

Desigualdades en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: mortalidad, fecundidad y estructura demográfica

Inequalities in the Autonomous City of Buenos Aires: mortality, fertility and demographic structure

Adrián Gabriel Santoro

Recibido 8 julio 2016 / Enviado para modificación 14 mayo 2018 / Aceptado 22 diciembre 2018

RESUMEN

AS: Licenciado en Sociología. M. Sc. Generación y Análisis de Información Estadística (UNTREF). Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
adrian.santoro@gmail.com

Objetivo Este estudio se propuso cuantificar las desigualdades observadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en tres dimensiones relacionadas con el estado de salud de la población: mortalidad, fecundidad y estructura demográfica.

Método Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, de corte transversal a través de información proveniente de las Estadísticas vitales y el Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas de 2010. Se calcularon indicadores para la medición de las dimensiones mencionadas anteriormente en tres áreas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resultados Se observó un alto nivel de desigualdad en las dimensiones estudiadas. En relación a la zona más favorecida, la zona sur presentó una tasa de mortalidad ajustada superior en un 20%, una esperanza de vida de cuatro años menos, una tasa de fecundidad 50% más elevada y un nivel de envejecimiento cercano a los dos tercios del encontrado en el área más envejecida.

Conclusión Los hallazgos empíricos reafirman la caracterización previa de la zona sur como área socio-económicamente segregada, con valores asociados a poblaciones con condiciones de vida deficientes. Por otra parte, se destaca que no se observaron desigualdades significativas entre las zonas norte y centro.

Palabras Clave: Disparidades en el estado de salud; determinantes sociales de la salud; vulnerabilidad en salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective This study aimed to quantify the inequalities observed in the autonomous city of Buenos Aires in three dimensions related to the health status of the population: mortality, fertility, and demographic structure.

Materials and Methods An observational, quantitative, cross-sectional study was carried out using data from the Vital Statistics and the 2010 National Census of Population and Housing. Indicators were calculated to measure three areas of the dimensions mentioned above in the autonomous city of Buenos Aires (north, center, and south areas).

Results A high level of inequality was observed in the dimensions studied. Compared to the best performing area, the southern zone had a 20% higher mortality rate, a four-year lower life expectancy, and a 50% higher fertility rate. Moreover, the study found that the level of aging in the southern zone was roughly two thirds of the most aged area.

Conclusions The evidence reinforce the previous characterization of the southern area of Buenos Aires as socioeconomically segregated, with values similar to those of populations with inadequate living conditions. On the other hand, no significant differences were found between the northern and central areas.

Key Words: Health status disparities; social determinants of health; social conditions (*source: MeSH, NLM*).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la capital de la Argentina y su jurisdicción más próspera. Con 2 890 151 habitantes en el año 2010, residía en ella el 7,2% de la población y contaba con un producto bruto cercano a la cuarta parte de la riqueza del país, nutrido básicamente del sector servicios (70% aproximadamente) (1,2).

En lo referente a los ingresos: el familiar promedio para el año 2012 era de \$15 057, un 30,6% por encima del promedio nacional urbano (3). Sólo el 2,2% de las personas se ubicaban por debajo de la línea de pobreza, porcentaje que se triplicaba en los Partidos del Gran Buenos Aires y superaba el 5% en el Gran Córdoba y el Gran Santa Fe. Cada 100 personas económicamente activas, sólo seis se encontraban desocupadas (4). En 2010 la CABA contaba con la tasa de analfabetismo más baja de Argentina (0,5%), sólo el 2,3% de los hogares no disponía de provisión de agua dentro de la vivienda y 8 de cada 10 habitantes se encontraban afiliados a algún sistema de cobertura de salud (5)..

