

Análisis comparativo de la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte en el estado de Piauí (Brasil) y la provincia de Chaco (Argentina) en el período 2000-2005. Evaluación del impacto en la esperanza de vida.

Carola Leticia Bertone, Centro de Estudios Avanzados - UNC, Marcos Javier Andrada, CONICET - Centro de Estudios Avanzados - UNLAR y Andres Conrado Peranovich, CONICET - Centro de Estudios Avanzados - UNC.

Cita:

Carola Leticia Bertone, Centro de Estudios Avanzados - UNC, Marcos Javier Andrada, CONICET - Centro de Estudios Avanzados - UNLAR y Andres Conrado Peranovich, CONICET - Centro de Estudios Avanzados - UNC (2008). *Análisis comparativo de la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte en el estado de Piauí (Brasil) y la provincia de Chaco (Argentina) en el período 2000-2005. Evaluación del impacto en la esperanza de vida. III Congreso ALAP. Asociación Latinoamericana de Estudios de Población, Córdoba - Argentina..*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/marcos.andrada/14>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pCMz/aaq8>



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

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

Análisis comparativo de la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte en el estado de Piauí (Brasil) y la provincia de Chaco (Argentina) en el período 2000-2005. Evaluación del impacto en la esperanza de vida*

Bertone, Carola ♦
Andrada, Marcos ♦
Peranovich, Andrés ♦

Resumen

El presente trabajo tiene por finalidad llevar a cabo una comparación del impacto sobre la esperanza de vida que tienen las principales causas de muerte entre los estados de Piauí (Brasil) y Chaco (Argentina), dos estados que en sus respectivos países presenta indicadores de mortalidad que los ubican entre los estados con indicadores más elevados de mortalidad. El período estudiado es 2000-2005. El análisis comparativo entre las dos jurisdicciones, nos aproxima a una percepción de las realidades de los estados que si bien se encuentran entre los que presentan malos indicadores, aunque no son los estados que peores niveles de mortalidad presentan. El análisis por causas de las defunciones se hará en base a la clasificación considerada por la CIE-10¹. Analizar y comparar el comportamiento de la mortalidad por causas puede contribuir a la determinación de políticas de estado que tengan por objeto ejecutar acciones de prevención, protección de la población, con el fin de disminuir las muertes y también las consecuencias de éstas; además de constituirse en un instrumento para la previsión de costos y de demanda de servicios del sistema de salud. La reducción o prevención de la morbi-mortalidad por causas no sólo le competen al área sanitaria, también intervienen cuestiones relacionadas con aspectos socioculturales y económicos así como con las políticas y servicios de seguridad de la población en cuestión.

* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

♦ CEA -UNC

* CEA -UNC – CONICET - UNLAR

♦ CEA - UNC - CONICET

¹ La **lista de códigos CIE-10** es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Ésta provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y Causas Externas de daños o enfermedad.

Análisis comparativo de la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte en el estado de Piauí (Brasil) y la provincia de Chaco (Argentina) en el período 2000-2005. Evaluación del impacto en la esperanza de vida*

Bertone, Carola ♦
Andrada, Marcos *
Peranovich, Andrés ♦

Introducción

El nivel de mortalidad como la morbilidad de una población se relaciona con el grado de desarrollo económico y los aspectos sociales de la misma (Bravo y Vargas, 1991). Las características del ambiente son componentes fundamentales del desarrollo y de las condiciones de vida, y desde esta perspectiva, es reconocida la estrecha vinculación entre la disponibilidad de los servicios sanitarios y la situación de salud de la población en las diferentes áreas de la Argentina.

El estudio de la mortalidad es un tema de interés en la demografía, la salud pública y la planificación del desarrollo. La mortalidad como hecho demográfico contribuye al análisis de la dinámica de una población y a la comprensión del cambio de estructura y magnitud de la misma. También sirve para aproximarse a la situación de salud presentándose como información confiable y de gran cobertura que permite dar cuenta de las condiciones saludables de una población.

M. Eugenia Royer sostiene, que el estudio de los perfiles de mortalidad mediante el análisis de las causas de muerte permite “(...) jerarquizar los problemas de salud y constituye una información útil para orientar las acciones”. (Royer, 1999).

Respecto a las muertes por causas externas “No hay duda que la intolerante agresión contra la vida y la salud que sufren los grupos sociales más postergados de nuestra América Latina continuará siendo motivo de lucha para superarla. Y, a la vez, de estudio para detectar los progresos que se hagan y los procesos que los generan. Los demógrafos, así como muchos otros profesionales, pueden hacer significativos aportes a esta apasionante y útil tarea interdisciplinaria”. (Behm Rosas, 1992)

* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.

♦ CEA -UNC

* CEA -UNC – CONICET - UNLAR

♦ CEA - UNC - CONICET

El Dr. Arriaga en la explicación de su índice de Años de Esperanzas de Vida Perdido sostiene “Cuando el análisis se hace por causas de muerte, esta metodología ofrece, al menos, una ventaja importante, como es el hecho de medir con el mismo índice el nivel y cambio en la mortalidad en forma tal que refleje cercanamente el cambio en el nivel general de mortalidad”. (Arriaga, 1996).

Como actualmente la sobremortalidad se ha desplazado hacia las causas que ocurren en edades avanzadas se propone la utilización de este índice, ya que permite “cuantificar las muertes ocurridas en edades tempranas. Este indicador da más peso a las enfermedades que causan la muerte en edades jóvenes y concede mayor prioridad a estos problemas”. (Miron Canelo, J., 2002).

