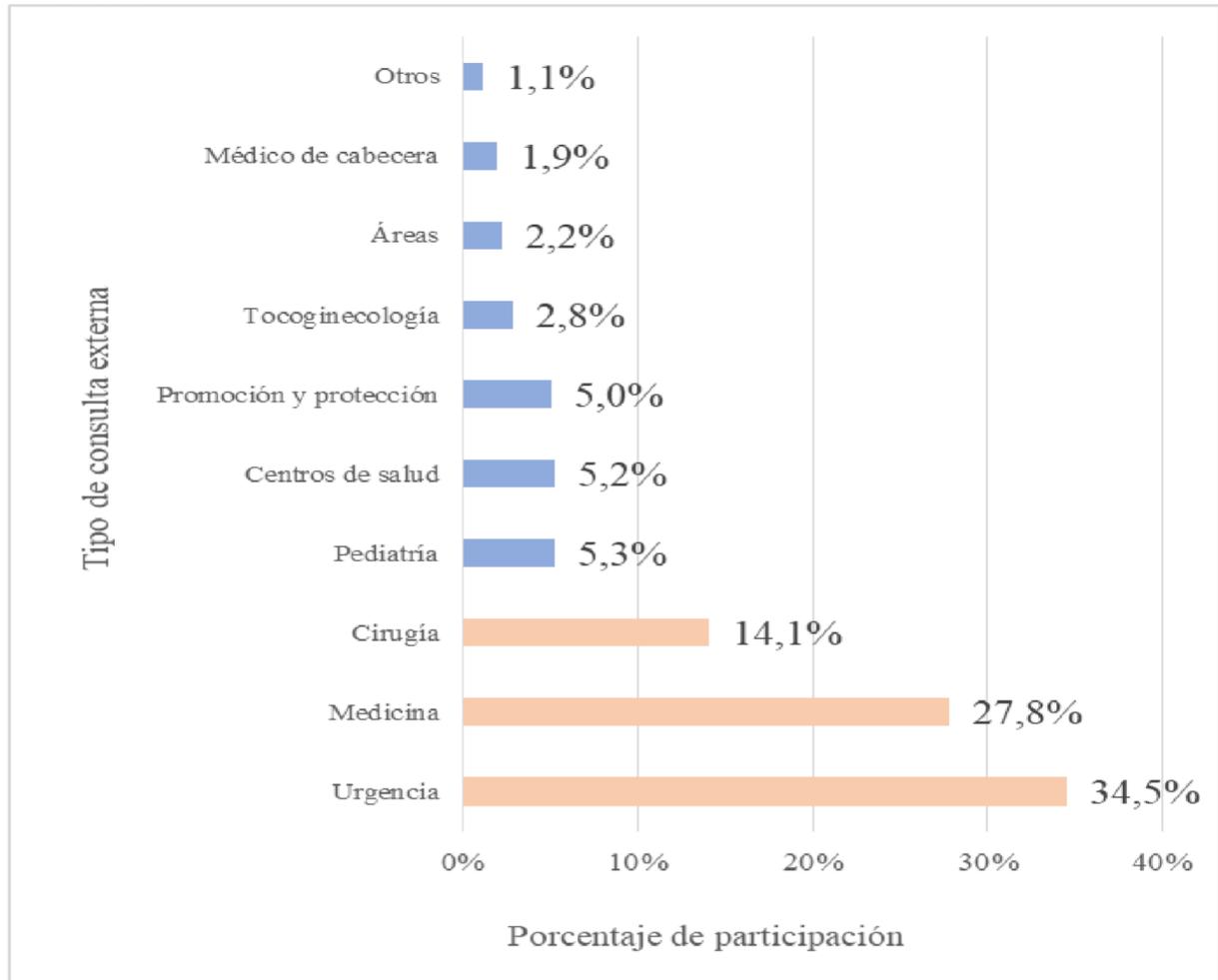
### 5.2.3. *Resumen del grupo*

En el Gráfico 22 hemos observado que, a lo largo de los trece años, entre 2005 y 2017, el total de consultas externas en los hospitales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue de 117.065.816. Con un valor máximo de 9.379.171 consultas en el año 2011 y un mínimo de 8.095.950 en el año 2017, observamos un descenso del 13,6%. El 76,39% del total de consultas externas, para los trece años, corresponde solo a tres tipos de consultas, y, de ese porcentaje, el 45,14% a las consultas de urgencias.

En cuanto al tipo de consulta externa, en el Gráfico 28 que sigue a continuación se observa que las consultas por urgencias están en el primer lugar (34,5%); el segundo lugar corresponde a clínica médica (27,8%); el tercero a las consultas por cirugía (14,1%); el cuarto a las de pediatría (5,2%); el quinto a las de centros de salud (5,2%); el sexto a las consultas de promoción y protección (5,0%); el séptimo a las de tocoginecología (2,8%); el octavo a las de áreas programáticas (2,2%); el noveno a las de médico de cabecera (1,9%); y el décimo a consultas de otros (1,1%).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 28. Orden de participación sobre el total de consultas de mayor a menor por tipo de consulta.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Del análisis de la evolución por tipo de consulta, se destacaron, entonces, las consultas externas por urgencia, que entre 2005 y 2017 totalizan 40.371.319 y presentan un valor máximo de 3.397.055 en el año 2003 y un mínimo de 2.694.151 en 2005. Y de la comparación de las distintas evoluciones de la línea de tendencia por especialidad surgió que, con excepción de las consultas por urgencias y por promoción y protección, las pendientes de todos los tipos considerados mostraron ser negativas. Esto implica que las consultas totales por año van disminuyendo a lo largo de la serie temporal evaluada.

Por otra parte, con respecto a los egresos producidos en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2017, hemos observado en el Gráfico 26 que el total de egresos en esos veintiocho años fue de 4.948.304, con un máximo de 196.975 en 2004 y un mínimo de 141.708 en 1990.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Las cantidades de egresos totales de pacientes internados tiene una caída muy profunda en el año 2014, y esto se debe a una caída fuerte de la cantidad de egresos en los hospitales generales de agudos en ese año. Pues, recuérdese que el ordenamiento de las cantidades de egresos por grupo de hospitales según su especialidad mostró que los hospitales generales de agudos muestran el porcentaje más alto de egresos (69,22%), mientras que los especializados ocupan el segundo lugar (19,83%) y los de niños el último (10,96%). En el resto de los hospitales según las especialidades, no hay grandes variaciones de las cantidades de egresos.

Por último, el Gráfico 29 muestra cuáles han sido las tendencias en los últimos años en la atención en los hospitales públicos del GCABA, considerando las consultas externas y los egresos de pacientes. Al comparar las tendencias, vemos que tienden a ser negativas, es decir que las cantidades de atención bajan respecto de años anteriores.

**Gráfico 29. Evolución temporal comparativa de la cantidad total de consultas externas y la totalidad de egresos (en miles) en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### 5.3. GRUPO DE PERSONAL

De la misma manera que en los dos anteriores, el análisis de este grupo de indicadores se presenta en dos partes. La primera parte busca mostrar la evolución total de los cargos públicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 2002 y 2017 (con el término “cargos”, nos referimos a los puestos ocupados por agentes en el GCBA<sup>50</sup>), y la segunda focaliza el análisis en el personal que pertenece al grupo de salud y al de planta permanente.

#### 5.3.1. Evolución temporal de la cantidad de empleados en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002-2017)

Entre los años 2002 y 2017 se observan veinticinco tipos de cargos y funciones diferentes. Pero no todos están presentes durante toda la evolución; los cargos que cubren la totalidad de la serie corresponden a las autoridades superiores, docentes interinos, docentes suplentes, docentes titulares, planta gabinete, planta permanente, planta transitoria, residencias hospitalarias y suplentes de guardia. En el Cuadro 6, se observan los porcentajes y a qué ministerio corresponde cada cargo:

**Cuadro 6. Porcentaje de participación sobre el total de empleados en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).**

Planta de pertenencia		%		
Jefatura	Autoridades superiores	0,3%		
Educación	Docentes	Interinos	19,3%	57,7%
		Suplentes	14,8%	
		Titulares	19,7%	
		Transitorios	3,9%	
Planta	Planta permanente	30,1%	30,6%	
	Planta transitoria	1,5%		
Salud	Residencias hospitalarias	1,6%	4,30%	
	Suplentes de guardia	2,7%		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) del Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General Contaduría. Cuentas Anuales de Inversión.

<sup>50</sup> Véanse ANEXO A – Tabla 4. Libro de códigos de cargos del GCBA y Apéndice B – Cuadro 1. Definiciones de los puestos de trabajo del GCBA.

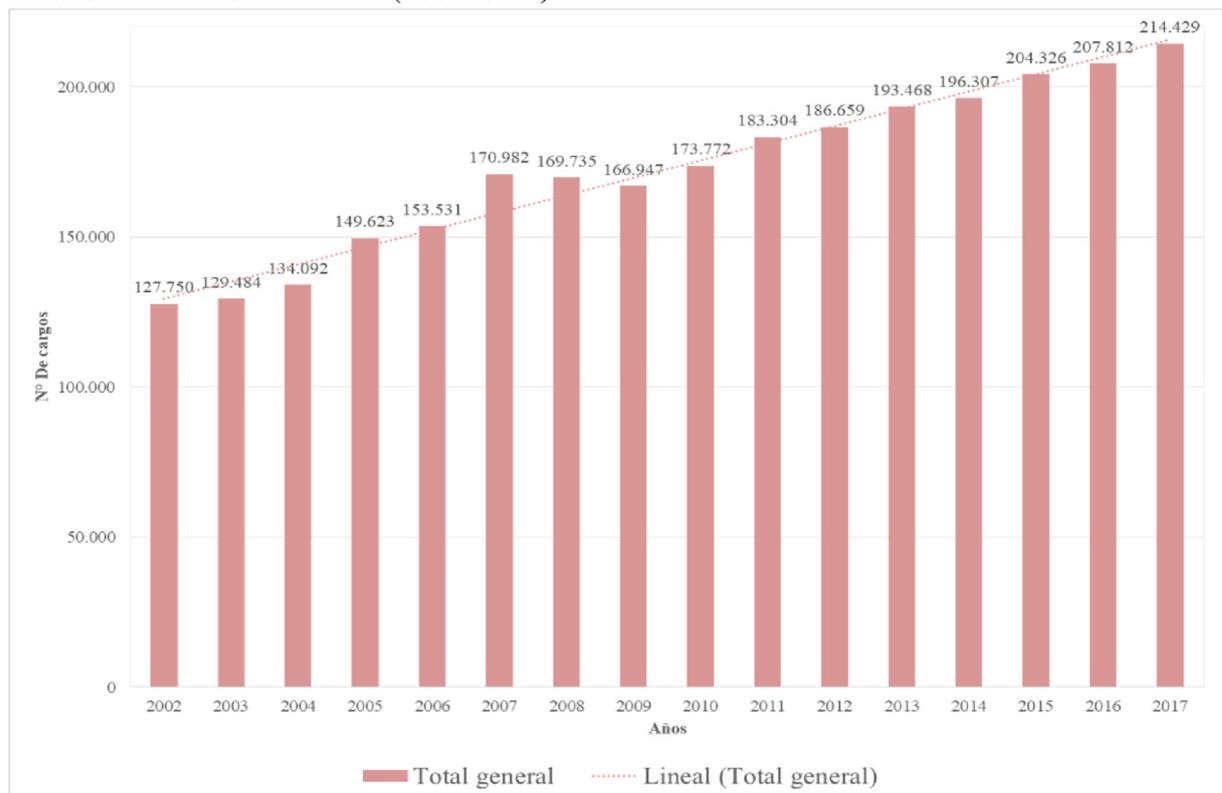
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Es importante destacar que a partir del año 2014 se incorpora a la serie un nuevo cargo, el de médico, pero esto no altera la totalidad de empleados del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sí se observa una reducción similar a las cantidades del personal de planta permanente. Por su relevancia, el cargo de médico se analiza en la segunda parte.

En cuanto a la evolución total de empleados, a continuación el Gráfico 30 muestra que a lo largo de los dieciséis años el total de empleados en la CABA entre los años 2002 y 2017 fue de 2.762.221. Con un valor máximo de 214.429 empleados en el año 2017 y un mínimo de 127.750 en 2002, encontramos un ascenso del 67,85%. La media es de 172.639 empleados, la mediana de 172.377 y no se observan años con idéntica cantidad de cargos.

El rango es de 86.679 cargos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo; es decir que, a medida que avanzan los años, aumenta la cantidad de cargos. Hay coincidencia entre el año de valor máximo de cargos con el último año de la serie temporal y entre el valor mínimo y el primer año de la evolución.

**Gráfico 30. Evolución temporal del número de empleados del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) del Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General Contaduría. Cuentas Anuales de Inversión.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### 5.3.2. Evolución temporal de los cargos seleccionados para el análisis

Del total de cargos presentados en la primera parte, seleccionamos cinco tipos, cuya evolución temporal se refleja en el Cuadro 7:

**Cuadro 7. Evolución de cargos del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).**

Año	Planta de pertenencia				
	Planta permanente	Planta transitoria	Médicos	Residencias hospitalarias	Suplentes de guardia
2002	46.348	6339		2331	3582
2003	49.876	2844		2328	3529
2004	49.718	3300		2334	4005
2005	50.329	10.075		2433	3905
2006	49.301	0		2534	4503
2007	50.188	153		2637	5242
2008	50.189	213		2753	5264
2009	47.865	175		2699	2754
2010	60.415	648		2030	4005
2011	65.031	1735		3047	4332
2012	64.331	1778		3072	5587
2013	63.704	2105		3157	4992
2014	49.964	2777	13.714	3238	5255
2015	49.229	3472	13.949	3279	5504
2016	42.290	3603	14.252	3335	5464
2017	43.220	2944	14.759	3405	5744

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) del Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General Contaduría. Cuentas Anuales de Inversión.

El criterio de selección de los cargos analizados busca determinar de qué manera el grupo de Personal impacta en el Ministerio de Salud. Entre los cargos seleccionados tenemos al personal de planta permanente. Este cargo no pertenece únicamente al Ministerio de Salud, pero se lo considera por la relevancia que adquiere sobre todo a partir del año 2014, en que se observa un descenso en sus cantidades producto de la incorporación, en el detalle de cargo, de los médicos.

El Cuadro 8 nos orienta sobre el detalle de este nuevo cargo. Se observa que los cargos de planta permanente a partir del año 2014 reducen sus cantidades en un 18,6%. Sin embargo, esto no altera la totalidad de cargos porque, con la incorporación de los médicos, a partir de ese año, se compensa esa disminución:

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 8. Evolución proporcional de los cargos del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).**

Año	Planta de pertenencia				
	Planta permanente	Planta transitoria	Médicos	Residencias hospitalarias	Suplentes de guardia
2002	79,1%	10,8%		4,0%	6,1%
2003	85,1%	4,9%		4,0%	6,0%
2004	83,8%	5,6%		3,9%	6,7%
2005	75,4%	15,1%		3,6%	5,9%
2006	87,5%	0,0%		4,5%	8,0%
2007	86,2%	0,3%		4,5%	9,0%
2008	85,9%	0,4%		4,7%	9,0%
2009	89,5%	0,3%		5,0%	5,1%
2010	90,0%	1,0%		3,0%	6,0%
2011	87,7%	2,3%		4,1%	5,8%
2012	86,0%	2,4%		4,1%	7,5%
2013	86,1%	2,8%		4,3%	6,7%
2014	66,7%	3,7%	18,3%	4,3%	7,0%
2015	65,3%	4,6%	18,5%	4,3%	7,3%
2016	61,3%	5,2%	20,7%	4,8%	7,9%
2017	61,7%	4,2%	21,1%	4,9%	8,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) del Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General Contaduría. Cuentas Anuales de Inversión.

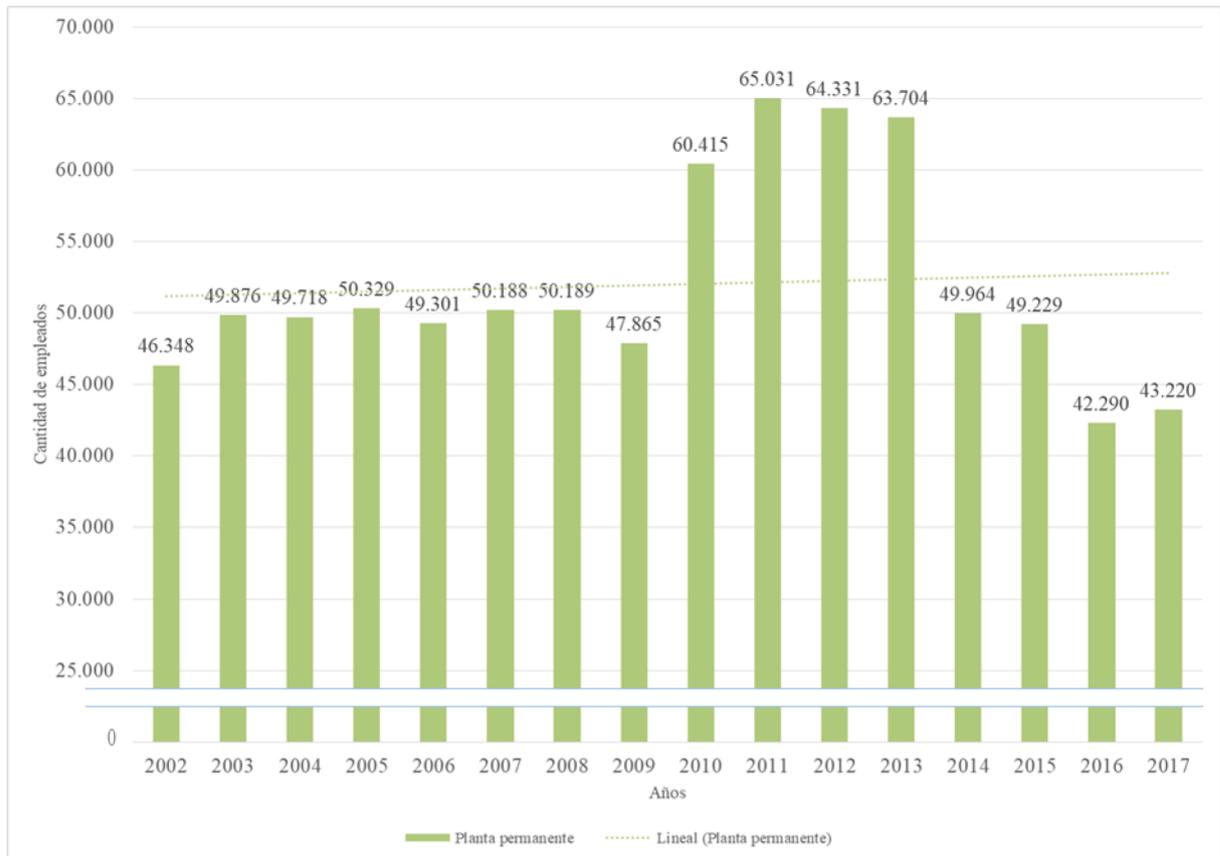
**5.3.2.1. Planta permanente**

Según el Gráfico 31, a lo largo de los dieciséis años considerados, el total de empleados de planta permanente en el GCBA entre 2002 y 2017 fue de 831.998. Con un máximo de 65.031 empleados en el año 2011 y un mínimo de 42.290 en el año 2016, encontramos un descenso del 35%. La media es de 51.999,9, la mediana de 49.920 y no se observan años con idéntica cantidad de cargos.

El rango es de 22.741 cargos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo levemente positivo. El personal de planta permanente a partir del año 2010 tiene un incremento del 26%, pasando de 47.865 a 60.415 empleados, y a partir de 2014 se reduce en un 18%, año en el que se incorporan los médicos en el detalle de los tipos de cargos.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 31. Evolución temporal del número de empleados de planta permanente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

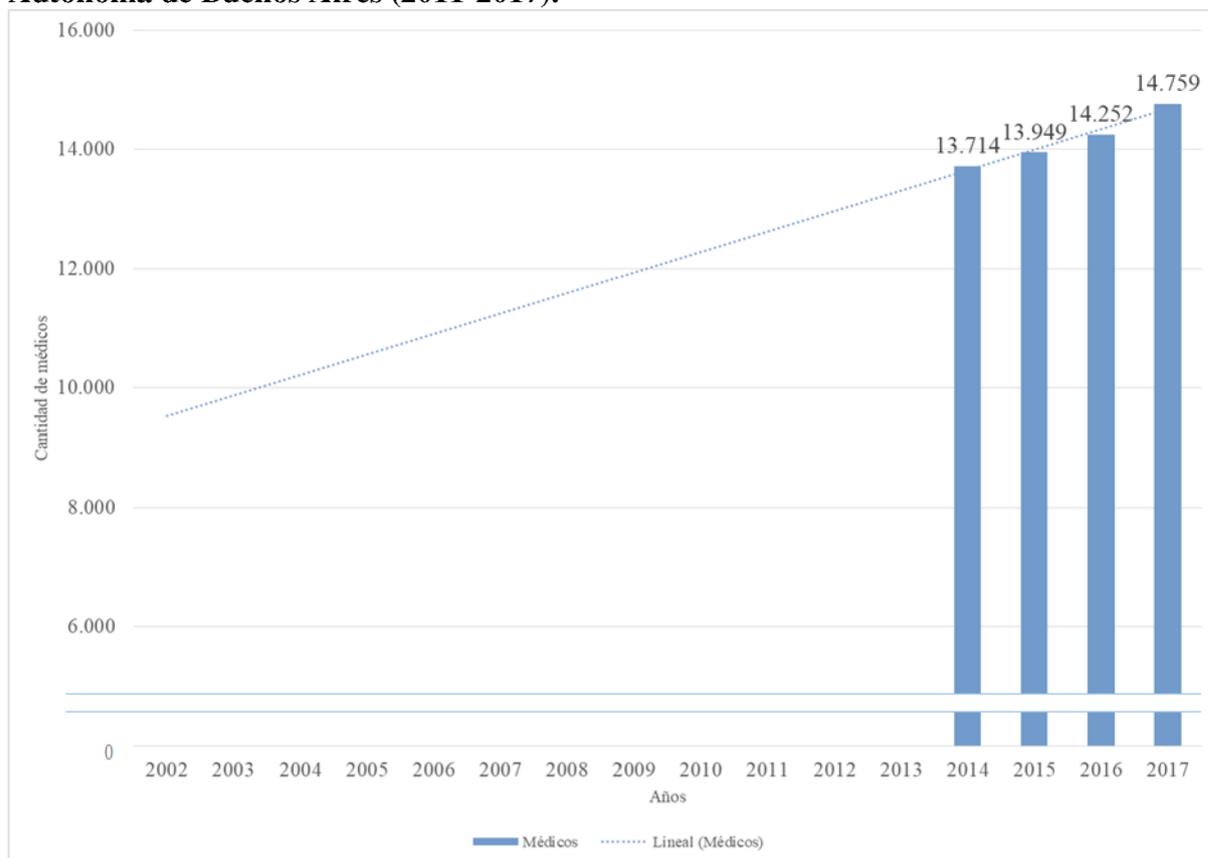
**5.3.2.2. Médicos**

Como ya se ha señalado, y tal como exhibe el Gráfico 32, la evolución de los cargos de médicos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires inicia en el año 2014 y finaliza en 2017.

Los cuatro años de información tuvieron un total de 56.674 médicos. El valor máximo, de 14.759 médicos, se produjo en 2017 y el mínimo, de 13.714, en 2014; la media es de 14.168,5, la mediana de 14.100 médicos y no se observan años con idéntica cantidad de profesionales de este tipo. El rango es de 1045 médicos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo: aumenta la cantidad con el paso de los años.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### Gráfico 32. Cantidad de médicos y año de ocurrencia en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2011-2017).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

#### 5.3.2.3. Residentes en hospitales del GCBA

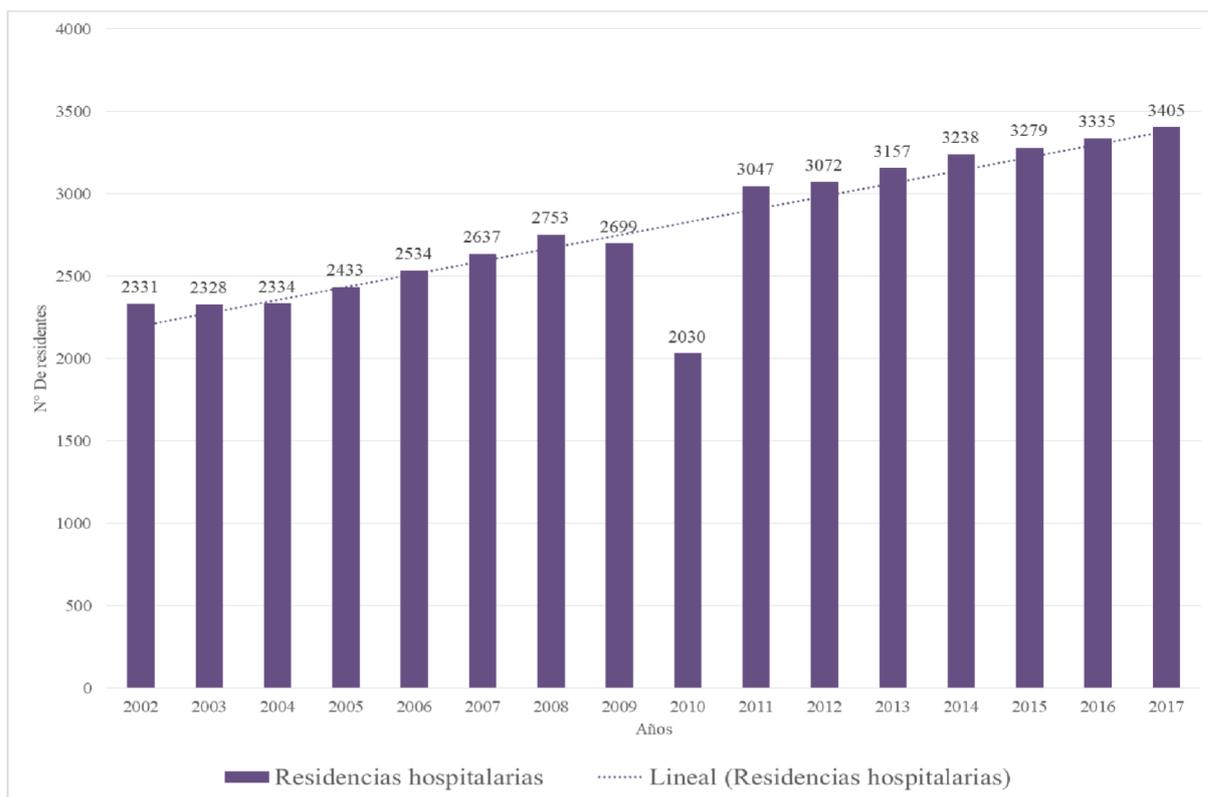
La evolución de los cargos de residencia hospitalaria del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene la particularidad de que inicia con el dato en 2002 y finaliza en el año 2017.

Por otro lado, si atendemos a la información del Gráfico 33, observamos que la evolución anual de residentes tiene una media de 2788,25 y una mediana de 2726 y que la totalidad de residentes en el GCBA entre 2002 y 2017 fue de 44.612. Con un valor máximo de 3405 en el año 2017 y un mínimo de 2030 empleados en 2010, se registra en este último año un descenso atípico y llamativo. No se observan años con idéntica cantidad de cargos.

El rango es de 1375 residentes y la pendiente de la curva de tendencia positiva, lo que indica que a medida que pasan los años se incrementa la cantidad de residentes.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 33. Cantidad de residentes de distintas residencias hospitalarias en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

#### 5.3.2.4. Suplencia de guardia

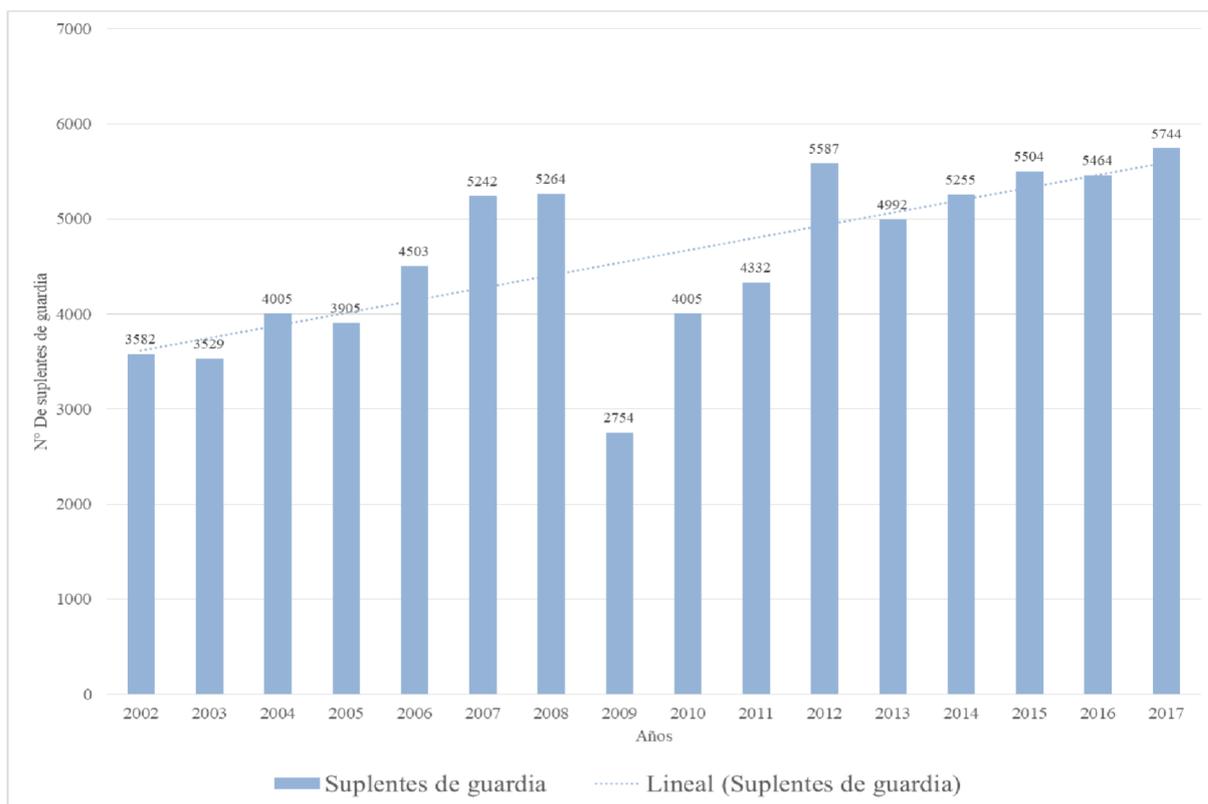
La evolución de los cargos de suplencia de guardia del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires inicia con el dato en el año 2002 y finaliza en 2017.

De acuerdo con el Gráfico 34, que sigue a continuación, a lo largo de esos años se observa que la totalidad de suplentes de guardia en el GCBA fue de 73.667. Con un valor máximo de 5744 en el año 2017 y un mínimo de 2754 empleados en 2009, se registra un ascenso del 108%. La media es de 4604,19, la mediana de 4747,5 y se observan en los años 2004 y 2010 idéntica cantidad de suplentes (4005).

El rango es de 2990 cargos y la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo, de modo que aumentan las cantidades de suplentes de guardia a medida que avanzan los años.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### Gráfico 34. Cantidad de suplentes de guardia en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

#### 5.3.3. Resumen del grupo

En los quince años con los que se trabajó en este apartado, el GCBA contó con veinticinco tipos de cargos diferentes. De este total, solamente del 4,30% se sabe que corresponde a profesiones del campo de la salud. Las residencias hospitalarias y las suplencias de guardia son las únicas sobre las que podemos asegurar que constituyen personal de salud. Y, como ya señaláramos, a partir del año 2014 se incorpora el cargo de médicos.

Entre los años 2002 y 2017 se observa que las cantidades totales de empleados fueron en ascenso (67,85%), con su máximo valor en el año 2017 (214.429 empleados) y su mínimo en 2002 (127.750).

El porcentaje de planta permanente sobre la totalidad de los empleos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires representa el 88% en promedio para los años 2002 y 2017. Pero, si acortamos la serie y analizamos los años a partir de 2014 –en que se inicia el detalle de las cantidades de médicos–, el porcentaje disminuye a un 66% en el caso del personal de planta permanente y a un 19,6% en el de la cantidad de médicos.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Hemos observado, en el Gráfico 31, que la totalidad de empleados de planta permanente en el GCBA entre 2002 y 2017 fue de 831.998. Asimismo, que con un valor máximo de 65.031 empleados en el año 2011 y un mínimo de 42.290 en el año 2016, se registra un descenso del 35%.

Para los médicos solamente se cuenta con cuatro años de información, y –según el Gráfico 32– tuvo un total de 56.674 médicos. Con un valor máximo de 14.759 en 2017 y un mínimo de 13.714 en 2011, la cantidad de médicos aumenta con el paso de los años.