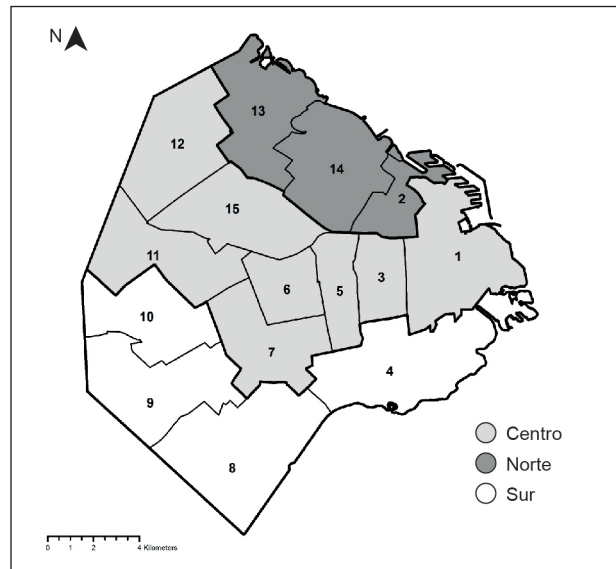
Carello et al (6) identificaron a la zona sur de la ciudad como el ámbito geográfico donde reside un sector de la población caracterizado por poseer condiciones de vida particularmente desfavorables. Diversas políticas se orientaron a fomentar el desarrollo en esa parte de la ciudad y a integrarla con el resto de la jurisdicción (7-9). Se caracterizó a esa zona como un área espacialmente segregada, marcadamente diferenciada y con poco nivel de interacción con el resto del aglomerado urbano:

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (10) sostuvo que la segregación reproduce las condiciones de pobreza limitando las posibilidades de ascenso, reduce los ámbitos de interacción entre diferentes grupos socioeconómicos y daña las capacidades de acción colectivas al deteriorarse la vida social comunitaria. Paralelamente, la caracterización del concepto de “desigualdad” que hizo Breihl (11) es conceptualmente concordante con estas postulaciones y sirve como marco para el análisis de las desigualdades en salud. La desigualdad es una exclusión producida y la evidencia de la disparidad de la calidad de vida. Se constata como una evidencia empírica de inequidad (12). En ese marco se sitúa a la noción de desigualdad socioeconómica como fenómeno producido políticamente, contrario a la idea de ciudadanía-igualdad, evitable y no deseable. La zona sur de la ciudad se constituiría entonces como un área geográfica segregada en una jurisdicción desigual.

La CABA se divide en 15 comunas, basadas en la idea de garantizar el equilibrio demográfico y respetar los aspectos urbanísticos, económicos, sociales y culturales de la ciudad (13). La Dirección General de Estadística y

Censos (DGEYC) de la CABA adoptó un agrupamiento de comunas (“norte”, “centro” y “sur”) que utiliza habitualmente para la presentación de los principales indicadores referentes a condiciones de vida (Figura 1) (14). Diversos estudios demuestran un importante nivel de homogeneidad hacia dentro de cada una de estas zonas en lo que refiere a condiciones de vida. También se destaca a la zona sur de la ciudad como un espacio geográfico especialmente desfavorecido (15-18).

Figura 1. Divisiones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por Comunas y Zonas



En el campo de la salud, resulta de relevancia el estudio de los fenómenos asociados de segregación y desigualdad, en tanto se concibe que los determinantes estructurales son construidos por los actores sociales y, a su vez, las acciones son construidas estructuralmente. Ese proceso de reciprocidad configura la manera en que los sujetos experimentan sus padecimientos y elaboran estrategias de acción, lo que hace a sus vidas, en mayor o menor medida, saludables (19).

El objetivo de este estudio fue describir a las poblaciones que residen en cada una de las zonas definidas en función de su perfil y nivel de mortalidad, su fecundidad y su estructura demográfica, con el propósito de cuantificar las desigualdades observadas en estas dimensiones estructurales relacionadas con el estado y los determinantes de la salud de las poblaciones. Se propone, de esta manera, realizar un doble aporte: profundizar el estudio de las desigualdades en áreas geográficas sub-jurisdiccionales en Argentina y avanzar en el estudio de las desigualdades en salud en la CABA a través una medición precisa de las mismas, sirviendo como insumo al diseño de intervenciones orientadas a su reducción.

MÉTODOS

Se trató de un estudio ecológico transversal para el período 2011-2013. Se describieron comparativamente tres poblaciones definidas en función de su residencia habitual en las zonas mencionadas: “norte”, “centro” y “sur” (14). Se calcularon indicadores referidos a tres dimensiones: mortalidad, fecundidad y estructura demográfica. En tanto algunos de los indicadores calculados describen fenómenos poco frecuentes se optó por analizar el trienio mencionado con la lógica de un corte transversal. Para la medición de las desigualdades se tomó como eje la comparación de las tres diadas resultantes por la combinación de las áreas seleccionadas: centro/norte, centro/sur, norte/sur. Para los casos en los que se utilizaron cocientes para la comparación, el indicador correspondiente a la primera zona mencionada en cada diada ocupó el lugar del numerador.