El Índice de Años de Vida Perdidos, representa una importante herramienta para la elaboración de políticas públicas en salud que promuevan, de forma universal y equitativa, avances en la promoción y prevención de enfermedades, que de acuerdo a los estándares internacionales más avanzados permitan reducir el peso de enfermedades que son pasibles de ser reducidas, así como también a minimizar los costos de tratamiento de los sistemas de salud.

Entre los aportes realizados al conocimiento del problema condiciones socioeconómicas y salud de la provincia de Chaco, es importante destacar la contribución de Fantín (1999 y 2000), a través de sus trabajos: “Condiciones socioeconómicas y salud en el Gran Resistencia a comienzos de la década de 1990” y “Diferenciales socioeconómicos y salud en Chaco y Formosa”. En éste trabajo, la autora realiza un examen de las condiciones de salud de la población, según Áreas Programáticas y Distritos Sanitarios, mediante el análisis de la influencia de las enfermedades denominadas sociales, de los niveles de mortalidad general e infantil, como así también de las principales causas de defunción.

Según Fantín (1999 y 2000) aún subsisten en Chaco problemas de salud que se ven agravados por las carencias sociales, económicas, culturales y sanitarias de la población, particularmente en los sectores de mayor marginalidad. La incidencia de ciertas enfermedades como TBC, Chagas, Lepra entre otras, continua siendo un problema, especialmente en las áreas más cadenciadas, por su estrecha relación con la calidad de vida de la población. Además comenta que los niveles de mortalidad infantil en algunos sectores son inadmisibles, especialmente si se tienen en cuenta que dependen fundamentalmente de causas evitables según los avances actuales de la medicina. Finalmente comenta que existe una paulatina degradación de la calidad de vida de este-sudeste a oeste-noreste. Las áreas con las ciudades cabeceras poseen las mejores características habitacionales, servicios esenciales y los más altos niveles educativos de los jefes de hogar. Con características opuestas aparecen las áreas del Impenetrable y las ubicadas en las riberas de los ríos Pilcomayo y Bermejo.

Según Skliar (2007), los Años de vida perdidos para el conjunto de grandes causas, en su trabajo “Años De Vida Perdidos En Argentina Y Brasil Desde Una Perspectiva Comparada A Comienzos Del Siglo XXI”, demuestran que las mujeres pierden menos años de vida que los hombres en Argentina y Brasil, y a su vez que los argentinos, hombres y mujeres, pierden menos años de vida que sus pares brasileros por estas 6 grandes causas: Enfermedades infecciosas y parasitarias, Tumores, Enfermedades del sistema circulatorio, Enfermedades del sistema respiratorio, Causas Externas, Causas mal definidas y desconocidas. Al considerar los Años de vida perdidos para las enfermedades infecciosas y parasitarias por sexo y país, Skliar observa que las mujeres pierden menos años de vida que los hombres en la Argentina y el Brasil, y a su vez

que los argentinos, hombres y mujeres, pierden menos años de vida que sus pares brasileros por esta causa. Septicemia única causa de muerte por enfermedades infecciosas y parasitarias seleccionada donde los hombres y mujeres argentinos pierden más años de vida que sus pares brasileros.

Metodología: La Técnica “Años de Vida Perdidos”

Los índices más utilizados en el análisis de la mortalidad, son tasas bruta de mortalidad, tasas de mortalidad específicas, la esperanza de vida al nacimiento, que presentan algunas complejidades para medir al mismo tiempo el cambio y el nivel de la mortalidad, e incluso algunas medidas recomendadas son sensibles a la estructura por edad de la población y hacen imposible la comparación.

Por ello se realiza para este trabajo una aplicación del índice desarrollado por el Dr. Arriaga en US Bureau of the Census “Años de vida Perdidos” que permite medir el nivel y el cambio de la mortalidad por causa de muertes y por edad. El método permite realizar las siguientes estimaciones:

- 1) Medir los años de vida perdidos como consecuencia de la mortalidad por cada causa de muerte, ya sea para el total de edades como para cada grupo de edad específico.
- 2) Determinar para cada causa de muerte, el cambio producido en los años de vida perdido, durante un período como consecuencia del cambio del nivel de mortalidad de dicha causa.
- 3) Calcular la rapidez del cambio de la mortalidad por cada causa de muerte, analizando el cambio porcentual anual de los años de vida perdidos.

En otras palabras, el método de Años de Vida Perdidos permite hacer una evaluación cuantitativa de la importancia de las causas de muerte. Este índice trata de determinar cuántos años de vida en promedio pierde una población por la muerte de las personas a determinadas edades. “Con base en las tasas específicas de mortalidad por edades, se calcula la vida promedio que la población vive (esperanza de vida) y se determina cuántos años de vida se pierden considerando la hipótesis sobre cuántos años debería vivir”. (Arriaga, 1996).

Como el índice de años de vida perdido, no es un índice perfecto, requiere para este caso, como se trata de comparaciones internacionales, hacer equiparables los datos de las poblaciones en cuanto a las edades y los grupos de causa seleccionados. Las edades de comparación deben ser las mismas, por lo que se limitó la información a los grupos de 0 a 80 años y más, ya que es la manera como se presenta la información para las ciudades brasileras.

Para obtener las tablas de vida se aplicó, del programa PAS, la planilla denominada LTPOPDTH². Para la elaboración de las tablas de vida del año 2000, se promediaron las defunciones de los años 2000 y 2001, para evitar la sobreestimación o subestimación en caso de que algún año presente un número mucho mayor o menor de muertes, y tomando la población estimada en grupos quinquenales de edades para las dos ciudades en cuestión. Para el caso del año 2005, se decidió promediar el número de muerte en los años 2005 y 2006, último año para el que se dispone los datos.

