

Un análisis de la mortalidad según causas de defunción. El caso de la provincia de Buenos Aires.

Mercedes Aguilar.

Cita:

Mercedes Aguilar (2007). *Un análisis de la mortalidad según causas de defunción. El caso de la provincia de Buenos Aires. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-028/24>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eQa4/GQR>

Un análisis de la mortalidad según causas de defunción.

El caso de la provincia de Buenos Aires.

Mercedes Aguilar

CONICET-INDEC-UNLU

meraguilar@datafull.com

Resumen

El trabajo refiere a los diferenciales de mortalidad que se encuentran al interior de la provincia de Buenos Aires considerando la etapa avanzada de la transición demográfica y epidemiológica en que se encuentran la Argentina y dicha provincia.

Se focalizó el estudio en la provincia de Buenos Aires a nivel departamental en los partidos del conurbano para indagar la existencia de las posibles diferencias en la incidencia de las distintas causas de defunción al interior de la provincia que den cuenta de las características epidemiológicas prevalentes en las áreas y además permitan ubicar, diseñar y planificar las necesidades de servicios específicos de salud ubicados estratégicamente. A tal fin se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas por edad aislando la estructura de edades y las tasas de mortalidad específicas para los diferentes grupos de edades de forma de poder comparar sus valores.

En los partidos del Gran Buenos Aires la esperanza de vida al nacer para el período 200-2001 es de 69,92 para los hombres y para las mujeres de 77,89. Las tasas ajustadas de mortalidad de los partidos en el 2005 presentan diferencias que varían entre 6,5 y 9,5 defunciones cada 10.000 habitantes. Además en el análisis por causas se observan diferenciales entre los partidos, principalmente se destacan aquellos que presentan niveles más bajos en las tasas de las causas prevalentes en todos los grupos de edad como aquellos que se destacan por la prevalencia de defunciones a causa de enfermedades más fácilmente evitables (enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades del aparato respiratorio).

I. Introducción

La mortalidad como hecho demográfico contribuye a la dinámica de una población y a la comprensión del cambio de estructura y magnitud de la misma. El descenso de la mortalidad ha sido acompañado por una diferenciación en sus causas mostrando el paso de la predominancia de defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias a enfermedades crónicas y degenerativas. Sin embargo, algunos autores sostienen que aunque los niveles de mortalidad son menores la composición de sus causas es mucho más compleja. En términos generales, las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de salud reproductiva perdieron el predominio que tenían anteriormente, pero aún ocupan un lugar importante en el perfil epidemiológico; y al mismo tiempo, aumentaron la importancia absoluta y relativa de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

Las modificaciones en la estructura de la mortalidad por edad y por causas están íntimamente relacionada con la transición demográfica ya que el descenso de la mortalidad también implica una modificación de la composición de sus causas. En la actualidad la provincia de Buenos Aires en su conjunto presenta niveles bajos de mortalidad ubicándose en una etapa avanzada tanto de la transición demográfica como de la epidemiológica. En este marco, este trabajo analiza la mortalidad para los partidos del Gran Buenos Aires¹ a fin de observar las posibles diferencias entre ellos. Existen algunos antecedentes entre recientes estudios (Marconi y otros, 1990-1992; Spinelli y otros, 2000; Otero y Velázquez, 1998; entre otros) que investigaron sobre los diferenciales de mortalidad entre los partidos de la provincia de Buenos Aires destacando las diferencias que observaban entre los mismos, aunque principalmente se centraron en las diferencias en la mortalidad infantil. Además se destaca el trabajo presentado por Gianna (AEPA 2003) donde se presenta el nivel de mortalidad en la provincia de Buenos Aires para el total y el conurbano en el año 2001. Es así como en el 2005 una actualización de los diferenciales de mortalidad entre los diferentes partidos

¹ Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López.

que pertenecen al Gran Buenos Aires² se presenta como interesante para analizar la mortalidad en esta provincia considerando la heterogeneidad al interior del territorio.

II. Cuestiones metodológicas

En un principio para el análisis del nivel de mortalidad en el 2005³ se trabajará con la tasa ajustada por edad para aislar la estructura de edad de los diferentes partidos.

El estudio de la composición de causas de muerte de la mortalidad será abordado a través de la utilización del cociente del perfil de mortalidad (CPM). Este índice es la razón de la tasa de mortalidad de las enfermedades contagiosas y la tasa de mortalidad de las principales enfermedades no transmisibles ajustadas por edad (Frenk y otros, 1994). A través de este indicador se pueden caracterizar los perfiles de mortalidad de las poblaciones ya que da cuenta de las diferencias que existen en la prevalencia de las enfermedades más asociadas a las diferentes etapas de la transición.

Asimismo se calcularán las tasas específicas por grupos de edad seleccionando aquellas causas predominantes para analizar su comportamiento en el año 2005.

En cuanto a la clasificación de las causas de muerte actualmente en Argentina se realiza con la “Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión” (CIE-10) recomendada por la OMS. La misma se organiza en 21 capítulos según criterios etiológicos y anatómicos. Esta clasificación es utilizada a nivel internacional y el formulario de registro de defunción utilizado en la Argentina es el modelo de certificado médico recomendado por la Asamblea Mundial de la Salud que debe ser completado por un médico. Este modelo facilita el registro de los estados morbosos ocurridos anteriormente a la defunción de forma de poder detectar la causa básica de la misma. La causa básica es según la OMS “la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la defunción o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal” (Naciones Unidas, 2003).

² En adelante se llamará GBA.

³ Se trabajará con el promedio de las defunciones ocurridas en 2004 y 2005 que es la información disponible más actualizada.

II.1 Fuentes utilizadas

El trabajo presenta información de mortalidad de la población residente de los partidos del GBA para el año 2005. Se calcularon tasas e indicadores a partir de la información sobre las defunciones ocurridas en el Gran Buenos Aires según departamento de residencia de los fallecidos relevadas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. En el cálculo de las tasas se trabajó con la población proyectada para los partidos por la Dirección Provincial de Estadística del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Asimismo se utilizó la información de las proyecciones de la población de la provincia de Buenos Aires (INDEC, 2005) para la estandarización de las tasas como población estándar.

III. Cuestiones conceptuales

III.1 La transición epidemiológica

El estudio de la mortalidad en demografía implica necesariamente remitirnos tanto a la transición demográfica como a la transición epidemiológica. Ambas son centro de debate de los estudiosos del tema y además son puntos de referencia en el momento de plantear una investigación. En la transición demográfica se describe el pasaje de las poblaciones desde altos niveles de mortalidad y de fecundidad hacia bajos niveles de las mismas. La transición epidemiológica describe las variaciones en el nivel de la mortalidad, durante su proceso de descenso y aumento de la esperanza de vida y también incorpora las variaciones en la prevalencia de sus causas. En este sentido, la teoría de la transición epidemiológica conceptualmente se focaliza sobre el complejo cambio en los patrones de salud y enfermedad y sobre las interacciones entre estos patrones y sus determinantes demográficos, económicos y sociológicos y sus consecuencias (Omran, 1971). Asimismo sostiene que en este proceso de transición las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre desplazan a las infecciosas como primeras causas de morbilidad y mortalidad (Omran, 1971).

La teoría de la transición epidemiológica (Omran,1971) comienza con una premisa principal: la mortalidad es un factor fundamental en la dinámica poblacional. Como segunda proposición sostiene que durante la transición, la mortalidad y los patrones de

enfermedad se van modificando a través de un largo período, en el cual las enfermedades infecciosas y parasitarias son gradualmente desplazadas por las degenerativas y las causadas por el hombre constituyen la principal forma de morbilidad y la primera causa de muerte. Define, entonces, tres etapas principales en este proceso:

- *Edad de la peste y el hambre*: la mortalidad es alta y fluctuante, no hay un crecimiento importante de la población, y una esperanza de vida al nacimiento bastante baja y variable.
- *Edad de las pandemias retraídas*: la mortalidad declina progresivamente reflejándose en el descenso de la tasa y siendo los aumentos de la mortalidad por epidemias cada vez menos frecuentes. Aumenta la esperanza de vida y también el crecimiento poblacional.
- *Edad de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre*: continúa el descenso de la mortalidad y se estabiliza en un nivel relativamente bajo, mientras la esperanza de vida sigue aumentando.