La información sobre defunciones y nacidos vivos fue provista por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS). Para el cálculo de los indicadores de mortalidad no se tuvieron en cuenta las defunciones sin información de edad y/o comuna de residencia habitual. Se procesaron 87 810 defunciones para el período 2011-2013, excluyéndose del análisis al 9,3% de las muertes registradas. Se excluyeron aquellos registros de nacidos vivos con la comuna de residencia sin especificar. Quedó fuera del análisis el 2,8% de los nacimientos registrados.

Como población de referencia del período se utilizó la sumatoria de las proyecciones publicadas por la DGEYC (20) de los años 2011, 2012 y 2013. Debido a que en las mismas no incorporaron la proyección del grupo de edad de los menores de un año, se la estimó mediante la multiplicación de la cantidad de habitantes menores de 5 años por la proporción que representaron los menores de un año en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC) en cada combinación de año, comuna y sexo de las proyecciones citadas.

Para la dimensión de la mortalidad se calcularon los siguientes indicadores: esperanza de vida al nacimiento (EVN), a edades seleccionadas (EVES) y probabilidades de morir por grupos de edad. Las tablas de mortalidad fueron elaboradas según el método Chiang (21) recomendado para la estimación de la expectativa de vida en ámbitos sub-nacionales.

Se calcularon tasas crudas de mortalidad (TCM) por grupos de edad, sexo y grupos de causas y tasas de mortalidad ajustadas por edad mediante el método directo (TMAPE) por grupos de causa, sexo y zona. Para estas últimas se tomó como población estándar a la población proyectada al 1ro. de julio de 2012 por la DGEYC (20).

Para la comparación de las TMAPE se calcularon los intervalos de confianza por medio del método gamma o aproximación de Byar descrita por Breslow y Day (22). También se utilizaron cocientes de tasas y sus intervalos de confianza para las comparaciones. En relación al cálculo de los intervalos de confianza para los cocientes se optó por los métodos de Newman (23) y para las TMAPE el método descrito por Fay (24).

Las causas de muerte fueron agrupadas según la lista utilizada en el Atlas de Mortalidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (25) según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud-10ma. Revisión (CIE-10) (26). Las muertes se agruparon según el siguiente detalle: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00 a B99), Septicemia (A40 y A41), Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20 a B24), Tumores malignos (C00 a C97), Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (C34), Tumor maligno de la mama (C50), Tumor maligno del colon (C18), Tumor maligno de la próstata (C61), Enfermedades del corazón (I00 a I52), Enfermedades cerebrovasculares (I60 a I69), Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99), Infecciones respiratorias agudas (J00 a J22), Enfermedades del sistema urinario (N00 a N39), Causas externas (V01 a Y98), Accidentes (V01-X59), Suicidios (X60 a X84), Agresiones (X85 a Y09).

Para la dimensión de la fecundidad se calcularon las tasas específicas por grupos de edad y zona de residencia y el índice sintético de fecundidad. También se analizaron los porcentajes de nacimientos según el máximo nivel de instrucción alcanzado por las madres. Para el cálculo de los intervalos de confianza en esta dimensión se trabajó bajo el supuesto de que los fenómenos demográficos medidos se distribuyen normalmente.

Finalmente, para la dimensión demográfica se elaboraron los siguientes indicadores: porcentaje de población de 65 años y más y relación ancianos-niños. Aquí también se supuso la distribución normal a fines del cálculo de los intervalos de confianza.

Se procesó la información mediante los softwares Excel 2003[®] y Epidat 4.1[®]. Para la elaboración de mapas se utilizó el programa ArcMap 10[®].