² Construye una tabla de vida a partir de datos de población y de defunciones por edad

Se realizó el estudio considerando los siguientes grandes grupos de causas de muertes, contempladas en la CIE-10:

1. Enfermedades infecciosas y parasitarias
2. Neoplasias
3. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos
4. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
5. Trastornos mentales y del comportamiento
6. Enfermedades del sistema nervioso
7. Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
8. Enfermedades del sistema circulatorio
9. Enfermedades del sistema respiratorio
10. Enfermedades del aparato digestivo
11. Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
12. Enfermedades del sistema osteomioarticular
13. Enfermedades del aparato genitourinario
14. Embarazo, parto y puerperio
15. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
16. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
17. Síntomas, signos no clasificados en otra parte, en adelante Otras Causas.
18. Causas Externas de morbilidad y de mortalidad

Definición del Problema y Objetivo

El objetivo de este trabajo es describir y comparar los niveles y el cambio en la mortalidad entre los estados de Piauí (Brasil) y Chaco (Argentina), a través de índice de años de esperanza de vida perdidos según sexo para estos dos estados, que en sus respectivos países presentan indicadores de mortalidad que los ubican entre los estados con indicadores más elevados de mortalidad para los años 2001 y 2005.

Se intenta con este trabajo plasmar las realidades que viven dos poblaciones que distan de parecerse a la media de su país en cuanto a indicadores demográficos y socioeconómicos, sino que están en la parte más desfavorecida del espectro que compone cada uno de los países en análisis, y al mismo tiempo compararlas entre ellas.

En muchos casos las políticas de salud no son una solución integral del problema y su eficacia y eficiencia están limitadas por las mismas condiciones estructurales que generan el problema de la mortalidad. No obstante, si ellas son políticas factibles, constituyen una respuesta cuyo alcance debería ser evaluado.

Fuentes de Información

Para la realización de este estudio se utilizaron datos de Estadísticas Vitales de ambos países. Los datos de [Piauí](#), Brasil se tomaron del Banco de datos do Sistema Único de Saúde (DATASUS), y para el caso de Chaco, Argentina, se obtuvieron de una base de datos otorgadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS).

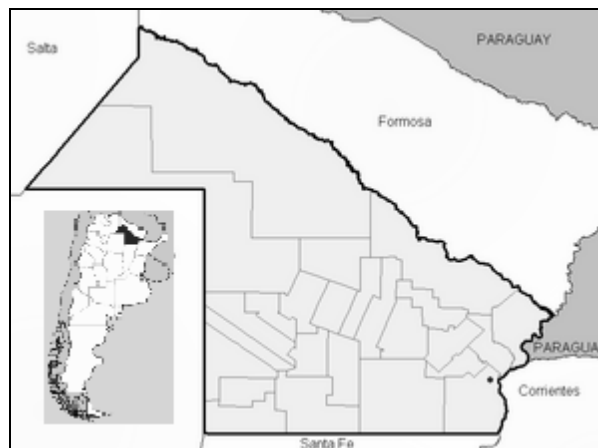
Caracterización de los estados/provincias a comparar

La selección de las provincias o estados en cada uno de los países seleccionados se realizó entre las provincias que presentaban los más altos indicadores de mortalidad, a fin de describir algunos aspectos sobre la mortalidad en estas regiones y establecer comparaciones.

Por ello es menester describir brevemente un perfil de los estados seleccionados:

Chaco es una provincia de la República Argentina, situada en el nordeste del país. La provincia es generalmente identificada con el cultivo de algodón, cultivo insigne de la provincia que forjó sus comienzos junto a la tala del quebracho. Es una provincia joven, cuya economía se apoya principalmente en el sector agrícola. Desde el punto de vista étnico es muy particular, cuenta al mismo tiempo con una de las mayores poblaciones aborígenes del país integrada por los pueblos **Wichí** (matacos), Qom (tobas) y Mocovíes, y con colonias de descendientes europeos que no se repiten en otros lugares de la Argentina con tanta fuerza, como checoslovacos, búlgaros y yugoslavos. Tras el retroceso de las actividades tradicionales la provincia no supo encontrar sustitutos apropiados, siendo ésta la principal razón de que se sitúe entre las provincias con peores indicadores sociales de la Argentina.

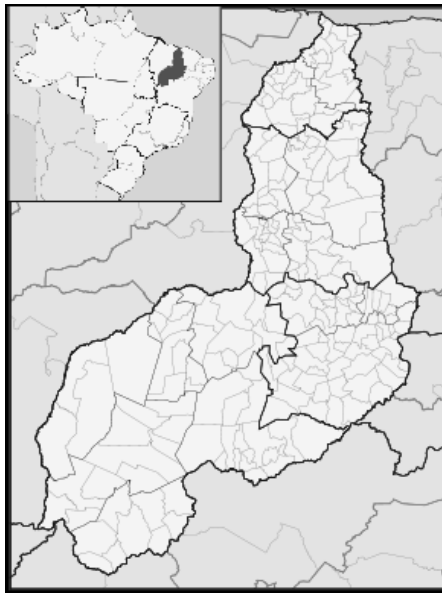
Según Ponce, Blanca, en su trabajo “Análisis de Indicadores Sociales y Demográficos en la Provincia del Chaco, según Áreas Programáticas. Año 2001”, se pudo observar una declinación significativa de las condiciones demográficas y sociales en la Provincia del Chaco, que van, desde las mejores condiciones en el extremo Sureste hasta las más deficientes en el Noroeste, destacándose algunas áreas centrales, cuyas características son intermedias. El Noroeste de la provincia concentra a la mayor proporción de población hasta cinco años de edad, como así también los índices más elevados de masculinidad. Con respecto a los indicadores sociales analizados en su trabajo, puede identificarse en él importantes problemas del orden social, ya que concentra el mayor porcentaje de jefes de hogares sin nivel de instrucción y que a su vez se encuentran desocupados. Por otra parte, en el Sureste se concentra a la mayor parte de la población de 65 años y más. Asimismo, en él se encuentran los valores más altos de población femenina, las cuales se concentran más acentuadamente en las ciudades más importantes.