Asimismo estos cambios presentados por Omran (1971) en las diferentes etapas de la transición epidemiológica se asocian a determinantes socioeconómicos, políticos y culturales: como ser las mejoras nutricionales que siguieron al desarrollo agrícola de fines del siglo XVII, hábitos higiénicos, la ventilación de las viviendas y la disposición de los residuos. También con los determinantes ecológicos por las posibilidades de contagio que ofrece el medio ambiente. Así como con los determinantes científico-médicos que implican mejoras en el saneamiento público, vacunación y desarrollo de medidas terapéuticas (Gómez, 2001).

La transición epidemiológica sirve, entonces, para explicar y reflexionar en torno a los caminos actuales, pasados y futuros de los países respecto a las tendencias de la mortalidad. Sin embargo, se presenta como un tema de debate y reflexión, planteándose la cuestión de las convergencias y divergencias en el nivel de la mortalidad Vallin y Meslé (2004) cuestionan que todas las sociedades converjan en un mismo nivel de mortalidad siguiendo el modelo desarrollado por Omran, considerando algunos importantes hechos ocurridos en las últimas décadas y las diferencias actuales entre los países.

En este sentido Olshansky y Ault (Vallin y Meslé, 2004) plantean una cuarta etapa donde las esperanzas de vida continúan aumentando debido a tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. También Vallin y Meslé (2004) plantean la idea de repensar una quinta etapa cuando se controle la epidemia del SIDA

En otras palabras, el descenso de la mortalidad acompañado por la modificación en la estructura de sus causas es un proceso que atravesaron y atraviesan las poblaciones que se presenta interesante investigar en términos de reflexionar en propuestas para la mejora de las condiciones de vida y de salud de las poblaciones. En este descenso de la mortalidad con el aumento de la esperanza de vida y sus fluctuaciones interesa focalizarse en la prevalencia determinadas causas de muerte que permitan aproximarse a un perfil de salud de la población a partir de la mortalidad.

III. 3 Condiciones de salud

La estructura de las causas de muerte es una forma de aproximarse al perfil de la salud de la población al observar la distribución de las enfermedades prevalentes que llegan a provocar la muerte. La situación de salud y sus desigualdades están condicionadas tanto individual como histórica y socialmente a través de un conjunto de factores que operan simultáneamente en distintos niveles de organización, es decir, desde lo individual hasta lo social (OPS, 2002). El análisis comparativo del nivel de la mortalidad y su estructura por causas permite indagar la existencia las desigualdades en salud entre las diferentes regiones porque permite identificar la prevalencia de las enfermedades que conducen a la muerte y las edades más vulnerables de forma de desarrollar acciones que posibiliten evitar algunas de ellas mejorando la calidad de vida y de atención a la salud de la población.

En este marco de descenso de la mortalidad que se produce a lo largo de los años conjuntamente, origina un cambio en la estructura por edad y causas de las defunciones, y se observan esperanzas de vida superiores debido principalmente al descenso de la mortalidad en los primeros años de vida. Las defunciones provocadas por enfermedades transmisibles y de la primera infancia tienen su mayor incidencia en las edades tempranas, mientras las crónicas y degenerativas predominan mayoritariamente en las edades mayores, relacionándose con la transición demográfica y las defunciones según la edad. Durante el proceso de la transición epidemiológica el mayor descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles así como el cambio en la estructura por edades de la población conducen asimismo a un aumento de las defunciones de adultos mayores (Naciones Unidas, 1999).

IV. El descenso de la mortalidad: Argentina y provincia de Buenos Aires

El descenso de la mortalidad en Argentina comenzó en el siglo pasado, según Pantelides (1988) entre 1895 y 1914 se observan los mayores avances en el aumento de la esperanza de vida al nacer (alrededor de un año de vida por año calendario), mientras que anterior y posteriormente los avances fueron mucho menores, excepto para el período 1960-70 en el que hubo un pequeño retroceso, pero sin embargo el nivel continuó descendiendo en las siguientes décadas (cuadro 1 anexo estadístico). Somoza (1973) en su estudio de la mortalidad en Argentina plantea que podrían distinguirse tres etapas⁴: una inicial desde un momento no precisado hasta comienzos del siglo XX con un ritmo de baja del nivel de mortalidad significativo pero moderado; una segunda etapa, entre la primera y segunda década del siglo XX, en la cual se habría acelerado el proceso de reducción alcanzando un ritmo muy acelerado, y, el período de 1914 a 1960 en el cual el descenso de la mortalidad habría continuado a un ritmo uniforme. Luego en el período 1960-1970 se produjo un pequeño descenso de la esperanza de vida, es decir un aumento de la mortalidad como puede observarse en el cuadro 1, pero luego continuó descendiendo con un ritmo lento y uniforme hasta la actualidad. Siendo que se observa en las últimas tres décadas una tendencia estable y pequeña en cuanto a ganancia de años en la esperanza de vida.

El descenso de la mortalidad también implicó fundamentalmente una modificación de sus causas prevalentes. Sin embargo, cabe aclarar que según Somoza (1973) la gran baja de la mortalidad que se produce en un principio no se debe a un descenso mayor de las enfermedades infecciosas y parasitarias como sucede generalmente, sino a la baja general de todas las causas. En este sentido Pantelides (1988) plantea que podría estudiarse el descenso de la mortalidad por causas a partir de la proporción de las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias sobre el total de muertes, así observa que las muertes debido a estas causas de defunción recién comienzan a presentar un descenso importante a partir de 1930 y que es recién en 1935 cuando se observa mayor descenso de este grupo que de la mortalidad general. A partir de este descenso conjuntamente con el envejecimiento de la población la estructura de causas de muerte desde hace algunas décadas se caracteriza por una prevalencia de defunciones por causa de enfermedades del sistema circulatorio y tumores, una baja

⁴ Somoza plantea la existencia de estas etapas más allá de las limitaciones referidas a la disponibilidad de las fuentes para el estudio de la mortalidad.

incidencia de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias y una creciente proporción de las muertes por causas externas, es decir causas violentas y traumatismos.

Cabe aclarar que por esta situación, en la actualidad, Argentina se ubica en una etapa avanzada de la transición epidemiológica. Al mismo tiempo que se agrupan la mayor parte de las defunciones en las edades mayores. Sin embargo, a pesar de las mejoras de diversos factores y en la calidad de vida, en la actualidad, diversos estudios (Farmer, 2000; Buj Buj, 2001; entre otros) mencionan la aparición enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en los últimos años en países con estas características. El SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, el cólera, la tuberculosis, el dengue, se presentan como las nuevas problemáticas en cuestión de salud⁵.

El nivel de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires viene descendiendo en conjunto con el total del país. Asimismo, la mortalidad en la provincia de Buenos Aires ha presentado históricamente niveles menores respecto al resto de las provincias (Müller, 1978). Esta situación se observa en el comportamiento de algunos indicadores de mortalidad, por ejemplo la tasa bruta de mortalidad presenta una tendencia decreciente desde una tasa superior al 20 por mil a fines del siglo pasado hasta alcanzar en la actualidad valores inferiores a 10 por mil (Massa, 1999). También la esperanza de vida al nacer muestra el continuo aumento de los años de la misma, desde el año 1914 hasta la actualidad aumenta en más de 30 años (INDEC, 1999). Con respecto a la composición de la mortalidad según causas se observa una situación similar a la registrada en el total país, siendo en la actualidad una provincia en un proceso avanzado de la transición epidemiológica (Gianna, 2003). En el año 1995 las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores agrupaban al 60% del total de las defunciones de la población residente en la provincia de Buenos Aires (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 1997). Asimismo, según Gianna (2003) aunque ha descendido en los últimos años de la década del '90 la mortalidad en la niñez y en la primera infancia, continúa incrementándose entre los adolescentes y jóvenes adultos y en términos de riesgo relativo. Además se presentan heterogeneidades al interior de la provincia, en el caso del Conurbano se observan tasas de mortalidad específica por edad

⁵ Algunas de estas enfermedades son poco sensibles a las estadísticas de mortalidad en un proceso de transición avanzada con lo cual para un estudio epidemiológico de las mismas las estadísticas de morbilidad se presentan como las más adecuadas.

superiores a las del interior provincial, especialmente para los menores de 1 año y entre los 20 y los 34 años.