Por otro lado, si atendemos a la información del Gráfico 33, encontramos un valor máximo de 3405 residentes en el año 2017 y un mínimo de 2030 en 2010, un descenso al que consideramos atípico y llamativo.

Luego, en el Gráfico 34, vimos que el total de suplentes de guardia entre 2002 y 2017 fue de 73.667. Y que, con un valor máximo de 5744 en 2017 y un mínimo de 2754 en 2009, se registra un ascenso del 108%.

Para finalizar este apartado cabe destacar que los años con mayor caída de cantidad de empleados fueron 2009 y 2010. En el primero, disminuyeron las suplencias de guardia; en el segundo, las residencias hospitalarias.

#### 5.4. GRUPO DE RECURSOS ECONÓMICOS

La primera parte de este apartado aborda la evolución del gasto total ejecutado en todo el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la evolución de los grupos por unidades ejecutoras. Estas últimas fueron agrupadas en ocho unidades: Hospitales, Subsecretaría, Dirección, Administración central, Centro de salud, Datos genéticos, ACUMAR y Ministerio de Salud.

Por otro lado, la segunda parte analiza sólo la unidad ejecutora de hospitales y trabaja con el gasto ejecutado de los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los gastos ejecutados por incisos, que son los grandes grupos de gastos que dan cuenta del grado de gestión presupuestaria en los hospitales.

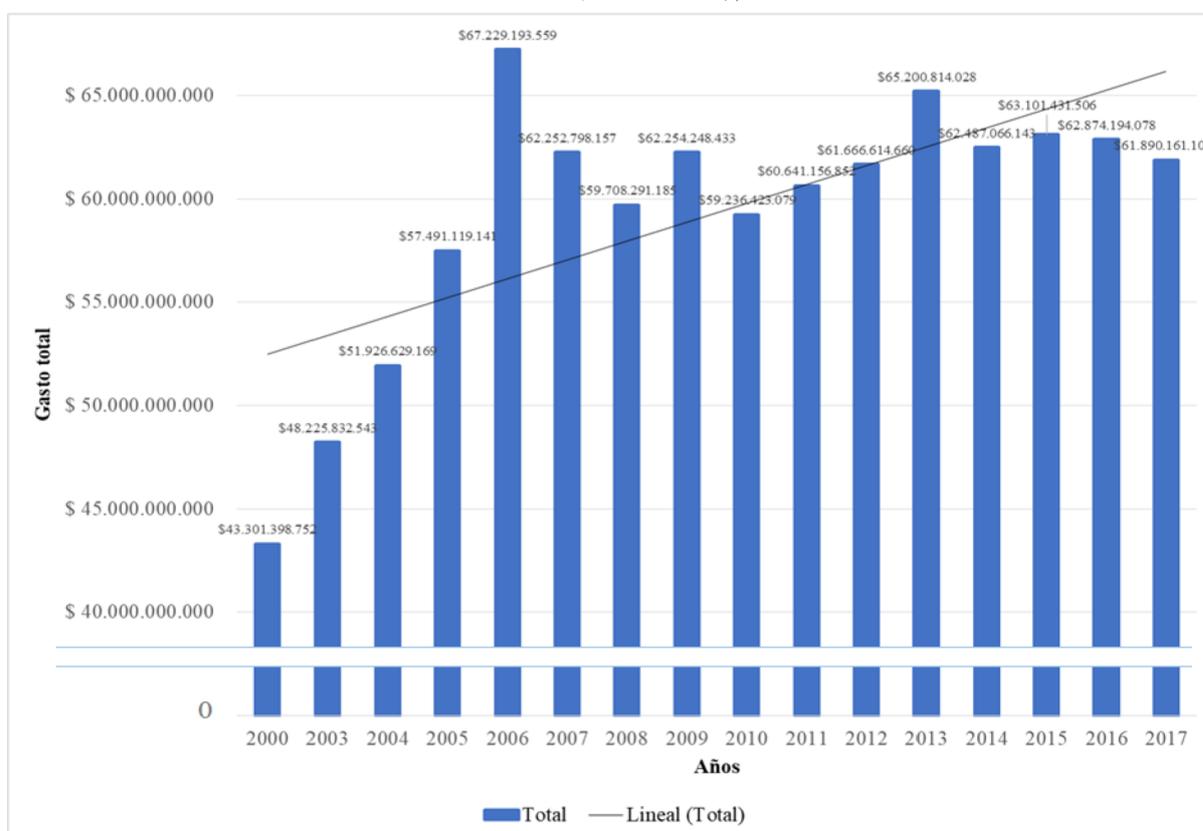
Con el objetivo de comparar los montos ejecutados, aquí se trabaja con valores económicos constantes; son montos deflactados al año 2019 por el Índice de Precio Implícito (IPI), que fue tomado de la página oficial del INDEC.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

#### 5.4.1. Gasto ejecutado: evolución y participación sobre el gasto total entre 2000-2017 y entre 2005-2017

El Gráfico 35 nos permite evaluar la evolución total del gasto ejecutado, a valor del año 2019, por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entre 2000 y 2017. Se observa que el monto aumenta a medida que avanzan los años, ya que la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo. El valor máximo se registra en el año 2006 y es de \$67.229.193.559,15, mientras que el mínimo es de \$43.301.398.751,65 y corresponde al año 2000. En la presente evolución no se cuenta con los años 2001 y 2002, pero a los efectos de representar su evolución a lo largo del presente periodo, esto no parece alterar la evolución del gasto en salud.

**Gráfico 35. Evolución temporal del gasto ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

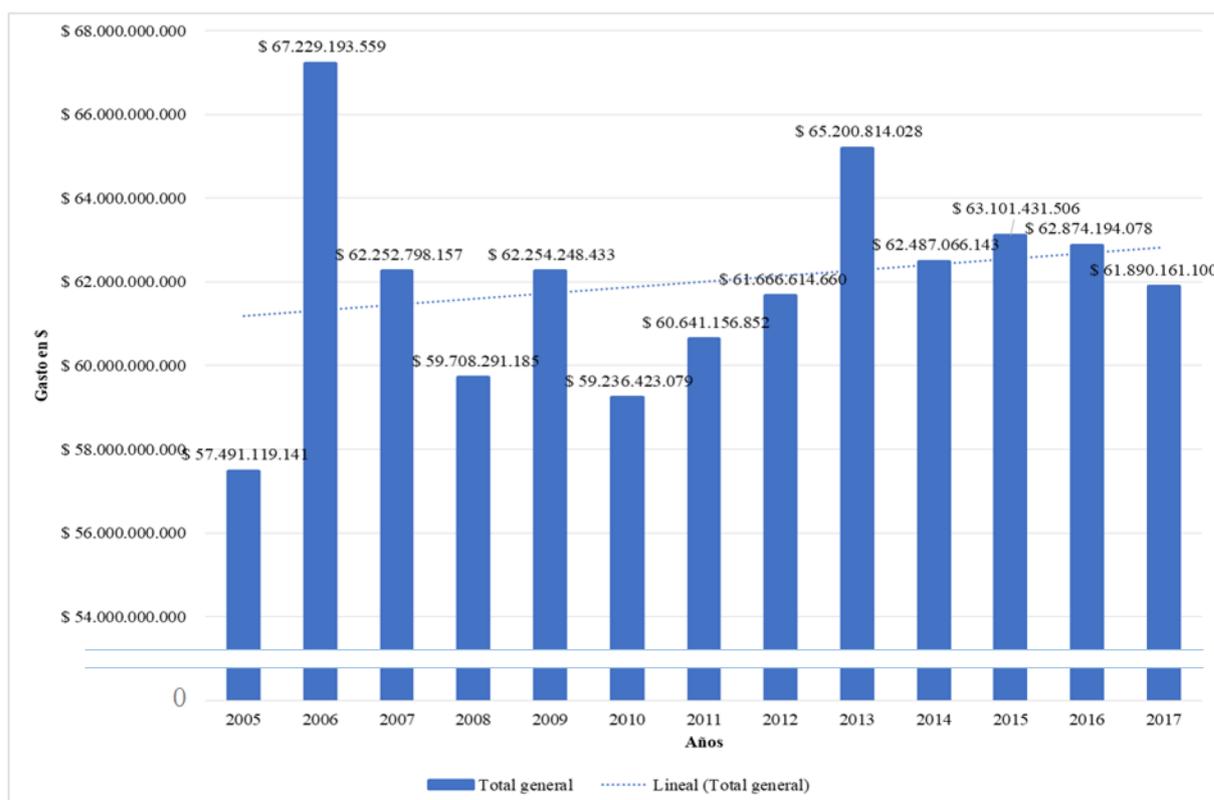
Con una media de \$59.342.960.773,98, una mediana de \$61.778.387.879,88 y un rango de \$23.927.794.807,50, excepto para los años anteriores a 2005, los montos del gasto ejecutado no sufren grandes variaciones.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Teniendo en cuenta cómo se presentaban las cuentas anuales de inversión anteriores al año 2005 (con escaso nivel de detalle en la información), se decidió trabajar con un periodo más reducido, que se inicia en el año 2005 y finaliza en 2017. Estos doce años de análisis cuentan con los montos que fueron ejecutados en los hospitales del Gobierno de la Ciudad, información vital para el análisis de la segunda parte de este apartado.

En cuanto a la evolución total del gasto ejecutado en valores del año 2019 del GCBA entre 2005 y 2017, el Gráfico 36 muestra que la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo y que, por lo tanto, aumenta el monto con el paso de los años. Se registra un valor máximo de \$67.229.193.559,15 en el año 2006 y un mínimo de \$57.491.119.141 en 2005. Con una media \$62.002.577.840, una mediana de \$62.252.798.157 y un rango de \$9.738.074.419, los datos indican que, en comparación con lo observado en el Gráfico 35, los montos son levemente superiores y la amplitud es menor.

**Gráfico 36. Evolución temporal del gasto ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

El máximo gasto se da en el año 2006; si observamos la variación proporcional respecto del año anterior o respecto del año base 2005 –que en este caso coinciden– también en ese año

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

se produjeron las más altas variaciones: del 17%. Si atendemos al año 2006 respecto del resto de los años, vemos que su máximo está dado por un gasto ejecutado de \$1.000 millones; y, si analizamos a qué grupo de unidad ejecutora corresponde, podemos observar que es el grupo de Centro de salud, mientras que el resto de los grupos se mantiene constante.<sup>51</sup>

**Cuadro 9. Gasto total ejecutado en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año 2005 y del año anterior, en valores del año 2019.**

Año	Total general	Variación respecto al año 2005	Variación anual (año anterior)
2005	\$ 57.491.119.141		
2006	\$ 67.229.193.559	17%	17%
2007	\$ 62.252.798.157	8%	-7%
2008	\$ 59.708.291.185	4%	-4%
2009	\$ 62.254.248.433	8%	4%
2010	\$ 59.236.423.079	3%	-5%
2011	\$ 60.641.156.852	5%	2%
2012	\$ 61.666.614.660	7%	2%
2013	\$ 65.200.814.028	13%	6%
2014	\$ 62.487.066.143	9%	-4%
2015	\$ 63.101.431.506	10%	1%
2016	\$ 62.874.194.078	9%	0%
2017	\$ 61.890.161.100	8%	-2%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

La información proporcionada en el Cuadro 9, acerca de la variación respecto del año 2005 y del año anterior, exhibe que el rango de la variación proporcional porcentual de los montos ejecutados respecto del año 2005 es positivo, es decir que los montos, a valor 2019, se incrementaron respecto de ese año. En cambio, no sucede lo mismo con las variaciones proporcionales respecto del año anterior, sino que se observan años con variaciones negativas. Independientemente de la positividad o negatividad de estas últimas variaciones, se puede concluir que los montos ejecutados del gasto en el Ministerio de Salud crecen a lo largo de los trece años analizados.

Con el fin de ir acercándonos a los montos ejecutados en los hospitales del Gobierno de la Ciudad, yendo de lo general a lo particular, clasificamos ocho grupos de unidades ejecutoras,

<sup>51</sup> Véase APÉNDICE B – Cuadro 2. Gasto total ejecutado total por una unidad ejecutora en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

entre ellas las de los hospitales de la Ciudad. Y, del análisis temporal del total de gasto ejecutado, resultó que de los ocho grupos de unidades ejecutoras el 83% es ejecutado por el grupo de Hospitales públicos, excepto en 2006, que tiene su valor más bajo del 81% –debido al incremento en el grupo de Centro de Salud de \$1000 millones por puesta en valor–.

#### *5.4.2. Gasto ejecutado en los hospitales y gastos ejecutados por inciso (2005-2017)*

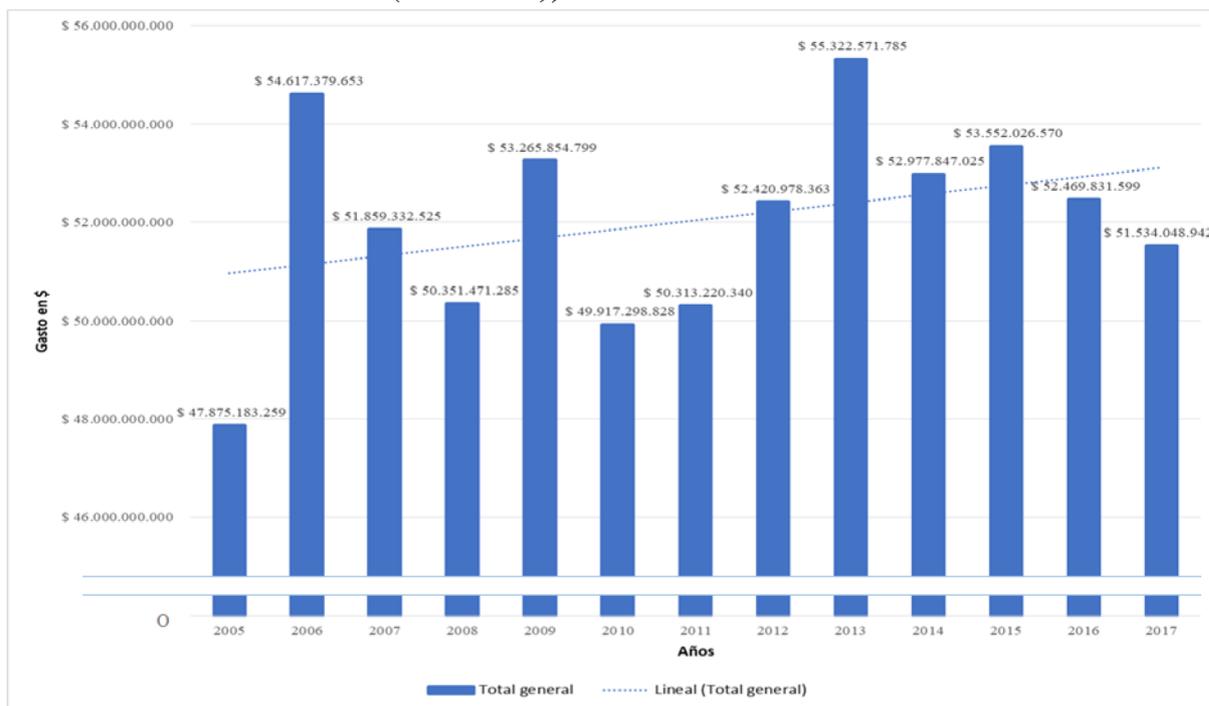
A continuación, se describe el comportamiento del gasto total ejecutado de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el transcurso de estos trece años. Del mismo modo se procede con los primeros cuatro incisos para todo el grupo de Hospitales.

Respecto de la evolución del gasto ejecutado entre 2005 y 2017, según el Gráfico 37 la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo, es decir que aumenta el monto con el paso de los años. Se observa un valor máximo de \$55.322.571.785 en el año 2013 y un mínimo de \$47.875.183.259 en 2005. La media de \$52.036.695.767, la mediana de \$52.420.978.363 y el rango de \$7.447.388.526 indican que los montos son levemente superiores.

El máximo gasto se da en el año 2013. Si observamos las variaciones proporcionales respecto del año anterior y respecto del año base 2005, vemos que coinciden en que ambas fueron las más altas: 15,56% y 6%, respectivamente. En ese año, respecto del resto de los años, su pico máximo está dado por \$2.901 millones en gasto de personal.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

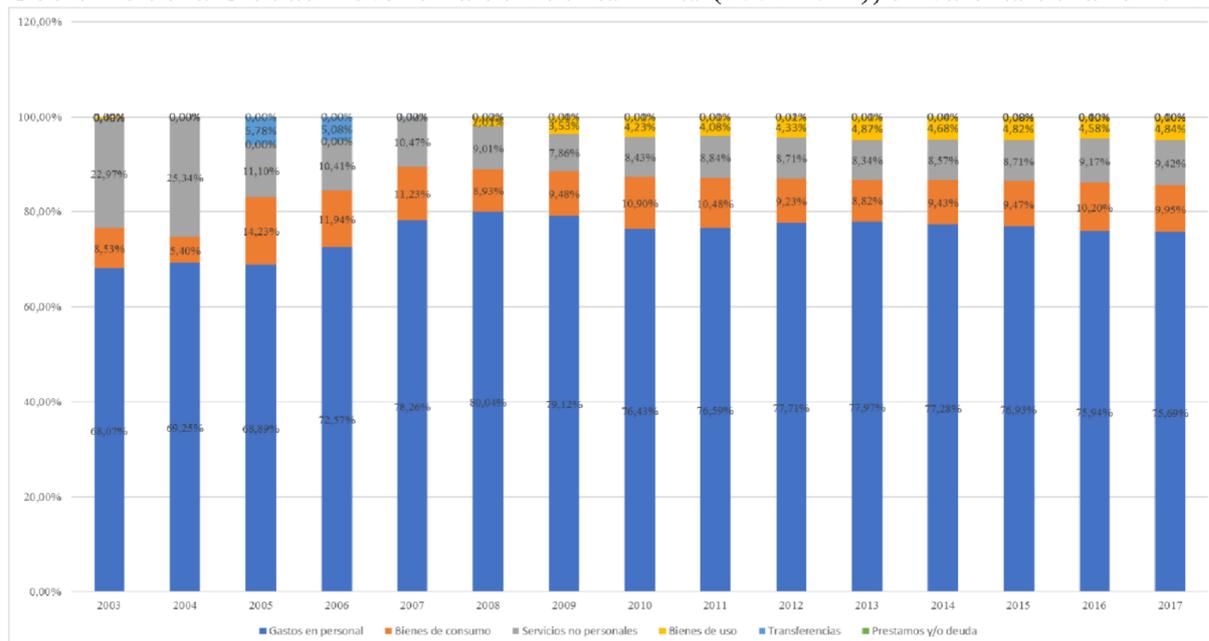
**Gráfico 37. Evolución del gasto ejecutado en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Por su parte, el Gráfico 38 representa cómo está formado el monto total del gasto ejecutado anual en los hospitales del Gobierno de la CABA por inciso.

**Gráfico 38. Evolución porcentual del gasto ejecutado por inciso en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

El monto total del gasto ejecutado en hospitales está compuesto por varios incisos. De los años analizados, se observa que el Inciso 1 –gastos en personal– representa el 75% del total del gasto por inciso; en el segundo lugar, con un 11% en promedio, se ubican los servicios no personales; en el tercero, los gastos en bienes de consumo, con un 10%; en el cuarto, con un 3%, los bienes de uso; y en el quinto y último lugar, con un promedio del 1%, las transferencias.

**Cuadro 10. Promedio del porcentaje de participación por inciso del gasto ejecutado en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017).**

Inciso	%
Gastos en personal	75%
Servicios no personales	11%
Bienes de consumo	10%
Bienes de uso	3%
Transferencias	1%
Préstamos y/o deuda	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

En función de lo anterior, en lo que sigue se trabaja con los primeros cuatro incisos del Cuadro 10, a fin de poder conocer cuáles han sido sus comportamientos y datos estadísticos. La comparación es posible porque, como ya señalamos, los montos en este apartado están a valor monetario 2019.

#### **5.4.2.1. Gasto en personal**

El gasto ejecutado del Inciso 1 –gastos en personal– representa la retribución de los servicios personales prestados por el personal que realiza la actividad en el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y está formado por las ocho partidas principales que forman el total del gasto ejecutado.

No solo se incluyen las retribuciones del personal en relación de dependencia, sino también aquellos montos que reciben los miembros de directorios y comisiones fiscalizadoras de empresas públicas, y las correspondientes contribuciones patronales. Asimismo, se incluyen las retribuciones en concepto de asignaciones familiares, los servicios extraordinarios y las prestaciones sociales recibidas por los agentes del Estado municipal.<sup>52</sup>

<sup>52</sup> Véase APÉNDICE B – Tabla 1. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado de personal en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

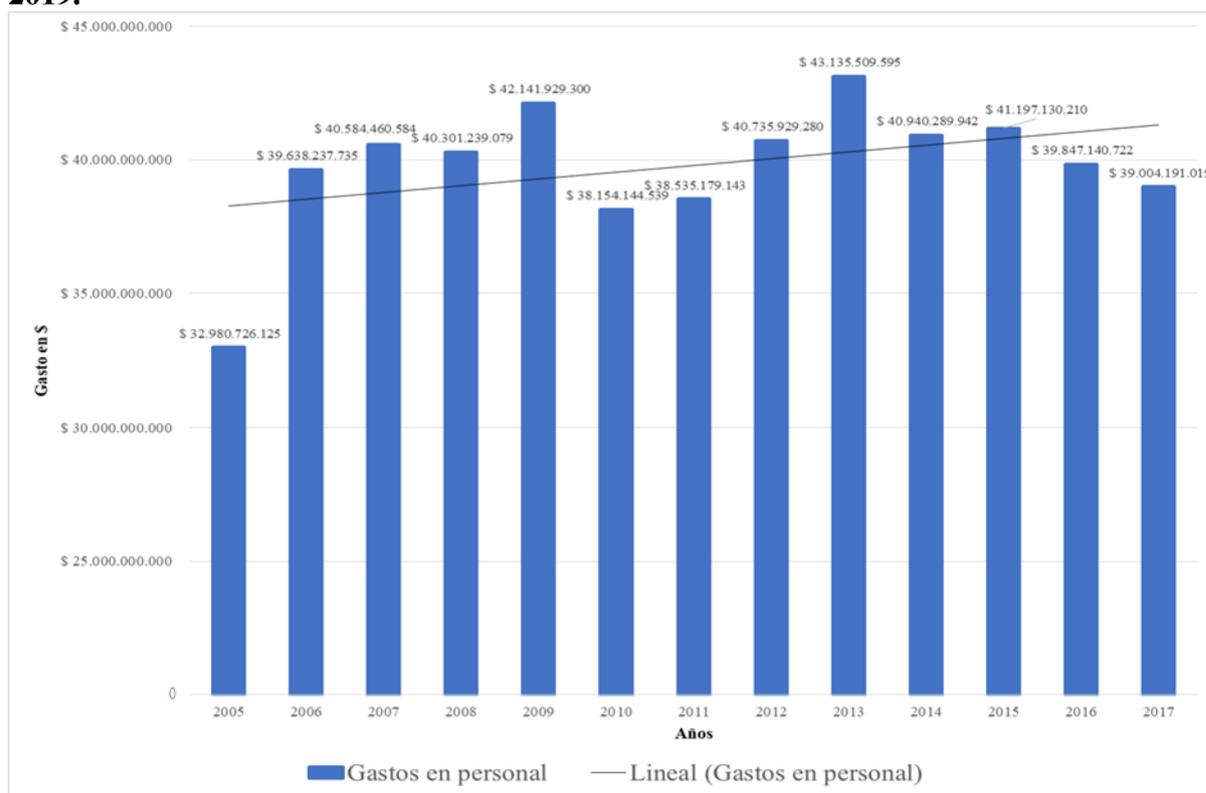
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

En función de las distintas partidas principales se trabajará solo con el inciso; este representa el monto del gasto total por partida principal de los hospitales del Gobierno de la Ciudad.

De acuerdo con el Gráfico 39, que exhibe la evolución del gasto ejecutado en personal de los hospitales, en valores del año 2019, entre 2005 y 2017, la pendiente de la curva de tendencia es de signo positivo, de modo que a medida que avanzan los años aumenta el monto.

El valor máximo, de \$43.135.509.595, tuvo lugar en el año 2013 y el mínimo, de \$32.980.726.125, en 2005. La media de \$39.784.315.944, la mediana de \$40.301.239.079 y el rango de \$10.154.783.469 indican que los montos son levemente superiores.

**Gráfico 39. Evolución temporal del gasto de personal ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Luego, según el Cuadro 11 que sigue a continuación, el máximo gasto se da en el año 2013. Si observamos las variaciones proporcionales, respecto del año anterior y respecto del año base 2005, coinciden en que ambas fueron las más altas: 5.89% y 31%, respectivamente.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 11. Gasto total ejecutado en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019.**

Año	Gastos en personal	Variación respecto al año 2005	Variación anual (año anterior)
2005	\$ 32.980.726.125	0%	
2006	\$ 39.638.237.735	20%	20,19%
2007	\$ 40.584.460.584	23%	2,39%
2008	\$ 40.301.239.079	22%	-0,70%
2009	\$ 42.141.929.300	28%	4,57%
2010	\$ 38.154.144.539	16%	-9,46%
2011	\$ 38.535.179.143	17%	1,00%
2012	\$ 40.735.929.280	24%	5,71%
2013	\$ 43.135.509.595	31%	5,89%
2014	\$ 40.940.289.942	24%	-5,09%
2015	\$ 41.197.130.210	25%	0,63%
2016	\$ 39.847.140.722	21%	-3,28%
2017	\$ 39.004.191.015	18%	-2,12%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

#### 5.4.2.2. Gasto en bienes de consumo

Los bienes de consumo son los gastos en materiales y suministros consumibles que son utilizados para el funcionamiento de los hospitales. Es el mismo criterio utilizado en todas las reparticiones del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y está formado por diez partidas principales que forman el total del gasto.<sup>53</sup>

Las principales características que deben reunir los bienes comprendidos en este inciso son que por su naturaleza estén destinados al consumo final, intermedio, propio o de terceros, y que su tiempo de utilización sea relativamente corto, generalmente dentro del ejercicio.

Al evaluar la evolución del gasto ejecutado en bienes de consumo de los hospitales de la Ciudad en valores del año 2019 que expone el Gráfico 40, advertimos que, si trabajamos con todo el periodo, se observa que la pendiente de la curva de tendencia tiene signo negativo: disminuye el monto total gastado por este inciso con el paso de los años. Pero, si se divide en dos periodos, uno que va del año 2005 al 2008 y del 2008 al 2017, vemos que en el primer periodo la curva tiene pendiente negativa, de modo que sucede lo mismo que en todo el periodo;

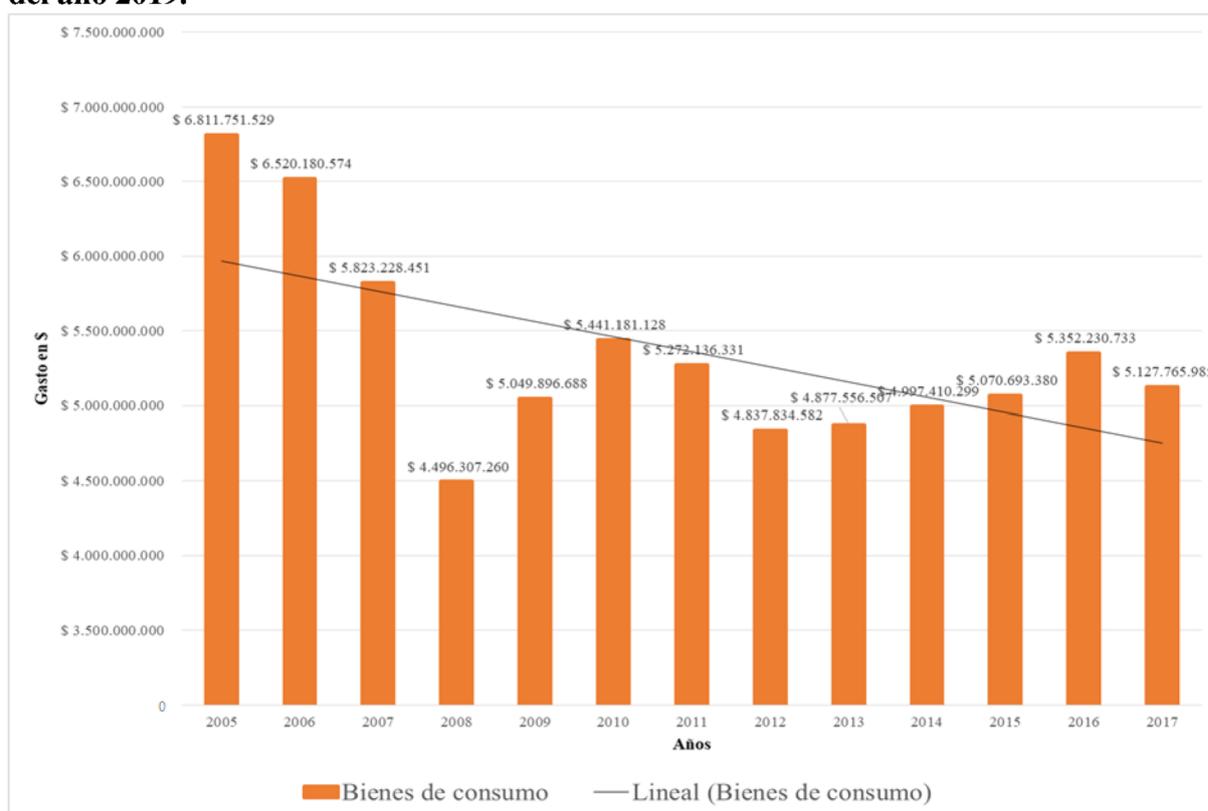
<sup>53</sup> Véase APÉNDICE B – Tabla 2. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado en bienes de consumo en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

en cambio, en el segundo periodo observamos que la pendiente de la curva tiene valor positivo, es decir que aumenta a medida que avanzan los años.

Es llamativo que el valor máximo de \$6.811.751.529 en el año 2005 sea el primer valor de la serie y que su mínimo de \$4.496.307.260 sea en el año 2008, y que a partir de ese año comience con un leve crecimiento. Del análisis no parecería que hubiese un nuevo criterio en la presentación de la cuenta anual de inversión; habría que analizar cuál fue la causa del descenso del 33%, con una media de \$5.359.859.496, una mediana de \$5.359.859.496 y un rango de \$2.315.444.269.

**Gráfico 40. Evolución temporal del gasto en bienes de consumo ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

En el Cuadro 12 se observa que el máximo gasto tiene lugar en el 2005. A partir de este año, todas las variaciones respecto de él son negativas, teniendo su máximo en 2008 –valor mínimo de la serie–. En cuanto a las variaciones respecto del año anterior, a partir de 2008 los signos de las variaciones son en su mayoría positivos. Y, como se señaló anteriormente, el

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

segundo tramo tiene una pendiente creciente; aquí el valor máximo de descenso fue del 22,79% en el año 2008 y de mayor crecimiento en 2009, del 12,31%.