La provincia del Chaco en la República Argentina tenía una población total de 991.454 en el 2001 y de 1.024.934 en el 2005, y presenta una de las Esperanzas de vida al nacimiento más baja del país, situación similar a otras provincias argentinas con malos indicadores sociales como Formosa, Misiones, Jujuy o Santiago del Estero entre otras provincias del norte argentino.

El estado de Piauí, en tanto no muestra una situación similar para la República Federativa del Brasil, situación que comparte con los estados de Paraíba, Alagoas y el estado con probables indicadores de Brasil Maranhão.

Piauí es una de las 27 unidades federativas de Brasil. Tiene una población de 2.843.278 según el censo del 2000, y 3.032.421 en el 2007. Está localizado al noroeste del país y tiene una superficie de 251.529 km², su capital es Teresina, que es a su vez la ciudad más populosa. Piauí es considerado uno de los estados más pobres de Brasil y su economía está basada en el sector de servicios, industria (química, textil, de bebidas) la actividad pecuaria y la agricultura, principalmente el cultivo de algodón, arroz, caña de azúcar y mandioca. El turismo se presenta más fuerte en la región norte del estado y en los diversos parques nacionales, en su mayoría en el sur del estado. Piauí es considerado uno de los dos estados más pobres de Brasil.



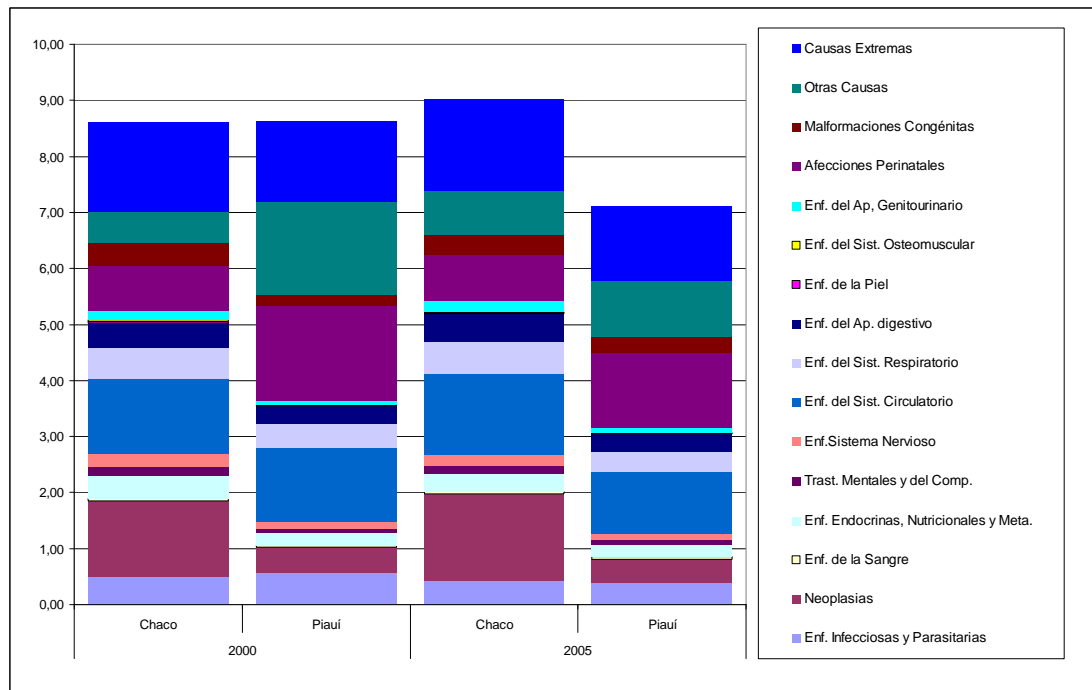
Resultados

Para el año 2000, ambos estados demuestran perder similar cantidad de años de vida, pero las causas de muerte a los que son atribuidos los AEVP se diferencian.

En el caso de los hombres, entre los años 2000 y 2005 se observa que en la provincia argentina del Chaco se mantienen las mismas causas de muerte como generadoras de la mayor parte de los AEVP, los cuales aumentaron casi medio año.

En esta provincia, se reconoce como la causa que más AEVP produjo en hombres a las “Causas Externas”, seguida de las “Neoplasias”, y a las provocadas por “Enfermedades del Aparato Circulatorio”. Cabe destacar que las causas externas afectan a los grupos de edades jóvenes de entre 15 y 44 años de edad. Por el contrario, las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores afectan a personas con más 40 años, y a medida que aumenta la edad tienen en general, mayor incidencia.

Mortalidad por Grandes Grupo de Causas de Hombres.- Chaco-Piauí. Años 2000 - 2005.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del DEIS³ y DATASUS⁴.