V. La mortalidad en el Gran Buenos Aires

V.1. Características generales

La provincia de Buenos Aires presenta una esperanza de vida al nacer para los hombres de 70,02 y para las mujeres de 78,03 según los datos presentados en las Tablas abreviadas de mortalidad 2000-2001 (INDEC, en prensa). Asimismo el nivel de mortalidad descendió respecto a la anterior década cuando la esperanza de vida para los hombres era de 66,5 y de 75,8 para las mujeres. En este marco los datos de GBA respecto a la esperanza de vida al nacer muestran que también en el período 2000-2001 para los hombres era de 69,92 y 77,89 para las mujeres (INDEC, en prensa)

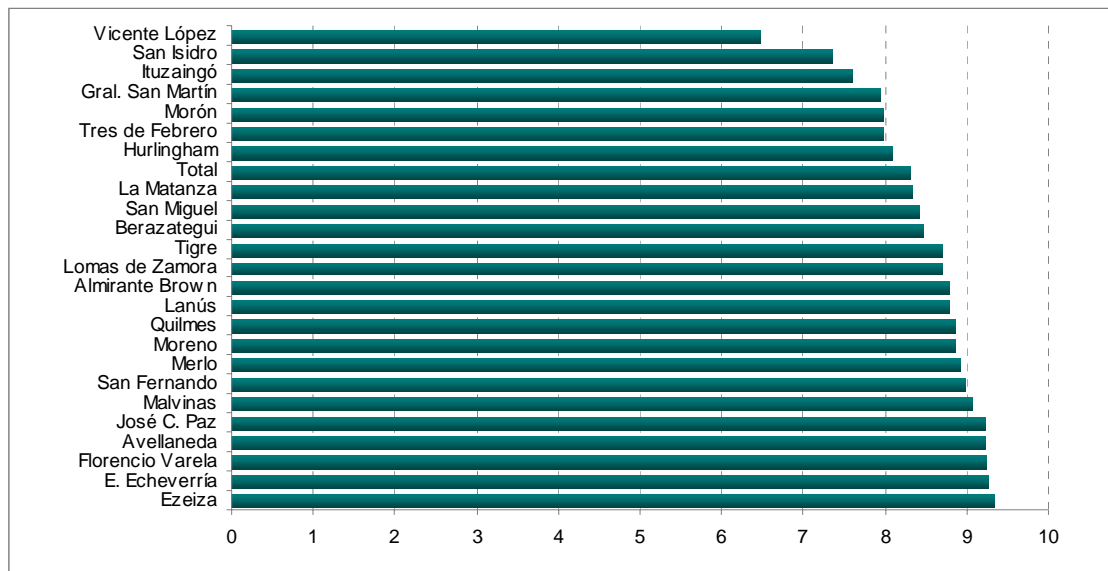
Las tasas ajustadas⁶ por edad fueron calculadas y utilizadas para dar cuenta del nivel de mortalidad aislando la estructura de edades y permitiendo así comparar con otras jurisdicciones con diferente estructura demográfica. En el anexo se presenta un análisis de calidad de los datos donde se concluye es posible el estudio de la mortalidad a través de las causas de muerte.

A partir de las tasas ajustadas de mortalidad se observa en el gráfico 1 como el partido de Vicente López presenta la menor mortalidad siendo su tasa inferior a 7 por mil. Mientras que los partidos de San Isidro, Ituzaingo, General San Martín, Morón, Hurlingham y Tres de Febrero tienen una tasa entre el 7 y el 8 por mil. Todos ellos se ubican por debajo del nivel del total de los partidos (24 partidos) que presenta una tasa de mortalidad ajustada por edad de 8,3 por mil. La mayor parte de los partidos se encuentra entre el 8 y el 9 por mil. A su vez el mayor nivel de mortalidad lo presentan José C. Paz, E. Echeverría, Avellaneda, Florencio Varela y Ezeiza. En primera instancia podría sostenerse que se presentan diferencias entre los partidos aunque las mismas no son muy importantes. Sin embargo se destaca que los partidos cercanos a la Ciudad de Buenos Aires para el norte y para el oeste son los que presentan los niveles más bajos de

⁶ El ajuste se realizó tomando como población estándar a la población del total de la provincia de Buenos Aires proyectada por INDEC para año 2005 (INDEC, 2005). Asimismo se consideró el promedio de las defunciones ocurridas entre 2004 y 2005 de forma de suavizar las posibles fluctuaciones aleatorias de la población. Las tasas se calcularon sobre 1.000 habitantes .

mortalidad. Asimismo que el nivel de mortalidad que presentan los partidos demuestra que se encuentran en una etapa avanzada de la denominada transición epidemiológica.

Gráfico 1. Tasas de mortalidad ajustadas por edad. Partidos de GBA. Año 2005



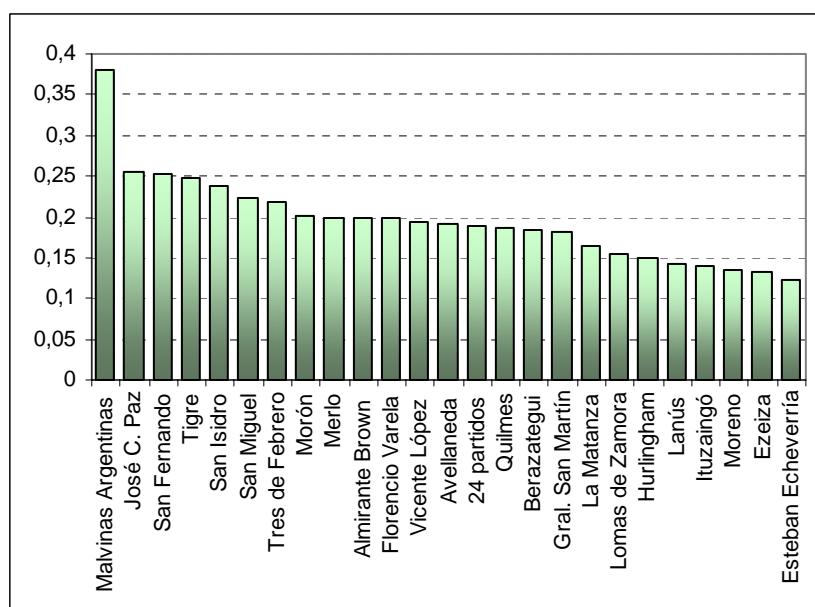
Fuente: Cuadro 3 Anexo estadístico

V.2 La mortalidad por causas

En el marco de la transición epidemiológica se produce la modificación de la prevalencia de diferentes grupos de causas de defunción. En esta línea Frenk y otros (1994) proponen el CPM (cociente de perfil de mortalidad) como un indicador del predominio de las enfermedades que llevan a la muerte que permite explorar su duración y secuencia. Considerando el nivel de mortalidad ya mencionado y el nivel de esperanza de vida en la provincia se supone por tanto el lugar avanzado que ocupa en la transición epidemiológica. Al observar la distribución del CPM en los diferentes partidos en primera instancia se destaca que no hay ninguno que sobrepase al 1 reafirmando el predominio de las enfermedades no transmisibles como en el total de la provincia. Asimismo hay diferencias pequeñas entre los partidos pero se observa que Malvinas Argentinas se distancia bastante del resto. La distribución de los partidos demuestra que aquellos que tenían un nivel alto de mortalidad comparado con el resto a través de la tasa de mortalidad ajustada por edades también muestran un CPM con los valores más bajos como ser por ejemplo Esteban Echeverría y Ezeiza, sin embargo no ocurre lo mismo en José C. Paz. Se destaca entonces que el CPM refiere puntualmente a

las defunciones por determinadas causas, por ejemplo en estos casos hay una alta prevalencia de enfermedades por tumores y cardíacas pero esto sucede en la mayoría de las edades. Asimismo el partido de Malvinas Argentinas presenta una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y parasitarias principalmente los menores de un año y los mayores de 65 por eso el nivel más alto del CPM respecto de los otros partidos. Este indicador CPM entonces permite dar cuenta de la distribución de las causas de muerte su relación entre ellas pero si las diferencias de mortalidad entre los partidos no son importantes no permite describir en profundidad la situación, para un análisis más específico se propone explorar cada grupo de causas de defunción en las diferentes edades.

