

Análisis de la Mortalidad General en la Provincia de Buenos Aires
Año 2001

Lic. Ana María Gianna*

**

CONSIDERACIONES GENERALES

No se observan cambios fundamentales en la estructura de la mortalidad general de la Provincia de Buenos Aires respecto a períodos anteriores.

- ◇ *La mortalidad de la Provincia de Buenos Aires se mantiene en valores cercanos a 8 o/oo, desde hace más de una década. La provincia ya alcanzó altas expectativas de vida y en este tramo de valores la disminución de las tasas es muy lenta.*
- ◇ *En términos de riesgo relativo, el Conurbano muestra tasas de mortalidad específica por edad superiores a las del interior provincial, esta diferencia es estadísticamente significativa en los menores de 1 año y entre los 20 y los 34 años.*
- ◇ *Las tasas de mortalidad masculina son significativamente superiores a las femeninas en todas las edades y áreas de residencia. El máximo diferencial se observa en las muertes debidas a causas externas.*
- ◇ *Ha descendido en el último quinquenio, la mortalidad en la niñez y primera infancia, pero continúa incrementándose entre los adolescentes y jóvenes adultos.*
- ◇ *La estructura de la mortalidad refleja que la provincia de Buenos Aires no es ajena a la transición epidemiológica que atraviesa el país. Este hecho se refiere a la existencia simultánea de causas de muerte características de los países desarrollados con causas propias de los países en vías de desarrollo.*

* Edición resumida de “Características de la Mortalidad General- Provincia de Buenos Aires-2001

** Dirección de Información Sistematizada- Subsecretaría de Planificación de la Salud- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

1- Estructura de la Mortalidad

La mortalidad general de la población es uno de los componentes básicos del movimiento natural de la misma dependiendo en particular de la estructura por edad y sexo de la población en estudio, y de la influencia de factores tanto étnicos como sociales y económicos que son determinantes de la frecuencia con que ocurren las defunciones.

La tasa bruta de mortalidad en la Provincia de Buenos Aires se mantiene alrededor del 8 o/oo desde hace más de una década, con oscilaciones regionales asociadas a las diferencias en el ritmo de crecimiento y envejecimiento de cada núcleo poblacional. Las altas tasas del interior provincial ubicadas por arriba del 10 o/oo contrastan con tasas cercanas al 6 o/oo en el conurbano.¹

Por el contrario, del análisis de las tasas específicas por grupos de edad (Cuadro y gráfico 1.1) surge que los habitantes del Gran Buenos Aires tienen un riesgo relativo superior que los del interior provincial, riesgo que es estadísticamente significativo en el grupo de menores de 1 año y desde los 20 hasta los 34 años. No se observan diferencias **significativas** entre las tasas específicas del 1er. y 2do. cordón, excepto entre los niños de 0 a 9 años, donde la mortalidad es mayor en este último.

A efectos de la comparación entre edades y para soslayar la baja frecuencia de las defunciones en algunos grupos etáreos, se han calculado las tasas sobre 100000 habitantes.

Gráfico 11

La mencionada diferencia en la mortalidad entre ambas áreas se comprueba aplicando el ajuste de tasas según el método directo sobre la base de una población testigo, en este caso la de provincia en 2001.

El ajuste o estandarización de tasas permite neutralizar las diferentes estructuras etáreas que pueden actuar como elemento de confusión en el análisis epidemiológico de la mortalidad en general y en particular de aquellas causas que están relacionadas con la edad. Consiste en aplicar a una población de referencia o testigo las tasas específicas por grupos de edad de cada una de las poblaciones implicadas en el análisis. Se llega así a un número

¹ Estadísticas Vitales- Información Básica 2001

teórico de defunciones con el cual se calcula la tasa estandarizada o ajustada que sí puede ser comparada.

Los valores de las tasas brutas de **753,1** y de **895,1** cada 100.000 habitantes para el conurbano y el resto, respectivamente, que se observan en el Cuadro 1.1 pasan a tasas ajustadas de **823.2** y **776.6** es decir que cambia la direccionalidad de las diferencias, confirmando así que en términos generales la mortalidad del Conurbano es superior a la del interior.

La sobremortalidad registrada en el conurbano es evidenciable también a través de otro indicador: Años de Vida Potencialmente Perdidos (A.V.P.P.) que mide los años que han dejado de vivir los individuos fallecidos prematuramente, es decir, antes de lo que indica la expectativa de vida. Como puede observarse en el cuadro 1.2 Sobre el total de AVPP por grupo de edad de la provincia, el mayor peso corresponde al conurbano.

Cuadro 1.2

Esto se reitera en forma muy marcada cuando se discrimina por Regiones Sanitarias, pues dada la heterogénea estructura poblacional de la Provincia de Buenos Aires, la mortalidad se ve fuertemente influenciada por la edad de la población e impide una comparación directa.

Cuadro 1.3

Gráfico 1.2

Considerando ahora la variable **sexo** (cuadro 1.4 y gráfico 1.3), se observa sobremortalidad masculina en todas las edades, aunque es más notoria en el tramo que va desde los 15 a los 29 años con un riesgo relativo superior a 3, de 30 a 39 años y mayor a 2 entre 50 y 74 años, con un nivel de significación de $p < 0,01$.

Cuadro 1.4

Este hecho, correspondiente al total provincia, se reproduce en el conurbano y en el interior. La diferencia de mortalidad entre ambos sexos es máxima entre los 20 y 24 años, tanto en el 1er. cordón, donde alcanza un riesgo relativo de **3,7**, como **en el segundo cordón, donde el riesgo relativo alcanza el máximo valor de 4,06**. Es notorio que en los

últimos años este riesgo ha aumentado significativamente, a partir del incremento de las muertes debidas a causas externas y en segundo término de algunas patologías de origen infeccioso, como se verá en el siguiente capítulo.

Gráfico 1.3

2 - Mortalidad por Causas

La mortalidad por causa revela el perfil de salud y la gama de problemas que debe afrontar una población. También permite orientar acciones preventivas para evitar la enfermedad y la muerte por causas determinadas en los diferentes grupos etáreos

Para analizar las causas más frecuentes de muerte según grupos de edad y sexo se ha utilizado el agrupamiento denominado "Lista Argentina IV", con modificaciones que introdujo la provincia en su oportunidad.

Las cinco principales causas de muerte para el total de las edades son:

1. Enfermedades del corazón.
2. Tumores.
3. Enfermedades infecciosas.
4. Patologías cerebrovasculares.
5. Causas externas.

Estas defunciones representan en conjunto, el 70% del total de las muertes. En la Provincia de Buenos Aires se mantienen las mismas patologías en ambos sexos, no así el orden de prioridad de éstas; las dos primeras causas de muerte son las Enfermedades del Corazón y los Tumores. Las Causas Externas constituyen la tercera causa en los varones persistiendo la sobremortalidad fundamentalmente por accidentes y violencias y con claras diferencias respecto a las mujeres, donde aparecen recién en quinto lugar. El sexo femenino presenta sobremortalidad por enfermedades del corazón y cerebrovasculares (Cuadro y gráfico 2. 1) Las enfermedades cerebrovasculares se mantienen en valores similares a los registrados historicamente. Las enfermedades infecciosas han crecido en los últimos años en ambos sexos observándose en todos los grupos etáreos

Cuadro 2.1

Gráfico 2.1

La estructura general de la mortalidad se mantiene similar en el conurbano, primero y segundo cordón y en el resto de la provincia. Se observan diferencias en el peso relativo de algunas patologías: las enfermedades del corazón y las infecciosas tienen mayor frecuencia en el conurbano y los tumores y enfermedades cerebrovasculares en el interior de la provincia, asociadas a las estructuras sociodemográficas de estas áreas (cuadro y gráfico 2.2) No se observan diferencias notables entre los dos cordones del conurbano, pero puede decirse que las enfermedades del corazón, los tumores y las enfermedades infecciosas tienen mayor incidencia en el primer cordón y las defunciones por causas externas en el segundo. (cuadro y gráfico 2.3)

Cuadro 2 2

Gráfico 2 2

Cuadro 2 3

Gráfico 2 3

Como ya se mencionara en este trabajo, otra forma de analizar la mortalidad (complementaria de los indicadores ya presentados) es a través de los Años de Vida Potencial Perdidos.

Según puede observarse en el cuadro 2 4 el análisis de los AVPP demuestra que el mayor porcentaje de Años de Vida Potencial Perdidos corresponde a las siguientes causas: 1) Causas Externas, 2) Tumores, 3) Enfermedades del corazón; todas ellas incluidas en las 5 principales causas de defunción. Es importante observar también que, dentro de este grupo de causas, los promedios más elevados de AVPP corresponden a causas externas.

En este cuadro se muestra que si bien el mayor número de defunciones corresponde a enfermedades del Corazón y Tumores, es en las causas externas donde se produce el mayor número de AVPP debido al importante número de muertes por esta causa entre los jóvenes.

Es destacable que si bien la mortalidad materna no se encuentra incluida dentro de las primeras causas de muerte teniendo en cuenta indicadores de frecuencia, el promedio de AVPP nos está indicando lo temprana de estas muertes con las consecuencias que ello desencadena en el núcleo familiar y el entorno social.

Cuadro 2 4

3- Principales causas de muerte por grupo etáreo y sexo

El análisis pormenorizado de cada grupo etáreo excede los objetivos de esta presentación. Para los interesados en el tema ver Publicaciones anteriores “Características de la Mortalidad General- Provincia de Buenos Aires” ediciones 1998 ,1999 y 2001.

En síntesis, en el siguiente esquema, se describe el comportamiento de las principales causas de muerte:

Enfermedades del corazón (gráfico 3 1)

Las **enfermedades del corazón** aparecen como causa de muerte en todas las edades, adquiriendo relevancia a partir de los 45 años y convirtiéndose en la primera causa a partir de los 70años. Se observan tasas más elevadas en el conurbano que en el resto de la Provincia, con alto nivel de significación estadística. Este hecho tiene, en parte, una explicación basada en las diferentes modalidades y calidad de la certificación médica: las patologías cardíacas incluyen un alto número de “insuficiencias cardíacas” que si bien no es una afección mal definida, es un diagnóstico impreciso, que en el Gran Buenos Aires, representa más del 50 % de las muertes incluídas en este grupo. La sobremortalidad masculina es muy importante, especialmente a partir de los 45 años . Dentro de las patologías mejor definidas la isquemia cardíaca es la de mayor peso.

Gráfico 3 1

Tumores (Gráfico 3 2)

Las defunciones debidas **a tumores** constituyen la primera causa de muerte entre los 40 y 69 años, los más frecuentes corresponden a pulmón, siguiéndole en orden decreciente los de colon, mama de la mujer, aparato digestivo y leucemia. A partir de los 40 años aumentan progresivamente todos los tumores con notables diferencias en la

distribución por edades, según el tipo de carcinoma. Los tumores de útero y mama se observan sistemáticamente a partir de los 20 años. Debido a esto la mortalidad por tumores presenta tasas superiores en el sexo femenino entre los 30 y los 49 años y en el sexo masculino a partir de los 50 años

Gráfico 3. 2

Causas externas (gráfico 3. 3)

El grupo de **Causas Externas** ha mostrado un aumento respecto a años anteriores que supera el 6 %. En el año 2001 los accidentes, en general representan casi el 40 % del total de las causas externas, (contra el 50 % de períodos previos) correspondiendo el mayor peso a los accidentes de transporte. Se observa una distribución polimodal con mayor valor entre los 20 y 24 años, luego de un valle, crece nuevamente entre los 50 y 54 años, con un último tramo ascendente a partir de los 65 años.

Los *homicidios* alcanzan también un máximo entre los 20 y 24 años, con un suave descenso en las restantes edades. Con respecto a las agresiones se ha observado un fuerte incremento respecto al período anterior de 28 %, en todas las edades pero en forma más marcada entre 15 y 39 años.

Los *suicidios* , al igual que en las otras causas externas crecen entre los 20 y 24 años , se mantienen oscilantes hasta los 60 y se elevan abruptamente a partir de esta última edad. También han aumentado con respecto al período anterior en algo más de 18 %, a partir de un notorio crecimiento en edades tempranas.

En la composición de las causas externas existe un volumen considerable (31 %) que corresponde a defunciones debidas a “eventos de intención no determinada”, cabe aclarar que esto incluye a todas las defunciones violentas en las que la certificación médica con intervención policial, no especifica la naturaleza del hecho ni el tipo del mismo.

Gráfico 3.3

Enfermedades infecciosas (gráfico 3 4)

La mortalidad por Enfermedades infecciosas, sigue una distribución en forma de “J”, con valores elevados en el primer año de vida, un descenso posterior y elevación a partir de los 60 años. Esto se observa en las patologías más frecuentes como la septicemia y las infecciones respiratorias agudas.

El Sida presenta una distribución particular: entre los 20 y 45 años la curva se eleva presentando su valor máximo entre los 30 y 34 años, esta patología marca la fuerte incidencia de las enfermedades infecciosas en estos tramos de edad, acumulando más del 20% de las defunciones, fundamentalmente en el conurbano

Gráfico 3.4

Enfermedades cerebrovasculares

Las **enfermedades cerebrovasculares**, sin incluir aterosclerosis, comienzan a incidir a partir de los 30 años, aunque recién desde los 40 crece abruptamente. En este grupo etáreo se registra diferencia significativa entre el conurbano y el interior. Después de los 70 años la relación es inversa. Se observa sobremortalidad masculina por esta causa a partir de los 25 años, presentándose diferencias estadísticamente significativas respecto del sexo femenino

. El ajuste efectuado a las principales causas de muerte permite confirmar los datos expuestos con referencia a la diferente incidencia de cada patología en las distintas regiones sanitarias y eliminar la fuerte influencia que la composición demográfica tiene sobre la mortalidad de cada zona bajo análisis.

Para el total de causas y confirmando conceptos ya desarrollados respecto de las mayores tasas de mortalidad registradas en el conurbano, se observa que las Regiones Sanitarias V, VI, VII B y VII B muestran tasas ajustadas más altas, en particular las regiones VI y VII B, diferencia que es estadísticamente significativa con respecto a las regiones I, III y X. Ver Cuadro en el Anexo

Las enfermedades del corazón muestran una distribución similar con una mayor incidencia en las regiones del Gran Buenos Aires

Por el contrario, los tumores muestran tasas ajustadas superiores en grado significativo en el interior provincial y lo mismo ocurre con las enfermedades cerebrovasculares.

Las tasas por enfermedades infecciosas adquieren la máxima relevancia en las Regiones VII B, V y VII A, si se las compara con otras region

Es evidente la similitud entre las tasas brutas y ajustadas debidas a Causas Externas, hecho que puede deberse a que las defunciones por estas causas son muy frecuentes en edades similares, habitualmente entre jóvenes y jóvenes adultos. Bajo este supuesto se puede observar que las región sanitaria I muestra tasas significativamente inferiores a las otras áreas, mientras que la tasa más elevada se registra en la Región VI. También es importante observar que las tasas ajustadas son superiores en las regiones del conurbano, hecho que no sucede en las regiones del resto de la provincia