**Cuadro 12. Gasto total ejecutado de bienes de consumo en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019.**

Año	Bienes de consumo	Variación base 2005	Variación base año anterior
2005	\$ 6.811.751.529	0%	
2006	\$ 6.520.180.574	-4%	-4,28%
2007	\$ 5.823.228.451	-15%	-10,69%
2008	\$ 4.496.307.260	-34%	-22,79%
2009	\$ 5.049.896.688	-26%	12,31%
2010	\$ 5.441.181.128	-20%	7,75%
2011	\$ 5.272.136.331	-23%	-3,11%
2012	\$ 4.837.834.582	-29%	-8,24%
2013	\$ 4.877.556.507	-28%	0,82%
2014	\$ 4.997.410.299	-27%	2,46%
2015	\$ 5.070.693.380	-26%	1,47%
2016	\$ 5.352.230.733	-21%	5,55%
2017	\$ 5.127.765.985	-25%	-4,19%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

#### 5.4.2.3. Gasto en servicios no personales

El Inciso 3 –servicios no personales– está compuesto por aquellos servicios que, por sus características, hacen al funcionamiento de los entes estatales, incluidos los que se destinan a conservación y reparación de bienes de capital. Incluye, asimismo, los servicios utilizados en los procesos productivos. Comprende: servicios básicos, arrendamientos de edificios, terrenos y equipos, servicios de mantenimiento, limpieza y reparación, servicios técnicos y profesionales, publicidad e impresión, servicios comerciales y financieros. Los servicios básicos son de provisión de electricidad, gas, agua (incluida la evacuación del afluente cloacal) y de comunicaciones.<sup>54</sup>

Según el Gráfico 41, si trabajamos con todo el periodo, observamos que la pendiente de la curva de tendencia tiene signo negativo; a medida que avanzan los años, disminuye el monto total gastado por este inciso. Pero, si se divide en dos periodos, uno que va de 2005 a 2009 y de

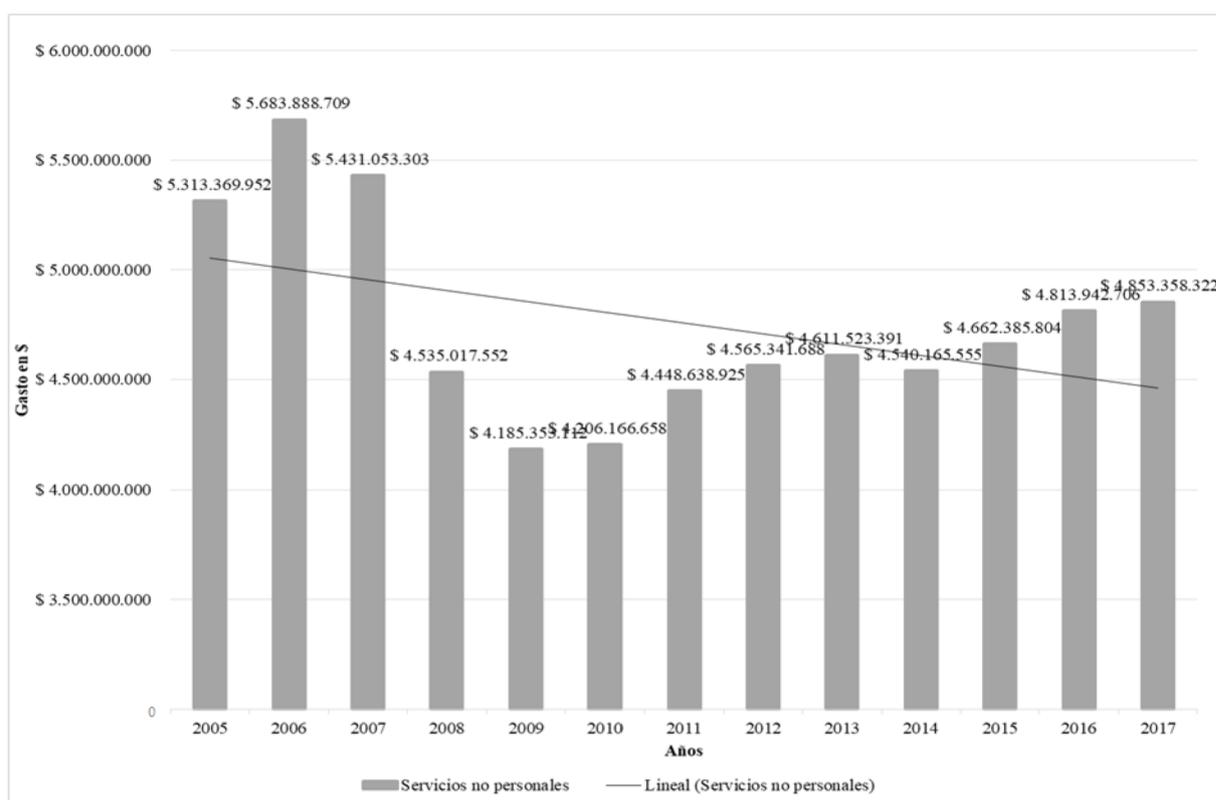
<sup>54</sup> Véase APÉNDICE B – Tabla 3. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado en servicios no personales en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

2009 a 2017, vemos que en el primer periodo la curva tiene pendiente negativa, sucede lo mismo que en todo el periodo, y en cambio en el segundo periodo observamos que la pendiente de la curva tiene valor positivo, es decir que aumenta conforme avanzan los años.

Su valor máximo es de \$5.683.888.709 en el año 2006 y su mínimo de \$4.185.353.112 en 2009, y presenta una media de \$4.757.708.129, una mediana de \$4.611.523.391 y un rango de \$1.498.535.597.

**Gráfico 41. Evolución temporal del gasto en servicios no personales ejecutado del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

De acuerdo con la información observada en el Cuadro 13, el máximo gasto se da en el año 2006. Exceptuando este año, para el resto de los años todas las variaciones respecto del año base son negativas, teniendo su máximo descenso en 2009 –que presenta el valor mínimo de la serie y una caída del 21,2%–. En cuanto a las variaciones respecto del año anterior, el 66% es de signo positivo, es decir que el gasto ejecutado aumentó respecto del año anterior y solo el 33,3% fue negativo. Aquí el valor máximo de descenso fue del 16,5% en 2008 y el año de mayor crecimiento fue 2006, con un 6,97% –máximo valor de la serie–.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 13. Gasto total ejecutado de servicios no personales en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019.**

Año	Servicios no personales	Variación base 2005	Variación base año anterior
2005	\$ 5.313.369.952	0,0%	
2006	\$ 5.683.888.709	7,0%	6,97%
2007	\$ 5.431.053.303	2,2%	-4,45%
2008	\$ 4.535.017.552	-14,6%	-16,50%
2009	\$ 4.185.353.112	-21,2%	-7,71%
2010	\$ 4.206.166.658	-20,8%	0,50%
2011	\$ 4.448.638.925	-16,3%	5,76%
2012	\$ 4.565.341.688	-14,1%	2,62%
2013	\$ 4.611.523.391	-13,2%	1,01%
2014	\$ 4.540.165.555	-14,6%	-1,55%
2015	\$ 4.662.385.804	-12,3%	2,69%
2016	\$ 4.813.942.706	-9,4%	3,25%
2017	\$ 4.853.358.322	-8,7%	0,82%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

#### 5.4.2.4. Gasto en bienes de uso

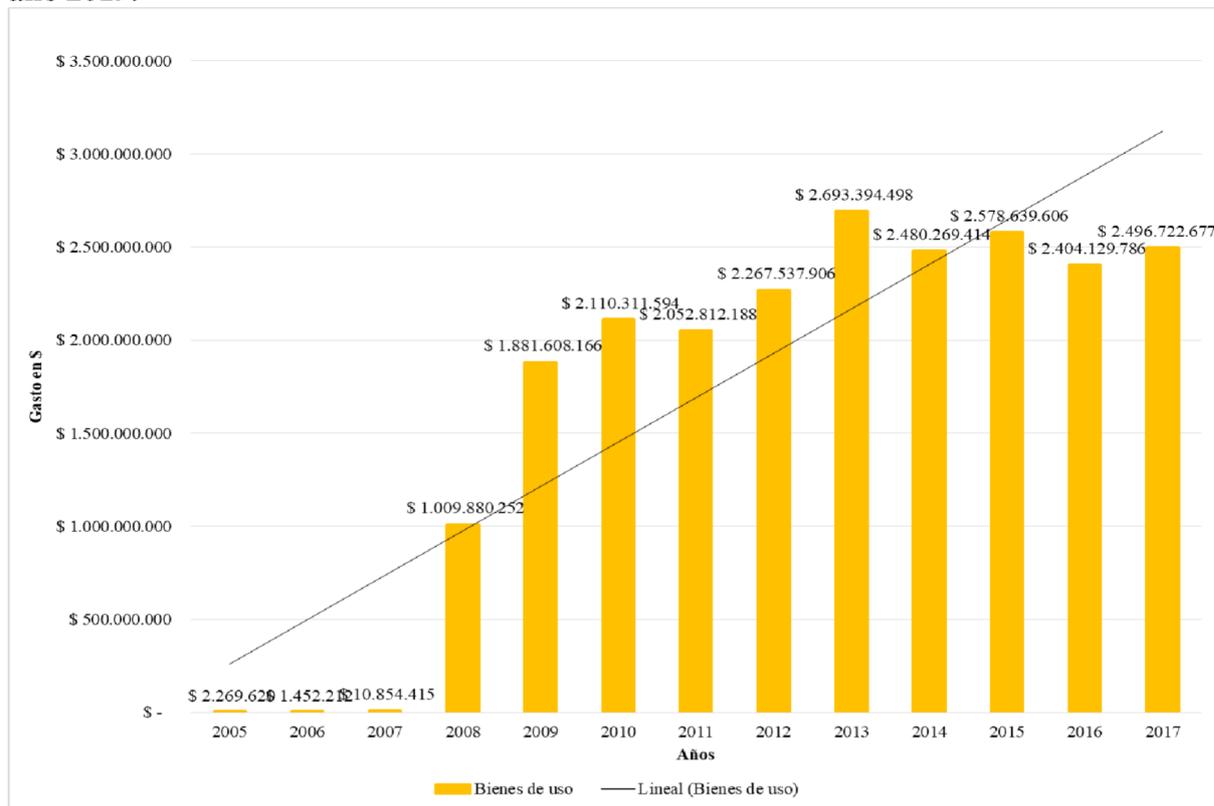
Los gastos en bienes de uso son aquellos que se generan por la adquisición o construcción de bienes de capital que aumentan el activo de las entidades del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en un período dado. Se incluyen aquí las adquisiciones de bienes físicos, las construcciones y/o equipos que sirven para producir otros bienes y servicios. No se agotan en el primer uso que se hace, sino que tienen una duración superior a un año y están sujetos a depreciación. Incluye, asimismo, los activos intangibles, aquellos que no tienen forma física, no son algo material y, por tanto, no se pueden ver ni tocar.<sup>55</sup>

A continuación, el Gráfico 42 muestra que en todo el periodo analizado la pendiente de la curva tiene pendiente positiva, de manera que crece el monto total gastado por este inciso a medida que avanzan los años. El valor máximo de \$2.693.394.498 tiene lugar en el año 2013, el mínimo de \$1.452.212 en 2006, y presenta una media de \$1.691.529.410, una mediana de \$2.110.311.594 y un de rango de \$2.691.942.285.

<sup>55</sup> Véase APÉNDICE B – Tabla 4. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado en bienes de uso en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 42. Evolución temporal del gasto ejecutado en bienes de uso del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Por último, el Cuadro 14 muestra un máximo gasto que se produce en el año 2013. A partir de 2007, se observa que todas las variaciones respecto de 2005 tienen valores positivos crecientes, confirmando que los montos ejecutados en este inciso son crecientes en toda la serie temporal; su máximo valor alcanzado, de 118.572%, se da en el año 2013. En cuanto a las variaciones respecto del año anterior, el 66% es de signo positivo, de modo que el gasto ejecutado aumentó respecto del año anterior y solo el 33,3% fue negativo; aquí el valor máximo de descenso fue del 36,5% en el año 2006, y el de mayor crecimiento, del 9203,3%, en 2008.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 14. Gasto total ejecutado de bienes de uso en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017). Variación respecto del año base 2005 y del año anterior, en valores del año 2019.**

Año	Servicios no personales	Variación base 2005	Variación base año anterior
2005	\$ 2.269.620	0%	
2006	\$ 1.452.212	-36%	-36,02%
2007	\$ 10.854.415	378%	647,44%
2008	\$ 1.009.880.252	44396%	9203,87%
2009	\$ 1.881.608.166	82804%	86,32%
2010	\$ 2.110.311.594	92881%	12,15%
2011	\$ 2.052.812.188	90347%	-2,72%
2012	\$ 2.267.537.906	99808%	10,46%
2013	\$ 2.693.394.498	118572%	18,78%
2014	\$ 2.480.269.414	109181%	-7,91%
2015	\$ 2.578.639.606	113515%	3,97%
2016	\$ 2.404.129.786	105827%	-6,77%
2017	\$ 2.496.722.677	109906%	3,85%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

### 5.4.3. Resumen del grupo

En el Gráfico 36 hemos observado que el monto del gasto total ejecutado entre 2005 y 2017 por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires en valores del año 2019 aumenta a medida que avanzan los años, y que el valor máximo tuvo lugar en 2006 (\$67.229.193.559,15) y el mínimo en 2005 (\$57.491.119.141).

Asimismo, señalamos que, si atendemos a la variación proporcional del año de máximo gasto, el 2006, respecto del año anterior o respecto del año base 2005, vemos que también en ese año se produjeron las variaciones más altas (17%). Y que, si analizamos el 2006 respecto del resto de los años, advertimos que su máximo está dado por un gasto ejecutado de \$1000 millones correspondiente al grupo de unidad ejecutora centro de salud, mientras que el resto de los grupos se mantiene constante.

También señalamos que, con un valor máximo de gasto de los hospitales de \$55.322.571.785 en el año 2013 y un mínimo de \$47.875.183.259 en 2005, el 83% del monto total ejecutado del Ministerio de Salud corresponde al grupo de hospitales públicos (salvo en el año 2006, que desciende al 81% a causa del incremento de \$1000 millones por puesta en valor del grupo de centro de salud).

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Luego, señalamos que el monto total del gasto ejecutado en hospitales está compuesto por varios incisos, siendo el gasto en personal –el Inciso 1– el que mostró el mayor porcentaje del total del gasto por inciso durante el periodo bajo análisis (el 75%), seguido de los incisos correspondientes a servicios no personales (con un 11% en promedio), a los gastos en bienes de consumo (11%), a los bienes de uso (3%) y a las transferencias (con un promedio del 1%).

Con un valor máximo de \$43.135.509.595 en el año 2013 y un mínimo de \$32.980.726.125 en 2005, el monto del gasto en personal, según hemos observado en el Gráfico 39, aumenta a medida que avanzan los años.

En el caso de los gastos en bienes de consumo, el valor máximo es de \$6.811.751.529 y tuvo lugar en el 2005, y el máximo, de \$4.496.307.260, en el año 2008. Si evaluamos todo el periodo, el monto total gastado por este inciso disminuye con el paso de los años. Pero, si se divide en dos periodos, uno entre 2005 y 2008 y otro entre 2008 y 2017, vemos que en el primero la curva tiene pendiente negativa y en el segundo positiva.

De manera similar, con respecto al inciso de servicios no personales, señalamos que de acuerdo con el Gráfico 41, si trabajamos con todo el periodo, observamos que el monto total gastado disminuye con el paso de los años. Pero que, sin embargo, si lo dividimos en dos periodos (uno desde el año 2005 hasta 2009 y el otro desde 2009 hasta 2017), vamos a observar que en el primero la curva también tiene pendiente negativa, mientras que en el segundo periodo pasa a tener un valor positivo. Su valor máximo, de \$5.683.888.709, tiene lugar en el año 2006 y su mínimo, de \$4.185.353.112, en 2009.

Finalmente, hemos visto en el Gráfico 42 que, con un valor máximo de \$2.693.394.498 en 2013 y un mínimo de \$1.452.212 en 2006, en todo el periodo analizado aumenta el monto total gastado por el inciso bienes de uso a medida que avanzan los años.

De los cuatros incisos que corresponden al gasto de hospitales públicos del Ministerio de Salud, el de los servicios no personales es el único que no tiene pendiente positiva, es decir, el único en que los montos disminuyen a medida que avanzan los años.

## 5.5. ANÁLISIS DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Se ha elegido un hospital público de los treinta y cinco que forman parte del sistema de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y con el fin de conocer las evoluciones, se tomaron los indicadores elegidos en los apartados anteriores de esta sección de resultados.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Sin embargo, por cómo se presenta la información disponible con la que se trabajó en la presente investigación, hay indicadores que no se ven reflejados en este apartado. Del grupo de Epidemiología, por ejemplo, el dato de la tasa de mortalidad por principales causas discriminada por hospital no está disponible. Y lo mismo sucede con el grupo de Personal: no contamos con el detalle de las cantidades por tipo de cargo del GCBA discriminado por hospital. Por ese motivo, el análisis que sigue a continuación contempla solamente las evoluciones de las consultas externas y de los egresos de pacientes correspondientes al grupo de Servicios de Salud, y las del gasto en personal y en bienes de consumo, al de Recursos Económicos.

Para poder representar las evoluciones de los indicadores, se elaboraron el Cuadro 15 y los gráficos que le siguen, obtenidos a partir de información de la Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud dependiente de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía y Finanzas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

**Cuadro 15. Evolución temporal comparativa de un hospital del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017).**

Año	Turnos de consulta externa	Egresos	Gasto en personal	Bienes de consumo
2005	929.533	14.601	\$ 2.315.488.270	\$ 765.880.685
2006	999.233	13.908	\$ 2.816.665.787	\$ 786.976.006
2007	1.016.839	14.861	\$ 2.861.652.106	\$ 703.991.694
2008	971.394	13.682	\$ 2.877.570.654	\$ 421.397.599
2009	941.202	13.071	\$ 3.030.682.174	\$ 479.015.231
2010	945.452	12.765	\$ 2.659.791.841	\$ 586.355.436
2011	932.416	12.425	\$ 2.681.109.481	\$ 490.347.960
2012	902.627	13.763	\$ 2.839.511.668	\$ 442.409.320
2013	853.725	13.350	\$ 3.035.278.720	\$ 387.862.004
2014	814.746	13.236	\$ 2.899.004.190	\$ 431.670.091
2015	792.732	12.943	\$ 2.858.002.988	\$ 427.397.477
2016	738.421	12.965	\$ 2.719.274.490	\$ 476.002.519
2017	701.787	12.613	\$ 2.716.477.142	\$ 464.134.864

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

De la observación del Gráfico 43 surge que la primera evolución a analizar es la del gasto en personal, cuya pendiente de tendencia es de signo positivo: a medida que avanzan los años, aumenta el monto. Presenta un valor máximo de \$3.035.278.719 en el año 2013 y un mínimo de \$2.315.488.270 en 2005.

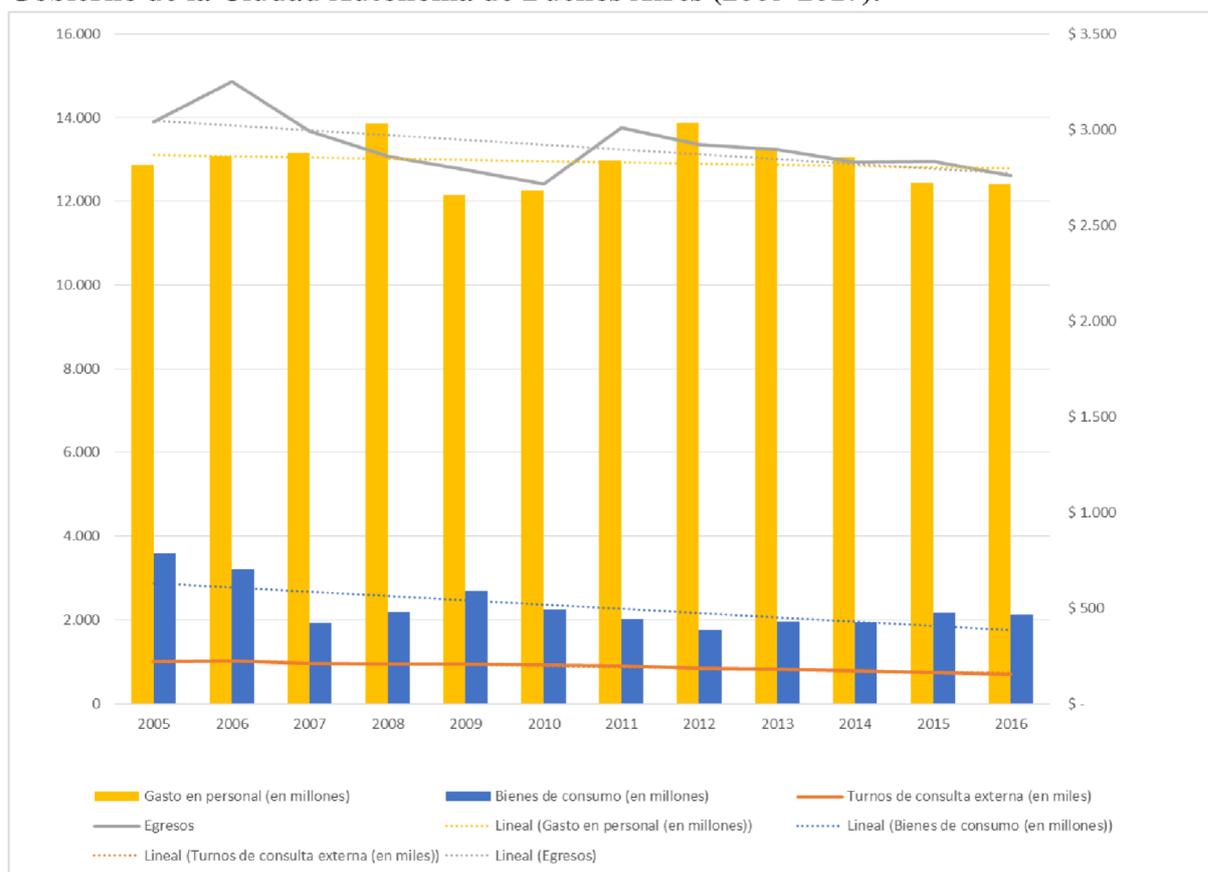
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Algo distinto sucede con la pendiente de la curva de tendencia en la evolución de las consultas externas, que en este caso es negativa, de modo que a medida que avanzan los años bajan las consultas. Para esta evolución, su valor máximo alcanzado se da en el año 2007, con 1.016.839 consultas externas, y el mínimo en 2017, con 701.787.

Sucede lo mismo con las cantidades de egresos en este hospital: se observa que la pendiente de la curva de tendencia es negativa, es decir que los egresos se reducen a medida que se incrementan los años. El máximo de egresos tiene lugar en el año 2007, con 14.861, y el mínimo en 2011, con 12.425.

La otra curva de tendencia con pendiente negativa es la de gastos en bienes de consumo; esto es, los gastos en materiales y suministros consumibles que son utilizados para el funcionamiento de los hospitales. Aquí también el signo es negativo: disminuye a medida que avanzan los años, con un máximo de gasto en el año 2006 de \$786.976.006 a valor del año 2019 y un mínimo de \$387.862.004 en el año 2013.

#### Gráfico 43. Evolución temporal comparativa de un hospital del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## 6. CONCLUSIONES

En este final de recorrido retomaremos algunos resultados del análisis realizado acerca del comportamiento en el tiempo de los indicadores de epidemiología, servicios de salud, personal y recursos económicos del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 1980 y 2018, para plantear luego una serie de reflexiones.

Del análisis del grupo de indicadores de Epidemiología cabe destacar que la segunda causa de muerte, con un 26,641%, se enmarca en la categoría denominada “resto de las causas”. Hemos mostrado en el Cuadro 4 esas cantidades y el porqué de ese lugar, en el marco de veinte años de información. Esto nos obliga a reflexionar acerca del nivel de apropiación que este dato pudo haber tenido (o no) por parte de los trabajadores de la salud. En este sentido, nos preguntamos si esa información condujo a alguna reflexión, a una acción concreta basada en una concepción creativa y transformadora de la realidad, o si –tal vez debido a cierto estado de alienación de los trabajadores de la salud– pasó desapercibida (32).

También se destacaron, en el análisis de las tasas de mortalidad por principales causas, las muertes por afecciones respiratorias. Así, en el Gráfico 16 observamos que de las once tasas es la única con pendiente de tendencia positiva. De modo que, estando en el cuarto lugar con más casos de muertes, las defunciones por enfermedades respiratorias aumentan con los años. Si bien el crecimiento no es marcado, se puede afirmar que las tasas de mortalidad por esta causa crecen. Al respecto cabe destacar que ya en 2007 Diez Roux, Green Franklin, Alazraqui y Spinelli, en un trabajo acerca de las variaciones intraurbanas de la mortalidad adulta en una gran ciudad latinoamericana, señalaron el lugar de relevancia de esta causa de muerte (59).

Luego, del análisis del grupo de Servicios de Salud hay que señalar que, tal como exhibe el Gráfico 22, se registra una caída pronunciada de la cantidad de consultas externas en los últimos cuatro años de la serie temporal considerada. Y con respecto a los egresos, el Gráfico 26 nos ha mostrado que las cantidades de egresos totales de pacientes internados presenta una caída muy profunda en el año 2014.

Con respecto al grupo de Personal, se trabajó con la información disponible de los cargos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por planta de pertenencia entre los años 2002 y 2019. Esta información es útil a los efectos de conocer los movimientos de personal en todo el GCABA para un análisis general, pero para un estudio en particular –en este caso por ministerios y específicamente el de Salud– sería de gran aporte contar con la información discriminada por repartición de la administración pública y por ministerios. Eso enriquecería el

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

análisis y la gestión y mejoraría la toma de decisiones en términos de eficiencia de los recursos. Contar con las cantidades de empleados por profesión, por tipo de planta de pertenencia y por ministerio nos llevaría de un análisis que va de lo general a lo particular.

En cuanto a los resultados obtenidos en el grupo de Personal, cabe destacar que se contó con sólo cuatro años de información acerca de la cantidad de médicos. Y, en relación con esto último, que el descenso producido en el año 2014 en la cantidad de empleados de planta permanente –mostrado en el Gráfico 31– coincide con el inicio de la evolución de la cantidad de médicos –según lo observado en el Gráfico 32. Las profesiones que aparecen como de salud son las de médicos (a partir de 2014), residentes y suplentes de guardia. El resto de las profesiones que pertenecen y prestan sus servicios al Ministerio de Salud hasta el año 2017 son consideradas como personal de planta permanente o enmarcadas en algún otro tipo de contrato, de manera que no está disponible la información para la toma de decisiones en este sentido.

Y, en relación con el grupo de Recursos Económicos, podemos señalar que cuando se analizaron los distintos presupuestos y las cuentas anuales de inversión del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se pudo constatar que el total del gasto es creciente, que los montos ejecutados fueron en aumento, que el 84% corresponde al gasto en hospitales de la CABA y que, de ese porcentaje, el 76% corresponde al de personal. El mayor gasto en salud corresponde a los trabajadores de la salud, punto sobre el cual volvemos a destacar que no se trata solamente de médicos, sino de todas las profesiones con sus especialidades y las distintas variantes del personal de planta permanente que prestan servicios a este ministerio y constituyen un apoyo para su funcionamiento.

En el análisis de la evolución de los distintos gastos, se observó que el gasto en personal tiene tendencia creciente, casi constante. En cuanto a los gastos en bienes de consumo, su línea de tendencia fue negativa, lo que indica que lo ejecutado año a año fue menor. Lo mismo sucede con el gasto en alquileres y servicios de terceros, cuya tendencia también es negativa. Lo interesante es el gasto en el inciso 4, cuya pendiente es de valor positivo y creciente; así, el Gráfico 42 exhibe el nivel de gasto de este inciso, producto del mantenimiento de los hospitales.<sup>56</sup>

Ahora bien, en función de lo expuesto, nos surgen algunas reflexiones. Pues que casi el treinta por ciento de las causas de muerte en la CABA en el periodo estudiado sea por resto de

---

<sup>56</sup> Vale aclarar que el inciso 4 también contempla la adquisición de equipamiento, que es un gasto de gran impacto y que sería interesante analizar en trabajos posteriores.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

las causas (situación que no parece llamar la atención en el campo de la salud) abre una serie de interrogantes: ¿qué es lo que se entiende por “resto de las causas”? ¿cuál es el nivel de confianza que puede darnos la evolución analizada si no podemos saber a ciencia cierta a qué corresponde ese número? Contamos con información, pero ¿de qué clase?, ¿es útil?, ¿está en condiciones de ser tomada en cuenta para la toma de decisiones?, ¿podemos trabajar en políticas de salud pública con esta calidad del dato?, ¿o la estrategia previa para una planificación a largo plazo es primeramente trabajar con estos sistemas de información?

Lo planteado por Chorny (11) nos puede acercar a una posible solución en la que los objetivos y las metas del nivel central sean expresados en términos de indicadores de salud, y que les incumba a los otros niveles de la organización determinar las metas intermedias que permitirán alcanzar esos objetivos, de acuerdo con las modalidades de acción previstas, de manera tal que la claridad en el objetivo aporte una visión más amplia a los mandos medios a la hora de construir esos indicadores.

Hay indicadores que pueden dar cuenta de cuándo un evento es inusual, no solo en las enfermedades de vigilancia obligatoria, sino también para el resto de las enfermedades. Así, por ejemplo, en el año 2006, según el Gráfico 8, se observa una caída abrupta de las cantidades de muertes por resto de las causas; y de acuerdo con el APÉNDICE B - Gráfico 9, en ese mismo año se produce un incremento en las muertes por septicemia. Este tipo de información debe ser analizada y tomada en cuenta sobre todo en sistemas de información con mucho potencial a mejorar. Constituye un dato relevante, algo inusual, información acerca de la cual la ESSS puede ofrecer una visión mucho más rica sobre cómo gestionar a futuro.

Para mejorar la vigilancia epidemiológica, es necesario que los datos recolectados puedan ser analizados y utilizados localmente con la oportunidad necesaria para la toma de decisiones (60). Asimismo, es preciso realizar análisis en niveles progresivamente superiores para contribuir al conocimiento de los problemas de salud, para sustentar las decisiones en cada uno de estos niveles y realimentar el proceso central de normalización y programación, ya que la retroalimentación es parte del proceso de información y permite tomar acción sobre la realidad.

Para Dever (29) la planificación es un proceso que se ocupa de reunir información y utilizarla para el desarrollo y elaboración de las acciones y actividades de la organización. ¿Qué hacemos si dejamos fuera del análisis, por ejemplo, el dato de que las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias están en aumento? Podemos dudar sobre la certeza del valor absoluto, porque cuestionamos o ponemos en duda el proceso de recolección del dato, pero

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

mientras tanto, ¿seguimos trabajando con el teorema del quinto oscilante? Y entonces, ¿dónde queremos pararnos?, ¿qué hacer mientras tanto en el futuro?, ¿se deben tomar acciones?, ¿cuáles serían estas acciones?

La respuesta está en trabajar en la tarea de formar conocimiento y de emplear adecuadamente el conocimiento útil. No es fácil comprender esta situación, principalmente porque los métodos o instrumentos de que disponemos para la evaluación, la previsión, la anticipación de lo que nos espera y la definición de las acciones que tenemos que tomar son limitados por la naturaleza de los hechos que componen esta situación. En el plano de la administración y de la planificación, la gran cantidad de instrumentos con los que contamos para comprender las realidades sociales y las de salud se basan en el supuesto de que los hechos del futuro o del presente puedan ser explicados en función del conocimiento de los acontecidos en el pasado. Pero los fenómenos sociales y en particular los de salud tienen generalmente la característica única de la transitoriedad; cada momento condiciona un cambio en las relaciones que definen el momento siguiente y cada acción realizada cambia las relaciones observadas en el anterior.

Los modelos explicativos disponibles no son capaces de expresar ese comportamiento. Esto se puede observar en el análisis de los indicadores del grupo de Servicios de Salud, en el cual ambas series temporales tienen comportamientos no esperados. Así, si consideramos la evolución temporal de las cantidades totales de consultas externas bajo el criterio de los modelos explicativos, es de esperarse encontrar que en los últimos años estas cantidades hayan ido en aumento; sin embargo, sucedió todo lo contrario: se observa una caída pronunciada de la cantidad de consultas externas en los últimos cuatro años. ¿Qué ocurrió? ¿Qué pasó con el modelo explicativo de la administración, que no estaría dando certezas? Y, en cambio, el modelo sí es capaz de explicar el comportamiento del total de egresos, ya que se cuenta con el histórico y su dispersión es relativamente baja.

Entonces, ¿para un indicador sí y para el otro no?, ¿cuál sería el criterio? Estimamos que el aporte que puede dar la epidemiología va más allá del problema de salud específico o una enfermedad. Que es necesaria y posible una epidemiología que considere a la sociedad como fuente de explicación, para los problemas y para las soluciones de salud en sí mismos; una epidemiología que anticipe el conocimiento de las necesidades, que defina y determine las condiciones de riesgo que deben orientar la definición de prioridades y la utilización de los recursos, y que se convierta así en un instrumento para la planificación y para la conducción estratégica de los servicios de salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

La intervención de la ESSS debe ser transformadora de la realidad, ser el aporte requerido para la toma de decisiones con una visión holística. Abordar a los SIS con la lógica DICCA (32) implica también una nueva perspectiva para la epidemiología. Una epidemiología de los servicios y sistemas de salud orientada a la gestión, donde además se rescata la tradición epidemiológica en América Latina, ligada a un compromiso de denuncia de desigualdades en salud y orientada a políticas que las reduzcan (32).

Un ejemplo de cómo una visión acotada sobre una problemática puede dar respuestas reducidas, de información que no procede del campo de la epidemiología sino del de la economía, es el dato de que el 76% del gasto en salud corresponde al gasto en personal, reflejado en el Cuadro 7, que muestra las contribuciones que recibe el personal que desempeña actividades en el Ministerio de Salud de la CABA. Lo económico aporta información vital sobre un área que podría ser epidemiológica. La dimensión olvidada, que debe ser considerada por la epidemiología de los servicios de salud y tratada con el mismo grado de importancia que el otorgado a otras dimensiones.

En el mundo de la administración existen infinidad de herramientas y reglas para la gestión del personal. En el caso de la salud, el número de profesionales está relacionado con el volumen de la población objetivo. Entendemos que el abanico de profesionales de la salud es amplio, ya que incluye a los médicos en sus diferentes especialidades, los técnicos, los licenciados en enfermería, los enfermeros, los profesionales de otras especialidades y al grupo de personal administrativo (personal de planta permanente), etc. que trabaja en el Ministerio de Salud y que hace de apoyo a la organización.