Para el estado de Piauí las muertes que más AEVP generan en los hombres son las muertes ocasionadas por “Ciertas Enfermedades del Período Perinatal”, seguida de las defunciones agrupadas bajo la denominación de “Otras Causas”, y finalmente las “Causas Externas”, también constituyendo estas tres causas principales casi el 50 % del total de los AEVP.

En el 2000 las causas con las mayores diferencias entre estos dos estados o provincias que afectan a los hombres son: las “Otras Causas”, siendo mayor en Piauí; las “Afecciones de período perinatal”, que también marcan una diferencia entre estas, siendo mayor también para el estado brasilero. Pero en el tercer lugar, las “Neoplasias” generan más AEVP en Chaco que en la población brasilera.

Como ya se dijo, en Piauí, “Ciertas afecciones del período perinatal” es la primera causa generadora de AEVP en varones, siguiéndole en orden decreciente las “Causas Externas”. Ahora bien, en el 2005 la tercera causa son las “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, mientras que el 2000 lo eran las “Otras Causas”. Podría explicarse esto por una mejora de los registros de las causas de muertes.

⁷ Dirección de Estadística e información de Salud del Ministerio de Salud de Argentina

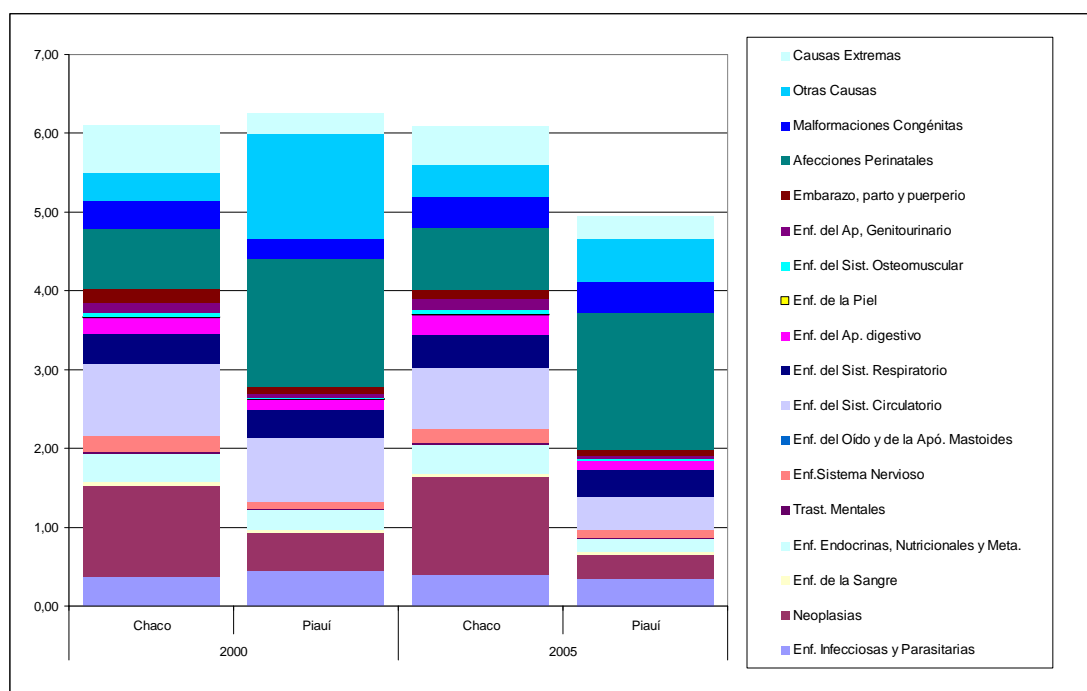
⁸ Órgano de la Secretaria Ejecutiva del Ministerio de Salud de Brasil.

Considerando el año 2005, en términos generales se observa en la provincia del norte argentino un aumento de los AEVP, que cobra gran importancia frente al retroceso de los AEVP que presenta el estado de Piauí, que pierde un año y medio menos de esperanza de vida aproximadamente de lo que perdía en el año 2000.

Ahora bien, si analizamos el año 2005, las diferencias entre los AEVP que pierde Chaco y los que pierde Piauí, son más importantes en las siguientes causas: “Neoplasias”, “Enfermedades del Aparato Circulatorio” y “Ciertas afecciones del período perinatal”. Estos son menores las dos primeras causas en Piauí, y mayor la tercera en Chaco.

Las tres principales causas de muerte siguen siendo las mismas del año de estudio inicial, pero las “Causas Externas” pasan del segundo al tercer lugar de las tres causas que más AEVP reducen para el año 2005.

Mortalidad por Grandes Grupo de Causas de Mujeres.- Chaco-Piauí. Años 2000 - 2005.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del DEIS y DATASUS

En el análisis de la mortalidad de las mujeres, se observa que las mujeres de Piauí pierden apenas un poco más de AEVP que las mujeres del Chaco en el 2000.

En ese año las tres principales causas que generaron más AEVP en las mujeres fueron, en orden decreciente: las “Neoplasias”, las “Enfermedades del Sistema Circulatorio” y las “Ciertas Afecciones originada en el período Perinatal” en Chaco. Mientras que para Piauí fueron: “Ciertas afecciones del período perinatal”, “Otras Causas”, y las “Enfermedades del Sistema Circulatorio”.

Cabe destacar que las “Afecciones del período perinatal” son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables. Pero es de destacar que al afectar a los neonatos, quienes serían los que aportarían más años, y por consiguiente, a muerte de ellos es la que más años de esperanza de vida le harían perder a la población a la que pertenecen.