RESULTADOS

Mortalidad

La TMAPE de la CABA para el período 2011-2013 fue de 963,0 por 100 000 habitantes (IC: 956,6-968,1), similar a la de la región centro que presentó un valor levemente superior (TMAPE=965,4; IC: 956,7-970,6), aunque los

intervalos de confianza no aparecieron superpuestos, por lo que no se comprobaron diferencias significativas. La zona norte presentó una TMAPE marcadamente más baja que la CABA en su conjunto (TMAPE=871,20; IC: 858,6 – 884,0) y la zona sur sensiblemente superior (TMAPE=1 043,2; IC: 1 029,2 – 1 051,8).

La desigualdad es más marcada en varones que en mujeres para las tres diadas analizadas, y los niveles de mortalidad en varones superan a los de mujeres en todas las

zonas. La desigualdad más marcada se observó en la comparación entre las zona norte y sur para varones, donde se hallaron tasas de 962,8 por 100 000 habitantes (IC: 941,3 – 984,7) y de 1 251,0 por 100 000 habitantes respectivamente (IC: 1 226,7 – 1 259,0). Entre las mujeres la desigualdad es inferior, sin embargo debe subrayarse que, al igual que entre los varones, se encontraron tasas significativamente diferentes entre las tres zonas, pero de menor magnitud en cuanto a sus valores y a las diferencias entre zonas (Tabla 1).

Tabla 1. Tasas ajustadas de mortalidad por edad según sexo y zona de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período 2011-2013

Zona	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	TMAPE	LI	LS	TMAPE	LI	LS	TMAPE	LI	LS
Total CABA	963,0	956,6	968,1	1 111,6	1 100,5	1 115,0	862,5	854,9	866,9
Centro	965,4	956,7	970,6	1 111,1	1 096,1	1 115,6	867,8	857,4	872,7
Norte	871,2	858,6	884,0	962,8	941,3	984,7	809,9	794,5	825,6
Sur	1 043,2	1 029,2	1 051,8	1 251,0	1 226,7	1 259,0	899,3	882,8	916,0

TMAPE: Tasa de mortalidad ajustada por edad; LI: Límite inferior del intervalo de confianza al 95%; LS: Límite superior del intervalo de confianza al 95%

En cuanto a las desigualdades observadas en la mortalidad por grupos de edad, se encontraron diferencias significativas para todos los tramos y en todas las diadas definidas, salvo las excepciones de los grupos poblacionales que se enumeran a continuación: varones menores de 15 años y mujeres de 15 a 24 años en la diada centro/norte; varones menores de 25 años en la diada centro/sur; mujeres de 15 a 24 años en la diada norte/sur, donde las

diferencias no fueron significativas. En la Tabla 2 pueden observarse las tasas específicas de mortalidad en varones por grupos de edad, donde quedan plasmadas claramente las desigualdades en todos los tramos. Las diferencias se profundizan en el tramo de 15 a 44 años de edad, en perjuicio de la zona sur, fenómeno que ocurrió en menor medida para la población femenina, y fundamentalmente concentrado en el tramo de edades de 20 a 34 años.

Tabla 2. Tasas específicas de mortalidad por grupos de edad (por 100.000 habitantes), según zona de residencia y sexo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período 2011-2013

Grupos de edad	Varones			Mujeres		
	Zona centro	Zona norte	Zona sur	Zona centro	Zona norte	Zona sur
Menos de 15	82,8	69,8	108,8	66,6	49,1	78,2
15 a 24	70,1	31,0	107,3	22,8	18,7	28,3
25 a 34	87,7	63,9	144,5	43,2	29,8	73,1
35 a 44	149,0	99,0	229,0	99,2	60,2	125,2
45 a 54	386,3	313,1	541,4	241,4	195,1	280,2
55 a 64	1 149,5	920,6	1 456,6	608,4	515,1	752,3
65 y más	5 692,6	5 064,2	6 083,9	4 742,6	4 539,8	4 750,0

La zona sur presentó la peor situación para las siguientes categorías: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Tumor maligno de colon, Enfermedades del corazón, Enfermedades del sistema urinario, Accidentes, Lesiones Autoinfligidas y Agresiones. Entre las zonas centro y sur la situación más desigual se observó en la mortalidad por VIH (CT=0,22; IC: 0,15-0,34), seguida por Agresiones (CT=0,24; IC: 0,10-0,60) y Accidentes (CT=0,65; IC: 0,54-0,78). Entre el centro y el sur las situaciones más desventajosas (para la zona sur) se encontraron en Agresiones (CT=0,54; IC: 0,31-0,94), VIH (CT=0,54; IC: 0,43-0,69) y Accidentes (CT=0,81; IC: 0,70-0,94).

Para el trienio 2011-2013 la expectativa de vida al nacimiento en la CABA fue de 79,3 años (IC: 79,2-79,4), para la zona centro 79,4 años (IC: 79,3-79,6), para la zona norte 81,4 años (IC: 81,2-81,6) y para la zona sur 77,2 años (IC: 77,1-77,4). En esta última, se esperaba que en promedio un varón del grupo etario de 15 a 19 años le restara vivir 59,5 años (IC: 59,2-59,8), mientras que en la zona norte tal expectativa ascendía a 64,4 años (IC: 61,4-61,6) y en la zona centro a 62,0 años (IC: 61,9-62,2). Como se observa en la Figura 2, las probabilidades de morir se incrementan entre los 15 y los 39 años de edad en todas las zonas, sin embargo en la zona sur siempre los valores son

Figura 2. Probabilidades de morir (por 100 000) según zona de residencia, en población de varones (escala logarítmica). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período 2011-2013

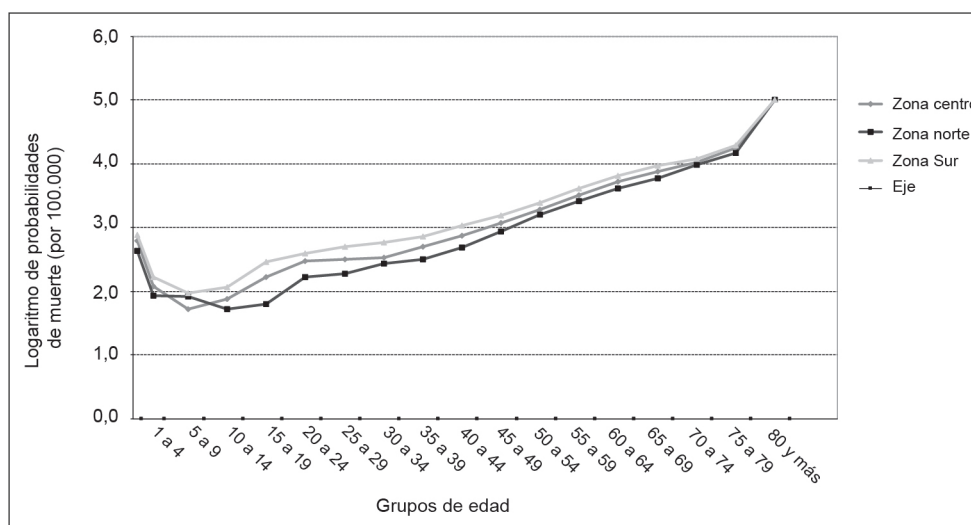
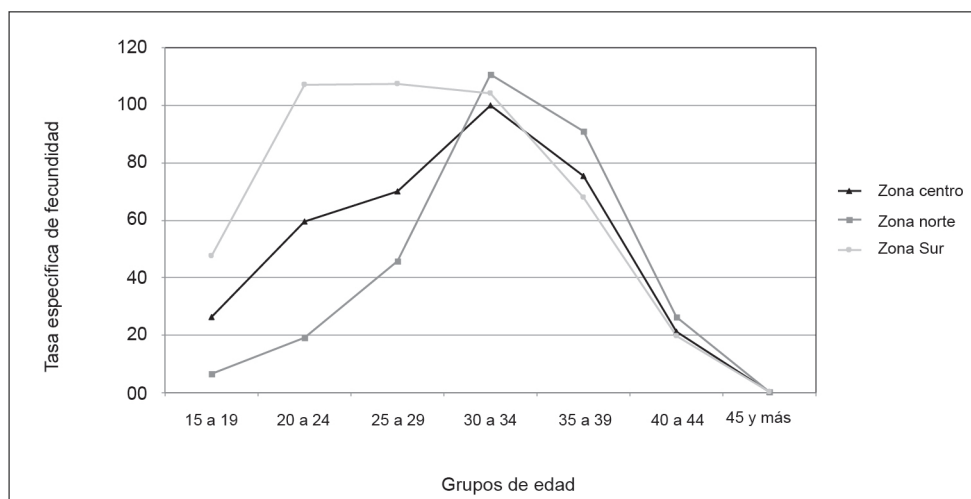


Figura 3. Tasas específicas de fecundidad por grupos de edad (por 1 000 mujeres en edad reproductiva) según zona de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Período 2011-2013



más altos debido a la mayor incidencia de la mortalidad por causas externas.

Fecundidad

Se estimó que las mujeres en edad reproductiva de la CABA tendrían en promedio 1,8 niños por mujer. Este valor descendía a 1,5 en el norte y ascendía a 2,3 en el sur. El valor que presentó la zona centro fue similar al total de la CABA: 1,8 hijos por mujer.

La zona sur mostró lo que se conoce habitualmente como una fecundidad de cúspide temprana, con altos niveles en los grupos de mujeres en edad reproductiva más jóvenes (Figura 3).

En relación a la educación, cada 10 madres, 6 presentaron nivel de universitario completo en la zona norte. Esa

razón se redujo a 3 cada 10 en la zona centro y a sólo una cada 10 en la zona sur.

Estructura demográfica

El mayor nivel de envejecimiento se observó en la zona norte, donde el porcentaje de población de 65 años y más representó el 18,2%. En el otro extremo, la zona sur presentó un 13,3% de población en ese tramo de edad y la zona centro un porcentaje similar al total de la CABA (15,9% y 15,7% respectivamente). En la zona norte de la CABA residían en el período estudiado 115 adultos mayores cada 100 jóvenes, mientras que en la zona sur esta razón se reducía a 53 cada 100. En la zona sur, la población joven representaba una cuarta parte de la población total.

La dependencia potencial alcanzó a los 61 habitantes potencialmente inactivos por cada 100 potencialmente activos en la zona sur de la ciudad, mientras que la misma razón en las zonas centro y norte fue sensiblemente menor (54 y 51 respectivamente).

DISCUSIÓN

La descripción realizada pone en evidencia un alto grado de desigualdad en torno a características poblacionales que a priori aparecen sindicadas como "determinantes" del estado de salud (factores constitucionales, aspectos demográficos, condiciones de vida) e indicadores de resultado (niveles de mortalidad y fecundidad), en coincidencia con lo hallado en la revisión bibliográfica. Reafirma a su vez la lógica de segregación de la zona sur (10). Se evidenció así una estructura marcadamente desigual e inequitativa (11,12), lo que constituye una estructura poblacional no deseable para el desarrollo de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado en el marco de una vida saludable (19). En este contexto, se destaca el hallazgo de dos grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad: la población adulta joven de la zona sur (que aparece en una situación absolutamente desventajosa por la alta incidencia de las violencias) y las madres de la misma zona (que presentan niveles educativos marcadamente más bajos que el resto de las madres de la jurisdicción).

El análisis de la mortalidad por causas evidenció desigualdades considerables en mortalidad por accidentes y agresiones; causas externas de morbilidad que en la bibliografía aparecen como prevalentes en el grupo poblacional de los adultos jóvenes varones (25). En ese sentido era esperable hallar expectativas de vida desiguales para los varones a partir de los 15 años. Dicho supuesto se verificó.

En la zona sur la expectativa de vida fue la más baja. Este hallazgo es congruente con los mencionados más arriba ya que evidencia que la díada más desigual es la norte/sur. La relación norte/centro es cuantitativa y cualitativamente diferente con respecto a las relaciones centro/sur y norte/sur.

El abordaje de las desigualdades a través de indicadores de mortalidad representa un enfoque parcial, en tanto considera el último eslabón de la cadena de salud-enfermedad-atención-cuidado. La morbilidad representa un aspecto fundamental que debiera tenerse en cuenta y para el que, en Argentina, la información estadística disponible es muy limitada.

En las zonas centro y norte se observó el pico de la fecundidad en el grupo etario de 30 a 34 años, aunque no debe soslayarse que la zona norte presentó tasas de

fecundidad más altas que las otras zonas en los grupos de edad más avanzada (30 a 49 años), lo que pone en evidencia claramente que en dicha zona la maternidad aparece en mayor medida como un fenómeno temporalmente "postergado", en congruencia con las bajísimas tasas de fecundidad de la población femenina menor de 30 años en dicha zona. Para evaluar este fenómeno con más detalle, debiera refinarse el análisis teniendo en cuenta el número de orden de los nacidos vivos (para evaluar la fecundidad de las madres primerizas). Este análisis se ha realizado oportunamente, aunque limitado al total de la CABA, sin evaluación de las desigualdades (27).

A nivel general, las desigualdades halladas pusieron en evidencia la situación desventajosa de la zona sur de la ciudad, que se materializó comparativamente en niveles altos de mortalidad, una estructura de mortalidad con mayor peso relativo de muertes debidas a enfermedades infecciosas y violencias, una estructura demográfica joven y altos niveles de fecundidad. Si bien el concepto de transición demográfica y epidemiológica constituye un modelo teórico limitado para el análisis de fenómenos poblacionales en países en desarrollo (28), puede sostenerse que el sur de la CABA se caracteriza por poseer condiciones compatibles con las de una población que no ha atravesado el proceso de transición.

Un elemento a tener en cuenta en futuras investigaciones es la necesidad de abordar esta problemática longitudinalmente y a partir de indicadores de proceso con el objetivo de describir y analizar dinámicas de la desigualdad. Adler (29) describió de qué manera, por ejemplo, el nivel socioeconómico impacta a través de efectos latentes, efectos de vías y efectos acumulativos. Todos ellos conceptos ligados a una lógica dinámica del efecto de la privación socioeconómica sobre las condiciones de salud. Es necesario diseñar herramientas de medición acordes a estas referencias teóricas como fase superadora de los análisis transversales de medición de desigualdades.

Paralelamente, y a nivel teórico, debiera tenerse en cuenta el análisis de los fenómenos de salud a nivel poblacional enmarcados en la interpretación del progresivo fenómeno socio-demográfico de la urbanización; de esa manera se posibilitarían mayores potencialidades analíticas al incorporar dimensiones problemáticas como el crecimiento de los asentamientos urbanos, la inseguridad debida a fenómenos naturales y antrópicos y la reemergencia de enfermedades (30).

Por otro lado, futuras investigaciones deberán profundizar en la dimensión de las representaciones sociales, en tanto la interpretación que los sujetos sociales hacen de las situaciones desiguales e inequitativas facilitan o dificultan la reproducción de las mismas. En ese sentido, se

sostiene la relevancia del abordaje cualitativo como complemento necesario la comprensión de las desigualdades como construcción social en el seno de procesos históricos, sociales y políticos. Debe destacarse también que un abordaje cuantitativo de las desigualdades que contemple un mayor alcance debiera anteponer un profundo debate teórico con el fin de estructurar un marco de referencia robusto, lo que representa un desafío teórico-metodológico de absoluta vigencia en el campo de la salud.

Finalmente, la situación descrita evidencia que las políticas tendientes a eliminar las desigualdades e integrar a la zona sur al resto de la CABA han fracasado. En ese marco es pertinente retomar la caracterización de CELADE (10) acerca de la segregación socioeconómica y jerarquizarla como posible eje para el diseño de futuras políticas públicas, que deberán estar dirigidas a neutralizar las condiciones facilitadoras para la reproducción de situaciones de pobreza (por ejemplo mediante la implementación de fuertes políticas de salud sexual y reproductiva en las áreas desfavorecidas), ampliar los ámbitos de interacción entre diferentes grupos socioeconómicos y reforzar las instancias de participación comunitaria •

Agradecimientos: Se agradecen los valiosos comentarios y recomendaciones de María Laura Martínez y Marcio Alazraqui.

REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2010 - Población [Internet]. 2015 [consultado 7 noviembre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2VPAY9m>.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas - Subsecretaría de Planificación Económica. Fichas provinciales - CABA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas; 2015.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. WebINDEC - Sociedad / Trabajo e ingresos / Distribución del ingreso [Internet]. 2015 [consultado 6 August 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2priiRk>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. WebINDEC-Sociedad/Condiciones de vida/Pobreza [Internet]. 2015 [consultado 6 agosto 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/33GiEIS>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC-REDATAM: CEPAL/CELADE-R+SP WebServer [Internet]. Base de datos REDATAM - Censo 2010 - Cuestionario Básico. [consultado 6 agosto 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2MrkpNK>.
- Carello G, Gratti P, Mai V. Calidad de vida en la Ciudad de Buenos Aires: una propuesta de configuración de espacios homogéneos. Población de Buenos Aires [Internet]. 2015 [consultado 6 agosto 2015]; 3(3). Disponible en: <http://bit.ly/2MQ5Br7>.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 47. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 1996.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, N° 1.025. Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; 2000.
- García I. Políticas de Desarrollo Territorial en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 1996 y 2006. La experiencia de la Subsecretaría de Desarrollo Regional-Sustentable (1999-2001) [Internet]. 1st ed. Buenos Aires: Centro de Estudios Urbanos y Regionales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; 2015 [consultado 6 agosto 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/33iHL4>.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población. Segregación residencial en áreas metropolitanas de América Latina: magnitud, características, evolución e implicaciones de política. Santiago de Chile: CELADE - UNFPA; 2003.
- Breihl J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder Construcción de lo social y del género. En: Viveros Vigoya M, Garay Ariza G, ed. by. Cuerpo, diferencias y desigualdades. 1st ed. Bogotá: Centro de estudios sociales; 1999. p. 130-141.
- Almeida Filho N. Desigualdades en salud en función de las condiciones de vida: Análisis de producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada. Washington D.C.: OPS; 1999 (Serie de Documentos Técnicos N° 19).
- Mazzeo V, Lago M. Las divisiones espaciales de la Ciudad de Buenos Aires. Población de Buenos Aires 2009; 6 (10):79-89.
- Dirección General de Estadística y Censos - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Resultados básicos Encuesta Anual de Hogares 2011. Salud. Buenos Aires: Dirección General de Estadística y Censos - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2012.
- Mazzeo V. La situación de la salud-enfermedad-atención de la primera infancia en la ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2002. Salud Colectiva. 2007;3(3):285-300.
- Martínez M, Guevel C. Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006. Salud Colectiva. 2013; 9(2):169-182.
- Grushka C, Baum D, Sanni L. Vivir y morir en las comunas de la Ciudad de Buenos Aires: un estudio de diferenciales. Población de Buenos Aires. 2013; 10(18):32-44.
- Fachelli S, Goicoechea M, López-Roldán P. Trazando el mapa social de Buenos Aires: dos décadas de cambios en la Ciudad. Población de Buenos Aires. 2015; 21(12):7-39.
- Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 [cited 16 September 2016]; 30(2). Disponible en: <http://bit.ly/2MSj2Xw>.
- Dirección General de Estadística y Censos - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Proyecciones de población por comuna y sexo. Ciudad de Buenos Aires. Años 2010/2025 | Estadística y Censos [Internet]. Estadisticaciudad.gob.ar. 2016 [consultado 15 septiembre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2P0gv07>.
- Andreev E, Shkolnikov V. Spreadsheet for calculation of confidence limits for any life table or healthy-life table quantity. Rostock: Max-Planck-Institut für demografische Forschung; 2010.
- Breslow NE, Day NE. Statistical Methods in Cancer Research. Vol. II, The Design and Analysis of Cohort Studies (IARC Scientific Publication No. 82). Lyon: International Agency for Research on Cancer. 1987.
- Newman SC. Biostatistical methods in epidemiology. New York: John Wiley and Sons, Inc. 2001.
- Fay M. Testing the Ratio of Two Poisson Rates [Internet]. The Comprehensive R Archive Network; 2014 [consultado 15 septiembre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/2Bi0Kd3>.
- Alazraqui M, Fernández M, Guevel C, Marconi E, Mazzeo V, Santiago O et al. Atlas de mortalidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1990-2008. Remedios de Escalada: De la UNLa; 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
- Dirección General de Estadística y Censos - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La fecundidad en La Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Situación al año 2011. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dirección General de Estadística y Censos - Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2012.

28. Lopes Patarra N. Transición demográfica ¿resumen histórico o teoría de población?. *Demografía y Economía*. 2016; 19(1):86-96.
29. Adler N, Rehkopf D. U.S. Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29:235-52.
30. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V et al. Urban as a Determinant of Health. *Journal of Urban Health*. 2007; 84(S1):16-26.