Por lo tanto, el grupo de Personal toma protagonismo entre los indicadores a ser analizados. Si se quiere dar respuesta a la demanda de servicios de salud, hay que ver qué sucede con este indicador. Es necesario problematizar y pensar sobre ellos, analizar la disponibilidad del personal, así como saber cuál es la relación entre el volumen existente y el necesario para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de una población (32;54).

Al analizar el presupuesto y la información con la que el Ministerio de Hacienda provee los números, se observa que falta el detalle del personal de salud por profesión que trabaja en el Ministerio de Salud. La planilla de cargos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires muestra un cuadro por planta de pertenencia y se puede observar el número de personas por año y a qué tipo de planta pertenecen. Pero sería necesario saber también a qué ministerio corresponden y profundizar en el detalle de la profesión con el fin de conocer la oferta de personal disponible. Sin embargo, como ya hemos señalado respecto del dato de la cantidad de médicos del GCBA,

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

la diferenciación del tipo de personal disponible parece haber sido tomada en cuenta recién a partir de 2014.

Acercado de la visión presupuestaria, Chorny (11) nos aporta que el diseño de una estrategia requiere hacer explícitos escenarios, evaluar la coyuntura, estimar y organizar recursos y elaborar planes alternativos de intervención. El gestor tendrá que dedicar su atención, simultáneamente, a varias dimensiones de la realidad. Estas dimensiones definen el conjunto de objetos de reflexión y el trabajo del gestor en salud. Un primer objeto es el constituido por la dimensión salud y sus determinantes y condicionantes. Por lo tanto, el análisis epidemiológico constituye una herramienta esencial. En este sentido, se debe insistir en que actualmente el interés de los así llamados planificadores en salud está, sobre todo, dirigido a los aspectos presupuestarios. Así, lo que debería ser un medio se transformó en un fin. Los recursos financieros no son más vistos como los mediadores para alcanzar el mayor grado de bienestar de acuerdo con las restricciones existentes; ahora, lo que interesa es gastar lo menos posible y adecuar la salud del conjunto de la población a las exhaustas arcas de un Estado quebrado (11).

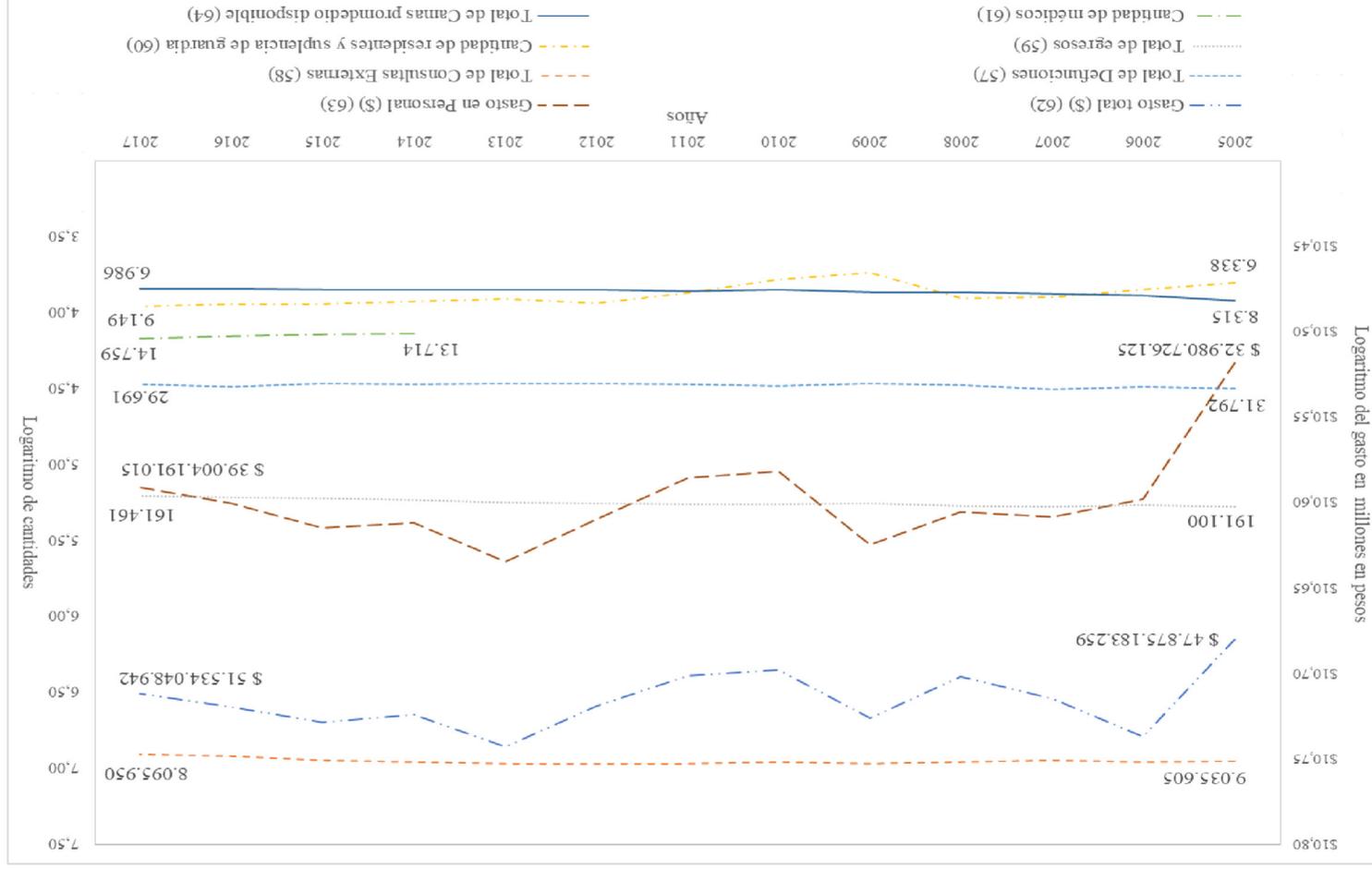
En la introducción de la presente tesis, se señaló que Dussault (10) refiere la escasa atención que recibe la epidemiología de los servicios de salud y el papel acotado de la epidemiología en la gestión. Por su parte, en el año 1984 la OMS planteó que una de las preocupaciones en aquel entonces era la de la selección apropiada de indicadores que faciliten el juicio conciso, integral y balanceado de las condiciones de salud de una comunidad. Muchos de estos indicadores son seleccionados sin un análisis crítico de sus significados y de sus determinantes.

No obstante, es importante trabajar con la información existente; si bien es cierto que arrastra errores, también lo es que debemos tomar decisiones con lo que se tiene y mientras tanto mejorar esos procesos, para en el futuro ir mejorando paulatinamente la toma de decisiones.

En este orden de ideas, a continuación, el gráfico 44 muestra el comparativo de los principales indicadores de los distintos grupos estudiados para la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 2005 y 2017. En función de los distintos rangos de valores y las características propias de cada distribución temporal, y a fin de poder visualizar la información de forma clara, se trabajó, solamente en este gráfico, con escalas logarítmicas; es decir, aquellas en las que se utiliza al logaritmo de una cantidad física, en base 10, en lugar de la propia cantidad. Esto facilita cubrir una amplia gama de valores, reduciendo los rangos y permitiendo visualizar la información de forma conjunta.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 44. Distribución temporal en escala logarítmica del gasto total en salud, gasto en personal de salud, consultas externas, egresos hospitalarios, defunciones, promedio de camas disponibles, médicos, residentes y suplencias de guardia (valores en gráfico en escala original). Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas; Ministerio de Salud y Ministerio Hacienda y Finanzas, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

(57) Véase Gráfico 1. Total de defunciones ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018)  
 (58) Véase Gráfico 22. Cantidad de consultas externas totales en su año de ocurrencia (2005-2017)  
 (59) Véase Gráfico 26. Total de egresos de pacientes internados en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1990-2017)  
 (60) Véase Gráfico 33. Cantidad de residentes de distintas residencias hospitalarias en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2002-2017)  
 (61) Véase Gráfico 32. Cantidad de médicos y año de ocurrencia en el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2017)  
 (62) Véase Gráfico 37. Evolución temporal del gasto de personal ejecutado en los hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019  
 (63) Véase Gráfico 39. Evolución temporal del gasto de personal ejecutado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019  
 (64) Véase APÉNDICE A – Listado de indicadores, fuentes y tablas de datos obtenidos. Tabla 4. Grupo de indicadores de servicios de salud: fuentes, nombres de archivos e información de cuadros obtenidos con sus períodos de tiempo.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Observamos que son dos los grupos de indicadores con tendencia negativa: el de Epidemiología (total de defunciones) y el de Servicios de Salud (consultas externas y egresos). Y dos con tendencia positiva, es decir que aumentan las cantidades a medida que pasan los años: el grupo de Personal (cantidades de residentes, de médicos y suplentes de guardia) y de Recursos Económicos (gasto total en hospitales).

Entonces, si queremos cruzar indicadores, podemos llegar a preguntarnos todo lo analizado en estas conclusiones tomando el ejemplo del hospital con el que trabajamos, y observaremos que el Cuadro 15 refleja información que nos crea una serie de inquietudes y nos habilita a hacernos las mismas preguntas que ya hemos planteado. Si las consultas externas y los egresos en este hospital disminuyen, ¿por qué el gasto en personal se mantiene constante?, ¿qué ocurre con el gasto en bienes de consumo?, ¿por qué se sigue incrementando la cantidad de médicos?, ¿qué sucede con la atención a pacientes con afecciones en las vías respiratorias?

Las respuestas a esas preguntas no se pueden responder para el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, ni para “un hospital”, ni para cualquier sistema de salud que base sus decisiones en políticas de servicios. En este sentido, sostiene Dussault (10) que tenemos que tratar de definir políticas de salud y no políticas de servicios. Es decir, definir políticas cuyas metas se formulen en términos de indicadores de salud que hay que alcanzar y no solamente en términos de servicios que hay que ofrecer y de recursos que hay que movilizar. El objetivo de tales políticas es tener efectos mensurables en la salud de una población determinada. Es muy diferente de tener como objetivo satisfacer la demanda espontánea de las personas.

Los principales responsables de la toma de decisiones en la política sanitaria (el ciudadano común, los médicos, los administradores de atención médica y los expertos en salud) tienen diferentes puntos de vista sobre la salud y la enfermedad. Los ciudadanos comunes son conscientes de que pertenecen al denominador, pero tienen un conocimiento limitado del numerador o de la extensión de la población. Por el contrario, los médicos se concentran en la relación paciente-médico y le asignan gran importancia: ellos saben bastante sobre el numerador, pero saben poco sobre el denominador. Por último, los administradores de la atención sanitaria generalmente conocen más sobre la población general, pero muy a menudo más en términos económicos que en lo que a necesidades no satisfechas de prevención de enfermedades y de mantenimiento y promoción de la salud respecta.

Tanto los médicos como los administradores de atención médica, los expertos en salud y los epidemiólogos (todo el personal de la salud), en la salud pública, deben salir y tener roles

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

relevantes en la toma de decisiones y comprometerse con estos objetivos. Según muchos autores, la formación de los médicos deberá incorporar una perspectiva epidemiológica más amplia en la evaluación de los pacientes. Y es aquí donde ampliamos, dado que consideramos que no solamente los médicos debieran tener esa formación, sino todo el personal de salud.

Es fundamental que las instituciones sanitarias tengan clara conciencia de las necesidades y de los problemas de la comunidad a la que sirven.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos [Internet]. Ginebra: OMS; 20 de febrero de 2019. [citado 21 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
2. Organización Mundial de la Salud. El gasto mundial en salud crece pero se necesita más dinero para la atención primaria. NCD Alliance [Internet]. 20 feb. 2019 [citado 1 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://ncdalliance.org/es/news-events/news/oms-el-gasto-mundial-en-salud-crece-pero-se-necesita-m%C3%A1s-dinero-para-la-atenci%C3%B3n-primaria>
3. Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. [Editorial] Gaceta Sanitaria. 1997; 11(6): 255-258.
4. Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. RevPanam Salud Pública. 2000;8(1-2):71-83.
5. Spinelli H, Mario Testa M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la Planificación en América Latina. En: Salud Colectiva, 2005, 1(3):323-335 Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/50>
6. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial;2009.
7. Diez Roux A. Genes, individuos, sociedad y epidemiología. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. p. 71-81.
8. Torres de Galvis Y. Nuevas orientaciones de la epidemiología. Educmed salud. 1984;18(3)238-59.
9. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
10. Dussault G. La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud. 1995;16(2):1-5.
11. Chorny AH. Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. CuadmédSOC. 1998;(73):23-44.
12. Fayol H. Administración industrial y general. En: Taylor FW, Fayol H. Principios de la administración científica. Administración industrial y general. Bogotá: Edigrama; 2003. p. 113-234.
13. Araújo Hartz Z M; Da Silva L M. Evaluación en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

14. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*.2010;6(3):275.

15. González García G, Tobar F. Más salud por el mismo dinero. 2da ed. Buenos Aires: Ediciones Isalud; 1999.

16. Almeida Filho N de, Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

17. Educación médica y salud (18), 3.pdf [Internet]. [citado 24 de agosto de 2019].  
Disponible en:

[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3199/Educaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20y%20salud%20\(18\),%203.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3199/Educaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20y%20salud%20(18),%203.pdf?sequence=1)

18. Portela Luis T. Epidemiología y Gestión de los Servicios de Salud. En p. 623-630.

19. Minayo MC, Cruz Neto O, Triangulación de método en la evaluación de programas y servicios de salud. En: Bronfman MN, Castro R, coordinadores. *Salud, Cambio Social y Política: Perspectiva desde América Latina*, México DF; Edamex: 1997. p. 65-80

20. Mintzberg H. La burocracia profesional. En: *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo; 2001. p. 159-179.

21. Bourdieu, P. Razones y prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama; 1997.

22. Bourdieu P, Wacquant LJD. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores; 2007.

23. Belmartino S. ¿Salud para todos? [Internet]. Voces en el Fénix. 2010 [citado 28 de junio de 2018]. Disponible en: <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/salud-para-todos/>

24. Carrillo, Ramón. Política sanitaria Argentina / Ramón Carrillo. 1a ed. Remedios de Escalada: De la UNLa -Universidad Nacional de Lanús, 2018.

25. Almeida Filho N. A ciência da saúde. SanPablo: Hucitec; 2000.

26. Almeida Filho N, Castiel LD & Ayres JRM. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*. 2009; 5(3):323-344.

27. Almeida Filho N. Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo [Editorial]. *Salud Colectiva* 2007; 3(3): 229-233.

28. Diez Roux A. En defensa de una epidemiología con números. *Salud Colectiva*, 2007; 3(2):117- 119.

29. Alan Dever GEA. Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud. Fundación Panamericana para la Salud y Educación (PAHEF). Maryland: Aspen Publishers;1991.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

30. Pineda EB, Alvarado El, Canales FH, Base filosófica del conocimiento. En: Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 2da ed. Washington DC: OPS, 1994. (Serie Paltex PXE35). p. 7-14.

31. Rosanvallon P. La nueva cuestión social: repensar el estado providencia. Buenos Aires: Ediciones Manantial; 1995.

32. Alazraqui M, Mota E, Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. Salud Pública, Río de Janeiro. 2006, 22(12)2693-2702.

33. Lemus, J. Salud pública, epidemiología y atención primaria de salud. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial CIDES; 2005.

34. Motta P. Arte y aprendizaje de la gerencia. En: La ciencia y el arte de ser dirigente. Bogotá: TM Editores, Ediciones Uniande; 1995.

35. Organización Panamericana de la Salud. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Segunda edición ampliada y corregida. Mario Rovere. [Internet] Washington, D.C. 2006. [citado 4 de julio de 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223\\_spa.pdf?sequ](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223_spa.pdf?sequ)

36. Solón Jerry A., Sheps Cecil G. y Lee Sidney S. Bosquejo de los patrones de atención médica. En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una Antología. OPS Washington D.C. (1992). pp. 212-219.

37. De Sousa Campos Wagner, G. Gestión en salud: en defensa de la vida. 1ª ed. 2da reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

38. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.

39. Belmartino S. Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. Buenos Aires. Salud Colectiva, La Plata, 1(2): 155-171, Mayo-Agosto, 2005.p.159.

40. Bonazzola PF. El sistema de Salud. En: Ciudad de Buenos Aires: Sistema de Salud y Territorio. [Internet] Buenos Aires. 2010. [citado julio de 2020] Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/bonazzola.pdf>

41. Roemer Milton I. Disponibilidad de camas y utilización de los Hospitales: Un experimento natural. En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una Antología. OPS Washington D.C., 1992. pp. 231-239.

42. Dawson Saunders B, Trapp R. Exploración y presentación de datos. En: Bioestadística Médica. México: Manual Moderno; 1997. pp. 25-47.

43. Norman G. Streiner D. Conceptos básicos. En Bioestadísticas. Madrid: Mosby, Doynma libro; 1996. pp. 2-5.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

44. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estadísticas para la Salud [Internet]. Buenos Aires. [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/estadisticas-para-la-salud>

45. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuentas Anuales de Inversión. [Internet]. Buenos Aires. [citado 3 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/economiafinanzas/contaduria/informacion-contable/cuentas-anuales-de-inversion>

46. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Estadísticas y Censos. Anuario Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires 2017. [Internet]. Buenos Aires; 2017. [citado 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=90432>

47. República Argentina, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía para la elaboración de indicadores seleccionados República Argentina. Sistema Estadístico de Salud. [Internet]. Buenos Aires; Jun 2005 [citado 31 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/3951706-Guia-para-la-elaboracion-de-indicadores-seleccionados-republica-argentina-sistema-estadistico-de-salud.html>

48. White Kerr L., Williams T. Franklin y Greenberg Bernard G. La Ecología de la Atención Médica. En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una Antología. OPS Washington D.C., 1992. pp. 240-250.

49. Gordis L. Medida de la ocurrencia de la enfermedad: I. Morbilidad. En: Epidemiología 3<sup>ra</sup> ed. Efvair: Madrid, 2005. pp. 32-47.

50. Beaglehole R, Bonita R, Kiehlstrom T. Mediciones de la salud y la enfermedad. En: Epidemiología básica. Washington: OPS, 1994. (Publicación científica 551). pp. 13-32.

51. Donabedian Avedis, John R. C., Wheeler y Wyszwianski Leon. Calidad, Costo y Salud: Un modelo Integrador. En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una Antología. OPS Washington D.C., 1992. pp. 809-827.

52. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Estadísticas y Censos. [Internet]. Buenos Aires; [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/>

53. Levin Richard I., Rubín David S. Estadística para administración y economía. Séptima edición revisada. Pearson Educación, México, 2010. pp. 1-126.

54. Testa M. Planificación de recursos humanos para la salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función. Educación Médica y Salud, 4(1-2):48-70, enero-junio 1970.

55. Spinelli H, Alazraqui M, Arakaki J, Sequeiros S, Wilner A. Una experiencia de gestión en el campo social: Programa Federal de Salud 1997-2001. En: Spinelli H, (compilador). Salud Colectiva: Cultura Instituciones Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

56. Lamberto Oscar. Presupuesto y control parlamentario. Asociación del personal de los organismos de control (APOC). Colección educar al soberano. Argentina. Ediciones APOC; 2007.

57. Eimerl T.S. Curiosidad organizada: Método práctico de resolución de problemas del mantenimiento de registros con fines de investigación en el ejercicio de la medicina. En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una Antología. OPS Washington D.C; 1992. pp. 207-211.

58. Benavidez SN, Canepa SR, Nieva SA, Oviedo SN, Urrusuno SD. Uso de la epidemiología en la planificación de los Servicios de Salud [Trabajo monográfico]. Buenos Aires: Hospital Alemán; 2005.

59. Diez Roux, A.V., Green Franklin, T., Alazraqui, M y Spinelli Hugo. Intraurban Variations in Adult Mortality in a Large Latin American City. *J Urban Health* 84, 319–333 (2007). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9159-5>

60. Wesley C. Eisele, Slee Vergil N. y Hoffmann Robert G.. ¿Se puede evaluar la práctica de la medicina interna? En: Investigaciones sobre servicio de salud: Una Antología. OPS Washington D.C; 1992. pp. 77-91.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## **APÉNDICES**

APÉNDICE A – Listado de indicadores, fuentes y tablas de datos obtenidos	136
APÉNDICE B – Análisis de indicadores	160

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## APÉNDICE A – Listado de indicadores, fuentes y tablas de datos obtenidos

**Cuadro 1. Indicadores y sus respectivas definiciones.**

GRUPO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN DE TASA
Epidemiología	Casos diagnosticados de VIH-sida en residentes de la CBA, por sexo, según grupo de edad	Muestra la evolución en el tiempo de los casos diagnosticados de VIH-sida de residentes en la CBA
	Casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles en hospitales del GCBA de residentes por enfermedad	Coqueluche Hepatitis A Hepatitis B Hepatitis otras Parálisis flácida < 15 años Parotiditis Rubeola Tétanos
	Casos notificados de SIDA de residentes en la CBA, por sexo, según grupo de edad	Muestra la evolución en el tiempo de los casos notificados de SIDA de residentes en la CBA por sexo según grupo de edad
	Casos notificados de SIDA de residentes en la CBA	Muestra la evolución en el tiempo de los casos notificados de SIDA de residentes en la CBA
	Tasa de mortalidad (por mil habitantes) y distribución porcentual de las defunciones por principales causas de muerte	Muestra las diferencias de la tasa de mortalidad y la distribución porcentual de las muertes por principales causas de muerte y año de ocurrencia
	Tasa de mortalidad (por mil) según grupos de edad y sexo	Muestra las diferencias de la tasa de mortalidad por grupos de edad, sexo y año de ocurrencia
	Tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna	Muestra las diferencias de la tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 1. Continuación.**

GRUPO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN DE TASA
Epidemiología	Tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por región sanitaria	Muestra las diferencias de las tasas de defunciones infantiles, neonatales y postneonatales por comuna
	Tasa de mortalidad por SIDA (cada 100.000 personas) según comuna	Muestra las diferencias de la tasa de mortalidad por SIDA según comuna
Gasto	Evolución y participación sobre el gasto total del gasto por hospital	Muestra el porcentaje de participación que tiene el gasto en salud en el presupuesto ejecutado total
	Gasto ejecutado: evolución y la participación sobre el gasto total	Muestra el monto ejecutado por parte del Ministerio de Salud de la CBA
	Gasto sancionado: evolución y participación sobre el gasto total	Muestra el monto sancionado por la Legislatura por parte del Ministerio de Salud de la CBA
	Gasto en personal	Cuánto se ejecutó en el personal que trabaja en el Ministerio del GCBA
	Gasto en bienes de consumo	Cuánto se ejecutó en la compra de insumos en el Ministerio del GCBA
	Gasto en alquileres y servicios a terceros	Cuánto se ejecutó en alquileres y servicios de terceros en el Ministerio del GCBA
	Gasto en equipamiento y puesta en valor	Cuánto se ejecutó para la compra de equipamiento en el Ministerio del GCBA
Personal	Cantidad médicos	La cantidad de médicos en el Ministerio de Salud del GCBA
	Cantidad personal de planta permanente	La cantidad de personal de planta en el Ministerio de Salud del GCBA

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 1. Continuación.**

GRUPO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN DE TASA
Personal	Residencias hospitalarias	La cantidad de residentes en hospitales en el Ministerio de Salud del GCBA
	Suplentes de guardia	La cantidad de médicos de guardia en el Ministerio de Salud del GCBA
Producción	Admisiones y prestaciones ulteriores de salud mental en los hospitales del GCBA, por hospital	Muestra la evolución en el tiempo de las características de las admisiones y prestaciones ulteriores de salud mental realizadas en hospitales con internación dependientes del GCBA
	Consultas externas en hospitales del GCBA por grupo de especialidades y atención primaria por hospital	Consultas externas en hospitales del GCBA por grupo de especialidades (clínica médica, cirugía, pediatría, tocoginecología) y atención primaria de la salud (áreas Médico de cabecera/ Cobertura porteña, Centros de salud) por hospital, además de contar con la atención por urgencias
	Consultas médicas realizadas a CPS/PMC y distribución porcentual por especialidad	Muestra la evolución en el tiempo de las consultas médicas realizadas a CPS/PM por especialidad
	Consultas médicas realizadas en los CESAC del GCBA por especialidad según centro	Muestra la evolución en el tiempo de las consultas médicas realizadas en los CESAC del GCBA por especialidad
	Egresos de los hospitales del GCBA por tipo de hospital 2005-2017 (mes)	Muestra la evolución mensual, entre los años 2005-2017, de las salidas de los pacientes que estuvieron internados en los hospitales con internación dependientes del GCBA

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 1. Continuación.**

GRUPO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN DE TASA
Producción	Egresos de los hospitales del GCBA por hospital	Muestra la evolución en el tiempo, anual, de las salidas de los pacientes que estuvieron internados en los hospitales con internación dependientes del GCBA entre los años 1980-2017
	Egresos de los hospitales del GCBA y distribución porcentual por residencia habitual	Egreso: salida del establecimiento de un paciente internado; implica, siempre, la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o por defunción
	Movimiento e indicadores de internación en hospitales del GCBA	Muestra la evolución en el tiempo de los diferentes indicadores de internación en los hospitales dependientes del GCBA
	Pacientes a consultas externas en hospitales del GCBA y distribución porcentual por residencia habitual	Residencia habitual: refiere la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona. No necesita ser el mismo lugar en que la persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho o su residencia legal
	Partos realizados en hospitales del GCBA por tipo de parto según hospital	Muestra la evolución en el tiempo de las características de los partos realizados en los hospitales con internación dependientes del GCBA

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

### Cuadro 1. Continuación.

GRUPO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN DE TASA
Producción	Prestaciones profesionales no médicas realizadas en los CESAC del GCBA por tipo de prestación seleccionada según centro	Muestra la evolución en el tiempo de las prestaciones profesionales no médicas realizadas en los CESAC del GCBA por tipo de prestación
	Promedio de camas disponibles en los hospitales del GCBA por especialidad según hospital	Es el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período en los hospitales con internación dependientes del GCBA
	Promedio de camas disponibles en los hospitales del GCBA por especialidad según hospital	Es el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período en los hospitales con internación dependientes del GCBA
	Promedio de camas disponibles en los hospitales del GCBA por especialidad según hospital	Es el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período en los hospitales con internación dependientes del GCBA
	Promedio de camas disponibles en los hospitales del GCBA por especialidad según hospital	Es el número de camas que en promedio estuvieron en funcionamiento cada día durante un período en los hospitales con internación dependientes del GCBA

Fuente: Elaboración propia.

CBA = Ciudad de Buenos Aires  
 CESAC = Centro de Salud y Acción Comunitaria  
 CPS/PM=Cobertura Porteña de Salud/Plan Médico  
 GCBA = Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires  
 SIDA = Síndrome de inmunodeficiencia adquirida  
 VIH = Virus de inmunodeficiencia humana

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 1. Grupo de Epidemiología: información existente en la presentación de la información.**

Fuente	Periodo	Coincidencia en título con datos observados	Periodo Completo	Sexo	Grupo etario	Etnia	Lugar de residencia	Nivel educativo	Nivel socioeconómico
Casos diagnosticados de VIH-sida en residentes de la Ciudad de Buenos Aires, por sexo según grupo de edad	2003-2017	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de residentes por enfermedad	1995-2013	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Casos notificados de SIDA de residentes en la Ciudad de Buenos Aires, por sexo según grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires	2003-2017	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Casos notificados de SIDA de residentes en la Ciudad de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires	1983-2017	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Casos notificados de tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires por residencia habitual. Ciudad de Buenos Aires	2006-2013	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Tasa de mortalidad (por mil habitantes) y distribución porcentual de las defunciones por principales causas de muerte	1998-2018	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Tasa de mortalidad (por mil) según grupos de edad y sexo. Ciudad de Buenos Aires	1991-2018	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Ciudad de Buenos Aires	2010-2018	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna. Ciudad de Buenos Aires	2006-2018	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por región sanitaria. Ciudad de Buenos Aires	2006-2018	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Tasa de mortalidad por SIDA (cada 100.000 personas) según comuna. Ciudad de Buenos Aires	2006-2018	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacimientos) quinquenal. Ciudad de Buenos Aires	1860-2014	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Tasa de mortalidad materna e incidencia de las defunciones por causa materna en las defunciones de las mujeres en edad fértil	1990-2018	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) total, neonatal y post neonatal. Ciudad de Buenos Aires	1980-2018	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Tasa de mortalidad total, infantil y fetal. Ciudad de Buenos Aires	1990-2018	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Grupo de indicadores de epidemiología: fuentes, nombres de archivos e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Casos diagnosticados de VIH-sida en residentes de la CBA, por sexo según grupo de edad	S_SIDA_AX04	Evolución total de casos diagnosticados de VIH-sida	2003-2017
		Estadística descriptiva total de casos diagnosticados de VIH-sida	-
		Evolución total de casos diagnosticados de VIH--sida por sexo	2003-2017
		Estadística descriptiva Evolución por sexo	-
		Variación porcentual por sexo por año de evolución	2003-2017
		Estadística descriptiva por grupo etario	-
		Cantidades de casos por grupo etario por año de ocurrencia	2003-2017
		Cantidades de casos por grupo etario por año de ocurrencia en hombres	2003-2017
		Cantidades de casos por grupo etario por año de ocurrencia en mujeres	2003-2017
		Variación porcentual por cantidad de casos por grupo etario	2003-2017
		Porcentaje de impacto sobre el total por grupo etario	-
Casos notificados de enfermedades inmunoprevenibles en hospitales del GCBA de residentes por enfermedad	S_MORB_AX02	Evolución total de enfermedades inmunoprevenibles	1996-2013
		Evolución total por tipo de enfermedades inmunoprevenibles	1995-2013
		Estadística descriptiva enfermedades inmunoprevenibles	-
		Variación porcentual de enfermedades inmunoprevenibles por año de ocurrencia	1995-2013
		Variación porcentual de enfermedades inmunoprevenibles Total por % y por cantidad	-
		Detalle de proporción sobre hepatitis	-
		Variación proporcional de hepatitis	-

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Casos notificados de SIDA de residentes CBA, por sexo según grupo de edad	S_SIDA_AX02	Evolución total de casos notificados de SIDA	2003-2017
		Estadística descriptiva total de casos notificados de SIDA	-
		Evolución de casos notificados por grupo etario total de SIDA	2003-2017
		Estadística descriptiva casos notificados de SIDA por grupo etario	-
		Estadística descriptiva Casos notificados de SIDA por año	-
		Evolución total de Casos notificados de SIDA por Sexo	2003-2017
		Evolución del porcentaje de casos notificados de SIDA por sexo	2003-2017
		Estadística descriptiva evolución por sexo	-
		Cantidades de casos por grupo etario por año de ocurrencia en hombres	2003-2017
		Cantidades de casos por grupo etario por año de ocurrencia en mujeres	2003-2017
		Estadística descriptiva evolución por grupo etario en mujeres	-
		Estadística descriptiva evolución por grupo etario en hombres	-
Casos notificados de SIDA de residentes en la CBA	S_SIDA_AX01	Evolución total de casos notificados de SIDA	1983-2017
		Estadística descriptiva casos notificados de SIDA	-
Casos notificados de tuberculosis de residentes en la CBA por residencia habitual	S_MORB_AX07_06	Evolución total de casos notificados de tuberculosis	2006-2013
		Evolución de cantidades de casos notificados de tuberculosis por residencia	2006-2013
		Porcentaje de casos notificados de tuberculosis por año de ocurrencia y residencia	2006-2013
		Porcentaje de casos notificados de tuberculosis por año de ocurrencia y residencia	2006-2013

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Casos notificados de tuberculosis de residentes en la CBA por residencia habitual	S_MORB_AX07_06	Porcentaje de casos notificados de tuberculosis total	-
		Estadística descriptiva de casos notificados de tuberculosis por año de ocurrencia	-
		Estadística descriptiva de casos notificados de tuberculosis por residencia	-
		Estadística descriptiva de casos notificados de tuberculosis por residencia sin 2012	-
Tasa de mortalidad y distribución porcentual de las defunciones por principales causas de muerte	S_540	Evolución anual total de cantidades de fallecimientos por principales causas de muerte	1998-2018
		Evolución anual de cantidades de fallecimientos por principales causas de muerte	1998-2018
		Porcentaje anual de cantidades de fallecimiento por principales causas de muerte	1998-2018
		Tasa de mortalidad bruta total de principales causas de muerte por año de ocurrencia	1998-2018
		Tasa de mortalidad bruta de principales causas de muerte por año de ocurrencia	1998-2018
		Estadística descriptiva de cantidad por causa principal de muerte	-
		Estadística descriptiva de tasa de mortalidad por causa principal de muerte	-
		Estadística descriptiva de la participación proporcional por causa principal de muerte	-
Tasa de mortalidad según grupos de edad y sexo	PBP_15	Evolución anual de tasa bruta de mortalidad	1991-2018
		Evolución anual de tasa ajustada de mortalidad Censo 2010	1991-2018
		Estadística descriptiva evolución anual de tasa ajustada de mortalidad y tasa bruta por Censo 2010	-