En el caso de Chaco, a pesar de ser una de las provincias con peores indicadores, en el análisis de los años de vida perdidos parece comportarse como un población avanzada en la transición epidemiológica.

Ahora bien, las causas que mayores diferencias muestran entre las poblaciones que se estudian son las “Neoplasias”, mayor en Chaco con más de medio año más de AEVP que los que generó en Piauí. Las otras dos, “Ciertas afecciones del período perinatal” y “Otras Causas” fueron mayores para el estado brasileiro, con poco más de medio año cada una.

En términos generales lo que observamos es una reducción de los AEVP de la población de Piauí. Esta reducción se produjo a una tasa de cambio anual del 0.5; y la población en el año 2005 pierde 1.3 de AEVP menos que lo observado en el año 2000.

El Chaco por su parte mantiene prácticamente los mismos niveles de mortalidad de AEVP para el año 2005 en las mujeres. La única discrepancia que se observa, al menos en estos tres principales grupos de causas, es el paso de las enfermedades producidas en el período perinatal, del tercer lugar al segundo en el año 2005, antes ocupado por enfermedades del sistema circulatorio que ahora ocupan el tercer lugar. Las Neoplasias conservan siempre el primer lugar en ambos períodos estudiados.

Para Piauí, se mantiene en el primer lugar las causas perinatales. El segundo lugar lo siguen ocupando las “Otras Causas”, y en el tercer lugar las “Enfermedades del Sistema Circulatorio”.

Las diferencias más importantes se dan en las “Neoplasias”, y “Enfermedades del Aparato Circulatorio”, mayores para Chaco, y en “Ciertas afecciones del período perinatal”, mayores en la población brasileira.

Conclusión

El análisis de los AEVP entre estos dos estados, permite afirmar que ambas regiones presentaban para el año inicial de estudio, tanto para hombre como para mujeres, niveles similares de AEVP. Pero solo unos pocos años después, muestran grandes diferencias entre ellos, pues el estado argentino mantuvo y hasta incrementó sus AEVP, tal vez derivado a una política sanitaria inadecuada o poco eficaz, mientras que el brasileiro logró disminuir cerca de un año de AEVP en el 2005.

Como se vio en el estudio de la mortalidad, en los gráficos precedentes no se observa tantas discrepancias respecto a los grupos de enfermedades que estarían afectando a las poblaciones y produciendo los decesos.

Así, en el Chaco los hombres, mueren afectados por las “Causas Externas”, las “Neoplasias” y las “Enfermedades del Sistema Circulatorio” en el período estudiado; y como se conoce, son las “Causas Externas” las responsables de la mayor parte de las defunciones a edades jóvenes. Estas últimas también cobran importancia en los hombres de Piauí, pero están precedidas por “Cierta afecciones originada en el período perinatal”, que ocupan el primer lugar. Estas causas son modificables con un programa de salud materno infantil adecuado y eficaz con lo que podrían reducirse aún más los AEVP en Piauí, y por supuesto mejorar los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna.

Lo que desorienta y dificulta el análisis comparativo es que los “Síntomas y Signo no clasificados en otra parte” u “Otras Causas” están en segundo lugar generando la incertidumbre sobre cuál sería realmente la razón de este fenómeno. La clasificación CIE-10 es lo suficientemente completa como para no poder encuadrar la causa de muerte en alguna categoría mejor descripta. Entonces se podría estar encubriendo la realidad sanitaria por la mala declaración de las causas de muerte. Sería fundamental un buen registro de las causas de muerte y sería muy importante también un registro de morbilidad para que las investigaciones se basen en datos representativos, y de esta manera, las políticas públicas se planifiquen basadas en la realidad. Es importante la formación de los médicos en este sentido, y de registradores civiles para lograrlo.

Para las mujeres del Chaco las defunciones estarían provocadas por las “Neoplasias”, las “Enfermedades del Sistema Circulatorio” y las “Afecciones del período perinatal”. Esta última causa constituye la principal causas entre las mujeres de Piauí seguida de los “Signo y Síntomas no clasificados en otra parte” y las “Enfermedades del Sistema Circulatorio”.

El deterioro de los indicadores de la salud, generado por acción de las “Causas Externas”, es susceptible de una identificación muy precisa de sus factores de riesgo, frente a los cuales es perfectamente posible adoptar medidas preventivas idóneas y representa una pesada carga para los servicios de salud y para las instituciones de Seguridad Social.

Aunque los actos violentos, llámese tales a los accidentes, homicidios, suicidios, entre otros, son quizás uno de los mayores retos de la sociedad actual, no solo de los sistema de salud, sobretodo cuando la cuestión está vinculada con el consumo de alcohol o drogas. A propósito, en 1996, la 49° Asamblea de Salud Mundial adoptó la resolución WHA49.25, declarando a la violencia el principal y creciente problema de la salud pública a nivel mundial. En esta resolución, la asamblea puso atención a las serias consecuencias de la violencia- ambas, a corto plazo y a largo plazo- para los individuos, las familias comunidades y países, e hizo hincapié en los efectos dañinos de la violencia en los servicios de salud. Y considera que la violencia es generalmente predecible y prevenible, y que como otros problemas de salud, no está equitativamente distribuido a través de las poblaciones. Muchos de los factores que incrementan el riesgo de violencia son compartidas por diferentes tipos de violencia y son modificables.⁵

⁵ Tomado del Primer Reporte Mundial sobre Violencia y Salud. Octubre de 2002. World Health Organization.