**Gráfico 2. Cociente del perfil de mortalidad (CPM).
Partidos de GBA. Año 2005.**



Fuente: Cuadro 3 Anexo estadístico

V. 3 La mortalidad por causas según grupos de edad

V.3.1 Población menor de un año

En el grupo de menores de un año las defunciones se concentran principalmente en dos grandes grupos: ciertas afecciones originadas en el período perinatal⁷ y las

⁷ Códigos de CIE-10 P00-P96

malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas⁸, siendo ambas causas de defunción las más difíciles de reducir (Aguirre, 1999). En este sentido en el año 2005⁹ (gráfico 3) las tasas de mortalidad ajustadas por edad¹⁰ referidas a las afecciones originadas en el período perinatal presentan los mayores valores en los partidos de José C. Paz (1072,72 defunciones cada 100.000 nacidos vivos), también sobresalen los partidos de Moreno, Quilmes y Merlo con (820,77; 810,55 y 801,77 defunciones respectivamente cada 100.000 nacidos vivos). Por el otro lado sobresale Vicente López con 247,29 defunciones cada 100.000 nacidos vivos y San Isidro con 462,78 respectivamente.

En el caso de las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas la tasa más elevada se presenta en el partido de Malvinas Argentinas con 439,88 defunciones cada 100.000 nacidos vivos también en niveles cercanos a 400 defunciones se encuentran Quilmes, Tigre y General San Martín. Los partidos que presentan las tasas más bajas son Vicente López, San Isidro y Ezeiza (141,31; 211,27 y 222,93 defunciones cada 100.000 nacidos vivos respectivamente).

Las defunciones provocadas por enfermedades en el sistema respiratorio¹¹ también son importantes en los menores de un año y son más fácilmente reducibles pero sin embargo hay partidos que presentan niveles considerables (más de 200 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos): Florencio Varela, Berazategui, José C. Paz, Malvinas Argentinas y Quilmes. Se destaca también en los menores de un año la incidencia de las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias¹² (cuadro 4 anexo) que son más fácilmente evitables, se destacan los partidos de Malvinas Argentinas y Avellaneda con los mayores niveles (91,64 y 83,77 defunciones cada 100.000 nacidos vivos).

⁸ Códigos de CIE-10 Q00-Q99

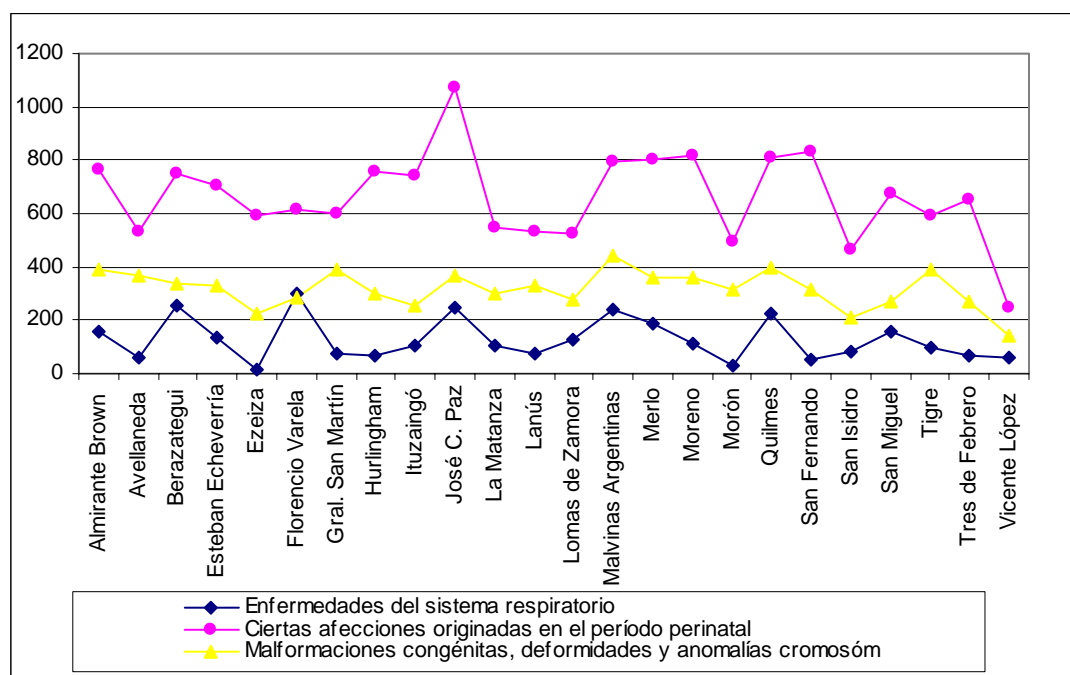
⁹ Se consideró un promedio de las defunciones ocurridas en 2005 y 2004 para suavizar la información de posibles fluctuaciones aleatorias

¹⁰ Las tasas específicas se calcularon sobre 100.000 para todos los grupos de edad

¹¹ Códigos de CIE-10 J00-J99

¹² Códigos de CIE-10 A00-B99

Gráfico 3. Tasas específicas de las principales causas de defunción de los menores de un año. Partidos de GBA. Año 2005¹³



Fuente: Cuadro 4 Anexo estadístico

V. 3.2 Población de 1 a 14 años

La mortalidad en este grupo de edad desciende de forma importante respecto a los menores un año además que se modifica la estructura de las causas de muerte (cuadro 6 anexo estadístico). En primera instancia se destaca la mortalidad por causas externas¹⁴ como la más importante. En el partido de Avellaneda alcanza niveles cercanos a 15 defunciones cada 100.000 habitantes¹⁵ y en los partidos de Florencio Varela, Quilmes, La Matanza, San Fernando, Tigre, San Miguel, Hurlingham y General San Martín con niveles entre 9 y 10 defunciones cada 100.000 habitantes). Las tasas más bajas la presentan Lanús (3,89 defunciones cada 100.000 habitantes), Tres de Febrero (4 defunciones cada 100.000 habitantes) y Vicente López (4,82 defunciones cada 100.000 habitantes). Respecto a otras causas de muerte predominantes en este grupo de edad se destacan los casos de algunos partidos: en San Fernando las

¹³ Aunque este tipo de gráfico no se considera el más adecuado para graficar esta variable porque generalmente da cuenta de la evolución de una variable a lo largo del tiempo, se presenta como el más adecuado para comparar las defunciones por causas en los diferentes partidos.

¹⁴ Códigos de CIE-10 V01-Y98

¹⁵ Se utilizaron tasas específicas por edad por tanto las tasas se calculan sobre la población del grupo de edad específico.

defunciones a causa de enfermedades del aparato respiratorio presentan una tasa de 10 cada 100.000 mientras que en el resto de los partidos los valores oscilan entre 0 y 5; las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias presentan en Ezeiza, San Fernando y Lanús tasas cercanas a 5 mientras que en el resto de los partidos no llegan a 3; y por último se destacan las defunciones por tumores¹⁶ en los partidos de Morón y Ezeiza con tasas de 7 por 100.000.

V.3.3 Población de 15 a 34 años

La mortalidad en este grupo de edad aumenta respecto al grupo anterior como se observa en las tasas específicas de todos los partidos (cuadro 7 anexo estadístico). La mayor parte de las defunciones se concentra en las causas externas presentando las tasas más elevadas diferenciándose sobre las otras causas. Estas tasas muestran en los partidos de Avellaneda, Lomas de Zamora, San Fernando y Florencia Varela sus valores más altos (69,44; 64,09; 62,72 y 60,48 defunciones cada 100.000 habitantes respectivamente). Por el contrario se destaca Vicente López por el nivel más bajo 25, 68 defunciones por cada 100.000 habitantes y los partidos de San Isidro (33,51), Morón (37,51) e Ituzaingó (38,35). En este grupo de edad también sobresalen algunos partidos por la incidencia de determinadas causas frente a los otros: entre las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias sobresalen las tasas de Avellaneda (19,64 por 100.000), Lomas de Zamora (12,78 por 100.000) y Quilmes (12,78 por 100.000); por otra parte, sobresalen en las tasas específicas por tumores San Fernando con una tasa de 14,93 por 100.000 habitantes y los partidos de Esteban Echeverría, Almirante Brown, Avellaneda, José C. Paz, Lomas de Zamora, Morón y Quilmes con tasas entre el 12 y el 11 por 100.000; por último las tasas por defunciones a causa de enfermedades del sistema circulatorio¹⁷ superan las 10 defunciones cada 100.000 habitantes en Avellaneda, Esteban Echeverría, San Fernando, Hurlingham y Ezeiza.

V.3.4 Población de 35 a 64 años

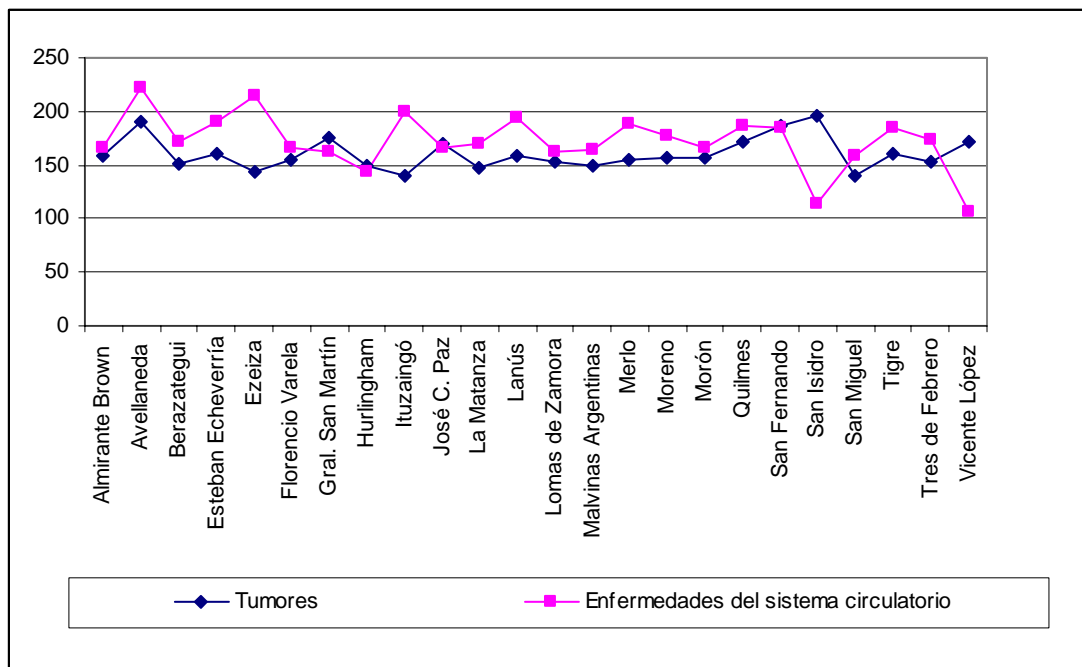
Respecto al comportamiento de la mortalidad en este grupo de edad en primera instancia se destaca que presenta mayores niveles que los anteriores, es decir con

¹⁶ Códigos de CIE-10 C00-C97

¹⁷ Códigos de CIE-10 I00-I99

excepción en los menores de un año que presentan una mortalidad elevada, la cantidad de defunciones va aumentando con la edad. En primer lugar en este grupo sobresalen las defunciones por las enfermedades del sistema circulatorio y por tumores superando en ambos casos tasas de 100 cada 100.000 como se observa en el gráfico 4. Se destacan los casos de Vicente López y San Isidro donde las tasas por defunciones de por enfermedades del aparato circulatorio son bastante inferiores a las de los tumores. Las mayores tasas por defunciones debidas a enfermedades del sistema circulatorio las presentan los partidos de Avellaneda, Esteban Echeverría, Ituzaingó y Lanús por encima de las 200 defunciones cada 100.000 habitantes. Las tasas por defunciones a causa de tumores presentan niveles más estables oscilando entre 150 y 200, mientras que sobresalen los partidos de San Isidro, Avellaneda y San Fernando cercanos al 200.

Gráfico 4. Tasas específicas de las principales causas de defunción de la población de 35 a 64 años. Partidos de GBA. Año 2005



Fuente: Cuadro 7 Anexo estadístico

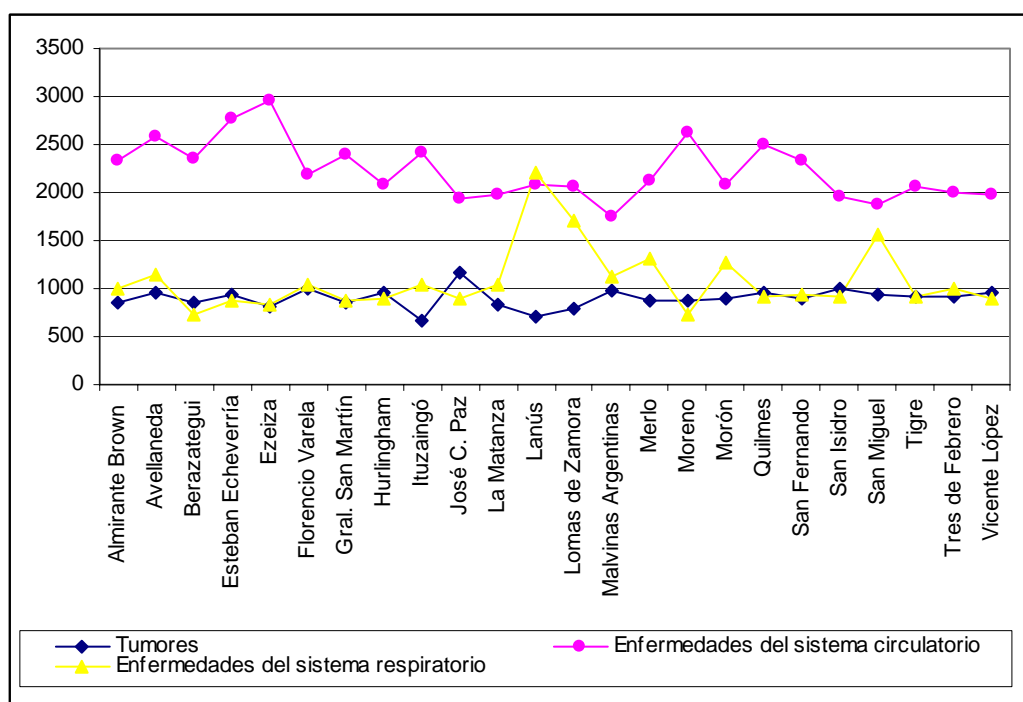
Este grupo de edad también se caracteriza por las defunciones debido a causas externas superando las tasas de 50 defunciones cada 100.000 habitantes en los partidos de Ezeiza (56,30), Esteban Echeverría (55,51), Malvinas Argentinas (54, 94), José C. Paz (53,76) y Berazategui (52,56). Además sobresalen entre las defunciones a causa de enfermedades del sistema respiratorio los partidos de Lanús (93,20) y Avellaneda

(76,15). Por último, se destaca que entre las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias se distinguen los partidos de San Fernando y Avellaneda con alrededor de 50 defunciones cada 100.000 habitantes.

V.3.5 Población de 65 años y más

Las defunciones en este grupo de edad se agrupan principalmente en las ocurridas debido a enfermedades del sistema circulatorio seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio y los tumores (gráfico 5). Se destacan Ezeiza, Esteban Echeverría, Avellaneda, Moreno y Quilmes por las tasas más elevadas debido a las defunciones causadas por enfermedades del sistema circulatorio. En términos generales las tasas de defunciones por tumores y por enfermedades del sistema respiratorio presentan niveles similares pero se distinguen algunas excepciones: el partido de Lanús presenta una tasa de defunciones por enfermedades del sistema respiratorio superior a las ocurridas por enfermedades del sistema circulatorio; en cuanto al mayor nivel de defunciones a causa de enfermedades en el sistema respiratorio que de tumores se destacan los partidos de Lomas de Zamora, San Miguel, Merlo, Morón e Ituzaingó.

Gráfico 6. Tasas específicas de las principales causas de defunción de la población de 65 años y más. Año 2005



Fuente: Cuadro 8 Anexo estadístico

En el caso de las defunciones en este grupo de edad también es importante destacar los niveles de las tasas por defunciones a causa de enfermedades infecciosas y parasitarias. En este sentido, sobresalen los partidos de Malvinas Argentinas (668,02 defunciones cada 100.000 habitantes), San Fernando (464,86 defunciones cada 100.000 habitantes), José C. Paz (455,66 defunciones cada 100.000 habitantes) y Tigre (421,74 defunciones cada 100.000 habitantes).

VI. Conclusiones

El análisis de la mortalidad al interior del Gran Buenos Aires como se desarrolló en el trabajo permitió diferenciar algunos partidos por características sobresalientes respecto a los otros. A través del análisis por causa y edad se pueden destacar algunos puntos:

- El partido de *Vicente López* además de presentar la tasa de mortalidad más baja presenta en los diferentes grupos de edad también las menores tasas de las causas predominantes. En los menores de un año las defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal¹⁸ y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas presentan los menores niveles, y aunque estas enfermedades son más difíciles de reducir, se observan notables diferencias con el resto de los partidos, el descenso de las defunciones en las primeras edades está estrechamente asociado con el aumento de la esperanza de vida al nacer por tanto se asocia al bajo nivel de la tasa de mortalidad del partido. En los grupos de edad siguientes (1 a 14 años y 15 a 34 años) en los que predominan las causas externas también se encuentra entre los niveles más bajos de las mismas.
- El partido de *San Isidro* donde se observa también un bajo nivel de mortalidad muestra en varios grupos de edad tasas con los niveles más bajos, como por ejemplo en los menores de un año en las causas predominantes¹⁹ y en las causas externas desde el año hasta los 34..
- *San Isidro* y *Vicente López* presentan además niveles elevados de tumores en la población de 35 a 64 años conjuntamente con bajos niveles de mortalidad a causa de

¹⁸ Códigos de CIE-10 P00-P96

¹⁹ Defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

enfermedades del aparato circulatorio situación que es inversa en el resto de los partidos.

- *Malvinas Argentinas* y *Avellaneda* se destacan por la mayor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias, más fácilmente controlables, en varias edades, principalmente en los menores de un año, situación seguramente asociada al alto nivel de mortalidad de estos partidos. En el caso de *Avellaneda* también se destaca por las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias en la población de 15 a 34 años mientras que *Malvinas Argentinas* sobresale principalmente en las defunciones de los mayores de 65 años.
- El partido de *Avellaneda* también sobresale por la incidencia de las defunciones por enfermedades respiratorias entre los 35 y 64 años y por la incidencia de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio y tumores desde edades tempranas.
- El partido de *San Fernando* se destaca por los mayores niveles de mortalidad respecto a los otros partidos por defunciones a causa de enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades del sistema respiratorio (en todos los grupos de edades excepto los menores de un año).
- Los partidos de *Florencio Varela*, *Berazategui*, *José C. Paz*, *Malvinas Argentinas* y *Quilmes* resaltan por las defunciones a causa de las enfermedades del aparato respiratorio en las primeras edades haciendo hincapié en estas defunciones de fácil prevención con políticas adecuadas.
- Los partidos de *Ezeiza* y de *Esteban Echeverría*, que presentan los mayores niveles de mortalidad, sobresalen por la incidencia de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio y tumores en todas las edades.
- En relación a las causas externas se destaca los niveles de las mismas en los partidos de *Avellaneda* y *Florencio Varela* entre un año y 34 años (grupos de edad donde son predominantes).
- El partido de *Lanús* se destaca por las tasas más elevadas de las defunciones por las causas predominantes a partir de los 35 años.

Por último, este trabajo presentó a grandes rasgos características diferenciales de la mortalidad por causas entre los partidos de GBA, destacando algunos casos que sobresalían sobre otros. Pero es una primera aproximación al estudio de los perfiles epidemiológicos de los partidos de GBA. Por tanto, se propone como fundamental continuar con un análisis más detallado por grupo de causas de defunción indagando

también al interior de los grandes grupos presentados y considerando los diferentes grupos de edad.

Anexo

La calidad de la información

En referencia al análisis de la calidad de la información a trabajar se focalizará solamente en la incidencia de las causas mal definidas ya que los errores referidos a falta de información en otras variables²⁰ es mínimo y los errores de cobertura son más difíciles de registrar requiriendo un estudio particular para el tema. La provincia de Buenos Aires no se destaca por una alta incidencia de defunciones mal definidas. Las causas mal registradas son aquellas causas en las que no se registró correctamente la causa básica o fundamental de la defunción. La causa fundamental de la defunción se utiliza como base para la tabulación de las estadísticas de mortalidad” (Naciones Unidas, 2003).

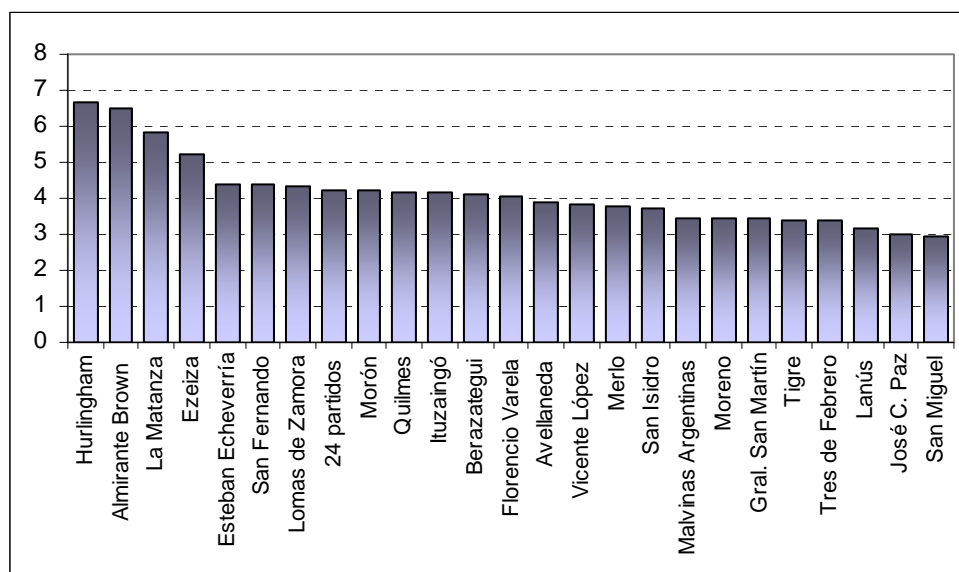
Las defunciones agrupadas entre las mal definidas entre el año 2005 para el total de la provincia de Buenos Aires es de 6,7% del total de las defunciones (cuadro 2 anexo estadístico). Es decir la provincia presenta un nivel bajo de defunciones mal definidas. En cuanto los partidos de GBA (gráfico 1 anexo) presentan el año 2005²¹ una incidencia del grupo de defunciones mal definidas de 4,2 para el total de los partidos. Hurlingham y Almirante Brown son los partidos que presentan la mayor prevalencia de defunciones mal clasificadas oscilando entre 6 y 7% aunque también La Matanza se encuentra cercana a esos niveles. Por el otro lado, los valores más bajos de alrededor del 3% se observan en José C. Paz y San Miguel. Considerando entonces los niveles de causas mal definidas se concluye que no presentan una incidencia importante que imposibilite explorar la mortalidad en los partidos a partir de sus causas.

²⁰ Sexo, edad y lugar de residencia del fallecido.

²¹ Se calcularon los promedios de las defunciones y las defunciones mal definidas de los años 2004 y 2005 para calcular los porcentajes.

Gráfico 1. Porcentaje de defunciones mal definidas.

Partidos del GBA. Año 2005



Fuente: Cuadro 3 Anexo

Anexo estadístico

**Cuadro 1. Esperanza de vida al nacer,
y aumento en promedio por año**

Época de la tabla de vida	Año central	Esperanza de vida al nacer	Aumento de la esperanza de vida al nacer	
			Por período	Por año
1869 -1895	1883	32,9	7,2	0,3
1895 -1914	1905	40,1	8,5	0,9
1913 -1915	1914	48,5	12,6	0,4
1946 -1948	1947	61,1	5,3	0,4
1959 -1961	1960	66,4	-0,8	-0,1
1969 -1971	1970	65,6	3,3	0,3
1980 -1981	1980	68,9	3,0	0,3
1990 -1992	1991	71,9	2,3	0,2
2000 -2005	2002,5	74,2		

Fuente: Lattes (1975), Müller (1978), Indec (1988y 1994) y Naciones Unidas (2003)

Cuadro 2. Defunciones totales y mal definidas.

Provincia de Buenos Aires. 2001-2005

Defunciones	2005	
	Total	%
Total	119.390	100,0
Mal clasificadas	8.058	6,7

Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, DEIS, Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2005

Cuadro 3. Indicadores de mortalidad. Partidos de GBA. Año 2005.

Departamentos	% de defunciones mal definidas	Tasa ajustada de mortalidad (cada 1.000 habitantes)	Cociente de perfil de mortalidad
Total (24 partidos)	4,24	8,32	0,19
Almirante Brown	6,51	8,79	0,20
Avellaneda	3,88	9,22	0,19
Berazategui	4,09	8,45	0,18
Esteban Echeverría	4,41	9,26	0,12
Ezeiza	5,22	9,34	0,13
Florencio Varela	4,06	9,25	0,20
General San Martín	3,42	7,95	0,18
Hurlingham	6,67	8,10	0,15
Ituzaingó	4,17	7,60	0,14
José C. Paz	2,97	9,21	0,26
La Matanza	5,83	8,32	0,17
Lanús	3,15	8,79	0,14
Lomas de Zamora	4,35	8,71	0,15
Malvinas Argentinas	3,44	9,08	0,38
Merlo	3,79	8,93	0,20
Moreno	3,44	8,86	0,14
Morón	4,24	7,98	0,20
Quilmes	4,18	8,85	0,19
San Fernando	4,38	8,98	0,25
San Isidro	3,75	7,35	0,24
San Miguel	2,97	8,43	0,22
Tigre	3,41	8,70	0,25
Tres de Febrero	3,37	7,99	0,22
Vicente López	3,82	6,48	0,19

Fuente: Elaboración propia en base a la DEIS

**Cuadro 4. Tasas específicas de las principales causas de defunción de los menores
de un año. Partidos de GBA. Año 2005**

Departamentos	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Enfermedades del sistema respiratorio	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Causas externas	Total causas mal definidas y desconocidas	Total
Almirante Brown	59,80	159,46	762,41	388,68	14,95	149,49	1584,61
Avellaneda	83,77	58,64	536,10	368,57	25,13	83,77	1172,73
Berazategui	52,86	255,51	748,90	334,80	0,00	35,24	1462,56
Esteban Echeverría	46,95	131,46	704,23	328,64	28,17	140,85	1417,84
Ezeiza	47,77	15,92	589,17	222,93	15,92	175,16	1146,50
Florencio Varela	49,94	299,63	617,98	287,14	43,70	43,70	1441,95
Gral. San Martín	31,90	71,78	598,18	390,81	23,93	103,68	1276,12
Hurlingham	17,60	70,40	756,78	299,19	52,80	70,40	1302,36
Ituzaingó	63,91	106,52	745,63	255,65	0,00	21,30	1235,62
José C. Paz	47,47	246,82	1072,72	370,23	9,49	56,96	1870,13
La Matanza	58,95	104,02	547,85	301,66	45,08	78,02	1201,46
Lanús	68,00	74,80	530,40	326,40	40,80	68,00	1162,79
Lomas de Zamora	42,81	128,44	526,59	274,00	17,12	111,31	1164,48
Malvinas Argentinas	91,64	238,27	797,29	439,88	9,16	82,48	1713,71
Merlo	58,02	184,62	801,77	358,69	36,92	63,30	1593,00
Moreno	79,04	115,52	820,77	358,71	30,40	103,36	1592,90
Morón	17,96	26,94	493,98	314,35	17,96	17,96	916,11
Quilmes	62,35	225,42	810,55	398,08	19,18	57,55	1616,31
San Fernando	18,43	55,29	829,34	313,31	18,43	55,29	1308,51
San Isidro	50,30	80,48	462,78	211,27	70,42	10,06	945,67
San Miguel	105,71	153,76	672,69	269,08	19,22	9,61	1306,94
Tigre	45,94	99,54	589,59	390,51	84,23	38,28	1347,63
Tres de Febrero	67,99	67,99	650,74	271,95	48,56	29,14	1175,21
Vicente López	11,78	58,88	247,29	141,31	23,55	11,78	529,91

Fuente: Elaboración propia en base a la DEIS

**Cuadro 5. Tasas específicas de las principales causas de defunción de la población
de 1 a 14 años. Partidos de GBA. Año 2005**

Departamentos	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Causas externas	Total causas mal definidas y desconocidas	Total
Almirante Brown	0,93	1,86	2,48	3,40	2,17	5,88	0,93	21,05
Avellaneda	1,99	2,65	3,31	3,31	1,32	15,23	1,32	30,46
Berazategui	2,27	4,55	1,14	4,55	3,98	5,12	1,71	27,86
Esteban Echeverría	3,13	4,38	1,88	2,50	4,38	8,13	0,63	30,03
Ezeiza	4,63	6,95	4,63	0,00	2,32	5,79	0,00	28,97
Florencio Varela	1,16	3,88	3,10	1,94	3,88	10,08	1,55	31,02
Gral. San Martín	1,54	4,10	3,08	1,54	4,61	9,23	1,54	29,73
Hurlingham	1,15	5,77	1,15	2,31	1,15	9,24	2,31	28,87
Ituzaingó	1,27	2,53	5,07	2,53	1,27	7,60	3,80	32,95
José C. Paz	0,63	3,15	1,89	0,63	0,00	5,67	0,63	16,38
La Matanza	1,62	3,63	1,75	3,23	1,48	9,83	1,35	28,00
Lanús	4,87	5,35	1,95	3,89	1,95	3,89	1,46	28,71
Lomas de Zamora	2,20	3,46	1,57	3,46	3,46	8,18	2,52	28,32
Malvinas Argentinas	2,66	2,13	0,00	1,06	1,59	6,38	0,53	18,61
Merlo	1,30	2,61	1,30	0,65	1,95	9,77	0,65	20,84
Moreno	2,20	3,66	2,56	3,30	2,20	5,50	0,73	24,18
Morón	1,48	7,40	1,48	6,66	2,22	8,88	1,48	34,79
Quilmes	1,43	4,65	1,43	3,94	3,58	10,02	1,43	30,06
San Fernando	4,86	4,86	1,22	9,72	4,86	9,72	1,22	42,54
San Isidro	2,34	7,02	3,12	3,12	1,56	6,24	1,56	28,85
San Miguel	1,28	1,92	2,55	3,19	4,47	9,58	2,55	28,10
Tigre	1,60	4,26	2,66	3,73	5,86	9,59	3,20	33,55
Tres de Febrero	2,01	4,68	2,67	4,68	0,00	4,01	2,01	26,73
Vicente López	1,93	4,82	0,96	3,86	5,79	4,82	0,96	27,01

Fuente: Elaboración propia en base a la DEIS

**Cuadro 6. Tasas específicas de las principales causas de defunción de la población
de 15 a 34 años. Partidos de GBA. Año 2005**

Departamentos	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Causas externas	Total causas mal definidas y desconocidas	Total
Almirante							
Brown	10,11	12,64	9,27	6,74	44,95	6,46	98,90
Avellaneda	19,64	11,49	13,41	7,18	69,44	3,83	134,58
Berazategui	6,45	6,45	8,43	6,94	48,10	3,97	85,78
Esteban							
Echeverría	11,07	12,24	13,40	8,74	49,53	4,08	111,88
Ezeiza	11,41	10,27	11,41	9,13	51,36	5,71	105,01
Florencio Varela	10,79	6,93	8,09	6,55	60,48	4,62	104,40
Gral. San Martín	5,80	10,84	6,19	8,51	48,76	1,55	89,78
Hurlingham	9,87	10,77	11,67	8,08	45,78	1,80	89,76
Ituzaingó	6,88	6,88	6,88	5,90	38,35	2,95	75,71
José C. Paz	10,32	11,54	5,47	7,29	57,70	1,21	103,86
La Matanza	9,43	9,78	8,40	9,55	45,78	3,11	96,27
Lanús	10,64	7,80	7,80	7,80	56,40	3,90	106,78
Lomas de Zamora	13,99	11,19	7,88	10,94	64,09	7,88	126,91
Malvinas							
Argentinas	8,19	8,19	8,19	6,26	54,43	2,89	102,12
Merlo	9,57	9,27	8,97	8,08	55,64	2,99	100,22
Moreno	5,45	8,35	5,45	7,99	49,73	4,36	94,39
Morón	8,11	11,15	7,10	4,56	37,51	0,00	74,52
Quilmes	12,78	11,91	9,30	7,26	51,13	3,49	103,71
San Fernando	9,96	14,93	11,95	7,96	62,72	1,99	120,46
San Isidro	10,11	10,64	7,98	3,72	33,51	2,66	74,47
San Miguel	7,98	7,98	7,98	7,41	50,15	2,85	92,32
Tigre	10,06	9,58	8,62	6,23	50,29	2,87	99,62
Tres de Febrero	8,65	10,09	13,93	5,77	47,08	3,36	97,05
Vicente López	4,18	9,56	4,18	2,99	25,68	0,60	55,54

Fuente: Elaboración propia en base a la DEIS

**Cuadro 7. Tasas específicas de las principales causas de defunción de la población
de 35 a 64 años. Partidos de GBA. Año 2005**

Departamentos	Enfermedades de infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Causas externas	Total causas mal definidas y desconocidas	Total
Almirante Brown	37,79	159,16	166,84	63,91	42,71	28,27	573,96
Avellaneda	51,92	189,95	222,84	76,15	47,16	30,29	680,19
Berazategui	37,17	151,39	172,41	53,34	52,26	18,86	551,70
Esteban Echeverría	30,40	161,24	190,31	61,45	55,51	25,11	587,45
Ezeiza	30,21	144,18	214,21	41,19	56,30	19,22	558,88
Florencio Varela	27,29	155,32	166,24	55,58	45,16	19,35	530,98
Gral. San Martín	33,07	175,42	162,84	49,25	43,14	16,90	548,55
Hurlingham	36,43	148,32	143,12	52,91	39,03	19,08	516,10
Ituzaingó	19,22	139,09	199,48	51,24	34,77	6,41	496,87
José C. Paz	39,23	170,01	166,37	53,76	53,76	15,98	563,06
La Matanza	35,40	146,83	169,14	68,68	42,38	19,82	551,40
Lanús	35,87	157,89	193,44	93,20	48,68	27,22	623,54
Lomas de Zamora	35,06	153,47	162,04	97,12	48,30	33,76	612,07
Malvinas Argentinas	43,41	149,45	163,73	69,23	54,94	18,13	568,12
Merlo	42,29	154,49	188,59	64,46	48,43	21,49	589,31
Moreno	26,74	156,10	176,37	52,18	47,00	20,70	551,09
Morón	41,78	156,11	166,66	68,60	37,82	21,11	557,16
Quilmes	36,38	171,34	187,48	65,72	44,60	19,95	594,13
San Fernando	52,17	186,61	185,61	54,18	50,16	22,07	629,07
San Isidro	28,08	195,62	114,23	47,12	35,70	19,04	493,57
San Miguel	34,14	139,03	158,89	86,89	40,96	13,65	538,74
Tigre	31,38	160,94	184,72	47,07	50,61	19,23	568,34
Tres de Febrero	38,17	152,69	174,32	57,26	39,87	13,15	536,54
Vicente López	22,90	171,53	107,21	35,57	27,29	9,26	418,59

Fuente: Elaboración propia en base a la DEIS

**Cuadro 8. Tasas específicas de las principales causas de defunción de los menores
de un año. Partidos de GBA. Año 2005**

Departamentos	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Causas externas	Total causas mal definidas y desconocidas	Total
Almirante Brown	204,96	856,08	2336,11	996,50	105,31	320,46	5533,96
Avellaneda	286,87	950,97	2591,27	1143,27	98,77	240,63	5979,04
Berazategui	275,97	848,80	2349,89	731,73	110,80	234,15	5155,54
Esteban							
Echeverría	115,20	942,24	2770,61	868,40	118,15	274,70	5739,12
Ezeiza	171,15	814,69	2957,54	842,08	116,38	335,46	5778,15
Florencio Varela	281,20	992,16	2193,90	1034,61	90,20	257,33	5533,82
Gral. San Martín	314,08	861,18	2403,02	872,24	67,24	170,39	5346,70
Hurlingham	181,87	952,13	2075,44	890,62	69,54	433,27	5161,85
Ituzaingó	201,70	658,90	2425,82	1043,48	67,23	242,04	5104,44
José C. Paz	455,66	1174,58	1944,13	891,06	124,88	192,39	5575,87
La Matanza	194,18	832,53	1974,87	1049,48	79,46	382,12	5137,16
Lanús	145,67	700,30	2082,98	2202,16	77,12	169,04	5836,07
Lomas de Zamora	120,45	794,03	2066,01	1708,51	96,66	262,38	5665,62
Malvinas Argentinas	668,02	988,38	1745,80	1115,03	86,92	238,40	5460,91
Merlo	353,86	876,77	2127,47	1322,32	75,93	207,73	5482,70
Moreno	212,05	881,78	2615,96	734,82	115,47	151,16	5395,68
Morón	285,01	890,77	2092,09	1275,89	78,66	230,87	5489,70
Quilmes	330,73	952,72	2506,38	926,40	95,62	243,88	5702,30
San Fernando	464,86	895,49	2338,54	932,57	108,37	345,08	5906,25
San Isidro	338,35	991,72	1968,26	925,21	80,50	193,68	5219,93
San Miguel	290,14	942,94	1876,53	1567,67	86,57	138,05	5491,54
Tigre	421,74	919,98	2065,54	912,13	117,69	225,58	5376,67
Tres de Febrero	388,52	926,79	1999,28	997,61	97,13	218,54	5340,17
Vicente López	258,74	951,55	1978,08	893,46	81,32	197,49	4986,91

Fuente: Elaboración propia en base a la DEIS

Bibliografía

- ❖ Aguirre, A. “Evolución de la mortalidad en América Latina, 1960-1990 y perspectivas de reducción de la mortalidad infantil”, en *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, Hill, K., Morelos, J. y Wong, R. (coord.), El Colegio de México, México. 1999.
- ❖ Buj Buj, A. “Los riesgos epidémicos actuales desde una perspectiva geográfica”, en *Papeles de población*, N° 29, México. 2001.
- ❖ Cipolla, C. *Contra un enemigo mortal e invisible*, Barcelona, Crítica. 1993.
- ❖ Farmer, P. “Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes”, en *Papeles de Población*, N° 23. México. 2000.
- ❖ Frenk, J.; Lozano, R. y Bobadilla, J.L. “La transición epidemiológica en América Latina”, en *Notas de Población*, Año XXIII, N°60, CELADE, Chile. 1994:79-101.
- ❖ Gianna, A. M. “Análisis de la Mortalidad General en la Provincia de Buenos Aires Año 2001”, en *CD AEPA VII Jornadas*, 2003.
- ❖ Gómez, R. “La transición en epidemiología y salud pública: ¿explicación o condena?”, en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* 19(2), México. 2001:57-74.
- ❖ INDEC. *Tablas abreviadas de mortalidad 2000-2001 Total País y Provincias*, Buenos Aires, INDEC, Serie de Análisis Demográfico N° , en prensa.
- ❖ INDEC. *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015*, Buenos Aires, INDEC, Serie de Análisis Demográfico N°31
- ❖ INDEC. *Situación demográfica de la provincia de Buenos Aires*, Buenos Aires, INDEC, Serie de Análisis demográfico N° 21, 1999.
- ❖ Marconi, E., Noreno, I., Méndez Alonso, M., Uthurralt, M, y Zipper, W. “La mortalidad en áreas urbanas carenciadas”, en *Cuadernos Médicos Sociales* N°54 y N°59, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario. 1900-1992.
- ❖ Massa, C. “La mortalidad en la Provincia de Buenos Aires. Sexo, edad y causas de muerte. La situación en 1996”, *En Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires 1999*, Honorable Senado de la Nación, Banco de la Provincia de Buenos Aires. 1999:97-109

- ❖ Meslé, F. y Vallin, J. “Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition”, en *Demographic Research Special Collection 2 Article 2*, Germany, Max Planck Institute for Demographic Research. 2004.
- ❖ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. *Características de la Mortalidad General. Provincia de Buenos Aires. Año 1995*, Buenos Aires, Publicaciones de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, Serie Estadísticas Vitales y Demográficas, 1997.
- ❖ Müller, M. *La mortalidad en la Argentina*, Santiago de Chile, CELADE, 1978.
- ❖ Naciones Unidas. *Principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales. Revisión 2*, Naciones Unidas, Nueva York, 2003.
- ❖ Naciones Unidas. *Salud y mortalidad: Informe conciso*, Nueva York Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 1999OPS. *La salud en las Américas*, Washigton D.C, OPS, 2002.
- ❖ Omran, A. “The epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change”, en *The Milbank Memorial Fund Quarterly 49 (4)*. 1971: 509-538.
- ❖ Otero, H. y Velázquez, G. “Análisis espacial y factores de diferenciación de la mortalidad en la provincia de Buenos Aires en la década del 80’”, en *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación. 1998:461-478.
- ❖ Somoza, J. “La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960”, en *Desarrollo Económico N° 48, vol.2*, enero marzo. 1973:807-826.
- ❖ Spinelli, H., Alzaraqui, M., Calvelo, L. Y Arakaki, J. *Mortalidad infantil. Un indicador para la gestión local*, Buenos Aires, OPS. 2000.