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Tasa de mortalidad según grupos de edad y sexo	PBP_15	Evolución anual de tasa bruta de mortalidad por grupo etario total	1991-2018
		Evolución anual de tasa bruta de mortalidad por grupo etario sexo femenino	1991-2018
		Evolución anual de tasa bruta de mortalidad por grupo etario sexo masculino	1991-2018
		Estadística descriptiva evolución anual tasa bruta fem.	
		Estadística descriptiva evolución anual tasa bruta masc.	
		Estadística descriptiva evolución anual tasa bruta total	
Tasa de mortalidad infantil por comuna de residencia habitual de la madre	A_DEF03_1015	Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual	2010-2018
		Estadística descriptiva de la tasa de mortalidad	-
		Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual por comuna	2010-2018
		Evolución total de la variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad infantil anual por comuna	2010-2018
		Estadística descriptiva de la tasa de mortalidad por comuna	
		Ranking de evolución total de la variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad infantil anual por comuna	
Tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna	S_557co	Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual	2006-2018
		Evolución por cada criterio de reducibilidad de tasa de mortalidad infantil anual	2006-2018
		Estadística descriptiva de la tasa de mortalidad por criterio	
		Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual, por comuna y por criterio reducible	2006-2018

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Tasa de mortalidad infantil por criterios de reducibilidad según comuna	S_557co	Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual, por comuna y por criterio de “causas difícilmente reducible”	2006-2018
		Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual por comuna por criterio de otras causas y mal definida de reducible	2006-2018
		Estadística descriptiva por comuna, de la tasa de mortalidad infantil anual, por comuna por criterio reducible	
		Estadística descriptiva por comuna, de la tasa de mortalidad infantil anual, por comuna por criterio de “causas difícilmente reducible”	
		Estadística descriptiva por comuna, de la tasa de mortalidad infantil anual, por comuna por criterio de reducible de “otras causas y mal definida”	
Tasa de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal por región sanitaria	MRS	Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual	2006-2018
		Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual por región sanitaria	2006-2018
		Evolución total de la variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad infantil anual por región sanitaria	2006-2018
		Estadística descriptiva de la tasa de mortalidad por región sanitaria	
		Ranking de evolución total de la variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad infantil anual por región sanitaria	
Tasa de mortalidad por SIDA según comuna	S_sida950co_10	Evolución total de tasa de mortalidad SIDA anual	2006-2018
		Evolución de tasa de mortalidad SIDA anual por comuna	2006-2018
		Estadística descriptiva de la tasa de mortalidad por SIDA por comuna	-

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Tasa de mortalidad por SIDA según comuna	S_sida950co_10	Ranking de evolución total de la variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad SIDA anual por comuna	
		Variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad por año de ocurrencia y por comuna	2006-2018
Tasa de mortalidad quinquenal neonatal, postneonatal e infantil	S_TMIhist	Evolución total de tasa de mortalidad infantil anual	1860-2014
		Evolución total de tasa de mortalidad neonatal anual	1860-2014
		Evolución total de tasa de mortalidad postneonatal anual	1860-2014
		Estadística descriptiva de las diferentes tasas infantiles	-
Tasa de mortalidad materna e incidencia de las defunciones por causa materna en las defunciones de las mujeres en edad fértil	S_42t	Evolución total de tasa de mortalidad materna anual	1990-2018
		Estadística descriptiva de las diferentes tasas maternas	
		Evolución total de incidencia de las defunciones por causa materna anual	1990-2018
		Estadística descriptiva de las diferentes incidencias de las defunciones	-
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) total, neonatal y postneonatal. Ciudad de Buenos Aires. Año 1980/2018	S_569	Evolución total de tasa de mortalidad total	1980-2018
		Estadística descriptiva de la tasa de mortalidad	
		Variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad infantil anual base 1980	
		Tasa de mortalidad infantil neonatal precoz	1980-2018
		Tasa de mortalidad infantil neonatal tardía	1980-2018
		Tasa de mortalidad infantil neonatal total	1980-2018
		Tasa de mortalidad infantil total	1980-2018
		Tasa de mortalidad infantil postneonatal	1980-2018

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Tasa de mortalidad total, infantil y fetal. Ciudad de Buenos Aires. Años 1990 - 1995/2018	S_541	Ranking de evolución total de la variación porcentual proporcional de la tasa de mortalidad infantil anual	1990-2018
		Evolución de tasa de mortalidad infantil neonatal precoz	1990-2018
		Evolución de tasa de mortalidad infantil neonatal tardía	1990-2018
		Evolución de tasa de mortalidad infantil neonatal total	1990-2018
		Evolución de tasa de mortalidad infantil total	1990-2018
		Evolución de tasa de mortalidad infantil postneonatal	1990-2018

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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 3. Grupo de Servicios de Salud: información existente en la presentación de la información.**

Fuente	Periodo	Coincidencia en título con datos observados	Periodo Completo	Sexo	Grupo etario	Etnia	Lugar de residencia	Nivel educativo	Nivel socioeconómico
Partos realizados en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por tipo de parto según hospital. Ciudad de Buenos Aires	2005-2015	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Admisiones y prestaciones ulteriores de salud mental en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital	2000-2015	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por grupo de especialidades y atención primaria según hospital	2005-2017	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Consultas médicas realizadas a Cobertura Porteña de Salud / Plan Médico de Cabecera y distribución porcentual por especialidad	1998-2016	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Consultas médicas realizadas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por especialidad según centro	2005-2015	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica según comuna. Ciudad de Buenos Aires	2006-2018	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital. Ciudad de Buenos Aires	2005-2017	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital. Ciudad de Buenos Aires	1990-2017	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y distribución porcentual por residencia habitual. Ciudad de Buenos Aires	1994-2013	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Movimiento e indicadores de internación en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires	1980-2017	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Pacientes a consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y distribución porcentual por residencia habitual	1994-2015	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Prestaciones profesionales no médicas realizadas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por tipo de prestación seleccionada según centro	2005-2015	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Promedio de camas disponibles en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por especialidad según hospital	2003-2017	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO

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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Grupo de indicadores de servicios de salud: fuentes, nombres de archivos e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Partos realizados en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por tipo de parto según hospital	S_MVH_AX15	Cantidad total de partos	2005-2015
		Cantidad total por tipo de parto por año de ocurrencia	2005-2015
		Variación proporcional anual por tipo de parto	2005-2015
		Variación proporcional porcentual anual por tipo de parto	2005-2015
		Estadística descriptiva por tipo de parto	-
		Cantidad de partos totales por hospital	2005-2015
		Porcentaje de cantidad de partos por hospital	2005-2015
		Estadística descriptiva de parto por hospital	-
		Por hospital, cantidades por tipo de parto	2005-2015
		Tendencia de las cantidades por tipo de parto por hospital	-
Admisiones y prestaciones ulteriores de Salud Mental en los hospitales del GCBA por hospital	S_MVH_AX12	Total de consultas por salud mental	2000-2015
		Total de consultas por salud mental por tipo de consulta	2000-2015
		Evolución proporcional por año por tipo de consulta mental	2000-2015
		Estadísticas descriptivas por tipo de consultas	-
		Total de consultas por salud mental por tipo de centro de especialidad	2000-2015
		Estadística descriptiva por centro de especialidad	-
		Proporción por tipo de consulta por especialidad del centro	2000-2015
		Estadística descriptiva por centro de especialidad de proporción	-
		Cantidad de prestaciones ulteriores por hospital	2000-2015
		Cantidad por tipo de consultas por hospital. Tendencia admisiones	2000-2015
		Cantidad por tipo de consultas por hospital Prestaciones ulteriores	2000-2015
		Cantidad por tipo de consultas por hospital Tendencia prestaciones ulteriores	2000-2015
		Tendencia de las prestaciones ulteriores por hospital	2000-2015
Variación de las cantidades de consultas de admisiones, base año anterior	2000-2015		

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Admisiones y prestaciones ulteriores de Salud Mental en los hospitales del GCBA por hospital	S_MVH_AX12	Variación de las cantidades de consultas de admisiones por hospital, base 2000	2000-2015
		Variación de las cantidades de consultas de admisiones, por hospital, respecto del año anterior	2000-2015
Consultas externas en hospitales del GCBA por grupo de especialidades y atención primaria según hospital	S_MVH_AX05	Cantidad total de consultas externas por año de ocurrencia	2005-2017
		Cantidad de consultas externas por especialidad por año de ocurrencia	2005-2017
		Ranking total de consultas externas por especialidad anual	
		Variación porcentual de las cantidades totales de consultas externas por año de ocurrencia base 2005	2005-2017
Consultas externas en hospitales del GCBA por grupo de especialidades y atención primaria según hospital	S_MVH_AX05	Variación porcentual de las consultas externas por especialidad por año de ocurrencia base 2005	2005-2017
		Variación porcentual de las consultas externas por año de ocurrencia base año anterior	2005-2017
		Variación porcentual de las consultas externas por especialidad por año de ocurrencia base año anterior	2005-2017
		Estadística descriptiva consultas externas por especialidad anual	-
		Cantidad total de consultas externas por año de ocurrencia por hospital	2005-2017
		Variación porcentual de la cantidad total de consultas externas por año de ocurrencia por hospital base 2005	2005-2017
		Ranking de consultas externas por hospital	-
		Cantidad total de especialidad consultas externas por año de ocurrencia por hospital	2005-2017

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Consultas médicas realizadas a CPS / PMC y distribución porcentual por especialidad	S_PMC_AX01	Cantidad total de consultas externas por año de ocurrencia	1998-2016
		Cantidad de consultas externas por especialidad por año de ocurrencia	1998-2016
		Proporción anual por especialidad por año de ocurrencia y total	1998-2016
		Variación de las cantidades del total de consultas externas por año de ocurrencia base 1998	1998-2016
		Variación de las cantidades totales de consultas externas por año de ocurrencia base año anterior	1998-2016
		Estadística descriptiva de cantidad de consultas por especialidad	
Consultas médicas realizadas en los CESAC del GCBA por especialidad según centro	S_PMC_AX05	Evolución total de consultas por año de ocurrencia	2005-2015
		Evolución total de consultas por centro de salud Cesac	2005-2015
		Variación proporcional de evolución total de consultas por centro de salud Cesac	2005-2015
		Variación de las cantidades del total de consultas externas por año de ocurrencia base 2005	2005-2015
Consultas médicas realizadas en los CESAC del GCBA por especialidad según centro	S_PMC_AX05	Variación de las cantidades totales de consultas externas por año de ocurrencia base año anterior	2005-2015
		Estadística descriptiva de cantidad de consultas por especialidad	-
		Evolución total de consultas por especialidad	2005-2015
		Evolución proporcional de consulta por especialidad	2005-2015
		Evolución total de consulta por especialidad por Cesac	2005-2015

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica según comuna	S_145	Evolución, por año de ocurrencia, del tipo de cobertura en porcentaje	2006-2018
		Evolución, por año de ocurrencia, de cada tipo de cobertura por comuna	2006-2018
		Estadística descriptiva del tipo de cobertura	
		Evolución anual, por comuna del tipo Sólo obra social	2006-2018
		Evolución anual, por comuna del tipo Sólo plan de medicina prepaga por contratación voluntaria	2006-2018
		Evolución anual, por comuna del tipo Sólo prepaga o mutual vía obra social	2006-2018
		Evolución anual, por comuna del tipo Sólo sistema público	2006-2018
		Estadística descriptiva del tipo de cobertura anual	-
Egresos de los hospitales del GCBA por tipo de hospital 2005- 2017 (mes)	S_MVH_AX09	Evolución total anual de egresos en hospitales GCBA	2005-2017
		Estadística descriptiva de los egresos. Total por hospitales	-
		Evolución mensual por año de ocurrencia de egresos en todos hospitales del GCBA	2005-2017
		Estadística descriptiva anual de los egresos	2005-2017
		Estadística descriptiva mensual	
		Egresos anuales por especialidad de hospitales	2005-2017
		Egresos anual y mensual por especialidad de hospitales	2005-2017
		Cantidad de egresos anual por hospitales	2005-2017
		Cantidad de egresos mensuales por hospitales en año de ocurrencia	2005-2017

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Egresos de los hospitales del GCBA por tipo de hospital 2005- 2017 (mes)	S_MVH_AX09	Estadística descriptiva de los egresos anuales por hospital	
Egresos de los hospitales del GCBA por hospital	S_MVH_AX08	Evolución total anual de egresos en hospitales GCBA	1990-2017
		Estadística descriptiva de los egresos. Total por hospitales	-
		Evolución total anual de egresos por especialidad de los hospitales GCBA	1990-2017
		Evolución total anual del porcentaje de egresos por especialidad de los hospitales GCBA	1990-2017
		Estadística descriptiva por especialidad del hospital anual	
		Egresos anuales por especialidad de hospitales	1990-2017
		Estadística descriptiva de los egresos por hospital	
		Ranking anual por hospital	
		Variación porcentual de egresos anuales por hospital respecto del año anterior	1990-2017
		Variación porcentual de egresos anuales por hospital respecto del año base 1990	1990-2017
Egresos de los hospitales del GCBA y distribución porcentual por residencia habitual	S_MVH_AX10	Evolución total anual de egresos en hospitales GCBA	1994-2013
		Cantidad de egresos total por residencia habitual	1994-2013
		Porcentaje anual de las cantidades de egreso por residencia habitual	1994-2013
		Estadísticas descriptivas de las cantidades de egreso por residencia habitual	
		Estadística descriptiva de los porcentajes de egreso por residencia habitual	
Movimiento e indicadores de internación en hospitales del GCBA	S_MVH_AX02	Estadística descriptiva de los indicadores	
		Evolución anual de los indicadores y movimientos de la internación	1980-2017
		Variación porcentual de los movimientos e indicadores hospitalarios respecto del año anterior	1980-2017

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Continuación.**

Descripción	Nombre del archivo	Título	Periodo
Movimiento e indicadores de internación en hospitales del GCBA	S_MVH_AX02	Variación porcentual de los movimientos e indicadores hospitalarios respecto del año base 1980	1980-2017
Pacientes a consultas externas en hospitales del GCBA y distribución porcentual por residencia habitual	S_MVH_AX06	Evolución anual de consulta externa en los hospitales del GCBA	1994-2015
		Cantidad de consultas externas total por residencia habitual	1994-2015
		Estadística descriptiva anual por residencia	-
		Variación proporcional porcentual por residencia	1994-2015
		Variación porcentual de egresos anuales por hospital respecto del año anterior	1994-2015
		Variación porcentual de egresos anuales por hospital respecto del año base 1994	1994-2015
Prestaciones profesionales no médicas realizadas en los CESAC del GCBA por tipo de prestación seleccionada según centro	S_PMC_AX06	Evolución total de consultas no médicas en los CESAC	2005-2015
		Evolución por especialidad total de consultas no médicas en los CESAC	2005-2015
		Estadística descriptiva por consulta no médica	2005-2015
		Porcentaje de participación anual sobre las consultas	2005-2015
		Evolución por especialidad CESAC	2005-2015
Promedio de camas disponibles en los hospitales del GCBA por especialidad según hospital	S_MVH_AX01	Evolución total de promedio de camas	2003-2017
		Evolución promedio de camas disponibles por especialidad de consultas total	2003-2017
		Estadística descriptiva total y por especialidad	
		Evolución de promedio de camas disponibles por tipo de especialidad del hospital	2003-2017
		Estadística descriptiva por hospitales especializados	-
		Estadística descriptiva por hospitales de agudos	-
		Estadística descriptiva por hospitales generales de niños	-
		Evolución de promedio de camas disponibles por tipo de especialidad por hospital	2003-2017

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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 5. Grupo de Personal: información existente en la presentación del dato de cada indicador del grupo.**

Fuente	Periodo	Coincidencia en título con datos observados	Periodo completo	Sexo	Grupo etario	Etnia	Lugar de residencia	Nivel educativo	Nivel socio-económico
Médicos	2014-2017	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Cantidad personal planta permanente	2002-2017	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Cantidad de residentes en el Ministerio de Salud	2002-2017	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Suplentes de guardia	2002-2017	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

**Tabla 6. Grupo de indicadores de personal: fuentes, nombres de archivos e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.**

Descripción	Nombre del Archivo	Título	Periodo
Médicos	SP_EP_C	Evolución de cantidad de médicos	2014-2017
		Estadística descriptiva de cantidad de médicos	-
		Porcentaje de proporción de participación respecto del resto de las especialidades médicas	2002-2017
Cantidad personal de planta permanente	SP_EP_C	Evolución de cantidad total de planta permanente	2002-2017
		Estadística descriptiva de cantidad de planta permanente	-
		Porcentaje de proporción de participación respecto del resto de las especialidades	2002-2017
Cantidad de residentes en el Ministerio de Salud	SP_EP_C	Evolución de la cantidad de residentes anual	2002-2017
		Estadística descriptiva de cantidad de residentes	-
		Porcentaje de proporción de participación respecto del resto de las especialidades	2002-2017

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 6. Continuación.**

Descripción	Nombre del Archivo	Título	Periodo
Suplentes de guardia	SP_EP_C	Evolución de la cantidad de guardia anual	2002-2017
		Estadística descriptiva de cantidad Suplentes de guardia anual	-
		Porcentaje de proporción de participación respecto al resto de las especialidades	2002-2017
		Cuadro comparativo con el Ministerio de Educación, planta permanente	-

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

**Tabla 7. Grupo de indicadores de recursos económicos: fuentes, nombres de archivos e información de cuadros obtenidos con sus periodos de tiempo.**

Descripción	Título	Periodo
Gasto ejecutado: Evolución y la participación sobre el gasto total	Evolución del gasto total	2003-2017
	Evolución del gasto de los hospitales respecto del gasto total	2003-2017
	Estadística descriptiva del gasto por hospital vs. el resto	
	Evolución del gasto total ejecutado por inciso del Ministerio de Salud	2003-2017
	Evolución del porcentaje del gasto total ejecutado por inciso de los hospitales	2003-2017
	Estadística descriptiva de los incisos	-
Gasto sancionado: Evolución y participación sobre el gasto total	Evolución del gasto sancionado total para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Evolución del gasto sancionado del Ministerio de Salud vs. el resto de las jurisdicciones para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Estadística descriptiva jurisdicción salud y resto de las jurisdicciones	-
	Evolución del porcentaje del gasto sancionado del Ministerio de Salud vs. el porcentaje del resto de las jurisdicciones para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Estadística descriptiva de los porcentajes de participación por jurisdicción salud y resto de las jurisdicciones	-
	Evolución del gasto presupuestado por objeto del gasto. Montos a valores del 2019	1997-2018

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 7. Continuación.**

Descripción	Título	Periodo
Gasto sancionado: Evolución y participación sobre el gasto total	Evolución de los porcentajes del gasto presupuestado por objeto. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Estadística descriptiva de los porcentajes de participación por objeto del gasto	-
	Evolución del gasto presupuestado por concepto en objeto del gasto de servicios sociales. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Evolución del porcentaje del gasto presupuestado por concepto en objeto del gasto de servicios sociales. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Evolución del gasto presupuestado por inciso del gasto de salud. Montos a valores del 2019	1997-2018
Gasto sancionado: Evolución y participación sobre el gasto total	Evolución del porcentaje del gasto presupuestado por inciso del gasto de salud. Montos a valores del 2019	1997-2018
	Estadística descriptiva de los porcentajes por inciso en salud	-
Gasto en personal	Evolución del gasto en personal de la jurisdicción salud. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Evolución del gasto en personal de salud por hospital. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Estadística descriptiva del gasto de personal por hospital. Monto a valores del 2019	-
Gasto en bienes de consumo	Evolución del gasto en bienes de consumo de la jurisdicción salud. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Evolución del gasto en Bienes de Consumo de salud por hospital. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Estadística descriptiva del gasto de bienes de consumo por hospital. Monto a valores del 2019	-
Gasto en alquileres y servicios a terceros	Evolución del gasto en alquileres y servicios a terceros de la jurisdicción salud. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Evolución del gasto en alquileres y servicios a terceros de salud por hospital. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Estadística descriptiva del gasto de bienes de consumo por hospital. Monto a valores del 2019	-

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 7. Continuación.**

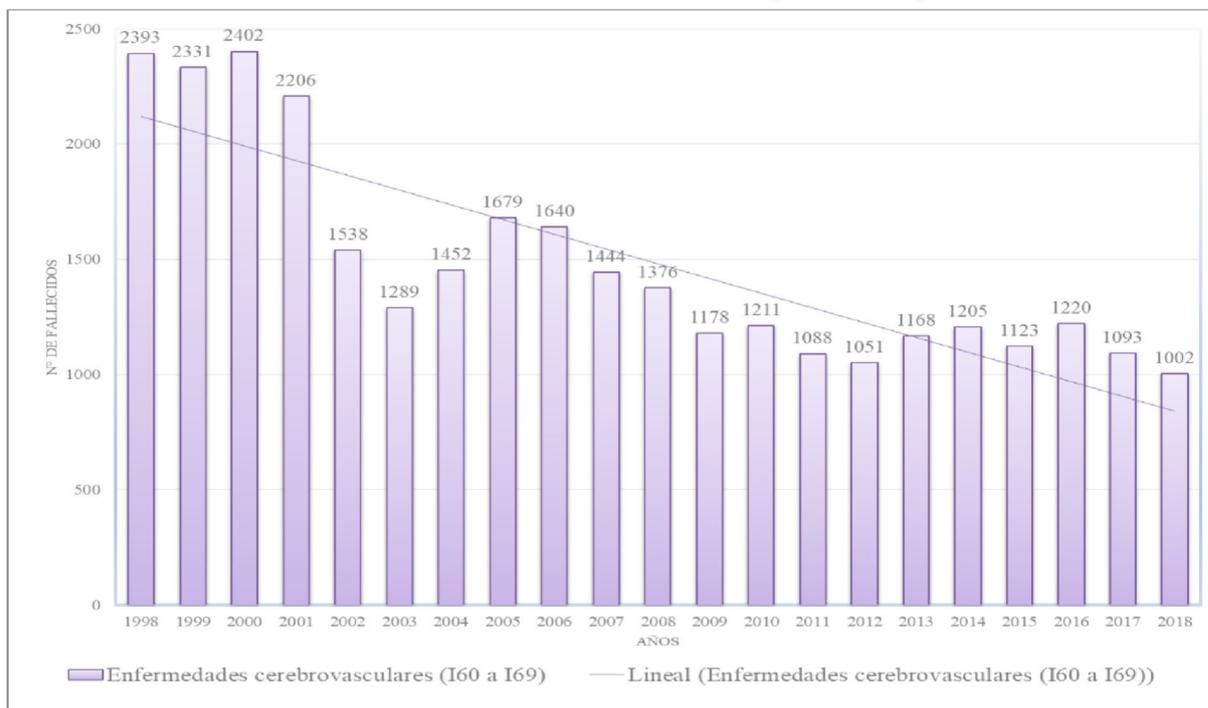
Descripción	Título	Periodo
Gasto en equipamiento y puesta en valor	Evolución del gasto en equipamiento y puesta en valor de la jurisdicción salud. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Evolución del gasto en equipamiento y puesta en valor de salud por hospital. Monto a valores del 2019	2005-2017
	Estadística descriptiva del gasto de personal por hospital. Monto a valores del 2019	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

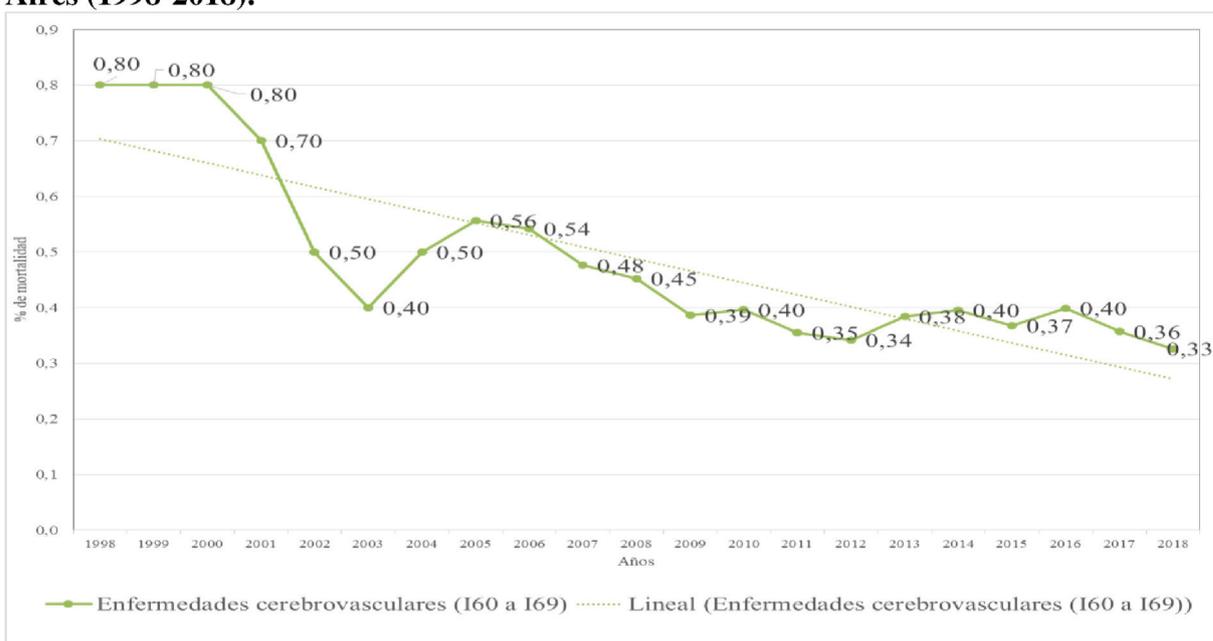
## APÉNDICE B – Análisis de indicadores

**Gráfico 1. Cantidad de defunciones por enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

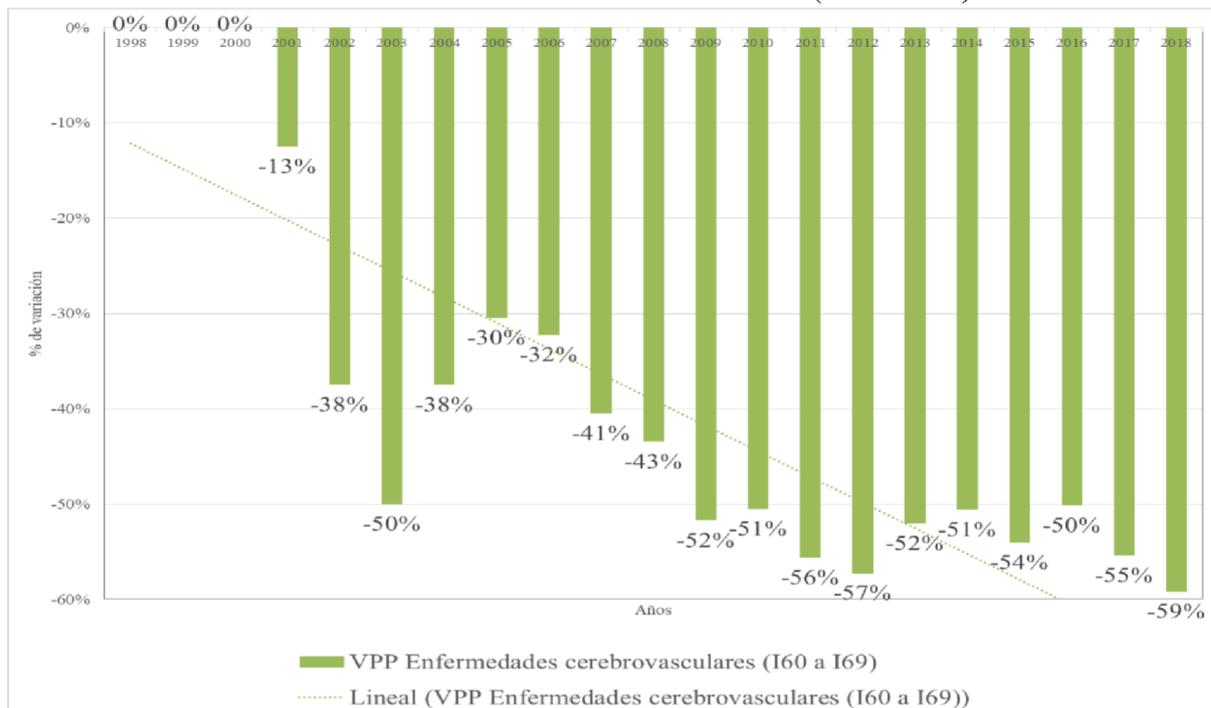
**Gráfico 2. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

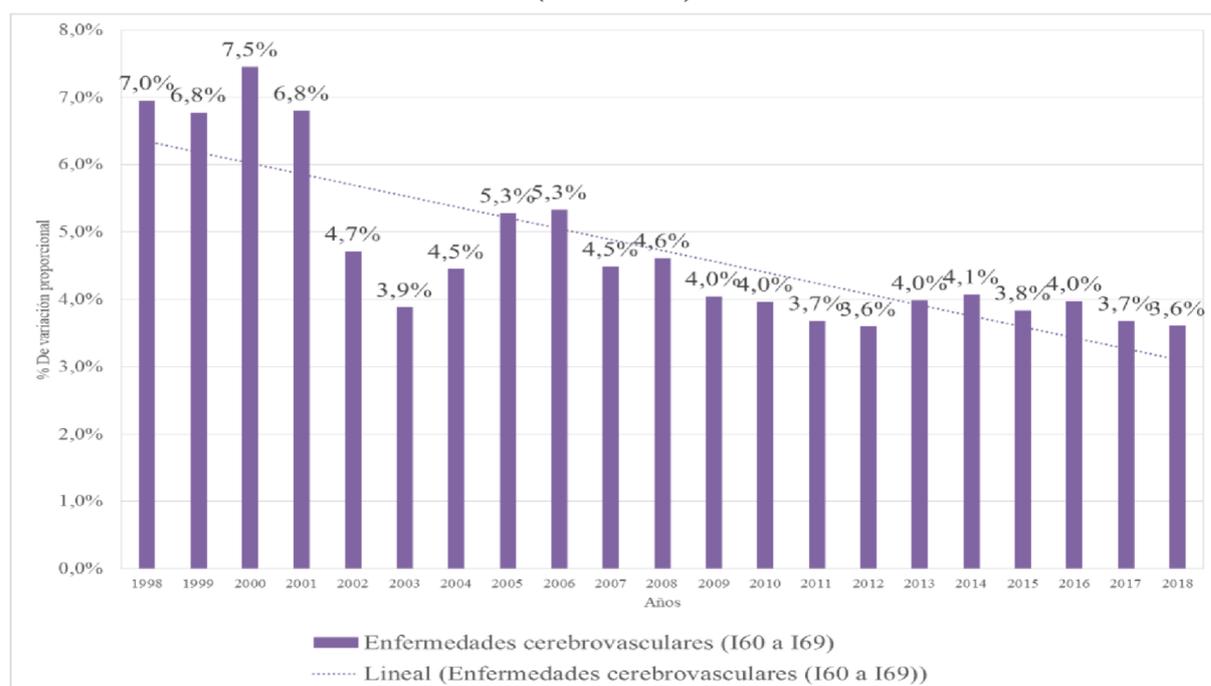
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 3. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

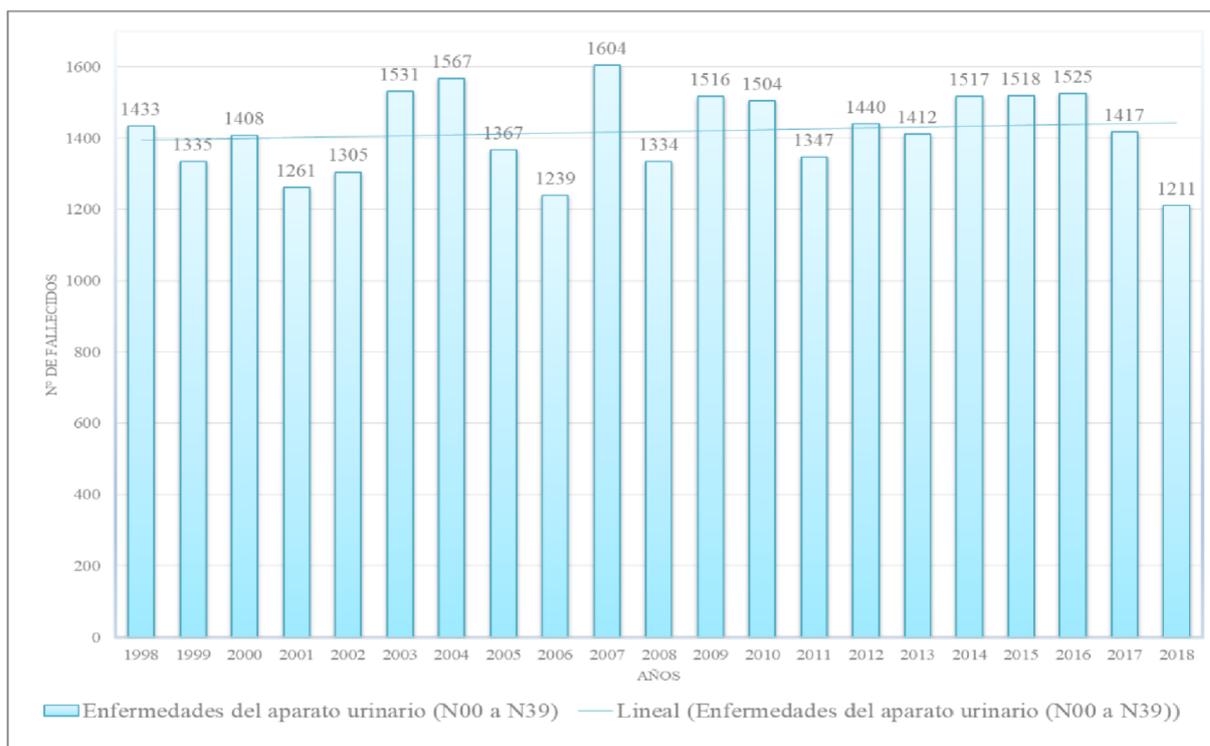
**Gráfico 4. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