La discusión sobre los factores determinantes de la violencia ha sido bastante amplia. Hay quienes consideran que la pobreza, en tanto condición material y situación, es la causa de los altos niveles de violencia. Sin embargo, la relación no siempre es tan simple ni tan directa como lo corroboran algunas evidencias. En Brasil, las estadísticas revelan que las tasas más altas de homicidio no se registran en las entidades federales más pobres sino entre las más ricas y donde hay mayores contrastes sociales. En otras perspectivas analíticas Briceño (2004) ha postulado que la violencia está determinada tanto por la respuesta de los individuos ante una situación material y objetiva, como por las pautas culturales y normativas que regulan el proceso de toma de decisiones, y se ha considerado, además, que la contribución de uno u otro componente variará según el contexto y el momento histórico. En otros estudios el énfasis en los factores que causarían la violencia se ha centrado en el deterioro de las condiciones familiares e individuales. En esos casos se ha asignado especial atención a los efectos de la estructuración e inestabilidad de los núcleos familiares. (Freitez y Romero, 2004)

Para el caso de Brasil, simultáneamente al deterioro de la calidad de vida en los grandes centros urbanos, algunos investigadores han destacado el importante papel de la expansión del crimen organizado, el tráfico de drogas y armas de fuego, en adición a la fragilidad para controlar, o asimismo la connivencia, de algunos sectores institucionales (Adorno y Cardia, 2002; Zaluar, 1999).

Se puede decir entonces que los sistemas de salud por si mismos no lograrán resolver los problemas sanitarios de la población, como son las causas externas, pero aún así, buenos programas de atención primaria pueden ser fundamentales para disminuir sus consecuencias. Además es preciso para lograrlo el trabajo articulado de varias disciplinas o instituciones para tener éxito en su prevención.

Si bien Piauí logra reducir más su AEVP que el Chaco, la esperanza de vida al nacer para la provincia argentina es mayor en ambos años. La diferencia entre las esperanzas de vida al nacer entre el estado Argentino y el Brasileño disminuye de 3 años observado en el 2000 a casi 2 años en solo 5 años.

Las causas que marcan la mayor diferencia entre los dos años en Piauí son: Síntomas, signos no clasificados en otras partes, Ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y Enfermedades del sistema circulatorio, que en conjunto alcanzan 1,2 años de esperanza de vida perdidos. Existen otras causas que se mantiene o han aumentado pero la variación es despreciable.

Disminuir la prevalencia, incidencia, y muertes por causas degenerativas es otro desafío para los sistemas de salud, sin olvidar también las consecuencias que ellas tiene sobre la calidad de vida de las personas que las padecen. Con respecto particularmente a las neoplasias, existe una preocupación general sobre el aumento de la incidencia, y la afectación de grupos cada vez más jóvenes de edad que obliga a mayores estudios sobre los factores que intervienen en ella que no solo se limita a los biológicos.

Bibliografía.

UNES,J., 1993. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 114: 302-316. YUNES J. & RAJS, D., (s/d). Mortalidad por Causas Violentas entre los Adolescentes y los Jóvenes de la Región de las Américas, United States. Washington, D.C.: OPS. (no prelo)

CANO, G. E., 1989. Análisis Situacional de la Salud del Adulto en las Américas. Programa de Salud del Adulto. Informe de Consultoría, abril. Washington, D.C: OPS. (Mimeo.)

ARRIAGA, EDUARDO: Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. CELADE, Notas de Población, N° 63, Año XXIV, 1996, Santiago de Chile.

AIDAR, TIRZA (2006). Desigualdade, vulnerabilidade social e a mortalidade por causas violentas no contexto metropolitano: o caso de Campinas, Brasil. In: Cunha, J. M. P. (org.) "Novas Metrôpoles Paulistas: população, vulnerabilidade e segregação". NEPO/UNICAMP, Campinas, setembro de 2006.

AIDAR, TIRZA, ALVAREZ, MARÍA FRANCI, PELÁEZ, ENRIQUE Y RIBOTTA, BRUNO (2007). Violencia urbana y mortalidad entre los jóvenes. Comparación de Córdoba (Argentina) y Campinas (Brasil). Paper presentado en en IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Huerta Grande, Provincia de Córdoba. 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2007. Sesión 6. Mortalidad

ARRIAGA, EDUARDO: Comentarios sobre algunos índices para medir el nivel y cambio de la mortalidad. Revista de Estudios Demográficos y Urbanos. El Colegio de México. Vol. 11, Numero 1, Enero- Abril de 1996.

BEHM ROSAS, HUGO: Las desigualdades sociales ante la muerte en America Latina. CELADE. Diciembre del 1992.

SKLIAR, GUSTAVO: "Años De Vida Perdidos" En Argentina Y Brasil Desde Una Perspectiva Comparada A Comienzos Del Siglo XXI. Presentado en las IX Jornadas Nacionales de Estudios de Población de la AEPA. Huerta Grande, Provincia de Córdoba. Noviembre de 2007.