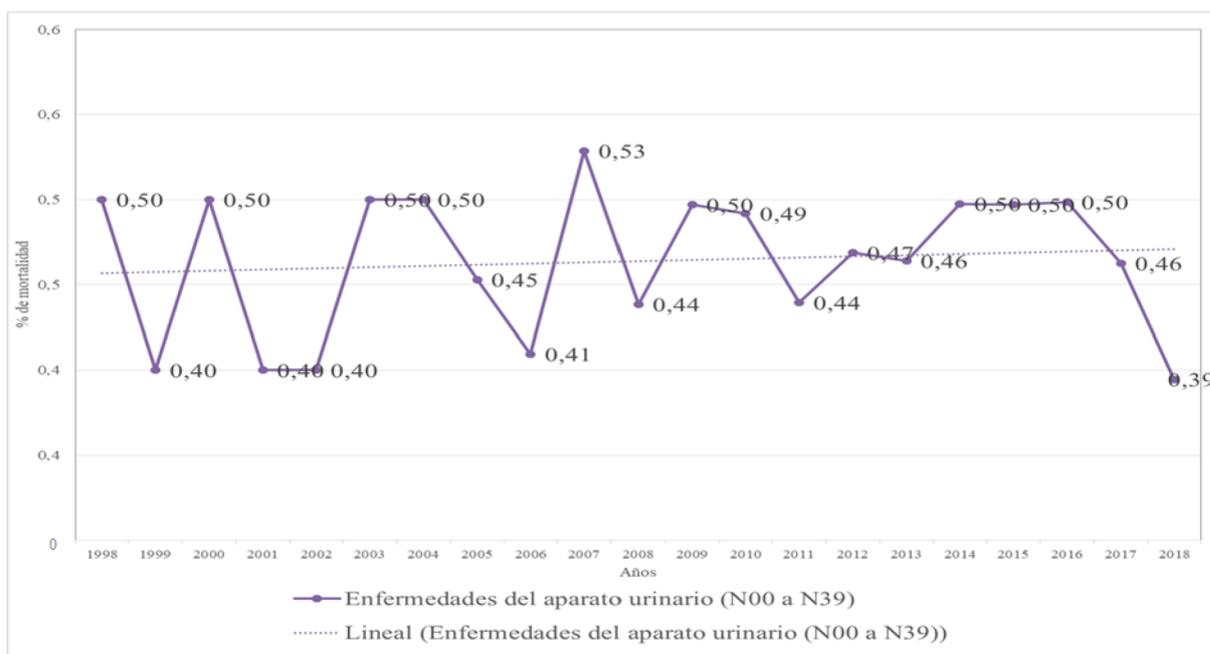
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 5. Cantidad de defunciones por enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

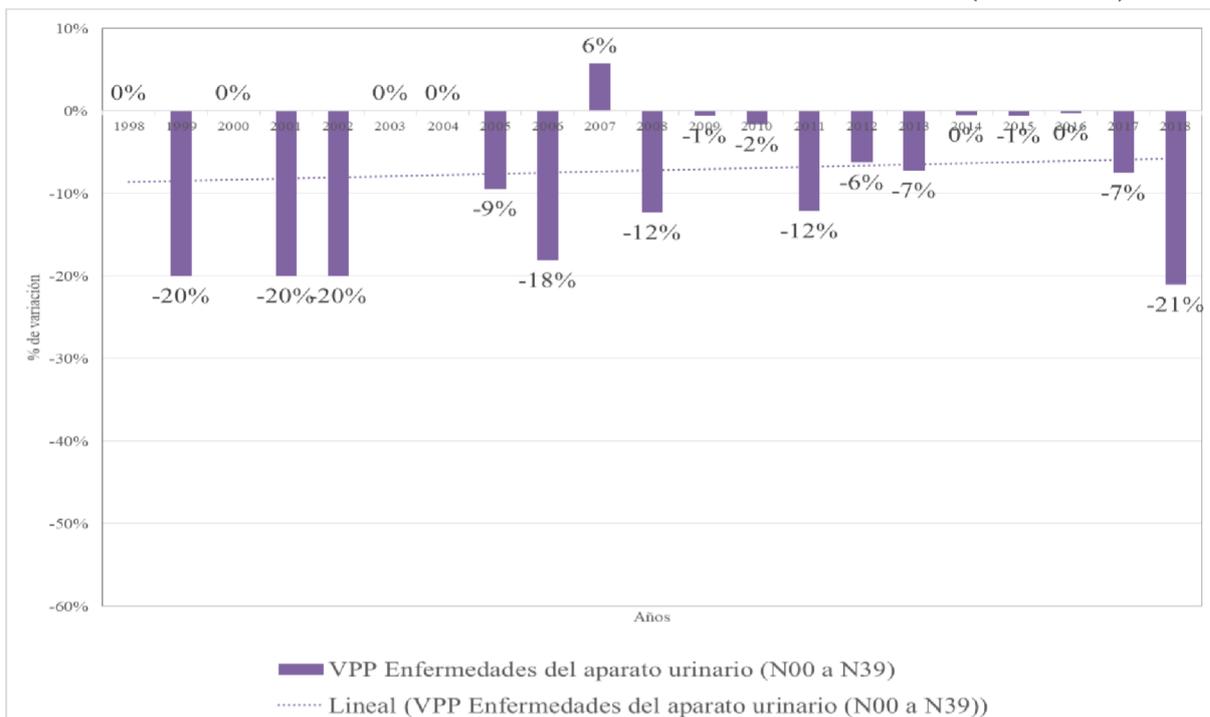
**Gráfico 6. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

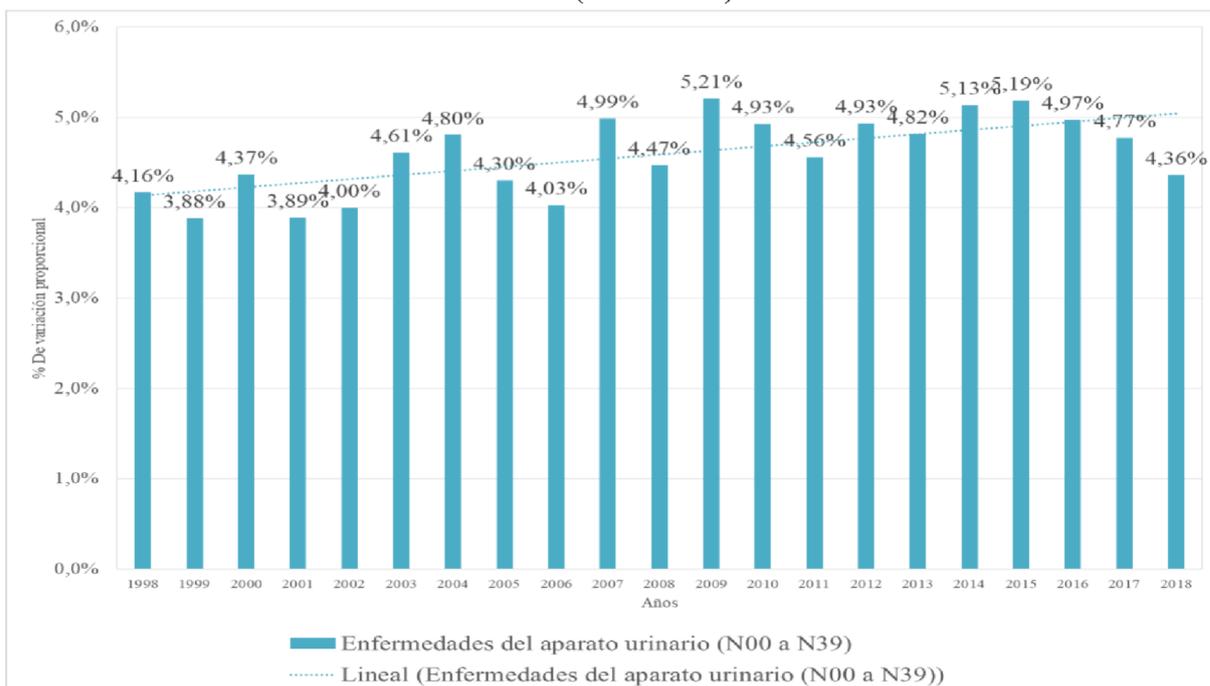
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 7. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

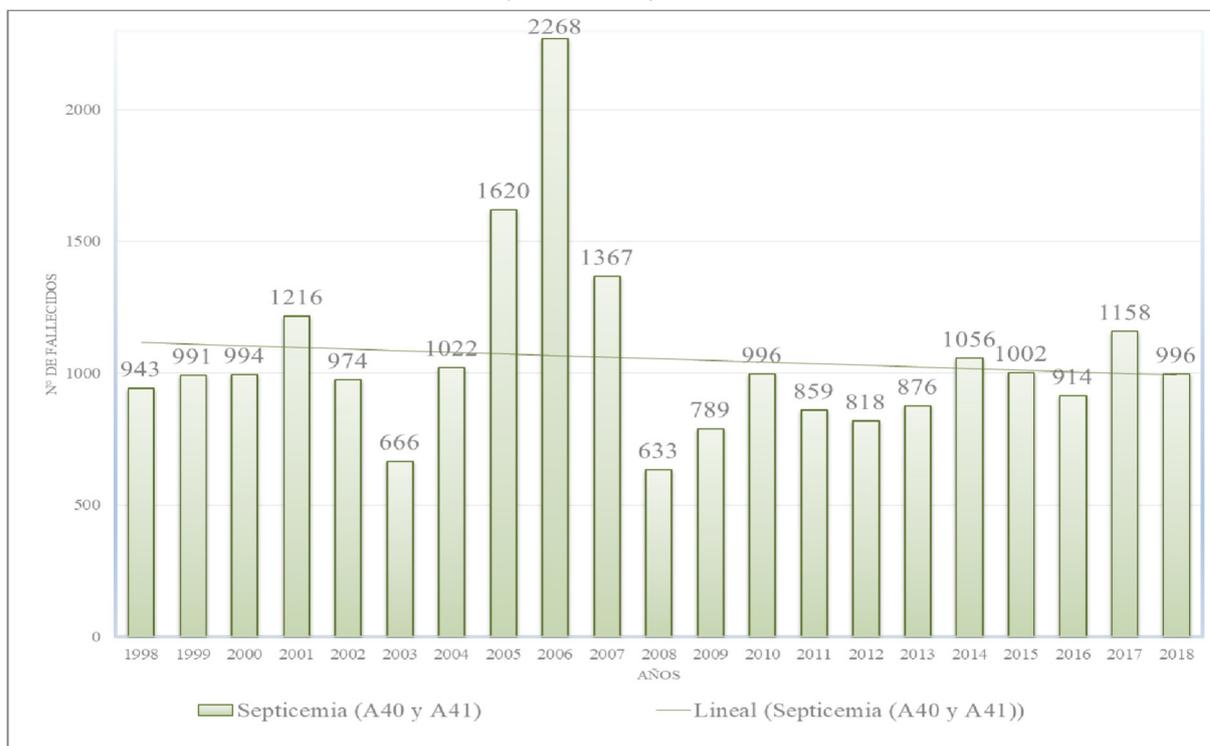
**Gráfico 8. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por enfermedades del aparato urinario (N00 a N39) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

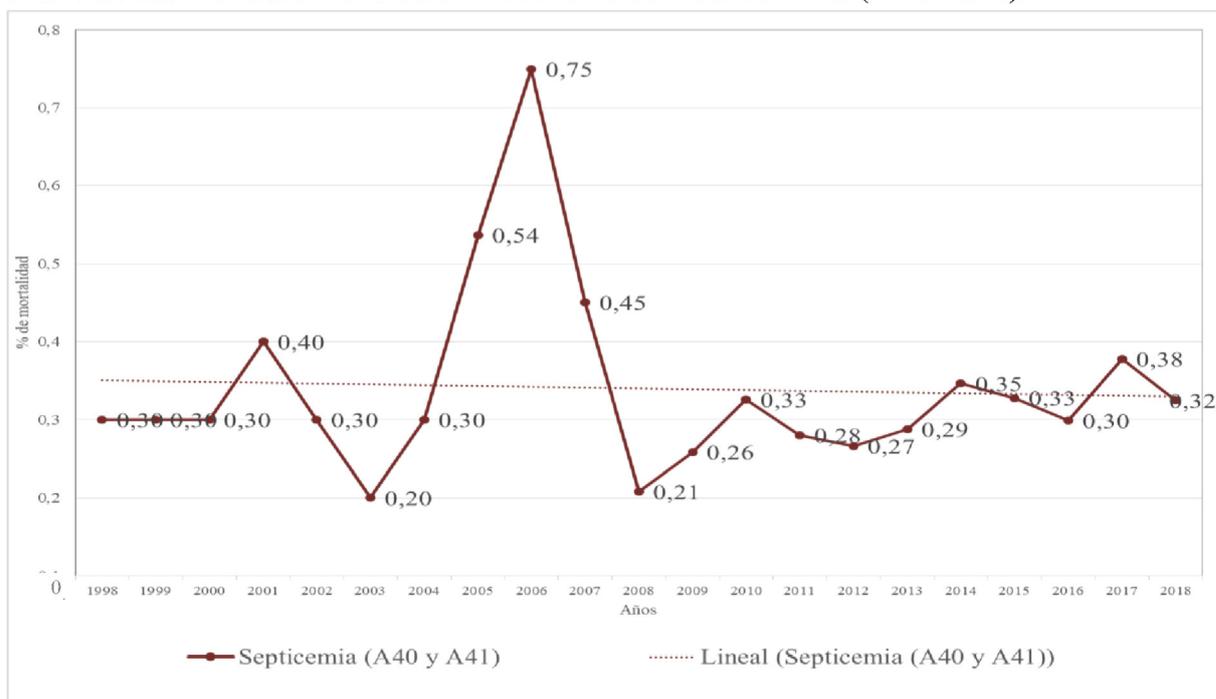
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 9. Cantidad de defunciones por septicemia (A40 y A41) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

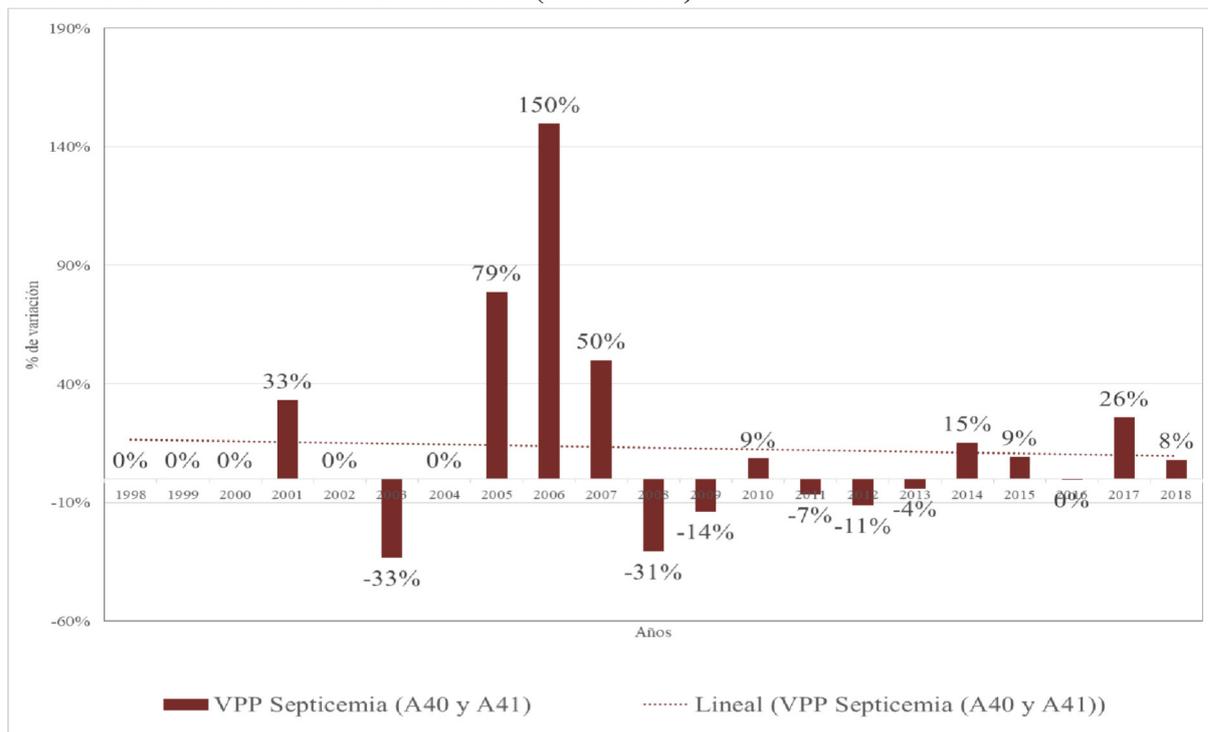
**Gráfico 10. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por septicemia (A40 y A41) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

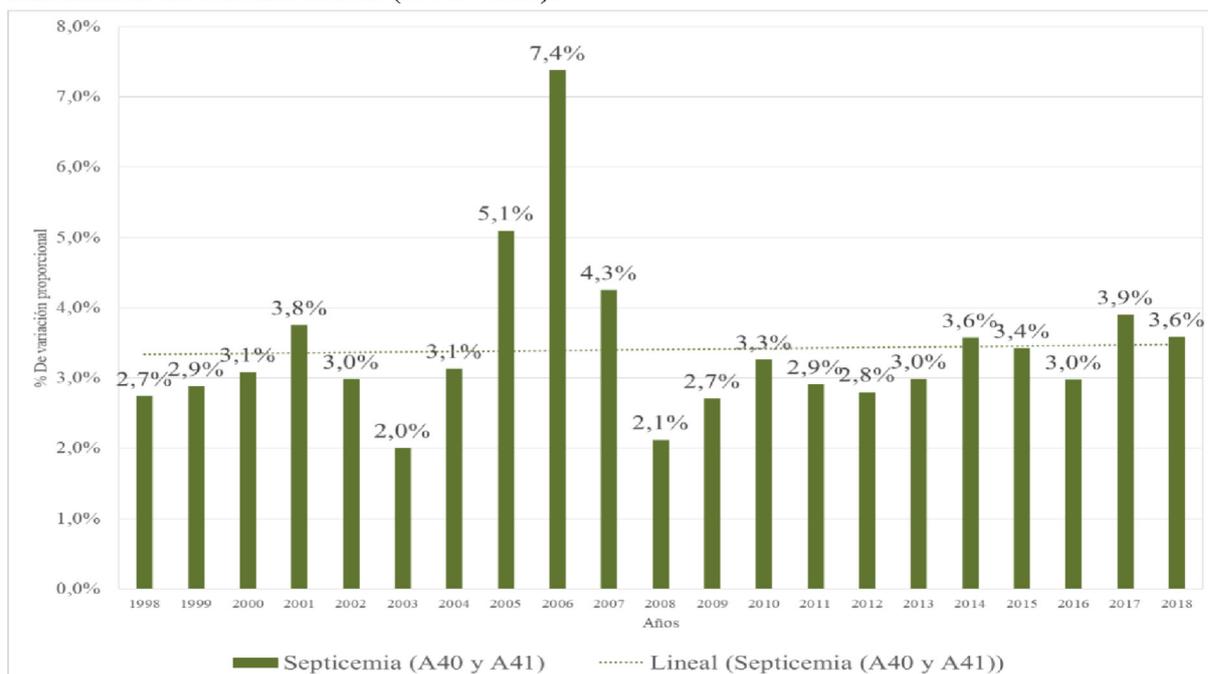
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 11. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de septicemia (A40 y A41) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

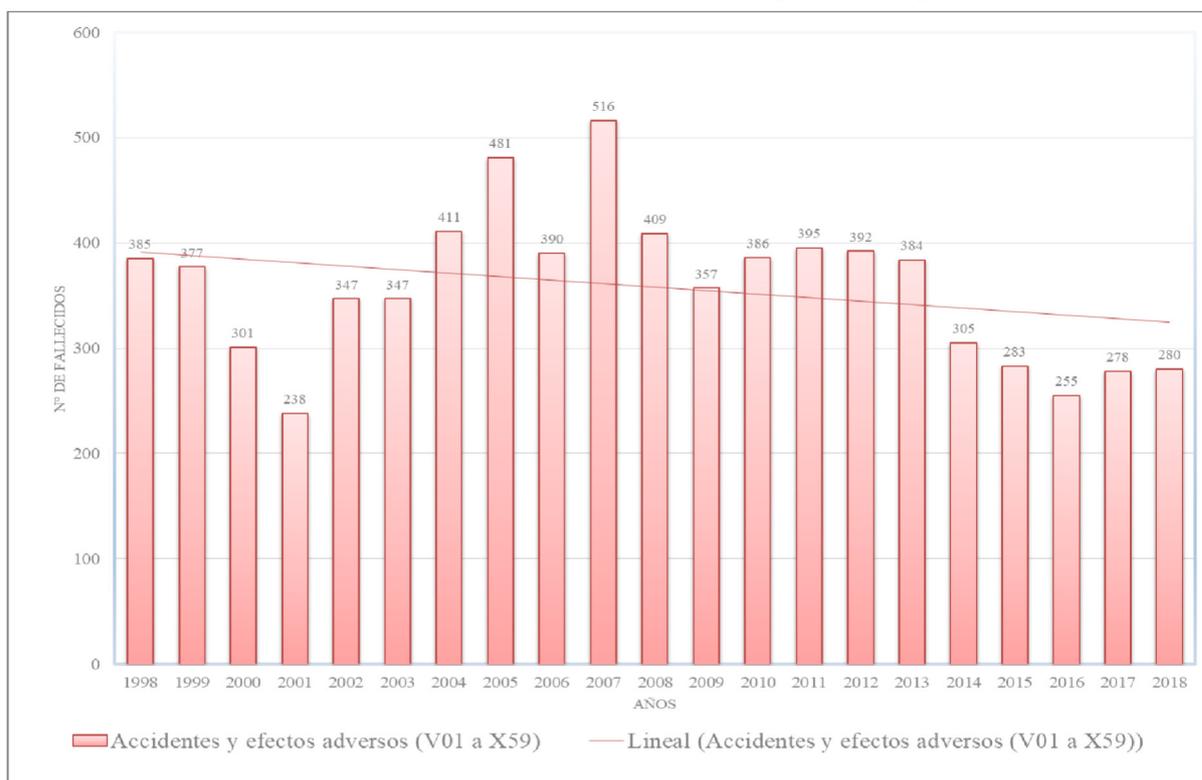
**Gráfico 12. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por septicemia (A40 y A41) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

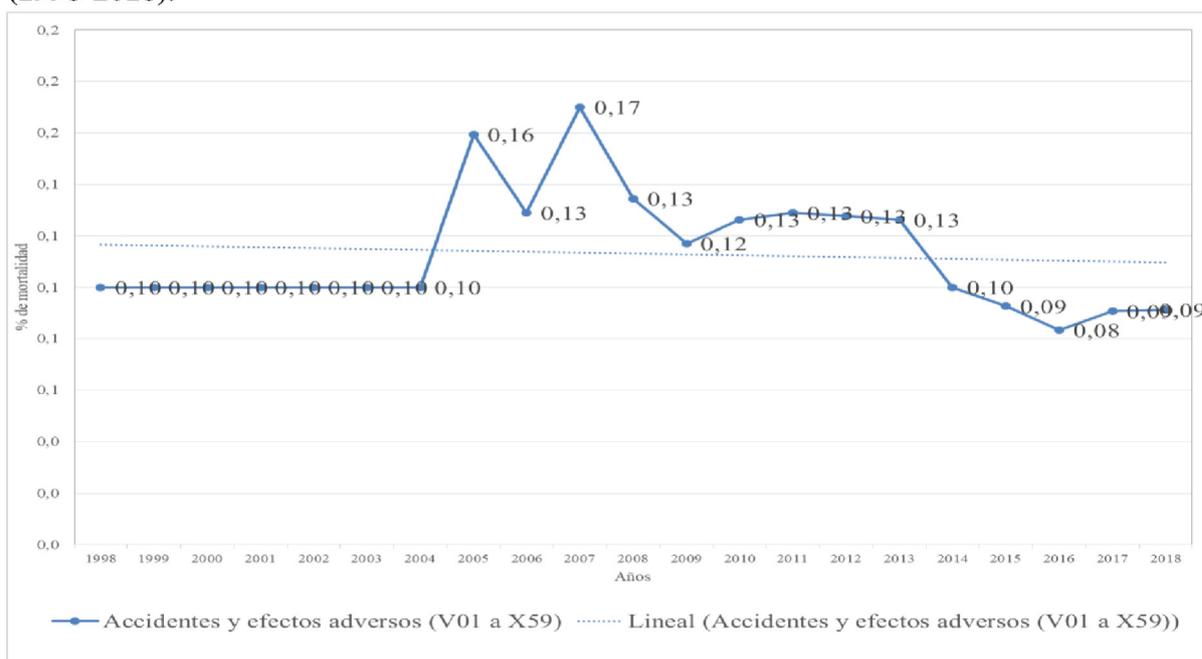
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 13. Cantidad de defunciones por accidentes y efectos adversos (V01 a X59) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

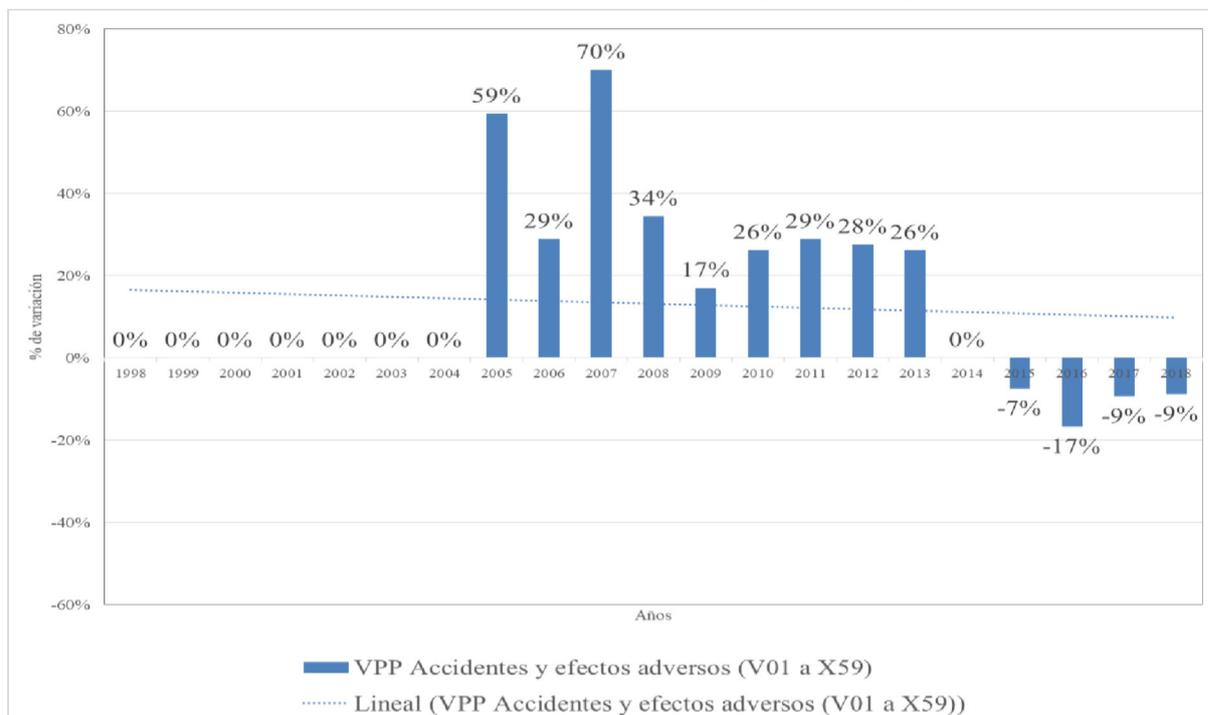
**Gráfico 14. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por accidentes y efectos adversos (V01 a X59) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

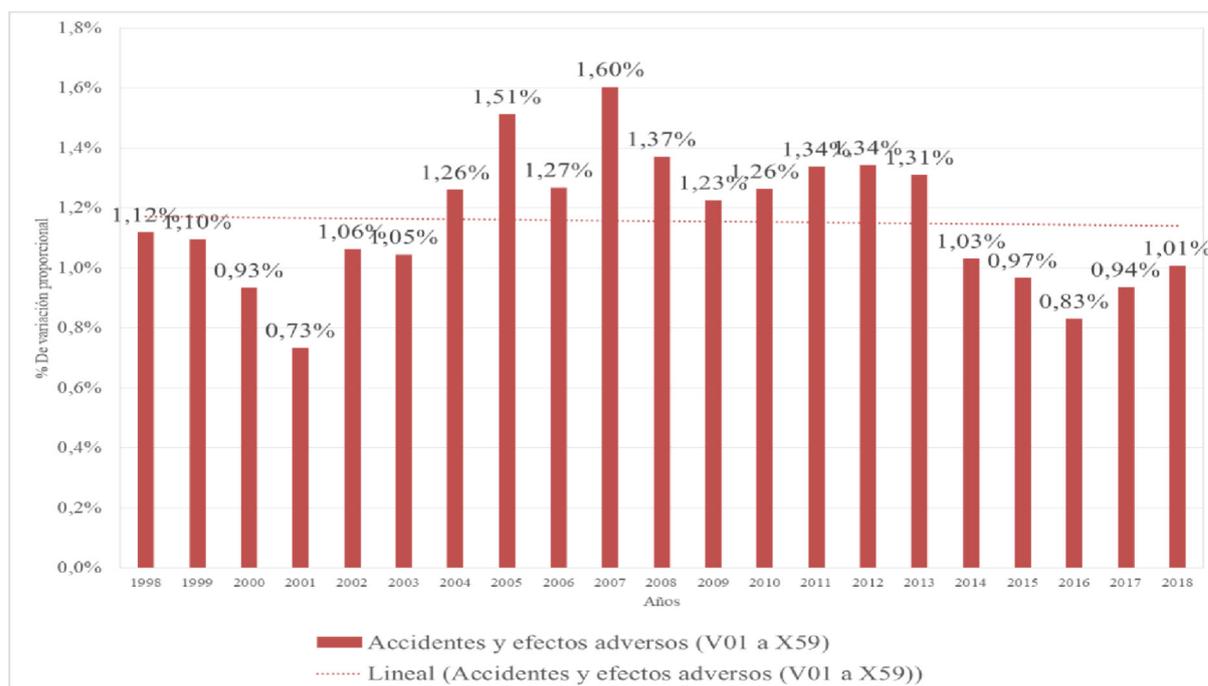
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 15. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de accidentes y efectos adversos (V01 a X59) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

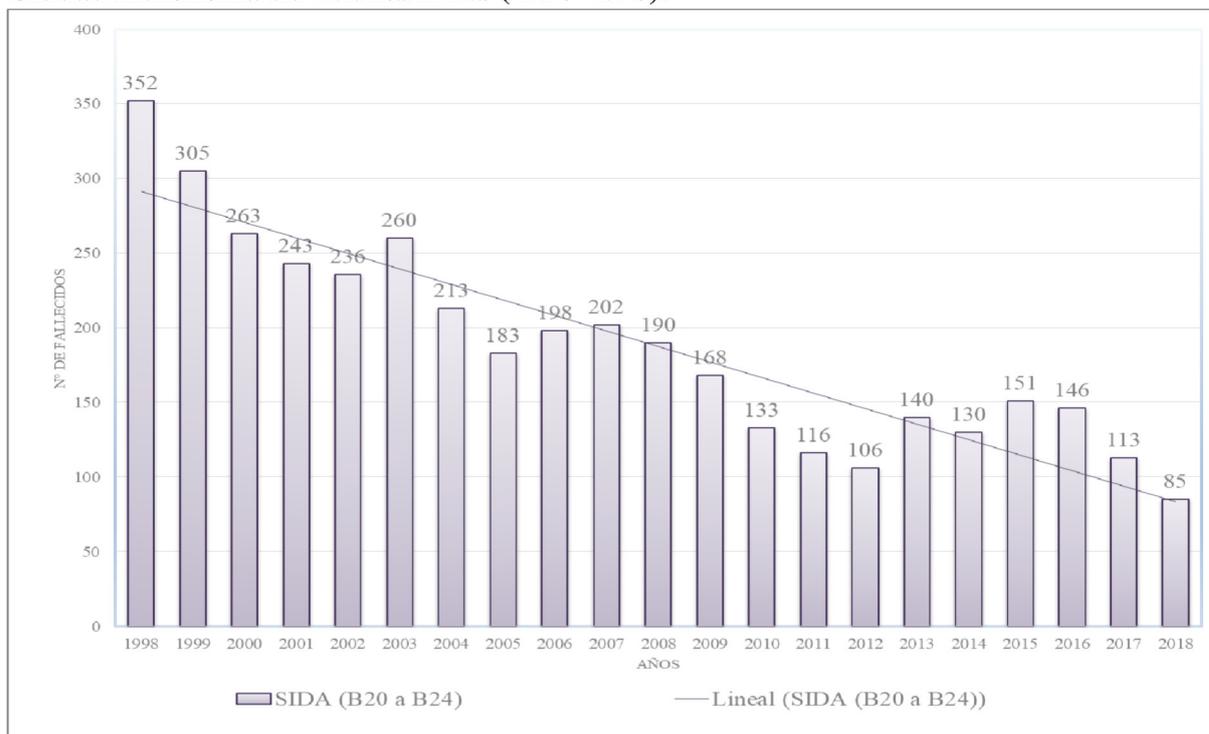
**Gráfico 16. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por accidentes y efectos adversos (V01 a X59) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 17. Cantidad de defunciones por SIDA (B20 a B24) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

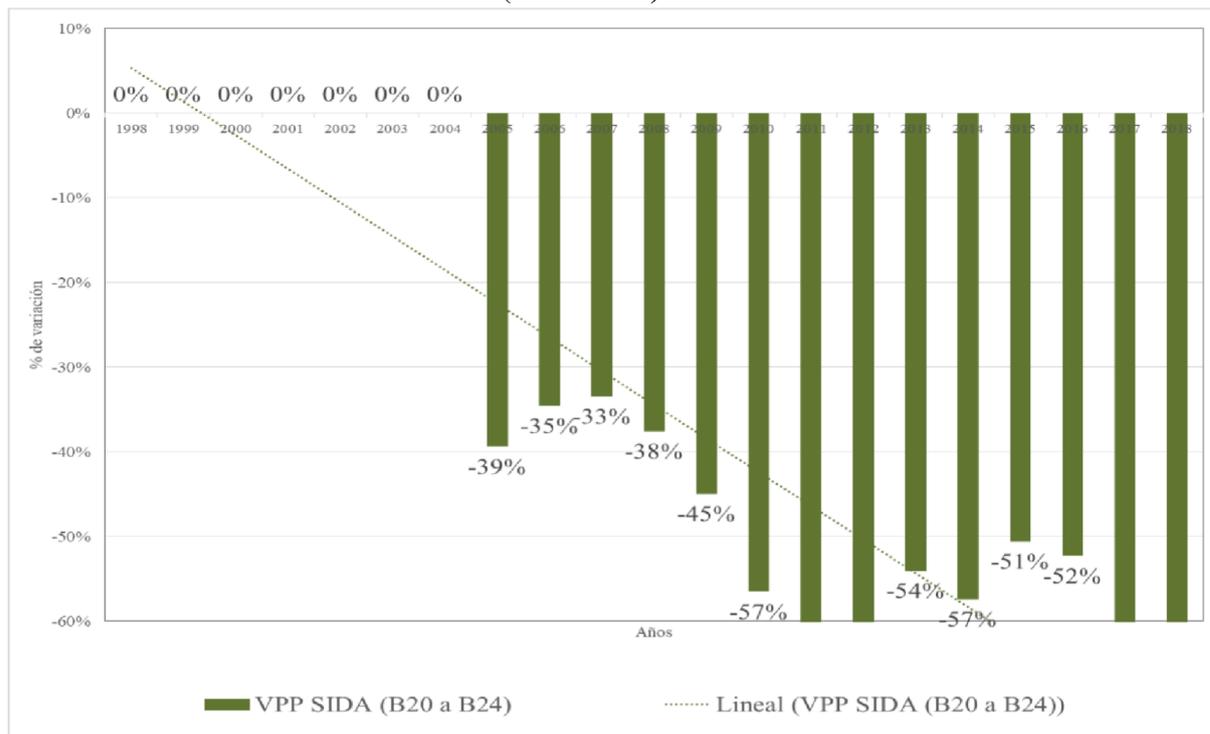
**Gráfico 18. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por SIDA (B20 a B24) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 19. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de SIDA (B20 a B24) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

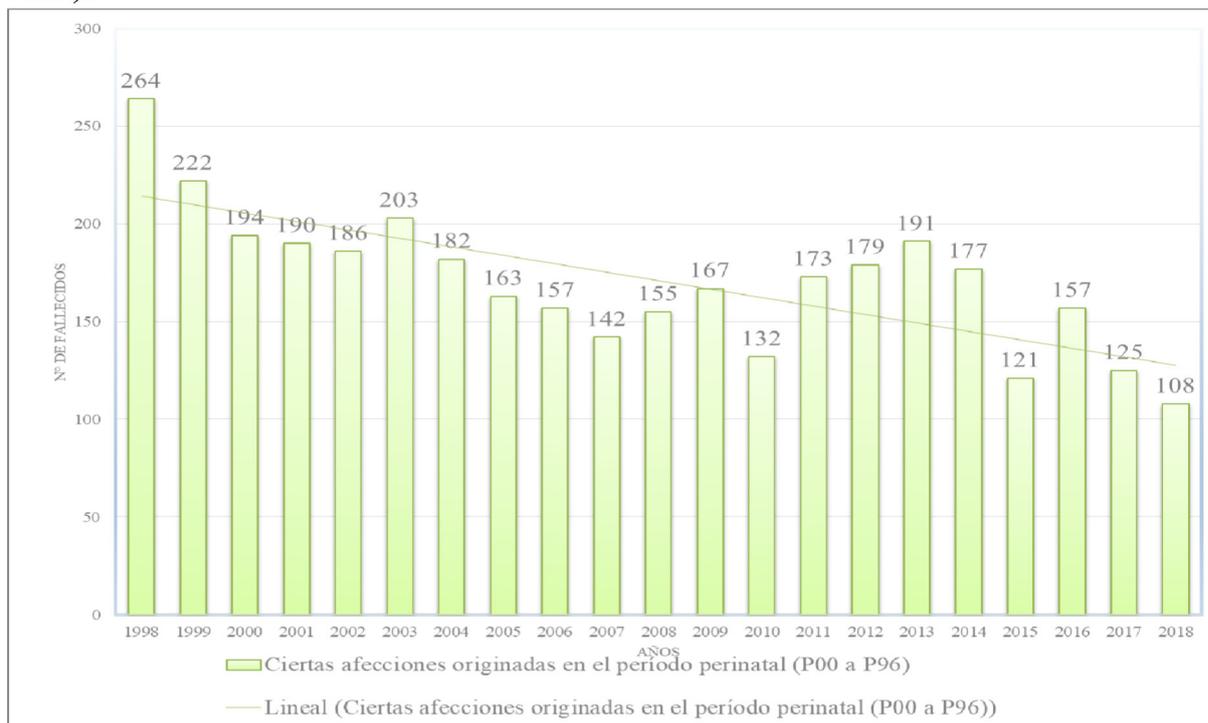
**Gráfico 20. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por SIDA (B20 a B24) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

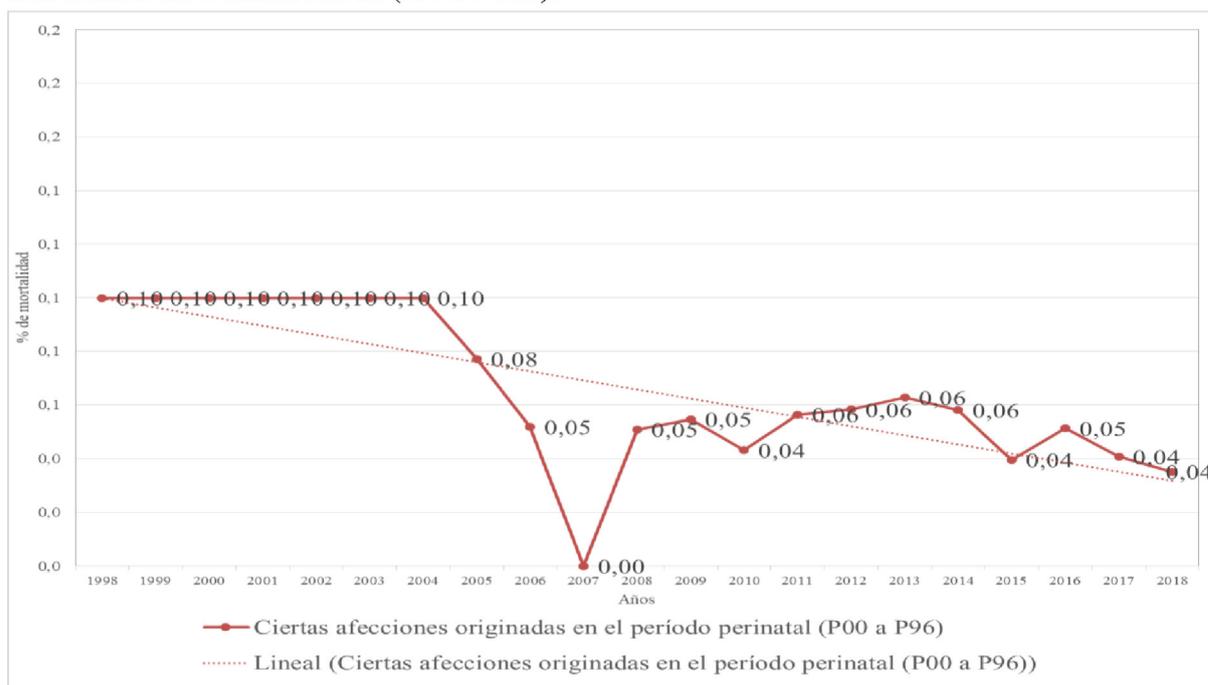
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 21. Cantidad de defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

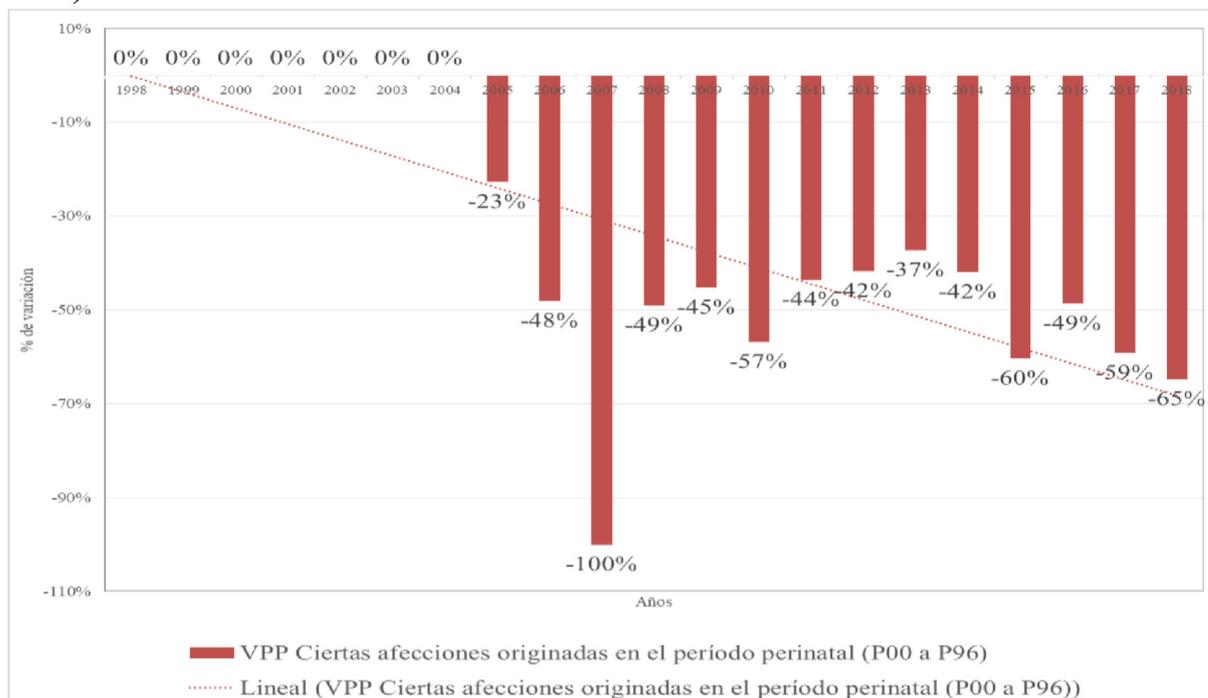
**Gráfico 22. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

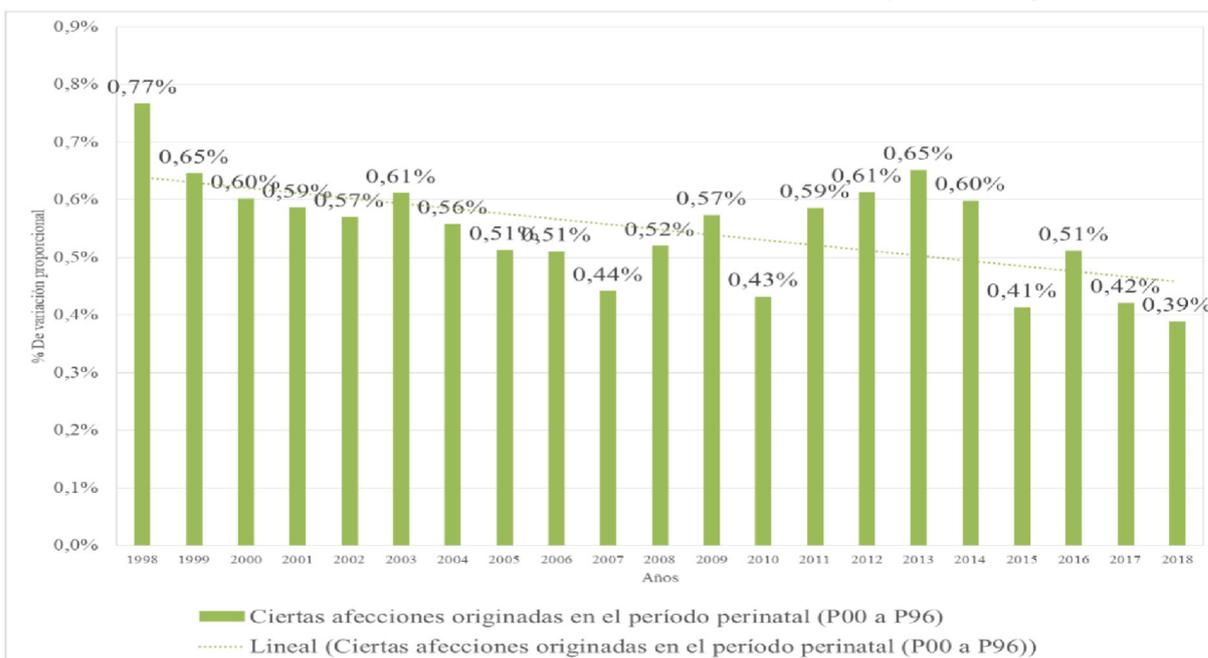
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 23. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

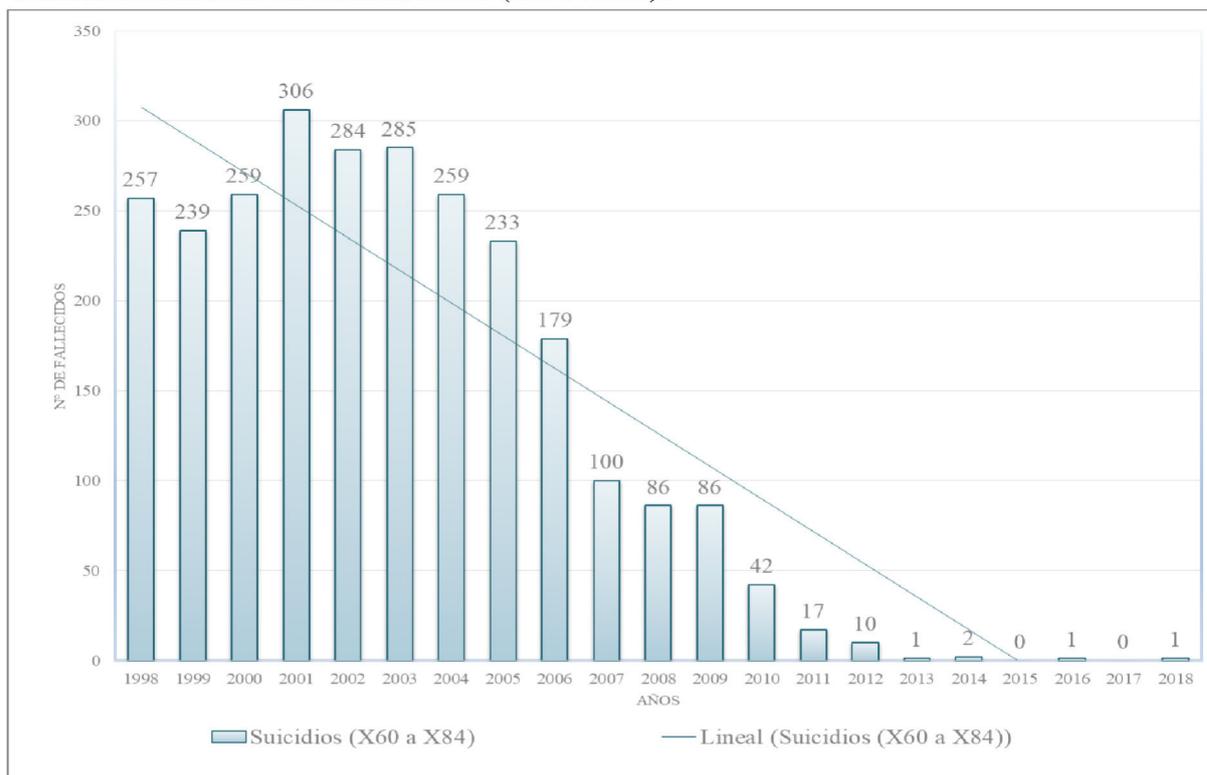
**Gráfico 24. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

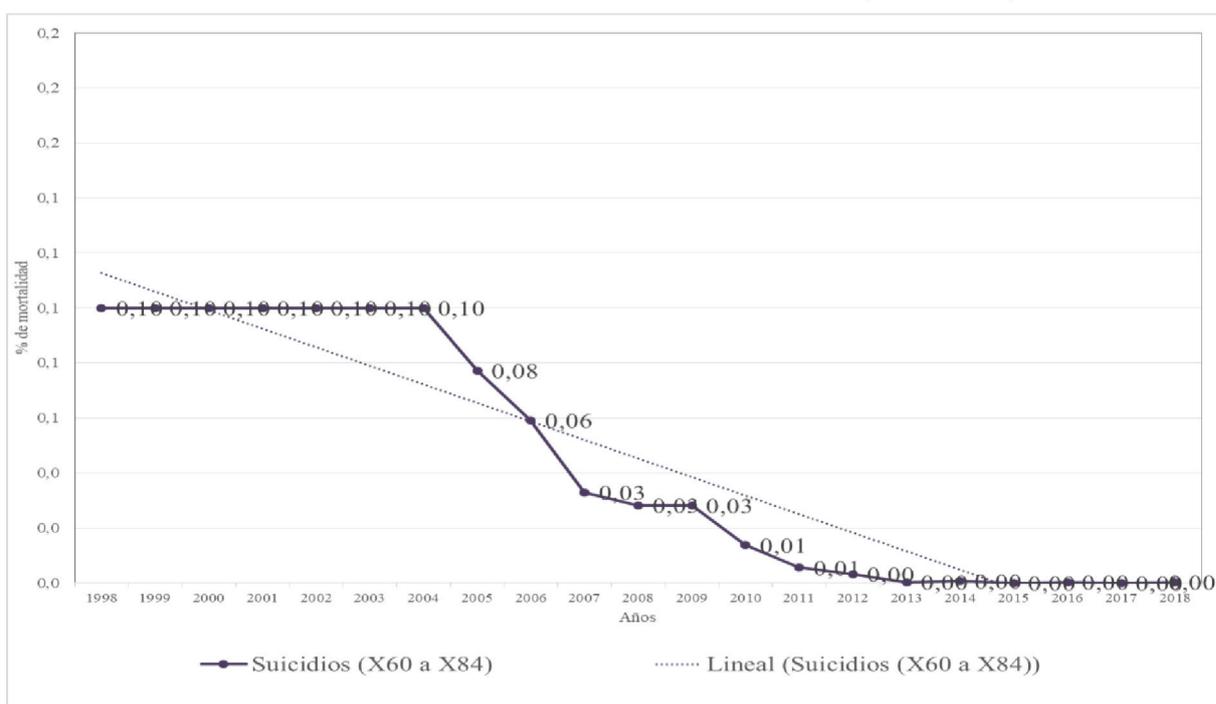
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 25. Cantidad de defunciones por suicidios (X60 a X84) y año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

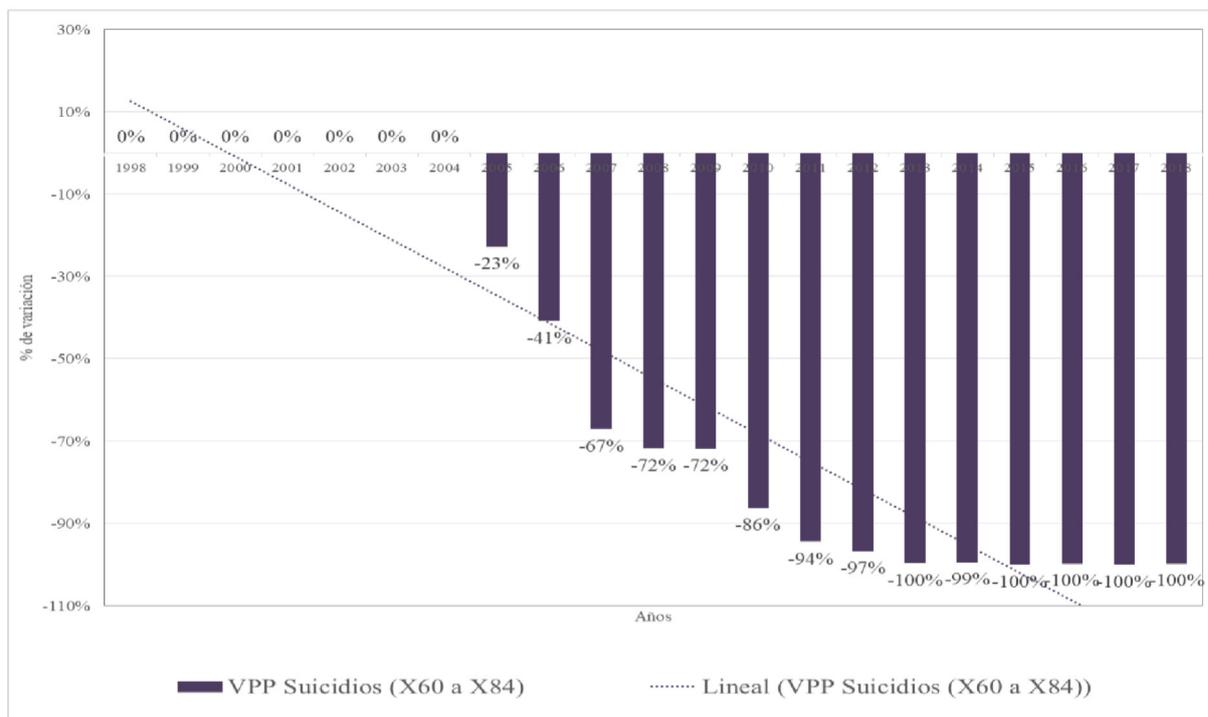
**Gráfico 26. Evolución anual de la tasa de mortalidad bruta por suicidios (X60 a X84) en el año de ocurrencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

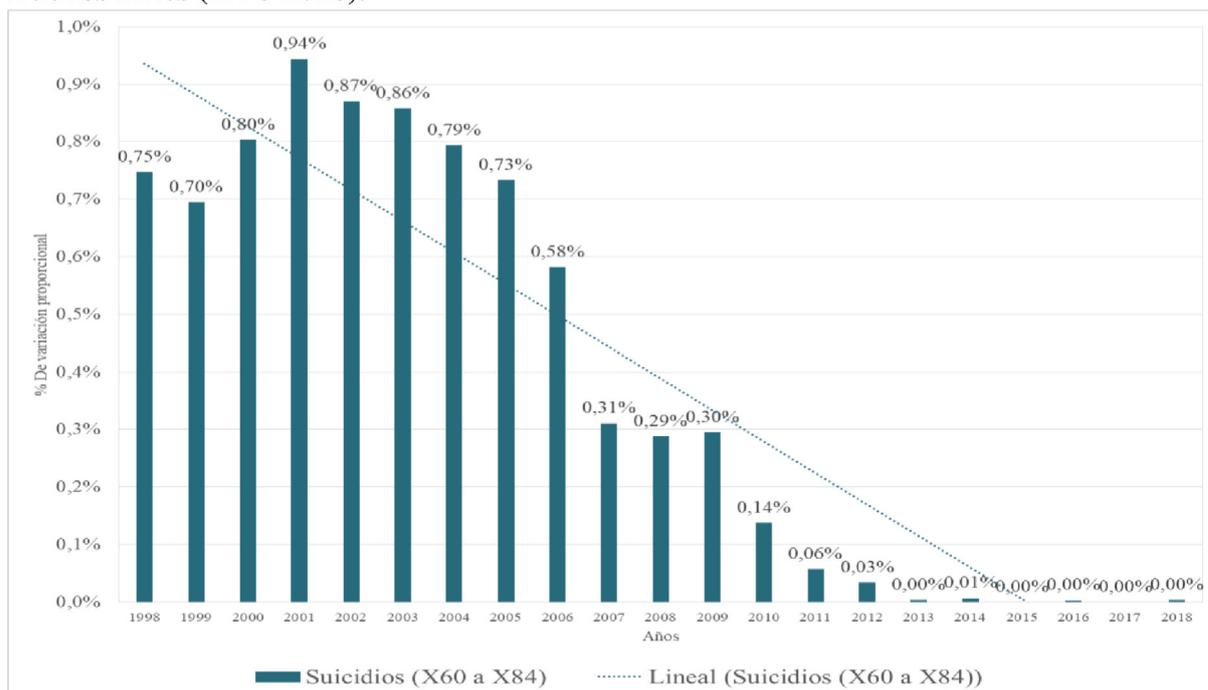
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 27. Evolución anual de la variación proporcional porcentual de la tasa de mortalidad bruta de suicidios (X60 a X84) en el año de ocurrencia con base en 1998 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

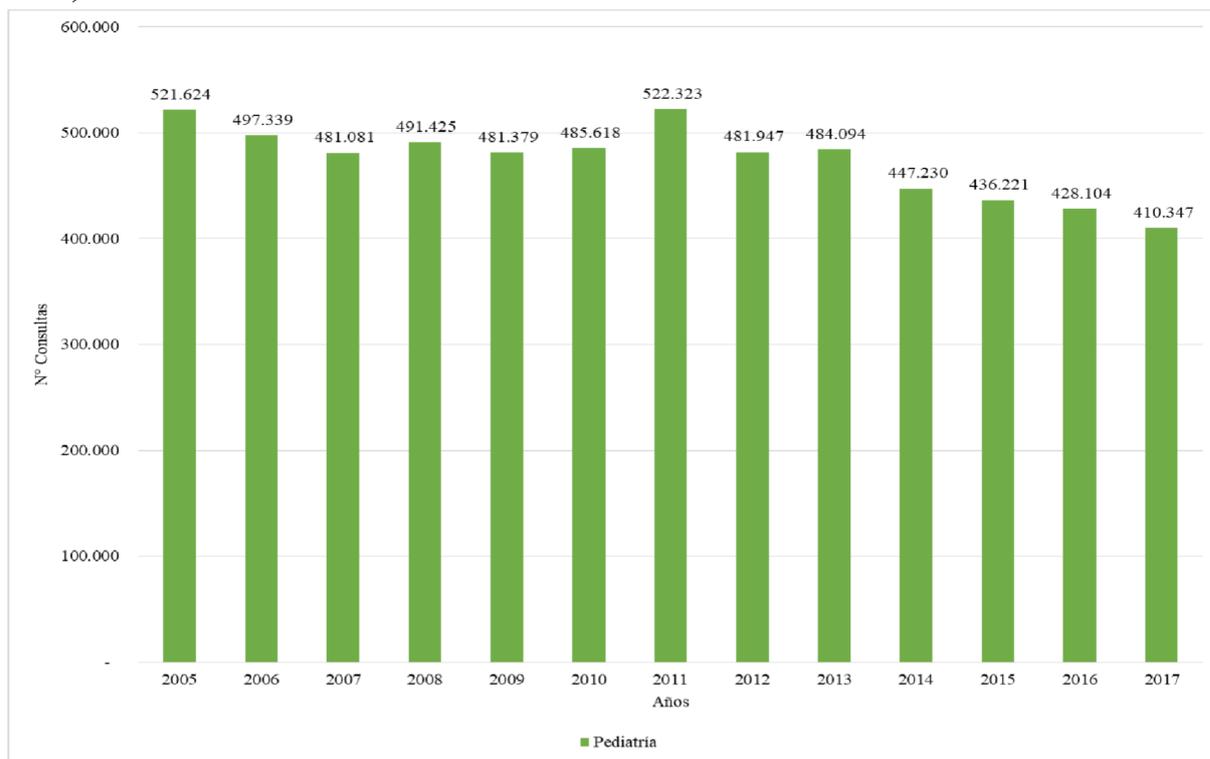
**Gráfico 28. Evolución anual de la distribución proporcional de muertes por suicidios (X60 a X84) en el año de ocurrencia respecto del resto de las causas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1998-2018).**



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

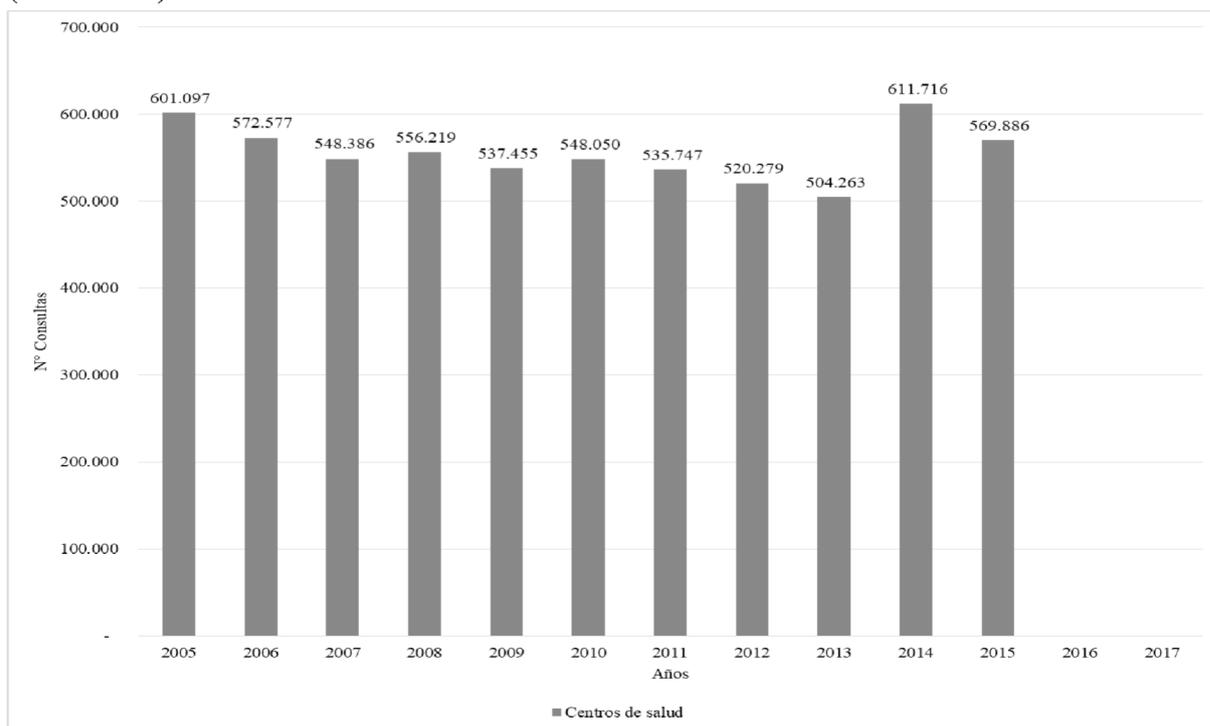
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 29. Cantidad de consultas externas por pediatría en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

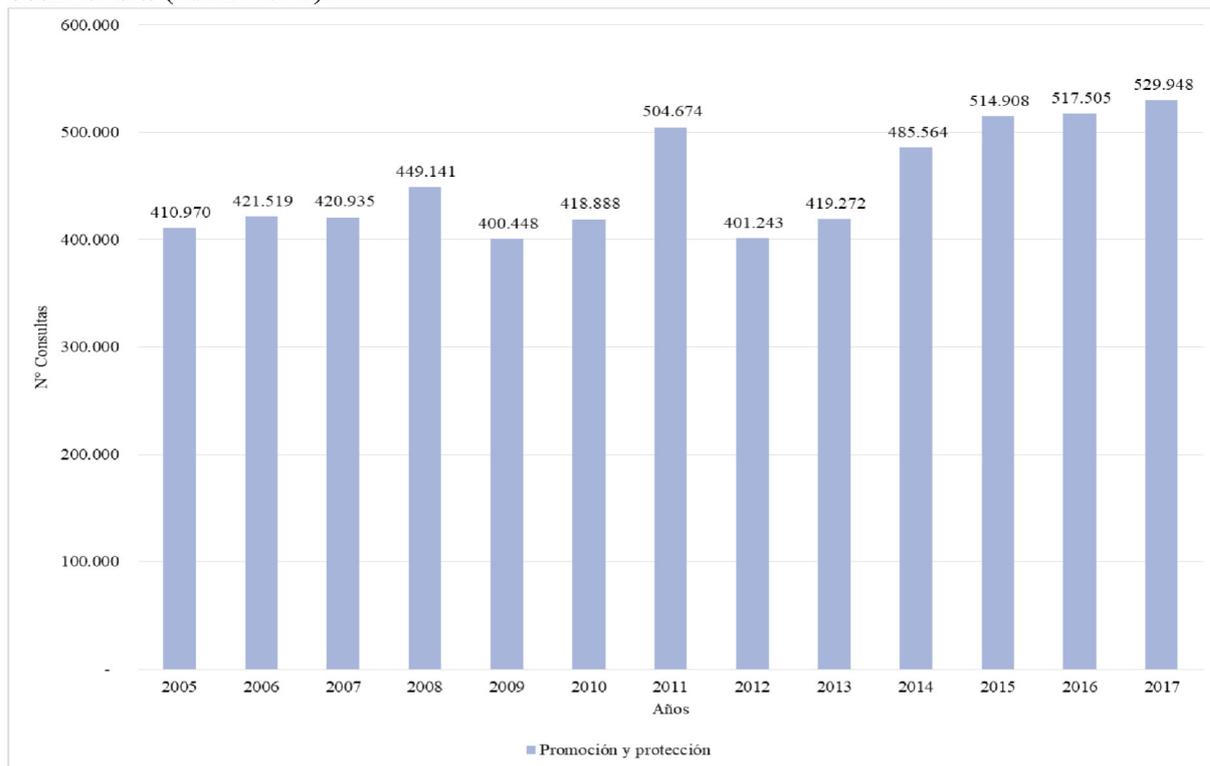
**Gráfico 30. Cantidad de consultas externas por centros de salud en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

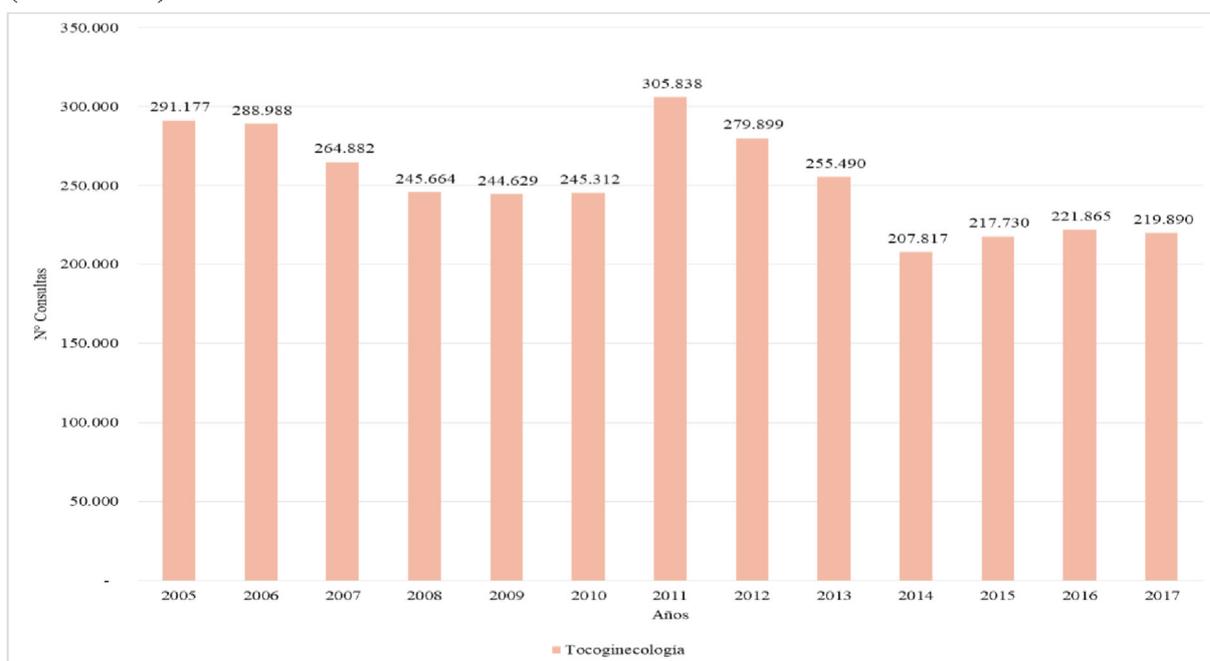
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 31. Cantidad de consultas externas por promoción y protección en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

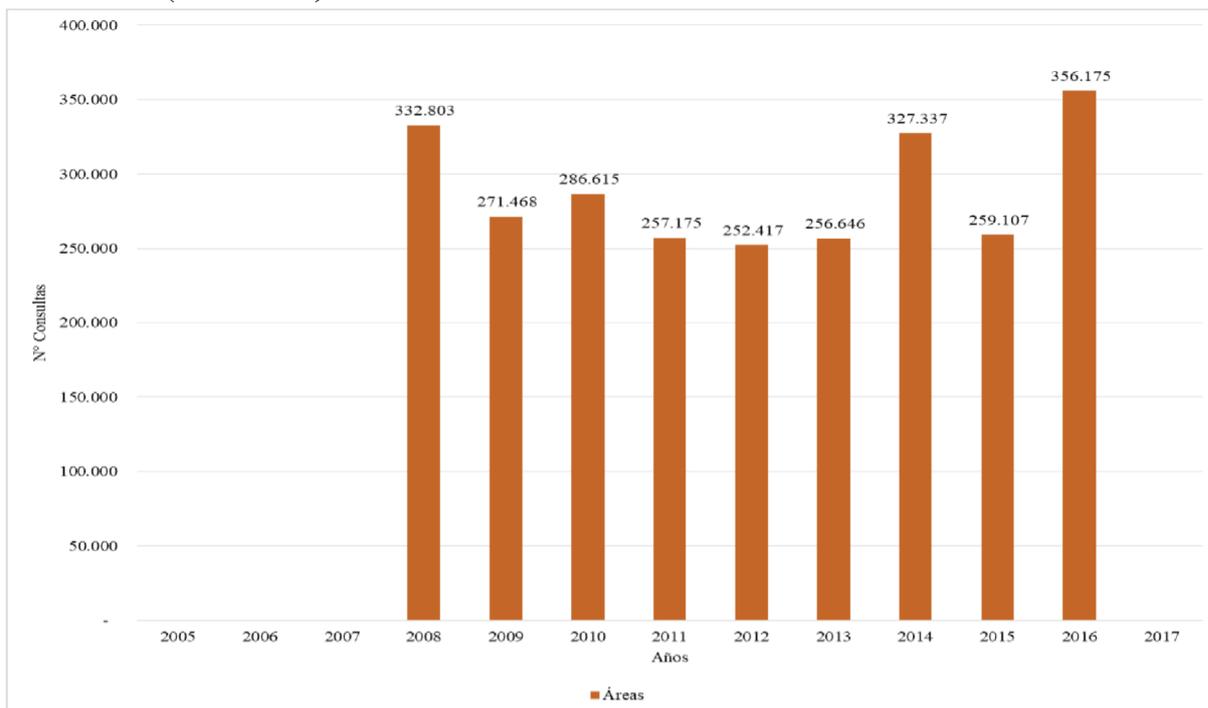
**Gráfico 32. Cantidad de consultas externas por tocoginecología en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

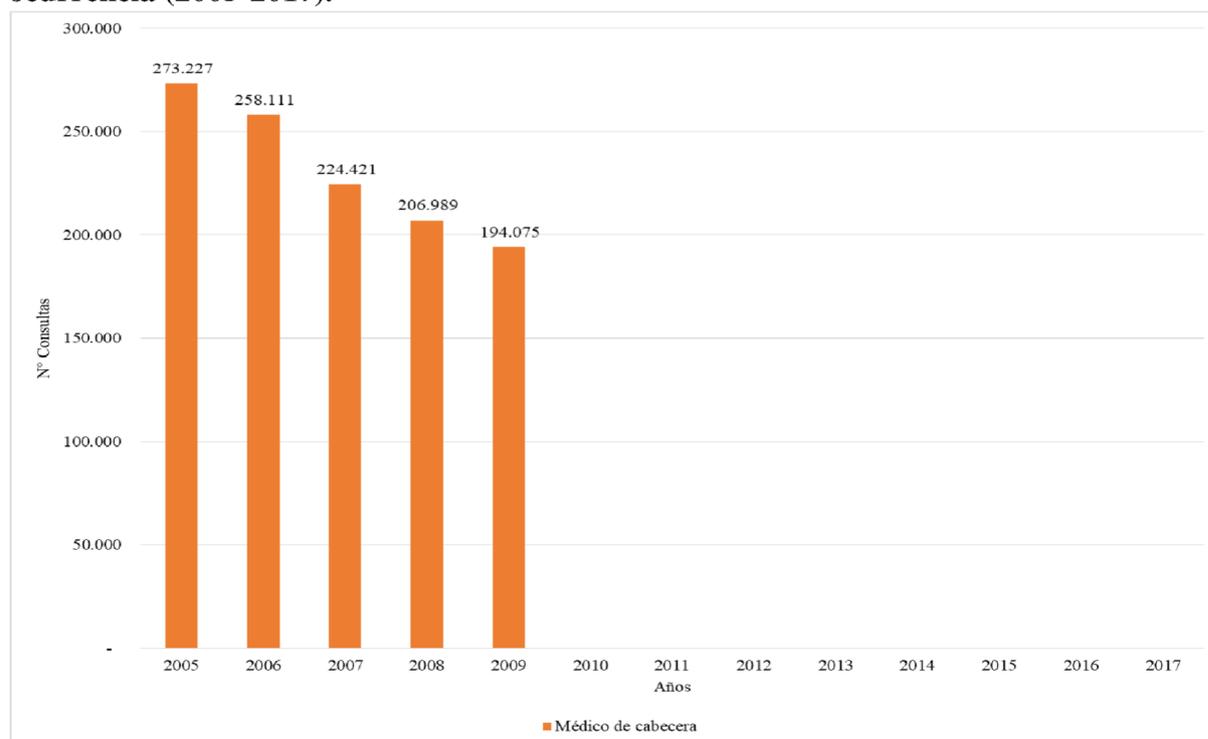
Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Gráfico 33. Cantidad de consultas externas por área programática en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

**Gráfico 34. Cantidad de consultas externas por médico de cabecera en su año de ocurrencia (2005-2017).**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 1. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado de personal en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Gastos en personal	Personal permanente
	Personal temporario
	Servicios extraordinarios
	Asignaciones familiares
	Asistencia social al personal
	Beneficios y compensaciones
	Gabinete de autoridades
	Contratos por tiempo determinado

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

**Tabla 2. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado en bienes de consumo en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Bienes de consumo	Bienes de consumo
	Productos alimenticios, agropecuarios y forestales
	Textiles y vestuario
	Productos de papel, cartón e impresos
	Productos de cuero
	Productos químicos, combustibles y lubricantes
	Productos de minerales no metálicos
	Productos metálicos
	Minerales
	Otros bienes de consumo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 3. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado en servicios no personales en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Servicios no personales	Servicios básicos
	Alquileres y derechos
	Mantenimiento, reparación y limpieza
	Servicios profesionales, técnicos y operativos
	Servicios empresariales comerciales y financieros
	Publicidad y propaganda
	Pasajes, viáticos y movilidad
	Impuestos, derechos, tasas y juicios
	Otros servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

**Tabla 4. Detalle de las partidas principales del gasto ejecutado en bienes de uso en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Bienes de uso	Bienes de uso
	Bienes preexistentes
	Construcciones
	Maquinaria y equipo
	Equipo de seguridad
	Libros, revistas y otros elementos coleccionables
	Activos intangibles
	Otros bienes de uso

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 1. Definiciones de los puestos de trabajo del personal del GCABA.**

Tipo de contratos	Cargo	Función	Tipo de contrato	Puesto	Definición
Contrato por tiempo determinado, Contrato por tiempo indeterminado, Contrato de plazo eventual, Contrato a tiempo parcial	Es la clasificación alfanumérica de las personas que ocupan puestos de trabajo financiados total o parcialmente por el sector público nacional	Ejecutiva	Contrato por tiempo determinado, contrato por tiempo indeterminado, contrato de plazo eventual, contrato a tiempo parcial.	Jefatura	Se entiende por función ejecutiva (de existir) al ejercicio de un puesto de trabajo que comporte la titularidad de una unidad organizativa formalmente establecida en una estructura, o que implique funciones de coordinación o supervisión en la entidad en cuestión.
		Planta permanente	Concurso, Designación transitoria en cargo de planta permanente, Régimen de estabilidad no concursado (planta permanente), Carrera Fuerzas Armadas y de Seguridad	Personal	Personal que presta servicios en organismos pertenecientes a la administración pública del GCABA, y está regido por los preceptos de la Ley de Contrato de Trabajo.
				Médicos	Se encarga de curar o prevenir las enfermedades de tipo general, y, en caso de ser necesario, remite el enfermo al especialista correspondiente.
				Suplentes de guardia	Profesional que cumple sus tareas en un servicio de emergencias, de toda índole, sea esta de condición temporaria o permanente, en un lugar fijo o móvil, perteneciente a la medicina pública, privada, sistema de seguridad social, o de entidades intermedias. Se entiende por servicio de emergencias a aquel que presta la atención médica en forma continua, regular y permanente, durante las 24 horas del día los 365 días del año.
Planta temporaria	Designación en cargo de planta temporaria. Se accede por convocatoria abierta a través del concurso unificado y examen único	Residencias hospitalarias	Las residencias del equipo de salud son un sistema remunerado de formación integral de postgrado a través del ejercicio de prácticas formativas de complejidad creciente. Comprenden una formación intensiva en servicio, a tiempo completo y con dedicación exclusiva.		

Fuente: Elaboración propia a partir de <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico/empleo-publico/biep/clasificacion#sistemadeacceso>, <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/capacitacion/residencias>, <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Ley-25164-De-Marco-de-Regulaci%C3%B3n-de-Empleo-P%C3%BAblico-Nacional.pdf>

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Cuadro 2. Gasto total ejecutado total por una unidad ejecutora en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005-2017), en valores del año 2019.**

Años	Unidades ejecutoras						
	Acumar	Central	Centro de salud	Dirección	Genético de datos	Hospital	Subsecretaría
2005		\$ 2.740	\$ 190	\$ 6.652	\$ 34	\$ 47.875	\$ -
2006		\$ 2.673	\$ 1.393	\$ 515	\$ 31	\$ 54.617	\$ -
2007		\$ 3.612	\$ 245	\$ 923	\$ 42	\$ 51.859	\$ 5.571
2008		\$ 523	\$ 240	\$ 3.162	\$ 76	\$ 50.351	\$ 5.355
2009		\$ 715	\$ 338	\$ 2.204	\$ 68	\$ 53.266	\$ 5.663
2010		\$ 2.343	\$ 231	\$ 1.533	\$ 3	\$ 49.917	\$ 5.209
2011		\$ 2.856	\$ 235	\$ 1.525	\$ -	\$ 50.313	\$ 5.712
2012		\$ 1.274	\$ 328	\$ 1.611	\$ -	\$ 52.421	\$ 6.032
2013		\$ 2.510	\$ 350	\$ 1.615	\$ -	\$ 55.323	\$ 5.403
2014		\$ 1.582	\$ 329	\$ 2.218	\$ -	\$ 52.978	\$ 5.380
2015		\$ 1.300	\$ 320	\$ 2.067	\$ -	\$ 53.552	\$ 5.863
2016	\$ -	\$ 5.137	\$ 1.219	\$ 2.019	\$ -	\$ 52.470	\$ 2.028
2017	\$ -	\$ 3.341	\$ 1.252	\$ 3.072	\$ -	\$ 51.534	\$ 2.691

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio Hacienda y Finanzas. Dirección General Contaduría. Valores en millones de pesos.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## **ANEXOS**

ANEXO A – Tablas de libros de códigos de la Dirección General de Estadística y Censos	182
ANEXO B – Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud	188

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## ANEXO A – Tablas de libros de códigos de la Dirección General de Estadística y Censos

**Tabla 1. Libro de códigos de las tasas de mortalidad y distribución porcentual de las defunciones por principales causas de muerte.**

<b>LIBRO DE CÓDIGOS</b>	
<b>Archivo</b>	S_540
<b>Área temática</b>	Población
<b>Tema</b>	Crecimiento de la población
<b>Subtema</b>	Mortalidad
<b>Serie</b>	Tasa de mortalidad
<b>Objetivo</b>	Mostrar las diferencias de la tasa de mortalidad y la distribución porcentual de las muertes por principales causas de muerte y año de ocurrencia
<b>Variable 1</b>	Tasa bruta de mortalidad
<b>Definición operativa</b>	Cociente entre el número total de defunciones ocurridas en una población durante un año y la población media de ese año, multiplicado por 1000. Expresa el número de muertes ocurridas por cada 1000 personas de esa población
<b>U/ de medida</b>	Por mil habitantes
<b>Método de cálculo (fórmula)</b>	$TBM^z = (D^z / N^{30-6-z}) \cdot 1000$ <p>Donde:</p> $TBM^z = \text{Tasa bruta de mortalidad del año } Z$ $D^z = \text{cantidad de muertes del año } z$ $N^{30-6-z} = \text{Población al 30 de junio del año } Z$
<b>Variable 2</b>	Causa de muerte
<b>Definición operativa</b>	Todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte, o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje
<b>Método de cálculo (fórmula)</b>	Cociente entre las defunciones de cada grupo de causas de muerte y el total de defunciones por cien
<b>Periodicidad de recepción (información secundaria)</b>	Mensual
<b>Periodicidad de recolección (información primaria)</b>	Diaria
<b>Periodicidad de difusión</b>	Anual
<b>Fuente</b>	Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). Estadísticas vitales y proyecciones de población

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

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Libro de códigos de consultas externas en hospitales del GCBA.**

FICHA TÉCNICA	
Archivo	<u>S_MVH_AX05</u>
Área temática	Salud
Tema	Movimiento hospitalario GCBA
Subtema	Consultas externas
Serie	Consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por grupo de especialidades y atención primaria
Objetivo	Mostrar la evolución en el tiempo de las consultas externas realizadas en hospitales con internación dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires según especialidad y atención primaria
Variable 1	Consultas externas: atención por parte del médico a un paciente ambulatorio; incluye la consulta médica brindada a un consultante sano
Definición operativa	Recuento de consultas médicas realizadas en consultorios externos de los hospitales con internación dependientes del Gobierno de la Ciudad en cada año
Unidad de medida	Consulta externa
Método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de las consultas externas médicas realizadas en consultorios externos de cada hospital
Variable 2	Tipo de hospital: refiere al tipo de atención que brinda cada hospital. Puede ser <i>general</i> (brinda servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pudiendo tener o no internación, y debiendo contar como mínimo con tres especialidades de las básicas), <i>especializado</i> (brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica, o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo etario) o <i>general de niños</i> (atiende solamente a pacientes de hasta 18 años inclusive)

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 2. Continuación.**

FICHA TÉCNICA	
Variable 3	Especialidad: “Profundización de un área del conocimiento de la carrera de grado, cuya complejidad excede el ámbito y posibilidades del profesional que egresa, y requiere una capacitación científica, tecnológica y bioética especial.” (Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. “Conjunto Mínimo de Datos Básicos aprobados de interés nacional”. Serie 1 N° 14. Ciudad de Buenos Aires. Septiembre de 2004, pág. 82). Se incluyen las siguientes categorías: <i>clínica médica, cirugía, pediatría, tocoginecología, urgencia y promoción y protección</i>
Variable 4	Atención primaria: “Es la estrategia de extensión de cobertura con fortalecimiento del primer nivel de atención, que permite el uso más apropiado y equitativo de los recursos disponibles para mejorar la salud, como parte de una estrategia sociopolítica y de desarrollo, que abarca a la sociedad entera. Primer Nivel de Atención: servicios de atención médica de primer contacto prestados generalmente en forma ambulatoria; debería constituir el primer contacto de la población con el sistema de salud, para resolver problemas que requieren tecnología simple.” (Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. “Conjunto Mínimo de Datos Básicos aprobados de interés nacional”. Serie 1 N° 14. Ciudad de Buenos Aires. Septiembre de 2004, pág. 79 y 85). Se incluye información de las áreas (Salud escolar, Salud comunitaria, Epidemiología, Inmunizaciones), Cobertura Porteña (Clínica médica, Pediatría y Tocoginecología) y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC)
Periodicidad de recepción (secundaria)	Anual
Periodicidad de recolección (primaria)	Diaria
Periodicidad de difusión	Anual
Fuente	Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) sobre la base de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 3. Libro de códigos de egresos en hospitales del GCBA.**

FICHA TÉCNICA	
Archivo	<u>S_MVH_AX08</u>
Área temática	Salud
Tema	Movimiento hospitalario GCBA
Subtema	Egresos e indicadores de internación
Serie	Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por hospital
Objetivo	Mostrar la evolución en el tiempo de las salidas de los pacientes que estuvieron internados en los hospitales con internación dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Variable 1	Egreso: salida del establecimiento de un paciente internado; implica, siempre, la conclusión del período de internación y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta o por defunción
Definición operativa	Recuento de las salidas de los pacientes que estuvieron internados en los hospitales con internación dependientes del Gobierno de la Ciudad en cada año
Unidad de medida	Egreso
Método de cálculo (fórmula)	Sumatoria de los egresos de cada hospital en cada año
Variable 2	Tipo de hospital: refiere al tipo de atención que brinda cada hospital. Puede ser <i>general</i> (brinda servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen o son sospechosas de padecer enfermedades, pudiendo tener o no internación, y debiendo contar como un mínimo con tres especialidades de las básicas), <i>especializado</i> (brinda servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación a personas que padecen una enfermedad específica, o afección de un aparato o sistema, o pertenecen a un determinado grupo etario) o <i>general de niños</i> (atiende solamente a pacientes de hasta 18 años inclusive)
Variable 3	Año
Periodicidad de recepción (secundaria)	Anual

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 3. Continuación.**

FICHA TÉCNICA	
Periodicidad de recolección (primaria)	Diaria
Periodicidad de difusión	Anual
Fuente	Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) sobre la base de datos del Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud

Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa de Estadísticas de Salud.

**Tabla 4. Libro de códigos de cargos del GCBA.**

LIBRO DE CÓDIGOS	
Archivo	SP_EP_C
Área temática	Sector público
Tema	Empleo público
Subtema	No corresponde
Serie	Cargos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Objetivo	Presentar la evolución de los cargos públicos del GCBA, clasificados según la planta de pertenencia, jerarquía o función
Variable 1	Cargos
Definición operativa	Corresponde a los puestos en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ocupados por agentes

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

**Tabla 4. Continuación.**

LIBRO DE CÓDIGOS	
Unidad de medida	Cargos
Método de cálculo (fórmula)	No aplica
Periodicidad de recepción (información secundaria)	Anual
Periodicidad de recolección (información primaria)	No aplica
Periodicidad de difusión	Anual
Fuente	Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) sobre base de datos del Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General Contaduría. Cuentas Anuales de Inversión

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) sobre base de datos del Ministerio de Economía y Finanzas. Dirección General Contaduría. Cuentas Anuales de Inversión.

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

## **ANEXO B – Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud**

### 5.1.2.1. Enfermedades del corazón (I00 a I52)

Las enfermedades del corazón tienen sus códigos definidos en el capítulo IX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. En este caso, esta categoría está formada por los siguientes grupos:

- I00–I02 Fiebre reumática aguda
- I05–I09 Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas
- I10–I15 Enfermedades hipertensivas
- I20–I25 Enfermedades isquémicas del corazón
- I26–I28 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación -pulmonar
- I30–I52 Otras formas de enfermedad del corazón

### 5.1.2.3. Tumores malignos (C00 a C97)

Las enfermedades correspondientes a la categoría Tumores malignos (C00 a C97) tienen sus códigos definidos en el capítulo II de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

La categoría está formada por tumores malignos, que se declaran o se presumen como primarios, de sitio anatómico especificado, excepto de los tejidos linfático, hematopoyético y similares. Los grupos de tumores malignos son los siguientes:

- C00–C14 Labio, cavidad bucal y faringe
- C15–C26 Órganos digestivos
- C30–C39 Órganos respiratorios e intratorácicos
- C40–C41 Huesos y cartílagos articulares
- C43–C44 Piel
- C45–C49 Tejidos mesoteliales y tejidos blandos
- C50 Mama
- C51–C58 Órganos genitales femeninos
- C60–C63 Órganos genitales masculinos
- C64–C68 Vías urinarias

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

- C69–C72 Ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso central
- C73–C75 Glándula tiroides y otras glándulas endocrinas
- C76–C80 Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados
- C81–C96 Tumores malignos (declarados o presuntos como primarios) del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines
- C97 Tumores malignos (primarios) de sitios múltiples independientes

#### 5.1.2.4. Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22)

Las infecciones respiratorias agudas tienen sus códigos definidos en el capítulo X de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. La categoría está formada por Infecciones respiratorias agudas, cuando ocurre en más de un sitio y no hay una categoría específica para ella. Este capítulo contiene los siguientes grupos:

- J00–J06 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores
- J10–J18 Influenza (gripe) y neumonía
- J20–J22 Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores

#### 5.1.2.5. Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69)

Las enfermedades cerebrovasculares tienen sus códigos definidos en el capítulo IX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Esta categoría de análisis incluye los siguientes grupos:

- I60 Hemorragia subaracnoidea
- I61 Hemorragia intracerebral
- I63 Infarto cerebral
- I64 Apoplejía, no especificada como hemorragia o infarto
- I65 Oclusión y estenosis de arterias pre cerebrales, no resultando un infartocerebral
- I66 Oclusión y estenosis de arterias cerebrales, no resultando un infarto cerebral
- I67 Otras enfermedades cerebrovasculares
- I68 Trastornos cerebrovasculares en enfermedades clasificadas en otra parte

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

- I69 Secuela de enfermedad cerebrovascular

#### 5.1.2.6. Enfermedades del aparato urinario (N00 a N39)

Las enfermedades del aparato urinario tienen sus códigos definidos en el capítulo XIV de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Esta categoría de análisis incluye los siguientes grupos:

- N00-N08 Enfermedades glomerulares
- N10-N16 Enfermedades renales tubulointersticiales
- N17-N19 Insuficiencia renal
- N20-N23 Litiasis urinaria
- N25-N29 Otros trastornos del riñón y del uréter
- N30-N39 Otras enfermedades del sistema urinario

#### 5.1.2.7. Septicemia (A40 y A41)

La Septicemia (A40 y A41) tiene sus códigos definidos en el capítulo I de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Esta categoría de análisis incluye los siguientes grupos:

- (A40) Septicemia estreptocócica
- (A41) Otras septicemias

#### 5.1.2.8. Accidentes y efectos adversos (V01 a X59)

Los Accidentes y efectos adversos (V01 a X59) tienen sus códigos definidos en el capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Permite la clasificación de acontecimientos ambientales y circunstancias como la causa de traumatismos, envenenamientos y otros efectos adversos. Para estas afecciones, los códigos del capítulo XX deben usarse únicamente para proveer información adicional para el análisis de causas múltiples. Esta categoría de análisis incluye los siguientes grupos:

- V01–V09 Peatón lesionado en accidente de transporte
- V10–V19 Ciclista lesionado en accidente de transporte

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

- V20–V29 Motociclista lesionado en accidente de transporte
- V30–V39 Ocupante de vehículo de motor de tres ruedas lesionado en accidente de transporte
- V40–V49 Ocupante de automóvil lesionado en accidente de transporte
- V50–V59 Ocupante de camioneta o furgoneta lesionado en accidente de transporte
- V60–V69 Ocupante de vehículo de transporte pesado lesionado en accidente de transporte
- V70–V79 Ocupante de autobús lesionado en accidente de transporte
- V80–V89 Otros accidentes de transporte terrestre
- V90–V94 Accidentes de transporte por agua
- V95–V97 Accidentes de transporte aéreo y espacial
- V98–V99 Otros accidentes de transporte, y los no especificados
- W00–W19 Caídas
- W20–W49 Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas
- W50–W64 Exposición a fuerzas mecánicas animadas
- W65–W74 Ahogamiento y sumersión accidentales
- W75–W84 Otros accidentes que obstruyen la respiración
- W85–W99 Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura, y presión del aire ambientales extremas
- X00–X09 Exposición al humo, fuego y llamas
- X10–X19 Contacto con calor y sustancias calientes
- X20–X29 Contacto traumático con animales y plantas venenosos
- X30–X39 Exposición a fuerzas de la naturaleza
- X40–X49 Envenenamiento accidental por, y exposición a, sustancias nocivas
- X50–X57 Exceso de esfuerzo, viajes y privación
- X58–X59 Exposición accidental a otros factores y a los no especificados

#### 5.1.2.9. SIDA (B20 a B24)

Las enfermedades de la categoría SIDA (B20 a B24) tienen sus códigos definidos en el capítulo I de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Esta categoría de análisis incluye los siguientes grupos:

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

- B20 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias
- B21 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en tumores malignos
- B22 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas
- B23 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras afecciones
- B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación

#### 5. 1.2.10. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00 a P96)

Las enfermedades originadas en el período perinatal (P00 a P96) tienen sus códigos definidos en el capítulo XVI de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Esta categoría de análisis incluye los siguientes grupos:

- P00-P04 Afecciones de origen perinatal
- P05-P08 Desórdenes relacionados con el embarazo
- P10-P15 Traumatismo durante el parto
- P20-P29 Enfermedades respiratorias y cardíacas durante el periodo perinatal
- P35-P40 Enfermedades infecciosas del periodo perinatal
- P50-P61 Enfermedades hematológicas y hemorrágicas durante el periodo perinatal
- P70-P74 Enfermedades endocrinas transitorias del feto y del recién nacido
- P75-P78 Enfermedades del sistema digestivo del feto y del recién nacido
- P80-P83 Enfermedades de la piel y de la regulación de la temperatura
- P90-P96 Otras enfermedades del feto y del recién nacido

#### 5.1.2.11. Suicidios (X60 a X84)

Los suicidios (X60 a X84) tienen sus códigos definidos en el capítulo XX de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

Salud. Esta categoría de análisis incluye veinticuatro tipos diferentes de lesiones auto infligidas intencionalmente:

- X60 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
- X61 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, anti parkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
- X62 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a, narcóticos y psicodislépticos [alucinógenos], no clasificados en otra parte
- X63 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
- X64 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados
- X65 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición al, alcohol
- X66 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, disolventes orgánicos e hidrocarburos halo ganados y sus vapores
- X67 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, otros gases y vapores
- X68 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, plaguicidas
- X69 Envenenamiento auto infligido intencionalmente por, y exposición a, otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
- X70 Lesión auto infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
- X71 Lesión auto infligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
- X72 Lesión auto infligida intencionalmente por disparo de arma corta
- X73 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta.
- X74 Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
- X75 Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo

Ayala Streck, J. El sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis desde la epidemiología de servicios y sistemas de salud entre los años 1980 y 2018. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2022.

- X76 Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
- X77 Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes
- X78 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
- X79 Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
- X80 Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
- X81 Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse.
- X82 Lesión auto infligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
- X83 Lesión auto infligida intencionalmente por otros medios especificados
- X84 Lesión auto infligida intencionalmente por medios no especificados