Anexo

Tabla 1

HOMBRES	2000		Diferencia
	Chaco	Piauí	
CAUSAS DE MUERTE			
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,4917	0,5819	-0,0903
Neoplasias	1,3525	0,4452	0,9073
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0526	0,0358	0,0167
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,4115	0,2267	0,1849
Trastornos mentales y del comportamiento	0,1483	0,0641	0,0842
Enfermedades del sistema nervioso	0,2397	0,1240	0,1157
Enfermedades del sistema circulatorio	1,3331	1,3177	0,0154
Enfermedades del sistema respiratorio	0,5559	0,4387	0,1171
Enfermedades del aparato digestivo	0,4417	0,3139	0,1278
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,0336	0,0070	0,0266
Enfermedades del sistema osteomioarticular	0,0262	0,0090	0,0172
Enfermedades del aparato genitourinario	0,1568	0,0812	0,0756
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,8129	1,6826	-0,8698
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,3951	0,2146	0,1805
Síntomas, signos no clasificados en otra parte	0,5551	1,6636	-1,1085
Causas Externas de morbilidad y de mortalidad	1,6081	1,4329	0,1752
Total	8,6147	8,6389	-0,0242

Fuente: Elaboración propia en base a datos del DEIS y DATASUS

Tabla 2

MUJERES	2000		Diferencia
	Chaco	Piauí	
CAUSAS DE MUERTE			
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,3694	0,4421	-0,0727
Neoplasias	1,1534	0,4895	0,6639
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0455	0,0396	0,0059
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,3675	0,2440	0,1235
Trastornos mentales y del comportamiento	0,0210	0,0117	0,0093
Enfermedades del sistema nervioso	0,1998	0,0921	0,1077
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0047	0,0026	0,0021
Enfermedades del sistema circulatorio	0,9128	0,8208	0,0920
Enfermedades del sistema respiratorio	0,3796	0,3408	0,0388
Enfermedades del aparato digestivo	0,2056	0,1421	0,0635
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,0092	0,0037	0,0055
Enfermedades del sistema osteomioarticular	0,0635	0,0163	0,0473
Enfermedades del aparato genitourinario	0,1109	0,0571	0,0539
Embarazo, parto y puerperio	0,1785	0,0758	0,1027
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,7684	1,6381	-0,8696
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,3470	0,2423	0,1046
Síntomas, signos no clasificados en otra parte	0,3614	1,3336	-0,9722
Causas Externas de morbilidad y de mortalidad	0,5897	0,2638	0,3259
Total	6,0879	6,2559	-0,1680

Fuente: Elaboración propia en base a datos del DEIS y DATASUS

Tabla 3

HOMBRES	2005		Diferencia
CAUSAS DE MUERTE	Chaco	Piauí	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,4250	0,3926	0,0324
Neoplasias	1,5513	0,4196	1,1318
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0430	0,0397	0,0032
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,3231	0,2152	0,1079
Trastornos mentales y del comportamiento	0,1309	0,0979	0,0330
Enfermedades del sistema nervioso	0,1953	0,0986	0,0967
Enfermedades del sistema circulatorio	1,4521	1,1126	0,3395
Enfermedades del sistema respiratorio	0,5759	0,3654	0,2104
Enfermedades del aparato digestivo	0,4978	0,3068	0,1911
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,0178	0,0103	0,0075
Enfermedades del sistema osteomioarticular	0,0197	0,0115	0,0081
Enfermedades del aparato genitourinario	0,1902	0,0842	0,1060
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,8107	1,3452	-0,5345
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,3704	0,2819	0,0885
Síntomas, signos no clasificados en otra parte	0,7792	1,0032	-0,2241
Causas Externas de morbilidad y de mortalidad	1,6345	1,3256	0,3090
Total	9,0170	7,110416	1,9066

Fuente: Elaboración propia en base a datos del DEIS y DATASUS

Tabla 4

MUJERES	2005		Diferencia
CAUSAS DE MUERTE	Chaco	Piauí	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,3958	0,3475	0,0483
Neoplasias	1,2386	0,3004	0,9383
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,0512	0,0483	0,0028
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,3640	0,1570	0,2070
Trastornos mentales y del comportamiento	0,0135	0,0151	-0,0016
Enfermedades del sistema nervioso	0,1835	0,0915	0,0920
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,0000	0,0007	-0,0007
Enfermedades del sistema circulatorio	0,7811	0,4370	0,3441
Enfermedades del sistema respiratorio	0,4239	0,3323	0,0916
Enfermedades del aparato digestivo	0,2408	0,1154	0,1253
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	0,0169	0,0029	0,0141
Enfermedades del sistema osteomioarticular	0,0553	0,0232	0,0322
Enfermedades del aparato genitourinario	0,1294	0,0374	0,0919
Embarazo, parto y puerperio	0,1165	0,0831	0,0334
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,7900	1,7234	-0,9334
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,4003	0,3935	0,0067
Síntomas, signos no clasificados en otra parte	0,4027	0,5474	-0,1446
Causas Externas de morbilidad y de mortalidad	0,4885	0,2905	0,1979
Total	6,0918	4,9465	1,1453

Fuente: Elaboración propia en base a datos del DEIS y DATASUS

Tabla 5

Indicadores de Chaco	2000	2005
Tasa Bruta de Natalidad	25,8	20,9
Tasa Global de Fecundidad	3,15	2,97
Esperanza de vida al nacer	69,02•	69,97*
Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 Nac. Vivos)	21,9	27,7

Fuente: <http://www.bvs.org.ar/indicador.htm>. Indicadores básicos de salud 2001 y 2005.

•Esperanza de vida al nacer en años, ambos sexos, 1990-1992 (proyecciones y estimaciones).

* Esperanza de vida al nacer en años, ambos sexos, período 2000-2001.

Tabla 6

Indicadores de Piauí	2000	2005
Tasa Bruta de Natalidad	24,91	22,02
Tasa Global de Fecundidad	2,65	2,31
Esperanza de vida al nacer	66,22	68,17
Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 Nac. Vivos)	36,5	30,4

Fuente: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf