

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Vanessa Di Cecco

vanessa.dicecco@gmail.com

Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina
entre 1947-2012

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología,
Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Marcio Alazraqui

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.174009>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Di Cecco, Vanessa. (2015). *Tendencias de la mortalidad en niños, niñas
y jóvenes en Argentina entre 1947-2012* (Tesis de Maestría).

Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de

[http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/DiCec
co V Tendencias 2015.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/DiCecco_V_Tendencias_2015.pdf)

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD**
13ª COHORTE (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Tendencias de la mortalidad en niños, niñas
y jóvenes en Argentina entre 1947-2012

MAESTRANDA

Lic. Vanessa Di Cecco

TUTOR

Dr. Marcio Alazraqui

FECHA DE ENTREGA

junio 2015

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD
13ª COHORTE (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Tendencias de la mortalidad en niños, niñas
y jóvenes en Argentina entre 1947-2012

MAESTRANDA

Lic. Vanessa Di Cecco

TUTOR

Dr. Marcio Alazraqui

INTEGRANTES DEL JURADO

Lic. Carlos Guevel

Mgr. Cristina Massa

Lic. Martín Moreno

FECHA DE APROBACIÓN

28/12/2015

CALIFICACIÓN

10

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin los aportes de muchas personas. Quiero agradecer a Carlos Guevel, por su ayuda en ubicar las primeras publicaciones con información de mortalidad y su atención a las preguntas que surgieron en todo el proceso, además de sus observaciones a la tesis; a Cristina Massa, por su orientación con referencias, recursos y comentarios del campo de la demografía al inicio del proceso y una vez realizada la tesis; a Martín Moreno, por su lectura crítica durante la calificación del proyecto y de la primera entrega de la tesis; a Russell Viner, Anthony Costello, y France Meslé por sus respuestas a mis consultas; a Colin Mathers y Doris Ma Fat, de la OMS, por contestar mis dudas de forma rápida y exhaustiva; a Adrián Santoro, por su gran ayuda en establecer los grupos de muertes en las bases de datos de informes estadísticos de defunción; a Elsa Duffy y Viviana Appella, bibliotecarias del Centro de Documentación e Información del Ministerio de Economía, por responder a absolutamente toda solicitud con información precisa y la mejor voluntad; a Hugo Spinelli por sus ideas y orientación en las primeras etapas; y a Marcio Alazraqui, por su claridad y paciencia en todo momento.

A mi familia, quienes están siempre de mil maneras: MB, JD, VD, MV, AS y Theo, el mejor compañero de trabajo. Las/os amo.

A BLN, cuyo gran ejemplo ha marcado mi camino desde chiquita.

A mis compañeras y compañeros en el camino de la salud colectiva, quienes me ayudaron a pensar, a seguir adelante, a cuestionar, a ir al grano, a reformular.

A mis compañeras y compañeros en la lucha por un mundo más justo, de ayer y hoy.

A esas compañeras y esos compañeros que también son amigos/as, con todas las letras.

RESUMEN

Problema: Tendencias mundiales en la mortalidad en edades de 0-24 años señalan la necesidad de prestar atención a los cambios en la mortalidad en jóvenes, sobre todo en varones. Se ha atribuido este cambio a la creciente importancia de las violencias en la mortalidad de varones de 15-24 años, situación que entra en contraste con el descenso de mortalidad por causas infecciosas en niños/as menores de cinco años. Cambios en la mortalidad de este tipo se han relacionado con la teoría de transición epidemiológica, aunque las críticas a dicha teoría indican la necesidad de incorporar otros elementos interpretativos a partir de datos empíricos. **Metodología:** Realizamos un estudio descriptivo de la tendencia de las tasas de mortalidad en personas de 0-24 años por edad, sexo y causas en Argentina en el periodo 1947-2012. A partir de diversas fuentes de datos públicas, nacionales e internacionales, construimos las tendencias de mortalidad, utilizando registros de defunciones y estimaciones de población. Clasificamos las causas de muerte en tres grandes grupos de causas; de esta manera, posibilitamos la comparabilidad de revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades a lo largo de la tendencia. **Resultados:** En cuanto a la tendencia por edad y sexo, confirmamos que en Argentina el grupo de edad que mayor descenso registra en la mortalidad para ambos sexos en el periodo es el de 1-4 años (88% desde 1960), más aún que el de menores de 1 año (82%). Mujeres de todas las edades registran descensos importantes en la mortalidad (arriba del 50%). La mortalidad en varones de 15-24 años desciende, pero mucho menos que en todos los demás grupos (alrededor del 20%). De hecho, mortalidad de 15-24 años fue más que el doble en varones que en mujeres. En relación a la tendencia por sexo, edad y causas, la mortalidad por causas infecciosas, nutricionales y maternas bajó en todos los grupos (más del 75% en cada grupo). En hombres jóvenes, la mortalidad por causas violentas mostró una tendencia de aumento (del 20%). En todas las edades y en ambos sexos, las reducciones en la mortalidad fueron mayores en la primera mitad del periodo. **Discusión:** Consideramos discusiones de estos fenómenos partiendo de la teoría de transición epidemiológica, e incorporamos teorías que la cuestionan, como la construcción social de la masculinidad. Finalmente planteamos desafíos futuros para la salud pública y la sociedad.

PALABRAS CLAVE: Niño; Adolescente; Adulto joven; Mortalidad; Series Temporales; Transición de la salud; Argentina.

ABSTRACT

Problem: Global trends in the mortality of people aged 0-24 years highlight mortality changes in young people, especially young men. Changing patterns relate to the increasing importance of violence as a cause of mortality in men aged 15-24 years, in contrast to the declining mortality due to infectious causes in children under five. These types of changes have frequently been described according to the theory of epidemiological transition, although criticisms of the theory indicate the need to incorporate other elements of interpretation using empirical data. **Methodology:** We carried out a descriptive time trend study of mortality in people aged 0-24 years by age, sex, and cause of death in Argentina during the period 1947-2012. Based in diverse public sources, of both national and international origin, we constructed mortality trends using death records and population estimates. Causes of death were classified into three groups; in this way, comparability between revisions of the International Classification of Diseases throughout the period of the study was possible. **Results:** Regarding the trend by age and sex, we confirmed that in Argentina the greatest decline in mortality was found in the 1-4 age group (88% in comparison with 1960), indeed even greater than that seen in children under the age of 1 (82%). Women of all ages showed large decreases in mortality (over 50%). The mortality in young men aged 15-24 did decline, but much less than in all other groups (around 20%). Indeed, mortality in the ages of 15-24 was two times greater in men than in women. In terms of the trend by age, sex and cause, mortality due to infectious, nutritional and maternal causes declined in all groups (by at least 75%). In young men, the mortality due to violent causes tended to increase (by 20%). In all ages and in both sexes, reductions were greater during the first half of the period. **Discussion:** We consider discussions of these phenomena using the theory of epidemiological transition as a starting point, and we incorporate other theories that question it, such as the social construction of masculinity. Finally, we suggest future challenges for public health and society as a whole.

KEYWORDS: Child; Adolescent; Young Adult; Mortality; Time Series Studies; Health transition; Argentina.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Tendencia de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 1-24 años, ambos sexos. Argentina, 1947-2012.	44
Figura 2. Tendencia de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 1-24 años, Varones. Argentina, 1947-2012.	46
Figura 3. Tendencia de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 1-24 años, Mujeres. Argentina, 1947-2012.	47
Figura 4. Tendencia de la mortalidad infantil, mujeres, hombres y ambos sexos. Argentina, 1947-2012.	49
Figura 5. Variación porcentual de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 0-24 años, varones. Argentina, 1947-2012.	50
Figura 6. Variación porcentual de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1947-2012.	51
Figura 7. Razón de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres por grupos de edad, 0-24 años. Argentina, 1947- 2012.	54
Figura 8. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, varones. Argentina, 1960-2012.	56
Figura 9. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, mujeres. Argentina, 1960-2012.	57
Figura 10. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, varones. Argentina, 1960-2012.	59
Figura 11. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, mujeres. Argentina, 1960-2012.	60
Figura 12. Mortalidad proporcional según grupos de causas, menores de 1 año, varones. Argentina, 1960-2012.	61
Figura 13. Mortalidad proporcional según grupos de causas, menores de 1 año, mujeres. Argentina, 1960-2012.	62
Figura 14. Razón de las tasas de mortalidad por grupo de causas entre hombres y mujeres menores de 1 año. Argentina, 1960-2012.	63
Figura 15. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, varones. Argentina, 1960-2012.	65
Figura 16. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.	66

Figura 17. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, varones. Argentina, 1960-2012.	67
Figura 18. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.	68
Figura 19. Mortalidad proporcional según grupos de causas, 1-9 años, varones. Argentina, 1960-2012.	69
Figura 20. Mortalidad proporcional según grupos de causas, 1-9 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.	70
Figura 21. Razón de las tasas de mortalidad por grupo de causas entre hombres y mujeres, 1-9 años. Argentina, 1960-2012.	71
Figura 22. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.	72
Figura 23. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.	73
Figura 24. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.	75
Figura 25. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.	76
Figura 26. Mortalidad proporcional por grupo de causas, 10-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.	77
Figura 27. Mortalidad proporcional por grupo de causas, 10-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.	78
Figura 28. Razón de las tasas de mortalidad por grupo de causas entre hombres y mujeres, 10-24 años. Argentina, 1960-2012.	79

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

CDC = Centers for Disease Control and Prevention
CELADE = Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL = Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE = Clasificación Internacional de Enfermedades
CONADEP = Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas
DEIS = Dirección de Estadística e Información de Salud
DNEC = Dirección Nacional de Estadística y Censos
INDEC = Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INMUJERES = Instituto Nacional de las Mujeres
MI = Mortalidad Infantil
MSAL = Ministerio de Salud (de la Nación Argentina)
OMS = Organización Mundial de la Salud
OPS = Organización Panamericana de Salud
SI = Sin información
TMI = Tasa de Mortalidad Infantil
TTE = Teoría de Transición Epidemiológica
UN IGME = United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation
UNICEF = United Nations Children's Fund
UNLa = Universidad Nacional de Lanús
UNODC = United Nations Office on Drugs and Crime
WHO = World Health Organization

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	11
2. ESTADO DEL ARTE	15
2.1 Estudios mundiales y regionales	15
2.1.1 <i>Análisis de los patrones de mortalidad por grupos de causas</i>	17
2.1.2 <i>Patrón cambiante en varones de 15-24 años con aumentada importancia de las causas violentas</i>	18
2.1.3 <i>Mortalidad en jóvenes en Argentina</i>	19
2.2 El concepto de transición epidemiológica	23
2.2.1 <i>Transición epidemiológica</i>	24
2.2.2 <i>Transición epidemiológica en la literatura</i>	26
2.2.3 <i>Transición epidemiológica en debate</i>	27
3. PREGUNTA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	32
3.1 Pregunta	32
3.2 Hipótesis	32
3.3 Objetivo general	32
3.4 Objetivos específicos	32
4. METODOLOGÍA	33
4.1 Diseño del estudio	33
4.2 Población del estudio	33
4.3 Fuentes de información	33
4.3.1 <i>Estimaciones de población</i>	33
4.3.2 <i>Número de defunciones por sexo y edad, todas las causas</i>	35
4.3.3 <i>Número de defunciones por sexo, edad y causas</i>	36
4.4 Variables	37
4.4.1 <i>Revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades</i>	38
4.5 Análisis de los datos	39
4.5.1 <i>Tendencia de las tasas de mortalidad por edad y sexo</i>	39
4.5.2 <i>Tendencia de las tasas de mortalidad por edad, sexo y causa</i>	39
4.5.2.1 <i>Clasificación de años correspondientes a la revisión 7</i>	40

4.5.2.2 <i>Clasificación de años correspondientes a las revisiones</i>	
8, 9 y 10	41
4.5.2.3 <i>Análisis</i>	41
4.5.3 <i>Procesamiento y Análisis</i>	42
4.6 <i>Aspectos Éticos</i>	42
5. RESULTADOS	43
5.1 <i>Tendencia de la mortalidad por grupos de edad y sexo</i>	43
5.1.1 <i>Tendencia sin estratificación por sexo, 1-24 años</i>	43
5.1.2 <i>Tendencia en varones 1-24 años</i>	45
5.1.3 <i>Tendencia en mujeres, 1-24 años</i>	47
5.1.4 <i>Tendencia de la mortalidad infantil</i>	48
5.1.5 <i>Variación porcentual anual</i>	49
5.1.6 <i>Razón de tasas hombre-mujer</i>	53
5.2 <i>Tendencia de la mortalidad por grupos de edad, sexo y causas</i>	55
5.2.1 <i>Tendencia por sexo y causas, menores de 1 año</i>	55
5.2.2 <i>Tendencia por sexo y causas, 1-9 años</i>	64
5.2.3 <i>Tendencia por sexo y causas, 10-24 años</i>	71
6. DISCUSIÓN	80
6.1 <i>Tendencia de la mortalidad por edad y sexo</i>	80
6.2 <i>Tendencia de la mortalidad por edad, sexo y causas</i>	82
6.3 <i>Revisiones de la CIE</i>	83
6.4 <i>Calidad de los datos y consideraciones históricas</i>	84
6.5 <i>Aspectos no explorados</i>	87
6.6 <i>Transición epidemiológica y el contexto histórico-social</i>	88
6.6.1 <i>Masculinidad</i>	89
6.6.2 <i>Selección social en la adolescencia y violencia</i>	91
6.6.3 <i>¿Qué transición?</i>	93
7. CONCLUSIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÉNDICES	108

1. INTRODUCCIÓN

La vida cotidiana ha cambiado dramáticamente para muchos sectores de la población mundial a lo largo de los últimos 65 años. Cambios económicos, políticos y tecnológicos han marcado tanto la forma de vivir como la forma de morir, generando nuevos patrones demográficos y presentando importantes avances pero también retrocesos en materia de salud. Los cambios en las tasas de mortalidad a lo largo del tiempo son un importante indicador epidemiológico para estudiar los procesos de salud-atención-cuidado que se dan en una determinada población.

La salud de la población más joven es de particular interés para una sociedad, ya que a través de los indicadores se puede dar cuenta de las importantes carencias y desigualdades existentes (UNLa, 2005; Spinelli *et al.*, 2000; Behm, 2011). De esta forma, la tasa de mortalidad infantil (TMI) se ha convertido en uno de los principales indicadores de desarrollo de una determinada región geográfica (Spinelli *et al.*, 2000; Escudero & Massa, 2006), por lo que existen numerosos informes que dan cuenta de la situación a nivel mundial, regional y nacional; de modo similar, la mortalidad en menores de cinco años es objeto de interés internacional (UNLa, 2005; Spinelli *et al.*, 2000; Behm, 2011; CEPAL, 2012; OPS, 2013; MSAL, 2012; Save the Children, 2012; UN IGME, 2013; WHO, 2008; WHO, 2010; WHO & UNICEF, 2010). Si bien las causas de muerte son diferentes en el periodo del primer año de vida que las que aparecen en edades posteriores (Viner *et al.*, 2011), se supone que la importancia de la tasa en menores de cinco años es que da cuenta del periodo de la vida humana considerado más vulnerable y por lo tanto más necesitado de protección. Por eso es que uno de los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas es la reducción de la tasa de mortalidad en menores de cinco en dos tercios entre 1990 y 2015 (Naciones Unidas, 2013).

Un patrón observado históricamente en varones es que, luego de sobrevivir el periodo de los primeros cinco años de vida, las últimas etapas de la vida –que son edades que varían según el lugar y momento histórico– representaba el periodo de mayor riesgo de muerte (Omran, 2005). En mujeres la edad reproductiva ha representado otro momento de riesgo de morir importante, por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (Blum & Nelson-Mmari, 2004). Este riesgo disminuye a medida que mejoran distintos factores a nivel social y especialmente la calidad de vida, por lo que también ha sido objeto de atención a

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

nivel internacional (WHO & UNICEF, 2010). Otro de los objetivos de desarrollo de las Naciones Unidas es reducir un 75% la tasa de mortalidad materna (Naciones Unidas, 2013).¹

En los últimos 15 años, la mortalidad de adolescentes y jóvenes ha sido un tema de creciente interés científico. La adolescencia y juventud es un periodo que se identifica con la fortaleza biológica del organismo y por lo tanto se lo ha problematizado relativamente poco en términos de mortalidad (Patton *et al.*, 2009). Sin embargo, las causas de mortalidad en esta edad responden a numerosos factores sociales que también son importantes desencadenantes para la reflexión en una sociedad. Sobre todo, se ha señalado las causas externas o violentas como una causa de muerte de creciente importancia en las edades de 15-24 años –y en algunos lugares aún más joven– muy especialmente en varones, quienes muestran una sobremortalidad que, dependiendo la región, puede ser mucho más que el doble de la tasa en mujeres (Viner *et al.*, 2011; Cardona *et al.*, 2008; Singh & Yu, 1996; Hueveline & Slap, 2002; Souza, 2005; Caicedo *et al.*, 2004; Serfaty *et al.*, 2003; Spinelli *et al.*, 2015).

En este contexto, el estudio de Viner *et al.* (2011) ha servido como referencia para el desarrollo de la pregunta de investigación del presente estudio. El trabajo de estos investigadores trata de un estudio de mortalidad en personas de 1-24 años en 50 países a lo largo de 50 años (1955-2004); sin embargo, por no contar con registros que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, Argentina no formó parte de este análisis. Un hallazgo principal de este trabajo fue que se vio, por primera vez a nivel mundial, que la tasa de mortalidad en niños/as de 1-4 años fue menor que la tasa en varones de los grupos de edad de 15-19 y 20-24 años y en mujeres de 20-24 años. Si bien la mortalidad en menores de 1 año sigue siendo mucho mayor a la de todas las demás edades, los hallazgos de este estudio

¹ Resulta relevante detenerse a pensar el vínculo de este interés en la mortalidad materna con la realidad actual de las mujeres. Como señala Menéndez, desde el sector salud se tiende a ocupar de “ciertos aspectos específicos de la salud, que en el caso de la mujer refieren básicamente a salud reproductiva y a ciertas violencias, dejando de lado la casi totalidad de los padecimientos de los cuales más enferman y mueren la mayoría de las mujeres” (2006, p.5). En 2004, a nivel mundial la mortalidad materna representó el 7% de la totalidad de muertes en mujeres jóvenes de 10-24 años (Patton *et al.*, 2009), mientras en muchas regiones representa menos del 1,5% de las muertes (Viner *et al.*, 2011; Patton *et al.*, 2009). Aunque otras causas podrían tener mayor incidencia en la salud de las mujeres (Menéndez, 2006), la mortalidad materna sigue figurando entre las principales preocupaciones de los gobiernos y organismos internacionales (WHO & UNICEF, 2010; Naciones Unidas, 2013). No deja de ser una cifra de interés por muchas razones (por ejemplo, para estudiar la atención médica, las desigualdades existentes, el peligro en ciertos grupos de edad o la falta de acceso al aborto seguro y gratuito), pero el énfasis que se le da a este número no siempre encuentra justificaciones en términos del número absoluto de mujeres que se mueren por estas causas con respecto a otras causas. Para no caer en un reduccionismo de las mujeres a su función reproductiva y poder mirar con atención los problemas que más las afectan, hay que evitar el uso irreflexivo de la tasa de mortalidad materna.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

invitan a replantearse ciertas miradas en relación a la salud, ya que resulta que el periodo de 1-4 años ya no es uno de los más vulnerables de la vida humana.

En reconocimiento de esta falta de atención puesta en la adolescencia, en 2012 UNICEF publicó un boletín sobre la salud de los adolescentes, señalando que los adolescentes (de 10-19 años de edad) se han beneficiado menos de los avances en las bajas de la mortalidad e indicando la importancia de enfocarse en este rango de edad (UNICEF, 2012). Sin embargo, la mortalidad en la adolescencia ha sido abordada en Latinoamérica desde la década de los 90 (Yunes & Zubarew, 1999; Minayo, 1990; Yunes & Rajs, 1994; Ribeiro & Lourenço, 2002; Mello Jorge, 1997), sobre todo en relación al aumento de mortalidad por violencias.

Fuentes oficiales en Argentina parecen seguir la tendencia internacional de no abordar la mortalidad en adolescentes y jóvenes como un tema problemático en sí. Nacionalmente, la TMI y la tasa de mortalidad en menores de cinco años forman parte de los indicadores básicos publicados anualmente por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (MSAL & OPS, 2014). En las propuestas para la salud del niño y del adolescente del Plan Federal de Salud en Argentina, pensado para el periodo 2004-2007, se encontraron tres metas explícitamente orientadas a la disminución de la mortalidad infantil y una meta sobre la mortalidad en menores de cinco años (Consejo Federal de Salud, 2004). Sin embargo, la única meta referida “al adolescente”, de las 12 metas que componen la sección, se refiere a la reducción de la fecundación en la adolescencia. El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia contiene entre sus lineamientos la atención en el intento de suicidio y en el consumo de alcohol, aportando datos epidemiológicos de mortalidad en relación a estos dos problemas, aunque la tasa de mortalidad en adolescentes no se encuentra dentro de los materiales del programa ni el sitio Web (MSAL, s.a., 2012a, 2012b). De modo similar, los datos sobre adolescencia provistos por UNICEF Argentina toman indicadores de otros tipos, y no de mortalidad específicamente (UNICEF Argentina, 2013). Las referencias a la mortalidad que conciernen a adolescentes hacen casi exclusiva referencia a la mortalidad materna (MSAL & OPS, 2014; UNICEF Argentina, 2013). Sin embargo, a partir de 2008 la Dirección de Estadísticas e Información en Salud ha publicado un boletín suplementario al de Estadísticas Vitales centrado en un la población de 10-19 años (DEIS 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

Con referencia al trabajo académico, en Argentina se han hecho estudios sobre mortalidad infantil y la mortalidad en adolescentes, especialmente referidos a muertes por

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

violencias, a nivel nacional o en algunas de sus regiones.² Un estudio Argentino ha retomado Viner *et al.* (2011) como base de otra pregunta de investigación, sin indagar en la tendencia de la mortalidad año por año (Rojas Cabrera, Santillán Pizarro & Pujol, 2013). De esta manera, si bien existen numerosos estudios sobre la mortalidad en Argentina³, no hemos encontrado estudios que construyan una tendencia temporal de más de tres décadas y que incluyan las edades de 0-24 años. Una tendencia vista con mayor marco temporal permite entender el particular desarrollo que ha tenido la mortalidad en el contexto argentino, lo cual es necesario para poder reflexionar sobre el problema en más profundidad.

² Ver Cardona *et al.* (2008); Rojas Cabrera, Santillán Pizarro & Pujol (2013); Mychaszula (2006); Abdala, Geldstein & Mychaszula (2000); Serfaty *et al.* (2003); Yunes & Zubarew (1999); Spinelli *et al.* (2015); Spinelli *et al.* (2005); Souza *et al.* (2012); Spinelli, Macías & Darraidou (2010); Spinelli *et al.* (2006); Zunino, Spinelli & Alazraqui (2006); Spinelli *et al.* (2010); Escudero & Massa (2006), Trifiró (2007); Vega, Torcida & Velázquez (2006); Buchbinder (2008); Arriaga, (1992).

³ Ver además trabajos abarcando periodos anteriores: Müller, (1958; 1974, 1975, 1978, 1980); Camisa (1964a, 1964b); Somoza (1966, 1973); Somoza & Barral Souto (1954); Somoza & Müller (1986,1988).

2. ESTADO DEL ARTE

El estado del arte de la investigación se organiza en tres secciones. En la primera se realiza una descripción de estudios relevantes al tema de investigación, a modo de situar la investigación dentro del cuerpo de conocimiento existente. La revisión de estudios hechos con datos empíricos de mortalidad en estas edades contempla estudios a nivel global (o en varios países de distintas regiones), a nivel latinoamericano, y dentro de Argentina. En la segunda parte se analiza algunas de las maneras en las que se ha utilizado el concepto de transición epidemiológica en algunas investigaciones de relevancia para este estudio. En la tercera, se profundiza en las limitaciones y utilidades de la teoría de transición epidemiológica como explicación de los cambios observados en la mortalidad, usando autores de diversas inserciones académicas, ideológicas y políticas. De esta manera, se abre la posibilidad de una discusión crítica de la teoría de transición epidemiológica en tanto teoría que se ha usado con frecuencia para enmarcar, describir y predecir ciertos cambios. Resulta relevante considerar distintas posturas con respecto a la forma en que se utilizan datos para describir la realidad, en pos de poder situar los resultados de este estudio en ese debate.

2.1 Estudios mundiales y regionales

En las cifras más recientemente publicadas, se ve concretamente una reducción continua en la mortalidad durante los primeros años de vida. A nivel mundial, la mortalidad en niños menores de cinco años se redujo en un tercio entre 1990 y 2009 (You *et al.*, 2010), y entre 1995 y 2011 ha reducido en un 30% en países en desarrollo (Save the Children, 2012). Mundialmente, la mortalidad en menores de cinco años mejoró un 47% entre 1990 y 2012 (UN IGME, 2013). En particular la TMI a nivel mundial se redujo un 45% entre 1990 y 2012, bajando de 63 por mil nacimientos vivos a 35 (UN IGME, 2013). En América Latina esta mejoría es aún más clara: la tasa de mortalidad en menores de cinco años bajó un 65% entre 1990 y 2012 y la TMI un 63% (UN IGME, 2013). En su estudio sobre la mortalidad infantil en Argentina, Escudero y Massa (2006) indican que la TMI bajó de 65,9 por mil nacidos vivos en el periodo de 1950-1955 a 15,0 por mil en 2000-2005, o el 77%, aunque también señalan el deterioro relativo en la disminución de la TMI del país dentro de la región, pasando del segundo al quinto lugar a lo largo del periodo estudiado y presentando un valor que

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

duplica la tasa de mortalidad en Cuba al final del periodo. Entre 1990-2012, la TMI en Argentina se redujo un 55% y la tasa de mortalidad en menores de cinco años descendió un 50% (UN IGME, 2013).

En el estudio de Viner *et al.* (2011), la mortalidad más baja entre las edades de 1-24 años se encontró en personas de 5-14 años, y este grupo registró grandes reducciones anuales en la mortalidad a lo largo del periodo (1.6-2.0% por año en el grupo de edad de 5-9 años, y 1.4-2.0% en el grupo de edad de 10-14 años). A pesar de estos avances, pasados los 14 años se observan otros fenómenos en las tendencias de mortalidad. Aunque la mortalidad global de 0-24 años ha disminuido, esta reducción es mucho menor en jóvenes (de edades de 15-24) que en niños/as menores a 14 años (Viner *et al.*, 2011). De hecho, la tasa de mortalidad es mayor para cada grupo de edad en relación al grupo anterior a partir de los 10 años (Viner *et al.*, 2011; Patton *et al.*, 2009; Hueveline & Slap, 2002). La reducción que se ve es aún menor en hombres que en mujeres (Cardona *et al.*, 2008). Mientras que en los primeros años de vida casi no existe diferencia en la mortalidad entre varones y mujeres, a partir de los 15 años se visualiza una razón de tasas o sobremortalidad masculina que, dependiendo la región, el año y la causa, puede alcanzar cifras tan abrumadoras como 17 (Viner *et al.*, 2011; Cardona *et al.*, 2008; Singh & Yu, 1996; Hueveline & Slap, 2002; Souza, 2005; Caicedo *et al.*, 2004; Serfaty *et al.*, 2003; Spinelli *et al.*, 2015). A lo largo de ciertos periodos en ciertas regiones y entre ciertos grupos étnicos, ha aumentado la mortalidad en varones jóvenes en vez de disminuir (Cardona *et al.*, 2008; Sing & Yu, 1996).

A nivel regional, según el estudio de Viner *et al.* (2011) el mejoramiento en la mortalidad en niños y niñas de 1-4 años fue del 92% y 93% respectivamente en el periodo 1955-1959 y el periodo 2000-2004 para 10 países de la región (en los que no se encuentra la Argentina). En mujeres de 15-19 años el mejoramiento fue del 73% y de 20-24 años del 78%, mientras en varones fue mucho menor: de 15-19 años fue del 47% y de 20-24 años del 46%. En 2004 en los países de bajos y medianos ingresos de las Américas, la mortalidad fue más de cinco veces mayor en hombres en el grupo de edad 20-24 años en comparación con el grupo de edad de 10-14 años, y se presentó un riesgo relativo entre hombres y mujeres de 3,3 en el grupo de edad de 20-24 años (Patton *et al.*, 2009). En un estudio sobre mortalidad en 8 países del continente americano con mortalidad baja, entre las cuales se incluye la Argentina, el investigador confirma que la mortalidad en mujeres es similar en todos los países, mientras la mortalidad en hombres varía mucho entre países, con la similitud de que las accidentes y

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

violencias son la principal causa de muerte en hombres jóvenes, constituyendo un 50% al menos de la mortalidad total (Arriaga, 1992).

2.1.1 Análisis de los patrones de mortalidad por grupos de causas

Como mencionamos anteriormente, el estudio de Viner *et al.* (2011) considera las tendencias de mortalidad en 50 países a lo largo de 50 años (1955-2004) en personas de 1-24 años. Demuestra que la mortalidad debida a enfermedades infecciosas ha disminuido en todos los grupos de edad y regiones estudiadas. También disminuyó ligeramente la mortalidad debida a enfermedades no transmisibles y sustancialmente la mortalidad materna. Sin embargo, a lo largo del periodo se observa la creciente importancia de las lesiones⁴ como causa de mortalidad, sobre todo para hombres y mujeres jóvenes (10-24 años) mientras decae en importancia como causa de muerte en personas de 1-9 años. Dentro del grupo de causas de las lesiones, los accidentes de tránsito representaron la mayor proporción de mortalidad en personas de ambos sexos de 10-24 años, en todas las regiones salvo en los países de Sud y Centroamérica, en los que predominaron las muertes violentas en hombres jóvenes. La mortalidad por violencias aumentó en jóvenes de ambos sexos durante el periodo del estudio en términos de tasas y como proporción de la mortalidad general. Por lo tanto, los cambios generales observados a lo largo del periodo estudiado se atribuyen al gran descenso en la mortalidad producida por enfermedades transmisibles y enfermedades no transmisibles, y el menor descenso o el incremento en mortalidad debida a la violencia, el suicidio y los accidentes de tránsito. De modo similar, Hueveline y Slap (2002) afirman que la mortalidad por todas las causas en personas de 15-34 años en 26 países bajó entre 1955-1994 debido a la reducción en la mortalidad por las causas que no fueron accidentes de tránsito, homicidio y suicidio. De modo contrario, la mortalidad por estas tres causas aumentó un 12% en el periodo estudiado.

⁴ En el estado del arte, usaremos los términos utilizados por los/as autores/as citados/as. Sin embargo, aclaramos que adherimos a la descripción “violencias” para estas causas ya que entendemos que la denominación “lesiones” o “causas externas” reduce la causa de muerte a un hecho individual, diferenciado de las “causas naturales”, sin contemplar los factores relacionales y sociales implícita en el concepto de “violencias” (Zunino, 2005).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

2.1.2 Patrón cambiante en varones de 15-24 años con aumentada importancia de las causas violentas

Si nos centramos en la aumentada importancia de la mortalidad por causas violentas (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, lesiones, ahogamiento), vemos que aunque se observa en ambos sexos, los hombres son claramente el grupo más afectado (Viner *et al.*, 2011; Blum & Nelson-Mmari, 2004; Patton *et al.*, 2009). Adentrándonos más en este punto, vemos que mundialmente, en 2004, las primeras tres causas de muerte en varones de entre 15 y 24 años fueron accidentes de tránsito, violencia y lesiones auto-infligidas (Patton *et al.*, 2009). Según una aproximación hecha en 2004, las primeras causas de muerte en Sudamérica y el Caribe eran: homicidio/guerra/lesiones intencionales, lesiones no intencionales y suicidio/lesiones auto-infligidas (Blum & Nelson-Mmari, 2004). De modo similar, en un estudio hecho en 26 países a lo largo de 40 años, se mostró que la mortalidad por causas violentas tiene su pico en las edades de 15-24 años; además, se observa un aumento en la proporción de mortalidad atribuible a estas causas a lo largo del periodo (Hueveline & Slap, 2002).

También observamos regionalmente que las muertes por causas violentas afectan desproporcionadamente a los hombres jóvenes, hecho que se puede visualizar en los resultados de varios estudios que abarcan distintos periodos. En los países de bajos y medianos ingresos de las Américas, se observó en 2004 una relación de 26 a 1 en la mortalidad por violencia entre hombres y mujeres en el grupo de edad de 15-24 años, debiéndose a esta causa el 42% de las muertes en varones y el 9% de las muertes en mujeres (Patton *et al.*, 2009). Se ha señalado que la región de las Américas es la más violenta del mundo, con las tasas más altas de homicidio entre hombres de 15-24 años (Blum & Nelson-Mmari, 2004). El 90% de todos los homicidios en 2008 en las Américas ocurrieron en hombres, aunque la tasa de homicidio entre mujeres en las Américas también es alta en comparación con las tasas en otras regiones (UNODC, 2011). En el periodo de 2000-2008, la mayor proporción de homicidios en las Américas ocurrió entre hombres de 20-24 años (UNODC, 2011). En un estudio hecho sobre la mortalidad por homicidio entre 1999-2009, incluyendo a 32 países de las Américas, se vio que a lo largo de periodo el grupo de edad con la tasa de homicidio más alta era la de 15-24 años (tasa para ambos sexos), y que el 89% de todos los homicidios en todas las edades ocurrieron en hombres (Gawryszewski *et al.*, 2012). En Brasil en 1989, Minayo (1990) observó que la etapa de la vida humana con mayor riesgo

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

de muertes por causas violentas era de 10-19 años, con especial peso entre hombres pobres y negros. Las causas externas representaron el 46% de las muertes en el grupo etario de 5-19 años y 64,4% de 15-29 años. También en Brasil, entre 1991-2000, los hombres de 15 a 19 años murieron 6,3 veces más que las mujeres por estas causas, y de 20-24 años, 10,1 veces más (Souza, 2005). Entre 1996 y 2007, hombres sufrieron el 90% de las muertes violentas en Brasil (Souza *et al.*, 2012). En México entre 1955 y 2003, la mortalidad por causas violentas en adolescentes de 10-19 años duplicó (Dirección General de Información de Salud, 2005). En Medellín entre 1989 y 1999 se registraron 10 muertes masculinas por cada muerte femenina entre las edades de 15-24 años (Caicedo *et al.*, 2004), y el 93% del total de los homicidios en el periodo de 1980-2007 fueron en hombres (Franco *et al.*, 2012). Un estudio realizado por Cardona *et al.* (2008) comparando las tasas de mortalidad por causas externas en Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia) durante el periodo 1980-2005, concluyó que si bien la magnitud de las tasas eran llamativamente diferentes entre las tres ciudades, mostraron el mismo comportamiento por edad y por sexo. Esto implica una sobremortalidad masculina por agresiones y suicidio y un notable incremento en las tasas en el grupo de 15-19 años, subiendo aún más alto en el grupo de 20-24 años y luego disminuyendo a partir de los 25 años.

2.1.3 Mortalidad en jóvenes en Argentina

Se reconoce ampliamente la importancia de construir tendencias temporales para el estudio de un fenómeno de salud-enfermedad en una población; sin embargo, las fuentes de datos para años anteriores a 1980 en Argentina son escasas y heterogéneas, además de que no son de fácil acceso. Por esto es que muchas veces desconocemos las tendencias de fenómenos que deben ser centrales para entender la evolución de la salud y la enfermedad en la población.

Aunque presentan resultados ligeramente diferentes, estudios hechos en Argentina sugieren un aumento en la mortalidad en jóvenes por causas violentas, con estas causas representando una proporción creciente de la mortalidad total en estos grupos etarios, sobre todo en varones (Cardona *et al.*, 2008; Rojas Cabrera, Santillán Pizarro & Pujol, 2013; Mychaszula, 2006; Abdala, Geldstein & Mychazula, 2000; Serfaty *et al.*, 2003; Yunes & Zubarew, 1999; Spinelli *et al.*, 2015.; Spinelli *et al.*, 2005; Souza *et al.*, 2012; Spinelli,

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Macías & Darraidou, 2010; Spinelli *et al.*, 2006; Zunino, Spinelli & Alazraqui, 2006; Spinelli *et al.*, 2010).

El trabajo de Rojas Cabrera *et al.* (2013) busca comparar la evolución en las causas de mortalidad que ocurrió en la Argentina y Brasil con los resultados del estudio de Viner *et al.* (2011). Las autoras calculan las reducciones en la mortalidad vistas por grupos de edad y sexo entre el quinquenio de 1955-1959 y el de 2000-2004 y las comparan con las reducciones observadas para la región de América Central y del Sur en el estudio de referencia. Observan patrones similares: la mayor reducción se ve en el grupo de edad de 1-4 años, seguido por el grupo de 5-9 y luego el de 10-14 años. En Argentina la reducción es menor en las franjas de edad de 5-9 y 10-14 años que en la región del estudio de Viner *et al.* y que en sus cálculos para Brasil (por ejemplo, en el grupo de edad de 5-9 años las reducciones en Argentina 66% en varones y 71% en mujeres de 5-9 años, en comparación con 84% y 87% en Viner *et al.* y 86% y 87% en Brasil), pero las autoras atribuyen esta reducción inferior al hecho de que en Argentina las tasas empezaron desde un nivel más bajo que en Brasil en el primer quinquenio⁵ (101 v. 324 por 100.000 habitantes en varones y 87 v. 268 en mujeres de 5-9 años) y difícilmente entonces podían disminuir tan dramáticamente como al menos hicieron en Brasil. También observan que la reducción en mujeres de 15-19 años es similar en el estudio de referencia, Argentina y Brasil (73%, 74% y 76% respectivamente), aunque sólo en Argentina esta reducción es mayor que la reducción vista en las edades de 5-14 años. La reducción vista en varones adolescentes es menor que el resto de los grupos: 47% en la región, 50% en Argentina y sólo 34% en Brasil. Las tasas de mortalidad para ambos sexos en la franja etaria de 15-19 años son mayores a las tasas del grupo de 1-4 años para el quinquenio de 2000-2004 en Argentina y en Brasil, sin embargo en mujeres las tasas siguen siendo más altas en las niñas de 1-4 años que en las adolescentes de 15-19 años. En Argentina, la sobremortalidad masculina de los adolescentes de 15-19 años pasa de 1,2 en 1955-1960 a 2,2 en 2000-2004. Dado que una de sus principales preocupaciones se centra en las muertes evitables, las autoras construyen una tendencia temporal usando sólo los datos disponibles que utilizaron la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades y tomando las causas evitables según el Sistema Único de Salud de Brasil. Por lo tanto, dicha tendencia abarca el periodo de 1997-2009. Observan fluctuaciones en las tasas de mortalidad por causas evitables, particularmente en varones, y periodos de creciente participación de las causas evitables en el total de muertes

⁵ Viner *et al.* no proveen las tasas para este quinquenio en su estudio (1).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

adolescentes. Durante el periodo ven un ascenso en la participación de accidentes de tránsito y suicidios como causas de muerte en adolescentes varones de 15-19 años, además de las enfermedades no transmisibles. En mujeres adolescentes las causas que incrementaron en importancia fueron el suicidio y los accidentes de tránsito, aunque también se vio en mujeres de 10-14 años una creciente importancia de enfermedades transmisibles y complicaciones maternas. Durante todo el periodo, las causas externas representaron importantes causas de muerte, tanto para varones como para mujeres.

Mychaszula (2006) indaga en los cambios en mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires durante los periodos de 1980-1991 y 1991-2001. La autora encuentra que a pesar de representar una época de deterioro social y económico, en este segundo periodo se vio un descenso general en la mortalidad. Llamativamente, el único grupo en que se vio un ascenso durante el segundo periodo fue en el grupo de varones de 15-19 años, habiendo también aumentado en el periodo anterior. La autora observa además que las mejorías generales de mortalidad a nivel país fueron mayores en el periodo de 1980-1991, representando un periodo más importante en los descensos de mortalidad en el periodo de 1980-2001. Sin embargo, la autora observa que la mortalidad de varones de 25-34 años aumentó durante el segundo periodo a nivel país, alcanzando los valores de mortalidad de 1980. Otro estudio hecho en coautoría por la misma autora (Abdala, Geldstien & Myschaszula, 2000) demuestra un aumento de mortalidad en varones de 15-39 años durante el quinquenio 1990-1995, y una disminución en el descenso de la mortalidad de las mujeres de esta edad, con el área metropolitana de Buenos Aires siendo el lugar de mayor mortalidad. Las causas corresponden a accidentes de tránsito, causas externas y otras causas, entre las cuales se indaga sobre el advenimiento del SIDA como posible contribución.

Spinelli *et al.* (2015) exploran la cuestión de violencia en la adolescencia y juventud (de 10-29 años) en Argentina durante el periodo 1990-2010. En su abordaje, subrayan que la tasa de mortalidad general en varones duplica la tasa en mujeres a lo largo del periodo. Las muertes por causas violentas son el primer grupo de causas en este rango de edad. Describen que la proporción de muertes por violencias durante el periodo fue 56%, pero en hombres esto fue 65% y en mujeres 35%. El porcentaje es más grande en varones de 15-19 años y de 20-24 años, representando respectivamente un 70% y 71% de la totalidad de las muertes. En un análisis de mortalidad por causas violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para los años 1988, 1991, 2001 y 2002 (Spinelli *et al.*, 2005), los autores vieron que el 70,6% de las muertes en el conjunto de los años ocurrieron en hombres. En 2001-2002 aumentó un 20% la

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

tasa de homicidios entre los hombres en comparación con los años anteriores. En el rango de edad de 0-24 años, el grupo etario registrando la mayor tasa de muertes violentas fue de 20-24 años. En grupo de edad de 15-19 años, homicidios fueron la causa violenta más importante, sin embargo, el porcentaje más grande de homicidios ocurrió entre los 20-24 años de edad.

Un estudio hecho sobre mortalidad por causas violentas realizado por Serfaty *et al.* (2003) indagó sobre la distribución de causas de muertes violentas en personas de 10-24 años durante el periodo de 1991-2000 en el país, por grupos quinquenales de edad. A diferencia de Mychaszula, vieron que a nivel país la mortalidad en estas edades se incrementó de 1991-2001. Al analizar este aumento por grupos quinquenales y por sexo, vieron que la tasa disminuyó en el grupo de 10-14 años y en mujeres de 20-24 años, pero aumentó para el grupo de 15-19 y para varones de 20-24 años. En este periodo el porcentaje de muertes correspondientes al sexo masculino pasó de 66% a 72,3%. Dichos autores encontraron que en Argentina las tasas de mortalidad por causas violentas eran más altas en varones en todos los grupos de edad, y que las tasas por estas causas aumentaron en ambos sexos a lo largo del periodo de estudio. Se registró un incremento en la proporción de la mortalidad general debida a causas violentas a lo largo del periodo, pasando de 38% a 50% de todas las causas. Las causas cuyas tasas más aumentaron fueron accidentes de tránsito, homicidios (se duplicó durante el periodo) y suicidios (se triplicó). Para los accidentes no relacionados con el tránsito y en el suicidio, la mortalidad en varones es 4 veces la de las mujeres; para homicidios, la diferencia es de 8,5 veces. El aumento de mortalidad por homicidio se ve exclusivamente en el sexo masculino. Los autores señalan que a medida que aumenta la edad, incrementa la tasa de mortalidad por causas violentas.

Yunes y Zubarew (1999) en un estudio hecho sobre mortalidad por causas violentas en personas de 10-24 años en 10 países del continente americano de 1980-1996, confirman para Argentina un incremento en la mortalidad por estas causas para varones entre 15-24 años de 7% en el periodo. En tanto, en mujeres observan una disminución del 10%. Tanto este estudio como el estudio comparativo de Cardona *et al.* (2008) de 1980-2005 –que se enfoca en mortalidad por causas externas en las ciudades de Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia)– se ve que si bien las tasas de Argentina no llegan a ser las más altas de la región, son tasas moderadas y van en aumento. Un estudio comparativo entre cinco países latinoamericanos demostró que la tasa de mortalidad por causas externas en Argentina aumentó un 54% a lo largo del periodo de 1990-2007, a diferencia de los otros países del estudio en que la tasa disminuyó (Souza *et al.*, 2012). Otro estudio sobre mortalidad por

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

violencias e indicadores económicos en el periodo 1989-2006 para los partidos de Gran Buenos Aires, hecho por Spinelli, Macías y Darraidou (2010) logra demostrar periodos de acenso y descenso en las tasas de homicidio, ligados a la crisis económica que experimentó el país en 2001.

Varios estudios también aportan datos sobre cambios en los patrones de las muertes específicamente relacionadas con armas de fuego. En el estudio de Spinelli *et al.* (2006) sobre mortalidad por armas de fuego en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2002, se vio que el 23.7% de las muertes por violencias fueron provocadas por armas de fuego –aunque como se ha indicado para otra región de Gran Buenos Aires, hay un subregistro de las muertes por armas de fuego que probablemente corresponde a homicidios (Zunino, Spinelli & Alazraqui, 2006) – utilizadas principalmente para homicidios y suicidios. El estudio también subrayó una diferencia importante por sexo y edad: 93,2% de las muertes ocurrieron en hombres, y los intervalos de edad más afectados eran de 15-19 años (13,9%), 20-24 años (13,3%), y 25-29 años (11,3%). Otro estudio sobre mortalidad por armas de fuego en Argentina entre 1990-2008 mostró que el grupo de edad con las tasas más altas era de 20-29 años (el estudio toma grupos por decenio y no quinquenio), con el 85% de las muertes ocurriendo en varones (Spinelli *et al.*, 2010).

2.2 El concepto de transición epidemiológica

En función de lo desarrollado anteriormente, podemos afirmar que los fenómenos que nos interesan estudiar en la mortalidad de personas de 0-24 años se está observando en diversos países y regiones, incluida la Argentina. Varios estudios, incluso algunos previamente citados aquí, han inscripto sus datos empíricos en la teoría de transición epidemiológica (TTE), como veremos con detalle adelante. Para dimensionar en grandes rasgos el impacto que ha tenido la TTE en la producción de conocimiento, podemos señalar que en abril 2015 las bases de datos de Scopus y Google Académico registraron 1153 citas y 2525 citas respectivamente al trabajo de Abdel R. Omran que dio nacimiento a la teoría de transición epidemiológica (Omran, 2005). Sin embargo, algunos autores cuestionan la teoría y el poder explicativo que representa (Frenk *et al.*, 1991; Barreto *et al.*, 1993; Barreto, 2004; Menéndez, 2009).

Dado que nuestro estudio explorará patrones descriptos por otros autores en términos de transición epidemiológica, en esta sección nos adentramos primero en la TTE, luego vemos

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

algunas perspectivas críticas, y concluimos con ejemplos de su utilización en algunos estudios de relevancia.

2.2.1 Transición epidemiológica

La *teoría transición epidemiológica* fue desarrollada por Omran⁶ en 1971 (2005) para describir cambios en los patrones de salud y enfermedad (en particular la mortalidad y la fecundidad) y su relación con cambios demográficos, económicos y sociales. Entendiendo la mortalidad como un elemento central en las dinámicas de una población, por la estrecha relación que se ve entre la tasa de mortalidad y la tasa de crecimiento de la población, Omran se interesaba por saber cómo a lo largo del tiempo los cambios en la mortalidad han implicado cambios en una población en general. La transición presupone una primera etapa en la que la esperanza de vida es corta y las altas tasas de mortalidad, debidas sobre todo a la preponderancia de las enfermedades infecciosas, inhiben el crecimiento poblacional. En la segunda etapa, las tasas de mortalidad se encuentran en declive por distintas razones –los mejoramientos en la calidad de vida, la alimentación y la higiene, las políticas sanitarias, y en menor medida los avances de la biomedicina en términos de inmunizaciones y tratamientos– y la esperanza de vida empieza a aumentar. La transición se completa en la tercera etapa, en la que la mortalidad se mantiene en niveles bajos y la esperanza de vida supera los 50 años, haciendo que la tasa de fecundidad sea el factor más importante en las dinámicas poblacionales. Esta transición, entonces, supone que las enfermedades transmisibles tendrán cada vez menos peso como causa de muerte y que las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre⁷ empezarán a ser las principales causas de muerte (Omran, 2005;

⁶ En un trabajo histórico que busca recontextualizar la teoría de transición epidemiológica dentro de la corriente de pensamiento en que se situaba Omran, Weisz y Olszynko-Gryn (2009) ofrecen un perfil de Omran y su obra. Luego de algunas experiencias de investigación, docencia y formación en su Egipto natal y en los Estados Unidos, Omran se desempeña como profesor de la Univeristy of Chapel Hill, Carolina del Norte, EEUU. Rápidamente se enmarca en el campo de la planificación familiar y el control de la población, temáticas que ya se habían instalado en dicha universidad y que estaban en debate dentro de los organismos de salud internacionales. Omran se autodenomina “epidemiólogo poblacional” y emprende una carrera académica prolífica e internacional centrada en su campo de interés: el control de la natalidad. Weisz y Olszynko-Gryn subrayan, por lo tanto, que para Omran lo importante de su teoría no se radicaba en el avance de las enfermedades crónicas, sino en la contribución de la tasa de fecundidad en la dinámica poblacional, para justificar la organización de programas de planificación familiar dentro de los servicios de salud.

⁷ “Hombre” es el término utilizado por Omran, y aunque rechazamos en general el uso de “hombre” para significar toda la raza humana, lo mantenemos en este caso. En nuestra apreciación las situaciones “provocadas por el hombre” a las que se refiere Omran son producidas dentro de una estructura capitalista y patriarcal, con lógicas basadas en la dominación. Ver Smith (2005).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Blum & Nelson-Mmari, 2004). Esto se acompaña de una esperanza de vida cada vez más alta y una tasa de mortalidad cada vez más baja.

La TTE formulada por Omran también postula que esta transición beneficia mayormente a mujeres jóvenes y a niños/as, ya que las enfermedades transmisibles han representado una causa de muerte de especial importancia para estos grupos (Viner *et al.*, 2011; Omran, 2005). Se nota particularmente una mejoría en las tasas de mortalidad del grupo de edad de 1-4 años, aunque de 0-15 años se observan mejorías generales importantes. Si bien las mujeres suelen tener menor riesgo de muerte que los varones luego de la edad reproductiva en todas las etapas de la transición, en la medida que se aumenta la esperanza de vida, las mujeres en edad reproductiva pasan de tener un riesgo de morir mayor al de los hombres a tener un riesgo de morir inferior.

El motor de la transición epidemiológica se encuentra en lo que él llama “el complejo de modernización” de las sociedades. Mientras en los países desarrollados la transición se da en general gracias a las mejorías socioeconómicas, en países en vías de desarrollo la atribuye a las mejorías a la efectividad de los programas de salud pública. Omran subraya, entonces, que la manera en que la transición epidemiológica se da en un determinado país depende de características como el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio poblacional, y varía por lo tanto de país en país. Delinea tres modelos de cómo se da la transición, sin negar la posible existencia de otros. El modelo clásico/occidental es el que se vio en Europa, y es en base a éste que él desarrolla los elementos primarios de su teoría, por lo que sigue el patrón ya explicitado. En el modelo acelerado, los descensos en la mortalidad se dan de forma mucho más rápida, así como el surgimiento de las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre y la baja en las tasas de mortalidad en mujeres y niños/as menores de 15 años. El modelo contemporáneo/tardío, en cambio, describe un conjunto de países en los que aún no se ha visto la transición. Las bajas en las tasas de mortalidad se han visto solo después de la segunda guerra mundial, pero no han sido acompañadas por una baja en la tasa de fecundidad, dando lugar a un gran crecimiento poblacional. Las tasas de mortalidad infantil, materna y en la niñez siguen altas. Sugiere la necesidad de submodelos para dar cuenta de las múltiples experiencias encapsuladas en este modelo general.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

2.2.2 *Transición epidemiológica en la literatura*

Cómo se indicó previamente, algunos trabajos citados en este estudio (Viner *et al.*, 2011; Rojas Cabrera, Santillán Pizarro & Pujol, 2013; WHO, 2008; UNICEF, 2012) han interpretado sus datos empíricos a través de la teoría de transición epidemiológica, frecuentemente en términos de a quiénes “más beneficia” la transición y a quiénes no. El informe sobre adolescencia *Progress for Children: A report card on adolescents* afirma que los/as adolescentes no se han beneficiado de la misma manera de la transición epidemiológica como los/as niños/as (UNICEF, 2012, p.18), y que urge extender las mejorías logradas en la infancia a la adolescencia. El estudio de Viner *et al.* (2011) señala a las mujeres y niños/as de 1-4 años como los/as más beneficiados/as del desplazamiento de las causas infecciosas por las causas no-transmisibles, y a hombres jóvenes de 15-24 como los menos beneficiados debido en parte a causas sociales y en parte a la baja participación de las enfermedades infecciosas en la mortalidad de este grupo históricamente. Al retomar el estudio de Viner *et al.* para Argentina y Brasil, Rojas Cabrera, Santillán Pizarro y Pujol (2013) también retoman el concepto de transición epidemiológica como proceso en el que se “reduce la incidencia relativa de las muertes debidas a las enfermedades infecciosas y parasitarias (más ligadas a las edades tempranas) a la vez que se incrementa la participación de las muertes por enfermedades crónicas y degenerativas y aquellas que deben su origen a causas externas, más comunes en los adultos” (p.125). Para las autoras, la etapa de la transición epidemiológica en la que se encuentra cada país en parte explica algunas similitudes y discrepancias en los resultados. El estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la carga mundial de enfermedad en 2004 sitúa sus explicaciones de los grupos de causas de mortalidad en el contexto de transición epidemiológica:

Las causas del Grupo I son condiciones que ocurren mayoritariamente en las poblaciones más pobres, y típicamente bajan a un ritmo más acelerado que la mortalidad por todas las causas durante la transición epidemiológica (en la cual el patrón de mortalidad se desplaza desde tasas altas debidas a las causas del Grupo I en edades más bajas hacia las enfermedades crónicas en edades más avanzadas). (OMS, 2008, p.8) (Traducción propia)⁸

En una revisión sistemática de las publicaciones utilizando la terminología “transición epidemiológica” en Medline, Santosa *et al.* (2014) encontraron que la investigación se ha

⁸ Texto original: *Group I causes are conditions that occur largely in poorer populations, and typically decline at a faster pace than all-cause mortality during the epidemiological transition (in which the pattern of mortality shifts from high death rates from Group I causes at younger ages to chronic diseases at older ages).*

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

centrado crecientemente en países de bajos y medianos ingresos, con resultados empíricos que muestran convergencias y divergencias con la teoría. Estos resultados concuerdan con las observaciones de los historiadores Weisz & Gryn (2010) que la teoría de transición epidemiológica de Omran –para Omran mismo interesante por cuestiones de fecundidad– se popularizó como una teoría centrada en las enfermedades crónicas a partir de los años 90, cuando surgieron nuevos problemas en relación a las enfermedades crónicas en los países en desarrollo. Afirman que más que la teoría en sí, el nombre de la teoría parecía ofrecer un marco dentro de lo cual pensar, generar sentidos, anticipar e incluso criticar dado los nuevos patrones en la mortalidad.

2.2.3 Transición epidemiológica en debate

En respuesta a los planteos centrales de Omran y su contexto histórico en términos del control poblacional, resulta importante subrayar las contribuciones de pensadores latinoamericanos con distintas inserciones académicas e ideológicas. Aunque incorporaremos otras referencias, trabajaremos principalmente con tres textos escritos en coautoría por investigadores del continente americano, enmarcados en el campo de la salud. Estos investigadores –Julio Frenk, Mauricio Lima Barreto y Jaime Breilh– tienen ligado a sus nombres mucha producción académica, por lo que la utilización de estos textos pretende ser solo una aproximación a su pensamiento para señalar algunas líneas del debate. Incluimos una descripción biográfica sencilla de cada uno de estos investigadores, ya que consideramos de importancia las inserciones institucionales, académicas y políticas de los mismos en la construcción de su perspectiva.

Aunque toman los fundamentos de la teoría de Omran, Frenk⁹ *et al.* (1991) subrayan que la transición no se trata de pasar de enfermedades de la pobreza a enfermedades de la abundancia. Según los autores, la transición se da de enfermedades asociadas a carencias primarias (alimentación, calidad de agua, condiciones de vida) a las relacionadas con factores genéticos y carencias secundarias (seguridad, medioambiente, falta de oportunidades). Dicen los autores:

⁹ Julio Frenk es Decano de la Escuela de Salud Pública de Harvard y recientemente fue elegido Presidente de La Universidad de Miami. Anteriormente fue Secretario de Salud bajo el gobierno de Vicente Fox. También ha sido consejero de la Fundación Bill & Melinda Gates y director general del Instituto Carso de la Salud.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

En muchos países en desarrollo existe la creencia de que los cambios implicados en la transición epidemiológica son un signo de progreso. Difícilmente puede negarse que posponer la muerte sea algo positivo. Sin embargo, es muy cuestionable que los padecimientos degenerativos, los accidentes o la violencia representen una forma de morir más “civilizada” que las enfermedades infecciosas. De hecho, muchas de las circunstancias emergentes en la transición no son en absoluto signo de progreso, sino más bien la expresión de modos deficientes de industrialización, urbanización y consumo masivo que se traducen, entre otros, en problemas de contaminación atmosférica, accidentes laborales y de tránsito, trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas como tabaco, alcohol y otras drogas, y hábitos de alimentación poco saludables. El reto para los países en desarrollo consiste en superar los “rezagos en salud” presentados por las infecciones y la desnutrición, sin que se repitan los patrones patológicos de las naciones actualmente desarrolladas. (p. 487)

Como sugiere esta última frase, los autores perciben otro modelo de transición epidemiológica en los países de América Latina que desafía los planteos lineales de la teoría de Omran. Tal como vimos anteriormente, los tres modelos propuestos por Omran asumen que las mismas tres etapas (alta mortalidad por enfermedades infecciosas, mortalidad en baja y finalmente mortalidad en niveles muy bajos) se darán de forma lineal, unidireccional y evolutiva; lo que varía es el ritmo y el momento histórico en que se dan. A través de estas etapas, el perfil epidemiológico pasa de mostrar un predominio de enfermedades transmisibles a un predominio de enfermedades crónicas/degenerativas y provocadas por el hombre. Sin embargo, la experiencia de América Latina parece sugerir otra posibilidad. Los autores toman el caso de México para ilustrar que en algunos países latinoamericanos, las enfermedades infecciosas siguen siendo una causa de muerte altamente preocupante a la vez que se hayan instalado las enfermedades crónicas como otro grupo de causas importantes, de tal forma de que entre 1930 y 1984, ninguno de los dos grupos de causas predominaron por encima del otro por un periodo sostenido. Los autores tampoco encuentran evidencias que “la violencia” ha sido una causa cuyo incremento esté asociado a una determinada etapa de la transición epidemiológica, como sí lo ha sido en los países desarrollados.

De esta manera, Frenk *et al.* reconocen que existe un grupo de países latinoamericanos que más claramente adhieren al modelo tardío de Omran, habiendo llegado a la etapa final de la transición de modo tardío, y otro grupo que se encuentra aún en la etapa inicial de la transición. Pero un tercer grupo parece representar un nuevo modelo de transición que los autores llaman “modelo polarizado prolongado” (Frenk *et al.*, 1991, p.493), cuyas características son: superposición de etapas, en que tanto las enfermedades infecciosas como las enfermedades crónicas y provocadas por el hombre son importantes temas de salud; contratransición manifiesta por un resurgimiento de enfermedades infecciosas, especialmente

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

en cuanto al perfil de morbilidad; transición prolongada en que esta superposición de etapas se extiende a lo largo del tiempo; y finalmente, polarización epidemiológica. Este último punto se refiere a la exacerbación de desigualdades en la salud, que se expresan no sólo en las diferencias cuantitativas en las tasas de mortalidad que existen entre los grupos sociales, sino diferencias cualitativas en los tipos de padecimientos que experimentan esos grupos sociales. Entonces mientras en las zonas más pobres y rurales predomina un perfil pre-transicional, en las zonas urbanas se acerca a los patrones de la transición, tanto a nivel de un país como en la región en general. Sin embargo, en ambos casos “son los pobres quienes experimentan en mayor grado las dos categorías de trastornos, cuya diferenciación depende, entonces, de la ubicación rural o urbana” (Frenk *et al.*, 1991, p.494), porque, nos vuelven a afirmar los autores, las enfermedades crónicas y las causas externas también resultan de la pobreza.

Pensadores que se enmarcan en la tradición de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva aportan otras herramientas para pensar críticamente la teoría de transición epidemiológica. Según Barreto¹⁰ *et al.*, la teoría de transición epidemiológica parte de la búsqueda de un modelo macroteórico para ordenar una variedad de experiencias, pero esconde entre sí “un enfoque neo-evolucionario de la modernización” en la que se supone que “las sociedades ‘tradicionales’ (en gran parte, rurales) se transforman en sociedades ‘avanzadas’ o ‘modernas’ mediante una secuencia determinada de etapas específicas” (Barreto *et al.*, 1993, p.134). Si bien en la mayoría de los países de América Latina las tasas de mortalidad comienzan a bajar de forma sostenida luego de 1940 –tardíamente en comparación con los países desarrollados– estas bajas se dan de forma muy heterogénea (Barreto *et al.*, 1993). Asume teleológicamente, por lo tanto, que hay un continuo de modernización que implica un periodo de subdesarrollo, implícito en los modos de vivir tradicionales/primitivos, que luego necesariamente dará lugar, mediante transformaciones sociales, a la sociedad desarrollada con sus modos de vivir modernos. Es además etnocéntrico en la medida que observa un fenómeno vivido en un grupo de países y pretende universalizarlo, subestimando la complejidad de dicha extrapolación.¹¹ Como mínimo opaca numerosos otros factores que influyen en los cambios sociales, sobre todo los colectivos

¹⁰ Mauricio Barreto es profesor titular de Epidemiología en el Instituto de Salud Colectiva (ISC) de la Universidade Federal da Bahia. Lidera un grupo de investigación dedicado a aspectos epidemiológicos de las enfermedades infecciosas, desnutrición y asma, la evaluación del impacto poblacional de intervenciones de la salud, y aspectos teóricos y metodológicos de la Epidemiología.

¹¹ Algunos autores ofrecen explicaciones contextuales para la transición en estos países, de esta manera suavizando su aplicación universal. McKeown (2009) describe cómo la transición paralela algunos procesos que se dieron en el campo de la salud, mientras Armelagos, Brown & Turner (2005) lo analizan desde la economía histórico-política.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

humanos y sus acciones, reacciones, comportamientos y luchas a lo largo de estos procesos, y las políticas estatales, que pueden favorecer distintos tipos de estructuras (Barreto *et al.*, 1993, Menéndez, 2009). Para Barreto *et al.*, ni Omran ni Frenk *et al.* “prestan suficiente atención a las maneras por las cuales los grupos y procesos locales pueden contribuir para modificar los patrones de desarrollo regional y nacional” (Barreto *et al.*, 1993, p.138) (traducción propia).¹²

Cómo se desprende de esta crítica que hace Barreto, la medicina social y la salud colectiva han señalado la lucha social y política como fundamental en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. En su conceptualización de la epidemiología crítica, Breilh¹³ (2003) sugiere la necesidad de entender los procesos destructivos y procesos protectores funcionando dentro determinada población. Estos procesos incluyen las dimensiones individuales, particulares, sociales, culturales, políticas e históricas que generan perfiles epidemiológicos de acuerdo a las distintas determinaciones o devenires de la salud en esa población. Estas determinaciones pueden a su vez evidenciar inequidades en la sociedad que producen, entre otras desigualdades sociales concretas, desigualdades en la salud. Para dar lugar al agenciamiento de las poblaciones en su conceptualización de la salud, Breilh adopta el concepto marxista de modos de vida, previamente reelaborado por Possas¹⁴ para el campo de la salud colectiva (Possas 1989). Para Possas, los modos de vida están conformados por las condiciones de vida, es decir, las condiciones materiales de subsistencia y reproducción, y los estilos de vida, o las formas social y culturalmente determinadas de vivir en estas condiciones materiales. Los modos de vida son entendidos por Breilh como “la praxis que una sociedad realiza” (Breilh, 2003, p. 99), o las prácticas diarias y formas de hacer contextualizadas históricamente en relación con las ideologías, modos de producción y reproducción de una determinada sociedad. Para Breilh, entender los procesos colectivos de salud y enfermedad en esta clave rescata las posibilidades de la sociedad de transformar su realidad, orientando el objeto de la epidemiología (crítica) hacia un proyecto emancipador. Si bien la epidemiología frecuentemente ha trabajado con la no-salud o la enfermedad, el concepto de procesos protectores permite considerar los modos de vida que son capaces de generar bienestar. Y es esta capacidad de reconocer el poder constructivo de las acciones que convierte la

¹² Texto original: “*No dão suficiente atenção às maneiras pelas quais os grupos e processos locais podem contribuir para modificar os padrões desenvolvimento regional e nacional*” (Barreto *et al.*, 1993, p.138).

¹³ Jaime Breilh es Director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar.

¹⁴ Cristina Possas es actualmente jefa de la Unidad de Investigación y Desarrollo Tecnológico del programa brasileiro de vacunas.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

epidemiología crítica en una herramienta de lucha por la salud de los pueblos, desafiando los patrones tomados como supuestos desde la teoría de transición epidemiológica.

De esta manera resulta fundamental considerar la cuestión de la transición epidemiológica desde una perspectiva crítica, pensando hasta qué punto ayuda a describir una realidad existente y hasta qué punto se utiliza para ocultar bajo la nominación de “modernización” las raíces de desigualdad y explotación ambiental del capitalismo y su expresión en la etapa neoliberal, así como otros fenómenos globales tales como el narcotráfico y el imperialismo (Barreto, 2004; Menéndez, 2012).¹⁵

Si bien el desarrollo teórico sobre el quehacer de la epidemiología ha sido uno de los principales enfoques de la disciplina en el contexto de la medicina social y la salud colectiva (Barreto *et al.*, 1993, Waitzkin *et al.*, 2001), Barreto *et al.* (1993) plantean –sin negar la importancia de abordar teóricamente la transición epidemiológica– el muy importante papel que tiene la epidemiología de aportar datos empíricos respecto a los cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, sobre todo a través de estudios ecológicos. Del mismo modo, Barata plantea el importante rol de los estudios descriptivos en un contexto de enfermedades emergentes y reemergentes que derrumban “la idea de una transición epidemiológica pensada como simple sucesión de fases que se despliegan, fundamentalmente, como proceso de envejecimiento poblacional” (Barata, 1997, p.532) (traducción propia).¹⁶ Nuestros aportes se conceptualizarán en ese sentido, y en conversación con la producción teórica.

¹⁵ Interesantemente, Wiesz y Gryn, en su recorrido sobre la vida y el trabajo de Omran, argumentan que las críticas a su obra la convierte en una caricatura. Según estas críticas la teoría se trata de cambios en los patrones de la mortalidad se dan de forma uniforme en todos los países, mientras ellos argumentan que “La transición epidemiológica de Omran se trataba de la manera en la que las comunidades respondían a la sobrepoblación en base a valores culturales y sociales y cómo se podría incentivarlas a tener otros comportamientos a través de intervenciones internacionales en los servicios de salud” (2010, p.326) (traducción propia) [Texto original: “*Omran’s epidemiologic transition was about the ways communities respond to overpopulation on the basis of cultural and social values and how they might be nudged into behaving differently through international interventions based in health services*”]. Nuestra propia lectura de Omran no parece apoyar esa afirmación, aunque el recorrido de Omran sin duda presta matices a la interpretación que dieron estos autores a la obra clásica de Omran.

¹⁶ Texto original: “*a idéia de uma transição epidemiológica pensada como simples sucessão de fases decorrentes, fundamentalmente, do processo de envelhecimento populacional*” (Barata, 1997, p.532).

3. PREGUNTA, HIPOTESIS Y OBJETIVOS

3.1 Pregunta

¿Las tendencias en la mortalidad muestran comportamientos diferenciales por grupos de edad, sexo y tipo de causas en la población de 0-24 años?

3.2 Hipótesis

- Las tendencias de la mortalidad en niños/as de 1-4 años y de la mortalidad en jóvenes de 15-24 años disminuyen diferencialmente, de tal manera que al final del periodo, la mortalidad en jóvenes de 15-24 años supera la mortalidad en niños/as de 1-4 años.
- Las violencias representan un grupo de causas de creciente importancia en la mortalidad de jóvenes de 15-24 años, mientras que las causas infecciosas, nutricionales y maternas disminuyen en importancia para todas las edades a lo largo del periodo.
- La mortalidad en jóvenes de 15-24 años es más alta en varones que en mujeres, con una brecha que aumenta a lo largo del periodo.

3.3 Objetivo general

Conocer y comparar el comportamiento de las tendencias de la mortalidad en Argentina entre 1947-2012 en el grupo poblacional de 0-24 años, según grupo de edad, sexo y tipo de causas.

3.4 Objetivos específicos

- Describir la tendencia de la mortalidad en personas de 0-24 años en el periodo de 1947-2012 en Argentina según grupo de edad y sexo.
- Describir la tendencia de la mortalidad en personas de 0-24 años en el periodo de 1960-2012 en Argentina según grupo de edad, sexo y grupo de causas.
- Si existieran, describir los diferenciales que se observan en el comportamiento de la mortalidad en personas de 0-24 según grupos de edad, sexo y tipo de causas.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de tendencia de la mortalidad en grupos quinquenales de edad hasta los 24 años, con el primer quinquenio separado en <1 y 1-4 años, durante el periodo 1947-2012 en Argentina. Se analizó la tendencia de la mortalidad según sexo a partir de 1947 y según sexo y grupo de causas a partir de 1960.

4.2 Población del estudio

El estudio incluyó a la población de 0-24 años que se encuentra en Argentina durante el periodo especificado. Ya que las fuentes de 1947-1969 no contaron con la información de país de residencia de las defunciones, sino el número total sin especificar la exclusión de no residentes (salvo para unos años en la Provincia de Buenos Aires), se decidió incluir las defunciones de personas no residentes para todos los años del periodo con esa información (1980 en adelante) para que las poblaciones sean las aproximadamente mismas. De 1980-2012 el porcentaje en no residentes se mantuvo alrededor del 1% del total de las muertes en estos grupos de edad.

4.3 Fuentes de información

Para construir las series temporales, se utilizaron varias fuentes secundarias de datos y publicaciones oficiales históricas. A continuación se detallan las fuentes de las estimaciones de población y del número de defunciones por sexo y edad y causas para la República Argentina para cada año de la serie. Para una tabla resumida de las fuentes utilizadas, ver Apéndice A.

4.3.1 Estimaciones de población

El estudio parte del año 1947 dado que fue un año censal y el año a partir del cual pudimos conseguir estimaciones anuales de la población argentina. Para los años 1947-1949,

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

se utilizó la publicación *La población anual de la República Argentina por sexo y edad, 1947-1980* (Camisa, 1965), y para los años de 1950-2012 se usaron las estimaciones y proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE, 2012).¹⁷ Ambas publicaciones contienen estimaciones anuales por grupos quinquenales de edad y por sexo, con la diferencia que las estimaciones de la primera publicación son menos exactas, expresadas en miles de personas. Entre los años 1947-49 existe un crecimiento porcentual poblacional parecido a lo que se ve en las proyecciones de la CEPAL de 1,3% en estos grupos de edad, aunque hay un salto con el cambio de publicación, del 3,3% entre los años 1949 y 1950.

Como las estimaciones poblacionales son por grupos quinquenales de edad, no separan la población de menores de 1 año de la población de 1-4 años, algo fundamental para nuestro análisis. Por lo tanto, a fin de estimar la población de menores de 1 año y la población de niños/as de 1-4 años, se utilizaron el número de nacidos vivos para cada año.¹⁸ Para el periodo de 1947-1949, el número de nacidos vivos proviene del *Informe demográfico 1944-54* (DNEC, 1956). Para el periodo de 1950-1969, proviene del *Anuario Estadístico 1981-1982* (INDEC, 1984). Para el periodo de 1970-1979, proviene del *Anuario Estadístico 1983-86* (INDEC; 1989). Al no haber información de nacidos vivos por sexo en ninguna de las fuentes que encontramos para el periodo de 1970-1979 (Ministerio de Bienestar Social, 1979; INDEC, 1984; INDEC, 1989; Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982; Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1983a; Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente 1983b), calculamos el porcentaje del total de la población de 0-4 años que representaban los nacidos vivos en cada año en el que no había datos por sexo, y estimamos los nacidos vivos para varones y mujeres usando el porcentaje obtenido para ambos sexos en ese año. Para el periodo 1980-1989, usamos los números de nacidos vivos en las publicaciones sobre Estadísticas Vitales para cada año (Ministerio de Salud y Acción Social, 1984, 1986, 1987, 1988, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b). Para 1990, el número de nacidos vivos proviene de la serie de Estadísticas Vitales – Información Básica del Programa Nacional de Estadísticas de Salud 1994 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1992). A partir de 1991, se utilizaron las bases de datos del informe estadístico de nacidos vivos provistas por la DEIS.

¹⁷ Utilizamos esta fuente según la sugerencia de la demógrafa Cristina Massa, por tratarse de una publicación con las mismas estimaciones anuales inéditas del INDEC y que cubría casi la totalidad del periodo de interés.

¹⁸ Según la construcción habitual de la tasa de mortalidad infantil (UNLa, 2005; Almeida Filho & Rouquayrol, 2008), el número tomado para estimar la población de menores de 1 año fue el número de nacidos vivos de cada año. Consecuentemente, para estimar la población de 1-4 años, se restó de las estimaciones de población para el grupo de edad de 0-4 años el número de nacidos vivos en el mismo año.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

En todos los casos, cuando la información entre las diversas fuentes no concordaba, se utilizaron los números de nacidos vivos de la publicación más reciente.

4.3.2 Número de defunciones por sexo y edad, todas las causas

Encontramos diversas publicaciones con información de defunciones por sexo y edad que no siempre coincidían entre sí. En esos casos, se tomaron los datos de la fuente que no había redistribuido las defunciones de edad desconocida entre todas las edades, que proveía más información para nuestro análisis (por sexo o grupo de edad), o de la publicación más reciente, según el caso (Ver Apéndice B para mayor información sobre las fuentes disponibles y los criterios de elección). En ocasiones, fue necesario utilizar más de una fuente para poder contar con información para todos los grupos de edad y para ambos sexos. Aun así, para varios años no logramos obtener información para el grupo de edad de 20-24 años, ya que muchas de las fuentes utilizaron el grupo de edad ampliado de 20-29 años.¹⁹

Para el periodo 1947-1953, el número de defunciones proviene del *Informe demográfico 1944-1954* (DNEC, 1956) y no cuenta con información del grupo de edad de 20-24 años. Para 1954-1960, se utilizó el número de defunciones encontrado en *Hechos demográficos 1954-1960* (INDEC, s.a.-a). De 1961-1966 los números provienen de la publicación subsiguiente, *Hechos demográficos 1961-1966* (INDEC, s.a.-b).²⁰ De 1967-1969 los datos provienen del *Anuario estadístico 1981-82* (INDEC, 1984), que tampoco contiene información para el grupo de edad de 20-24 años, por lo que se utilizó la información para este grupo de edad de la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO Mortality Data Base).²¹ Para 1970, la información proviene del *Anuario estadístico 1981-82* (INDEC, 1984) e *Indicadores de salud y condiciones de vida para el grupo de población de 10-24 años, Años 1970, 1980 y 1985* (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989a), de modo que por este año se logró obtener información para el grupo de edad de 20-24 años.²²

¹⁹ Años de la tendencia sin grupo de edad de 20-24 años: 1947-1953, 1971-1975.

²⁰ Durante estos años, el número de defunciones es idéntico al número encontrado en el *Anuario estadístico 1981-82* (INDEC, 1984), pero *Hechos Demográficos* (INDEC, s.a.-a, s.a.-b) presenta un mayor nivel de desagregación, incluyendo el grupo de edad de 20-24 años que en el anuario no figura.

²¹ Hay una discrepancia de un promedio de 13,08% en hombres y 14,42% en mujeres entre las fuentes en 1967; de 1,23% en hombres y 1,13% en mujeres para el año 1968; y de 1,97% en hombres y 1,14% en mujeres para 1969. Para el grupo de edad de 20-24 años de ambos sexos, se sumaron las defunciones en hombres y en mujeres. Ver Apéndice D.

²² No se presentaron discrepancias entre las dos fuentes.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Para el periodo de 1971-1978, los datos provienen del *Anuario estadístico 1983-86* (INDEC, 1989) que no tiene información para el grupo de edad de 20-24 años. La información para este último grupo de edad para el año 1976 proviene de la publicación *Mortalidad Infantil y General en la República Argentina Año 1976* (Ministerio de Bienestar Social, 1979), que solo tienen información para ambos sexos; las publicaciones *Natalidad y Mortalidad en la República Argentina Año 1977 y Año 1978* (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982, 1983b) para ambos sexos en 1977 y 1978 respectivamente, y la base de datos de mortalidad de la OMS para cada sexo por separado (WHO Mortality Data Base).²³ Para el año 1979, la información para el grupo de edad de 20-24 años proviene de *Número de defunciones por causa según sexo y edad, Argentina 1979* (Ministerio de Bienestar Social, 1982) ya que esta publicación tiene información para el grupo de edad de 20-24 años.²⁴

Para el periodo 1980-1989, se utilizó la información publicada en la serie *Estadísticas Vitales - Información básica* (Ministerio de Salud y Acción Social, 1984, 1986, 1987, 1988, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b).

Finalmente, los datos de los años 1990-2012 fueron suministrados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, provenientes de las bases de datos construidas por el Ministerio utilizando los Informes Estadísticos de Defunción.

4.3.3 Número de defunciones por sexo, edad y causas

Encontramos diversas fuentes de información de defunciones por causas según grupo de edad y sexo, las cuales frecuentemente difirieron entre sí y con las fuentes detalladas en la sección anterior de las que habíamos tomado el número de defunciones por sexo y grupo de

²³ Entre las dos fuentes para el año 1976 (INDEC, 1989; Ministerio de Bienestar Social, 1979), hay una discrepancia promedio de 0,68% en el número de defunciones. Para al año 1977, la única discrepancia entre las dos fuentes (INDEC, 1989; Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982) para ambos sexos es del 0,11% en las defunciones de menores de 1 año; difieren las defunciones de 20-24 años con las de la base de datos de mortalidad de la OMS en un 2,49% (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982; WHO Mortality Data Base). Para 1978, hay una discrepancia promedio de 5,98% entre las dos fuentes para ambos sexos (INDEC, 1989; Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1983b) y de 6,12% con la base de datos de la OMS en el grupo de edad de 20-24 años (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1983; WHO Mortality Data Base). Ver Apéndice D.

²⁴ Hay algunas pequeñas diferencias con las cifras publicadas en el *Anuario estadístico 1983-86* (INDEC, 1989); difieren en un promedio de 0,36%. Ver Apéndice D.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

edad para todas las causas.²⁵ A los afectos de mantener coherencia, entonces, entre la información disponible para todas las causas y la información disponible por causas, hicimos un cálculo de variación porcentual. Usamos como base del cálculo la información de todas las causas detallada en la sección anterior, y vimos cuánto varió de ese número el total de muertes encontrado en las fuentes con causas. Ver Apéndice C para un recuento de las fuentes con información por causas y los criterios de elección y el Apéndice D para los cálculos de la variación. Elegimos utilizar las fuentes cuya información de causas mejor correspondía a la información para todas las causas que habíamos adoptado previamente.

El primer periodo para el que pudimos acceder al número de defunciones por causas fue de 1959-1961 en la publicación *Mortalidad por causa, edad y sexo en la República Argentina, 1959-1961* (Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria, 1969).²⁶ Luego tomamos los números de defunciones anuales para los años 1961-1966, que provienen de la publicación *Hechos demográficos 1961-1966* (INDEC, s.a.-b). Para 1967-1970 y 1977-1989, el número de defunciones proviene de la base de datos de mortalidad de la OMS (WHO Mortality Data Base).²⁷ El número de defunciones a partir de 1990 proviene de las bases de datos de la DEIS según los informes estadísticos de defunción.

4.4 Variables

En un estudio de tendencia, la unidad de análisis es el año de ocurrencia para cada unidad temporal y las variables son grupales, derivadas de las características individuales.²⁸

²⁵ En las publicaciones de *Hechos demográficos* el número de defunciones reportado por sexo y edad para todas las causas no correspondía al número de defunciones por sexo, edad y causas para el mismo año reportado en otro apartado de la misma publicación (INDEC, s.a.-a, s.a.-b).

²⁶ La información publicada es un promedio para el trienio. Incorporamos el número de defunciones del trienio como si fuera para el año 1960 de la tendencia. Contamos también con información sobre el año 1960 de la publicación *Hechos demográficos en la República Argentina 1954-1960* (INDEC, s.a.-a) pero en la comparación de las dos fuentes, el trienio correspondía mucho mejor a la mortalidad por todas las causas que la información publicada solo para el año 1960. Ver Apéndice D.

²⁷ Para los años 1967-1969, 1977 y 1978, los únicos datos disponibles provienen de la base de datos de mortalidad de la OMS (WHO Mortality Data Base). Para los años 1970, 1979, 1980-1989 tuvimos a la disposición más de una fuente para cada año (Ministerio de Bienestar Social, 1982; Ministerio de Salud y Acción Social, 1984, 1986, 1987, 1988, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b) (ver Apéndice C), pero al observar concordancia entre las fuentes (ver Apéndice D), utilizamos la base de datos proveniente de la OMS, cuyo formato ofrecía mayor comodidad en la clasificación de las causas y/o mayor información por sexo y grupo de edad.

²⁸ Según Almeida Filho, se debe conceptualizar cada unidad de tiempo “como unidad ecológica completa” y que esto “implica ‘espacializar’ el vector temporal” (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008, p. 204; Almeida Filho, 2000, p.203). Si bien, entonces, todas las variables surgen del individuo, las variables de interés en un estudio ecológico son de tipo grupal; son el agregado de estas características individuales para cada año del estudio. Como explica Diez Roux, “las variables derivadas (también llamadas variables analíticas o agregadas) resumen las características de los individuos

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Por lo tanto son variables que resumen estos rasgos para cada unidad de análisis, en este caso, para cada año en el país (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008; Almeida Filho, 2000; Diez Roux 2004; Diez Roux, 2003). Las variables que se contemplaron en el estudio son derivadas de las siguientes características individuales:

- La *edad*, agrupando las edades en grupos quinquenales y separando el primer quinquenio en menores de 1 año y niños/as de 1-4 años. Se utilizaron solo los registros de edad conocida.
- El *sexo*, utilizando los registros con sexo definido: masculino o femenino.
- La *causa básica de defunción* que figura en cada registro, que luego se adscribió a un determinado *grupo de causas* según establecidos por la Organización Mundial de la Salud (Grupo I: Causas transmisibles, maternas y de desnutrición; Grupo II: Causas no transmisibles; Grupo III: Causas violentas) (Mathers, Lopez & Murray, 2006; Murray & Lopez 1996; WHO, 2008, WHO, 2006 inédito). Se detalla este proceso a continuación. Ver además Apéndice E para la adscripción de grupo de causas según revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Las variables del estudio fueron, entonces: la tasa de mortalidad por edad, la tasa de mortalidad por edad y sexo y la tasa de mortalidad por edad, sexo y grupo de causas.

4.4.1 Revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Dado los años abarcados y la diversidad de fuentes a las que recurrimos para poder conseguir información de defunciones por sexo, edad y causas, tuvimos que contemplar varias revisiones y listas de la CIE. La información de causas para el trienio 1959-1961 y para los años 1962-1966 presenta una clasificación abreviada de 50 causas según la nomenclatura de 1955, que corresponde a la lista B de la revisión 7 de la CIE. Los años 1967 y 1968 corresponden a la lista A de la revisión 7 de la CIE, conformada por 150 causas. Los años 1969, 1970, 1977, y 1978 corresponden a la lista A de la revisión 8 de la CIE, también conformada por 150 causas. Los años 1979-1989 y posteriores corresponden a la revisión 9 Lista Básica de Tabulación. De 1990-1996, las defunciones están codificadas según la

del grupo” (Diez Roux, 2004, p.86, Diez Rouz 2003 p.12;). De esta manera, las variables que nos interesan no son estrictamente edad, sexo y grupo de causas sino las tasas de mortalidad por estas características para cada año. Así, la unidad mínima en la cual se puede observar la variable “tasa de mortalidad por edad” es en el año para la región determinada (país); puesto de otra manera, para que una tasa de mortalidad tenga sentido, se necesita saber el lugar-tiempo en el que se inscribe.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Revisión 9 (4 dígitos) y a partir de 1997, según la revisión 10 (4 dígitos). El Apéndice E detalla para cada revisión y lista los códigos utilizados para la categorización en grupo de causas.

4.5 Análisis de los datos

Se realizaron análisis descriptivos utilizando el cálculo de las tasas de mortalidad distribuidas por grupo de edad, sexo y grupo de causas. A continuación se describe en mayor detalle el proceso de análisis para cada objetivo específico.

4.5.1 Tendencia de las tasas de mortalidad por edad y sexo

Se calcularon tasas específicas por sexo y grupo de edad (<1, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24).²⁹ Las tasas se calcularon para los grupos de edad sin considerar el sexo³⁰ y luego para hombres y mujeres. Una vez construidas estas tasas, se realizó un análisis descriptivo representando la tendencia de la mortalidad para cada grupo de edad y las tendencias estratificadas por sexo. Adicionalmente, se calculó para cada año la variación porcentual de la tasa respecto a 1960, primer año para el que contamos con datos para todos los grupos de edad y de causas. Finalmente, se calculó la razón de las tasas de mortalidad para cada edad (dividiendo la tasa de mortalidad en hombres por la tasa en mujeres para cada grupo de edad a lo largo del periodo) para visualizar la sobremortalidad masculina (Cardona *et al.*, 2008).

4.5.2 Tendencia de las tasas de mortalidad por edad, sexo y causa

Se organizó la información de las causas básicas de defunción en tres grandes grupos, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud para el estudio de la carga mundial de enfermedad (Mathers, Lopez & Murray, 2006; Murray & Lopez 1996; WHO, 2008, WHO, 2006 inédito): Grupo I, causas transmisibles, maternas y de desnutrición; Grupo

²⁹ Solo utilizamos registros con edad conocida, según el procedimiento actual de la DEIS.

³⁰ Para la tendencia general, se decidió incluir los registros sin sexo especificado, que luego fueron excluidos al construir las tendencias para cada sexo. Los registros sin sexo compusieron no más del 1% del total por lo que no se exploró una tendencia en estos registros.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

II, causas no-transmisibles, Grupo III, causas violentas³¹. Para los códigos “basura” – o códigos de la CIE que no representan causas de muerte útiles por carecer de significado diagnóstico o por no especificar aspectos de importancia, que en nuestro estudio eran principalmente las enfermedades mal definidas – seguimos el procedimiento descrito por Mathers, López y Murray (2006), lo que implicó una redistribución prorrata de las enfermedades mal definidas entre los Grupos I y II.³² Ver Apéndice E para mayor descripción de la clasificación.

A continuación detallamos algunos inconvenientes que tuvimos en la categorización de los códigos para establecer los grupos de causas y las resoluciones que encontramos. Luego retomamos con el análisis que hicimos de los grupos de causas por sexo y edad.

4.5.2.1 Clasificación de años correspondientes a la revisión 7

La información para el trienio 1959-61 y los años 1961-1966 corresponden a la Lista B de la revisión 7 (Wolfbane, 2001a; Department of Measurement and Health Information Systems, 2008) lo cual condensa la mortalidad en solo 50 causas. Se establecieron las equivalencias entre estos códigos y la Lista A (Wolfbane, 2001b; Department of Measurement and Health Information Systems, 2008) que figura en la base de datos de la OMS (WHO Mortality Data Base) y cuya clasificación en los Grupos I, II y III ya está descrita (WHO, 2006 inédito).³³ Al ver que algunos códigos de la Lista B tendrían que adscribirse tanto al Grupo I como al Grupo II (B32-Bronquitis y B46-Otras Enfermedades), se observó la distribución de causas componiendo estos códigos en los años para los que había datos de la Lista A de la Revisión 7 (años 1966-1968, base de datos de mortalidad de la OMS) (WHO Mortality Data Base). Al establecer los porcentajes atribuibles a cada grupo de causas para estos dos códigos, se tomó el promedio de los porcentajes en los tres años y se aplicó este porcentaje a los códigos B32 y B46 para adscribir una parte de las muertes por cada código a los grupos de causas correspondientes. Dada la poca cantidad de muertes por B32 y la dificultad de establecer un promedio para todos los sexos y grupos de edad, se optó por el más sencillo criterio de adscribir la mitad de las muertes a Grupo I y la mitad a Grupo II. Ver Apéndice F para mayor detalle sobre el proceso.

³¹ La clasificación original es “causas externas”, sin embargo, adherimos a la descripción “causas violentas”. Ver nota 4.

³² El procedimiento no considera que las “enfermedades mal definidas” corresponden al Grupo III.

³³ Ver Apéndice E.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

4.5.2.2 Clasificación de años correspondientes a las revisiones 8, 9 y 10

Los datos de mortalidad por causas de 1969-1970 y 1977-1978 utilizan la CIE 8 Lista A, cuya clasificación en grupos de causas ya está descrita por la OMS (WHO, 2006 inédito).

Los datos de mortalidad para el periodo 1979-1989 correspondientes a la CIE Revisión 9 también acuerdan con lo descrito por la OMS (WHO, 2006 inédito), pero los datos reportados para la Argentina en 1979 y de 1982-1989 no incluyen ciertos subcódigos diferenciados en la descripción de la OMS. Es decir, las bases sólo proveen el número de muertes por códigos más generales (específicamente B24, B32 y B37), sin detallar los subcódigos necesarios para determinar el número de muertes a asignar a Grupos I y II. Por lo tanto, al igual que con los años 1960-1966, fue necesario realizar un cálculo del porcentaje de muertes atribuibles a cada grupo de causas en función de los dos años con datos para estos subcódigos (1980 y 1981). Ver Apéndice G.

Para los años posteriores se contaron con las bases de mortalidad completos, por lo que fue posible una clasificación precisa de los grupos de causas según descrita por la OMS (WHO, 2006 inédito).

4.5.2.3 Análisis

Luego de clasificar las causas de muerte para los años incluidos, se calcularon las tasas de mortalidad por grupo de causas utilizando grupos de edad ampliados de menores de 1 año, de 1-9 años y de 10-24 años.³⁴ En estos grupos de edad se calcularon las variaciones porcentuales anuales en las tasas respecto al primer año con información, 1960.³⁵ Se calculó para cada año la mortalidad proporcional debida a los tres grupos de causas por sexo y los tres grupos de edad.³⁶ Finalmente, se calculó la razón de tasas para los grupos de causas en los grupos de edad ampliados.

³⁴ Como hicieron Viner *et al.* en su estudio (2011).

³⁵ El trienio 1959-1961 se incluyó en la tendencia como el año 1960, y este fue el punto de comparación para los cálculos de variación porcentual.

³⁶ La mortalidad proporcional se calculó tomando el número de muertes ocurridas en un grupo de edad, sexo y año por un determinado grupo de causas, dividido todas las muertes ocurridas en esa misma población y año. Se expresa como porcentaje, indicando la participación porcentual de ese grupo de causas en la mortalidad total para ese grupo de edad, sexo y año (CDC, 2014; DEIS, 2003).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

4.5.3 Procesamiento y Análisis

Se utilizó Microsoft Excel versiones 2003 y 2010 para el procesamiento y análisis de los datos.

4.6 Aspectos Éticos

En todo momento se respetó la Ley de Secreto Estadístico ya que en ninguna de las fuentes utilizadas para la construcción de las tasas se encontró la información personal de los/as difuntos/as, ni se incluyó información que podría llevar a la identificación de los individuos involucrados en las bases de datos utilizadas.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

5. RESULTADOS

Procederemos a describir los resultados según los dos objetivos específicos, centrándonos primero en la tendencia por grupos de edad y sexo por todas las causas, y luego la tendencia por grupos de edad, sexo y grupo de causas.

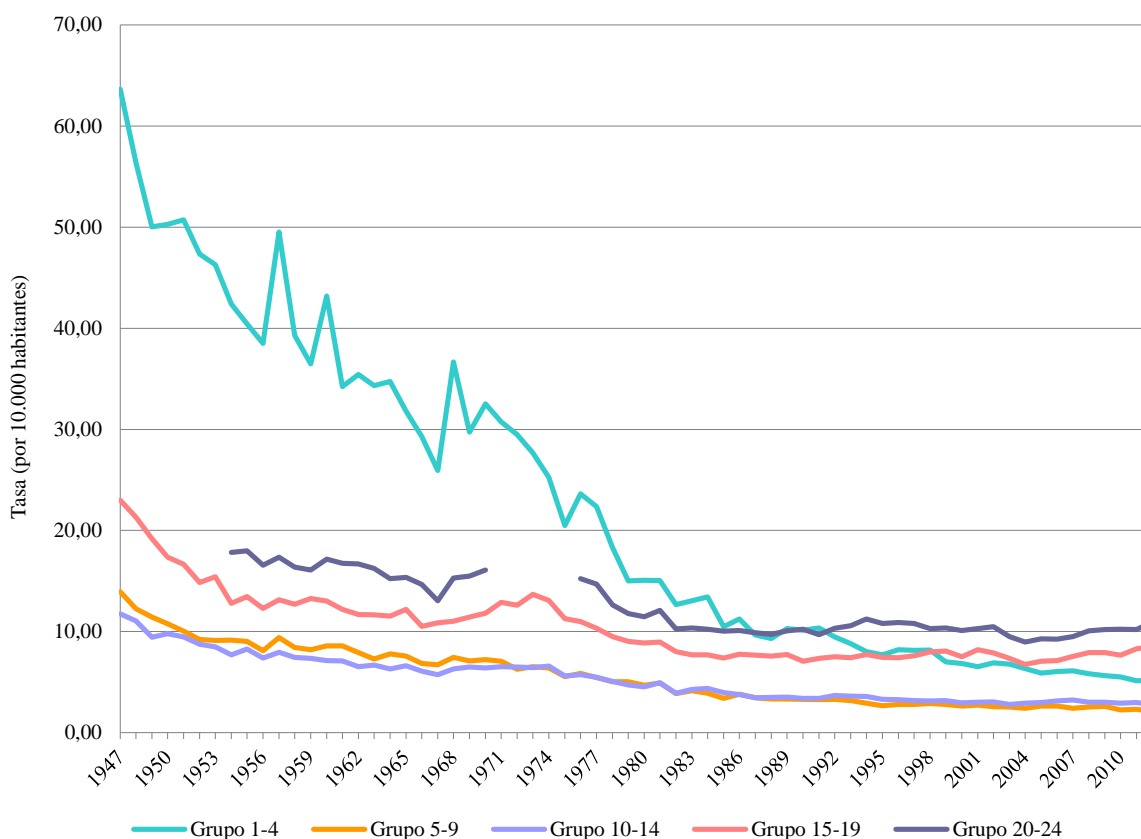
5.1 Tendencia de la mortalidad por grupos de edad y sexo

5.1.1 Tendencia sin estratificación por sexo, 1-24 años

En la Figura 1, podemos ver la tendencia por grupos de edad de 1-24 años en el periodo 1947-2012 sin estratificación por sexo. Al inicio del periodo, la tasa más alta es en niños/as de 1-4 años, seguido por el grupo de 15-19 años (el grupo de 20-24 años inicia más adelante en el periodo por falta de información, y es mayor a la de 15-19 años). Finalmente se visualiza las tasas de personas de 5-9 años, con la menor tasa en personas de 10-14 años. La mortalidad en personas de 1-4 años es casi el triple la mortalidad de personas de 15-19 años al inicio del periodo y más que el doble la mortalidad en personas de 20-24 años en el primer año con información. Las tasas de 1-4 años muestran grandes fluctuaciones hasta 1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 1. Tendencia de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 1-24 años, ambos sexos. Argentina, 1947-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Bienestar Social (1979, 1982), Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982, 1983b), y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: Sin información para el grupo de edad de 20-24 años durante los periodos 1947-1953 y 1971-1976.

Sin embargo, al final del periodo la mortalidad en personas de 1-4 años es menor a la mortalidad en personas de 15-19 y 20-24 años. Para ese momento, la mortalidad en personas de 20-24 años es el doble la mortalidad de 1-4 años, y la mortalidad de 15-19 años es 1,6 veces más. De hecho, si bien se visualiza un descenso en la mortalidad en todas las edades a lo largo del periodo, la mortalidad que más desciende parece ser la de personas de 1-4 años. A pesar de las fluctuaciones en la mortalidad de 1-4 años, la tendencia general claramente es de baja.

La mortalidad es menor en personas de 5-14 años a lo largo de la serie, aunque al inicio del periodo es más alto en niños/as de 5-9 y al final del periodo en personas de 10-14 años. Las tasas se parecen en general, especialmente a partir de 1972. Con muy pequeñas

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

fluctuaciones, las tasas de 5-14 años bajan consistentemente. Al contrario, a partir de 1982 las tasas en personas de 15-19 y 20-24 años se estancan.

Al comparar la Figura 1 con las Figuras 2 y 3, podemos observar que la tendencia sin estratificación por sexo parece ser una versión suavizada de la tendencia en hombres (dada la mayor mortalidad en hombres que en mujeres). Las observaciones descritas anteriormente se mantienen para cada sexo por separado; ahora seguiremos con el análisis de las particularidades de cada sexo.

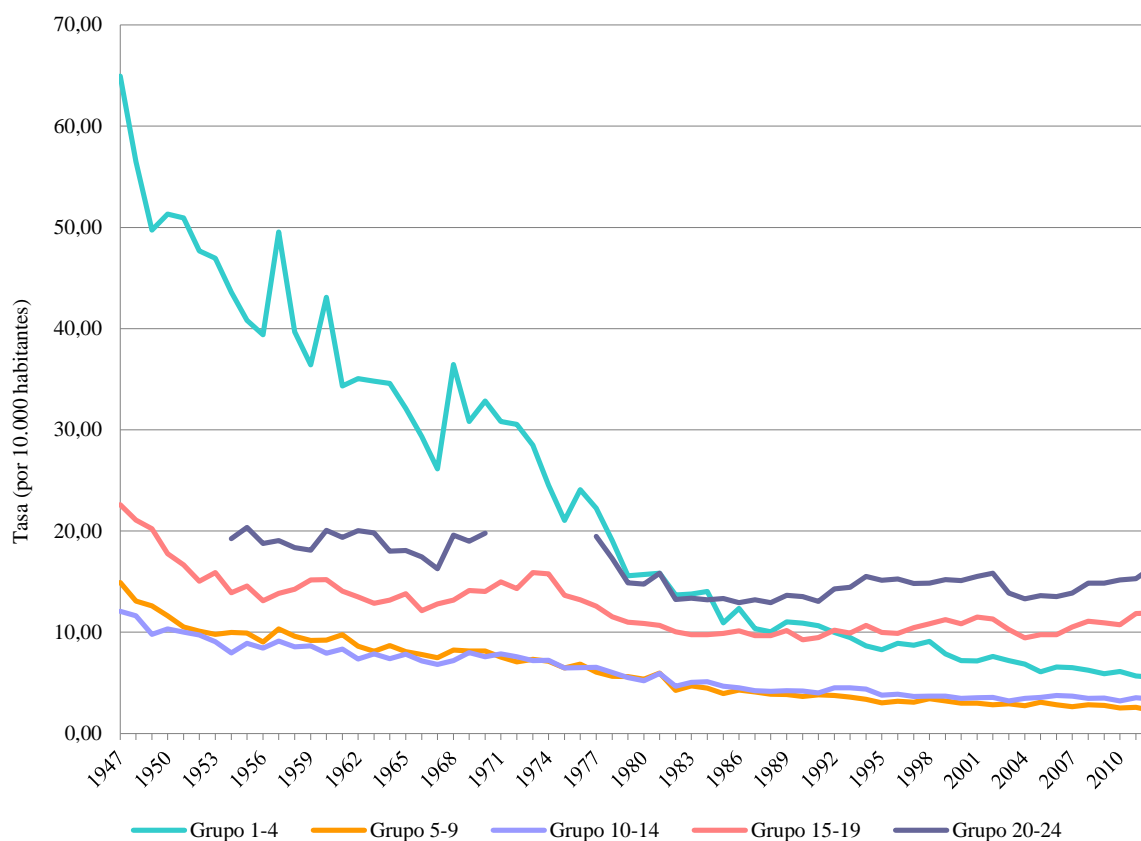
5.1.2 Tendencia en varones 1-24 años³⁷

En el caso de los varones (Figura 2), la mortalidad de niños de 1-4 años se reduce de tal manera que a partir del año 1984, es menor que en el grupo de edad de 20-24 años, y que a partir de 1992, la mortalidad es menor que en el grupo de edad de 15-19 años. Para el final del periodo, la tasa de 1-4 años se aproxima a la tasa de mortalidad en niños de 5-9 y 10-14 años.

³⁷ Aunque hemos elegido representar primero los resultados en varones, esto no se debe a una adherencia a la frecuente convención en las disciplinas estadísticas de presentar los datos de hombres antes que los datos de mujeres. Consideramos que esta práctica no es neutra, y muchas veces es una colocación, consciente o no pero ciertamente acrítica, del hombre en el lugar del sujeto universal. Es nuestra intención destacar lo que sucede en hombres, especialmente hombres jóvenes, dada nuestra hipótesis que demostrarán menos reducciones en la mortalidad.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 2. Tendencia de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 1-24 años, Varones. Argentina, 1947-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), Ministerio de Bienestar Social (1982), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: Sin información para el grupo de edad de 20-24 años durante los periodos 1947-1953 y 1971-1976.

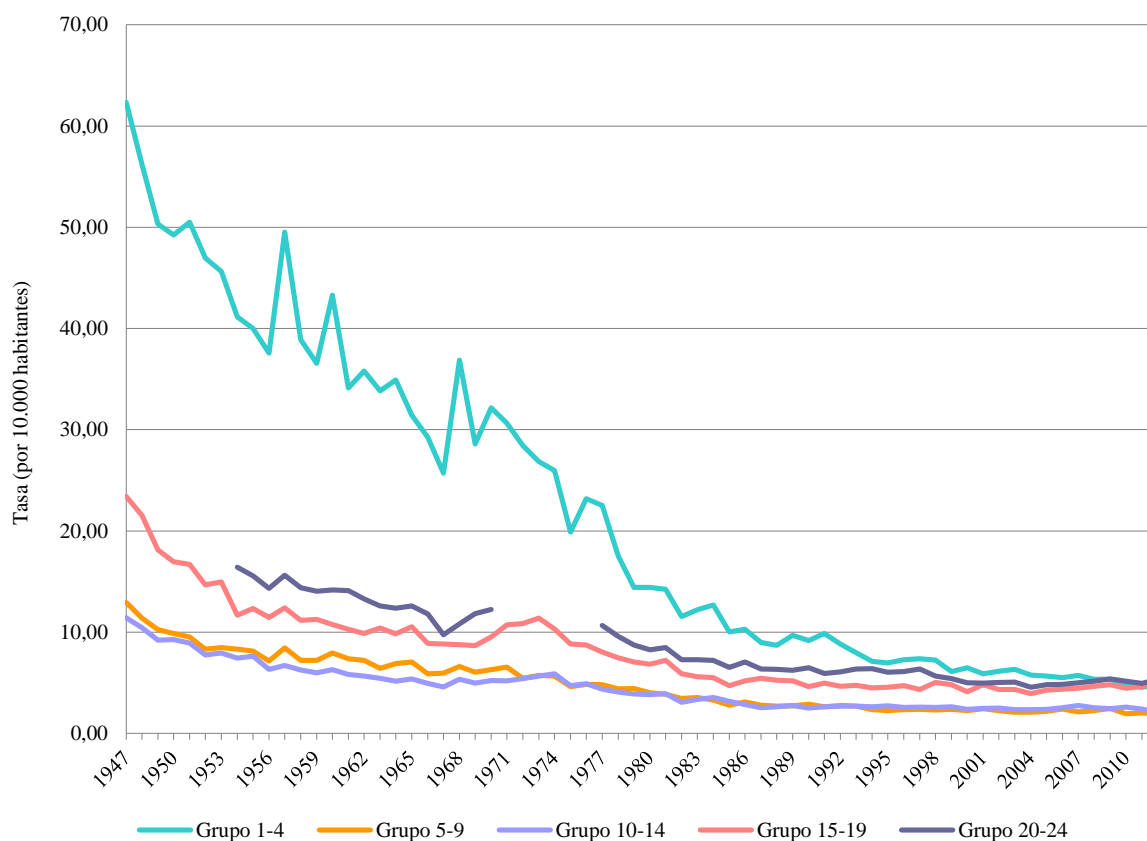
Las tasas de 15-19 y 20-24 años muestran periodos de aumento, estancamiento y de baja. Los primeros dos periodos de aumento para el grupo de edad de 15-19 años son 1956-1960 y 1966-1974. Se visualiza una tendencia de estancamiento en las tasas de mortalidad de hombres de 15-19 y de 20-24 años entre 1980-1991 y una tendencia de aumento en las tasas de estas edades entre 1992-2002. Luego de una nueva baja en las tasas entre 2002-2005, las tasas en estas edades vuelven a aumentar hasta el final del periodo. Los valores de las tasas de mortalidad en hombres de 15-19 y 20-24 años al final del periodo se asemejan con los valores de 1980 y 2001.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

5.1.3 Tendencia en mujeres, 1-24 años

Aunque al principio del periodo la mortalidad en niñas de 1-4 años es casi el triple la mortalidad en mujeres de 15-19 años y más que el doble la mortalidad en mujeres de 20-24 años en el primer año con información (al igual de lo que vimos en la tendencia sin estratificación por sexo), la mortalidad en niñas de 1-4 años baja de tal manera que la brecha con las otras edades se reduce y la mortalidad en este grupo de edad tiende a igualarse con las tasas de mortalidad en mujeres de 15-24 años a partir de 1995 (Figura 3).

Figura 3. Tendencia de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 1-24 años, Mujeres. Argentina, 1947-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), Ministerio de Bienestar Social (1982), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: Sin información para el grupo de edad de 20-24 años durante los periodos 1947-1953 y 1971-1976.

Se visualiza en mujeres de 20-24 años un leve aumento en la mortalidad a partir de 1966 cuya tendencia no se puede verificar por falta de datos. De modo similar, en el periodo 1966-1973 hay un aumento en la mortalidad de mujeres de 15-19 años. Parece haber un muy

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

leve aumento en el grupo de edad de 10-14 años en el mismo periodo. Aunque hay fluctuaciones anuales, sobre todo en el grupo de edad de 1-4 años, no hay otros periodos claros de aumento.

Hay un estancamiento en la mortalidad de 5-14 años a partir de 1983, de 15-19 años a partir de 1986, y 20-24 años a partir de 2000 (con previo estancamiento de 1986-1998).

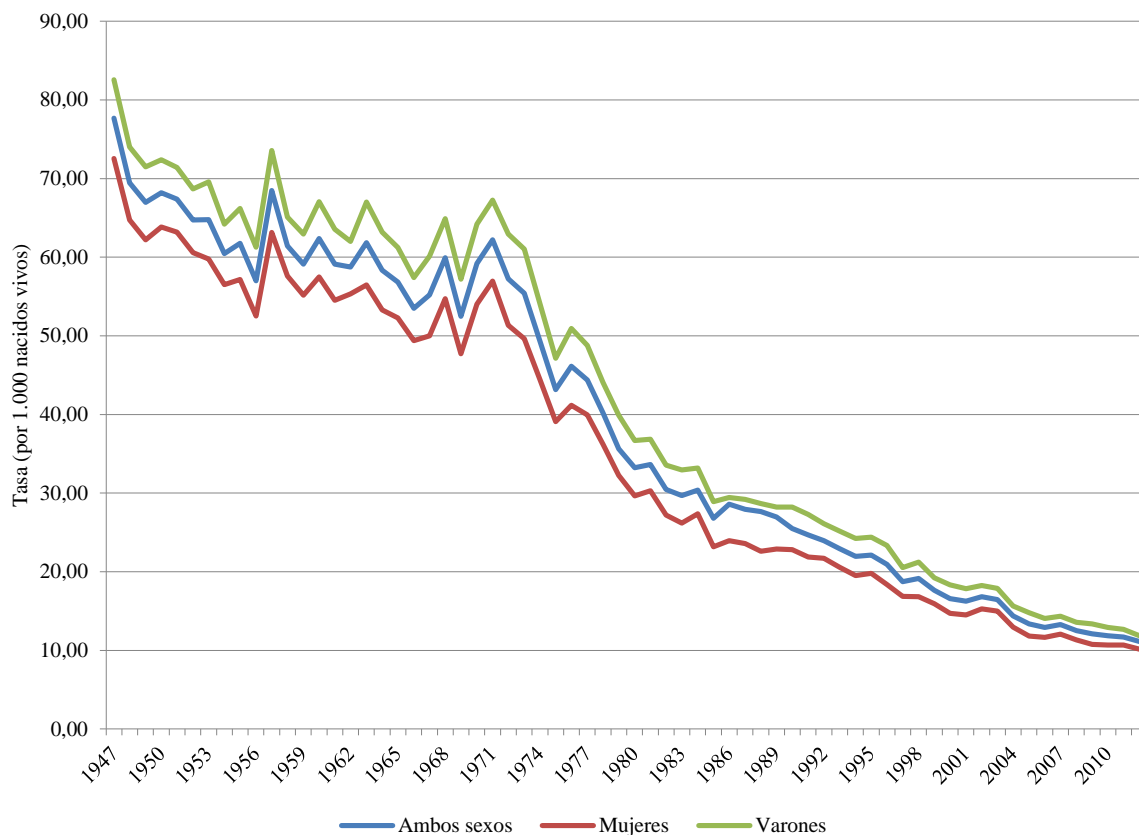
La mortalidad en niñas de 5-14 años sigue siendo menor a la de las demás edades al final del periodo.

5.1.4 Tendencia de la mortalidad infantil

Dado que las tasas de mortalidad son mucho más altas en el primer año de vida que en las demás edades incluidas en el estudio, presentamos estas tasas en un gráfico aparte (Figura 4). También muestran fluctuaciones grandes en la primera parte del periodo aunque se presenta una leve tendencia a bajarse. A partir de 1971 la baja es constante y pronunciada, salvo por unos pequeños saltos anuales. La mortalidad es menor en mujeres que en varones a lo largo del periodo.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 4. Tendencia de la mortalidad infantil, mujeres, hombres y ambos sexos. Argentina, 1947-2012.



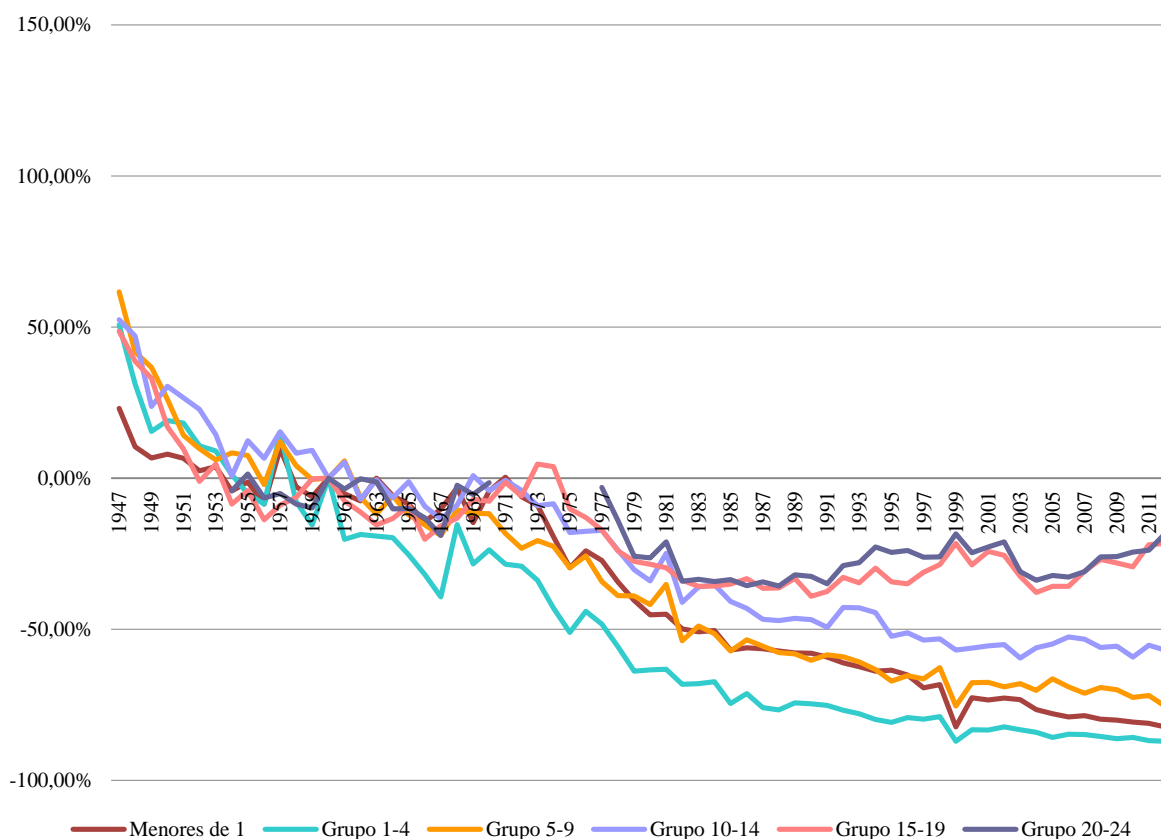
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

5.1.5 Variación porcentual respecto a 1960

Para poder cuantificar los cambios en la mortalidad visualizadas en la serie, podemos ver las Figuras 5 y 6, que muestran la variación porcentual en las tasas de mortalidad por sexo en relación al primer año del estudio que tiene información para todos los grupos de edad y con causas (1960).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 5. Variación porcentual de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 0-24 años, varones. Argentina, 1947-2012.



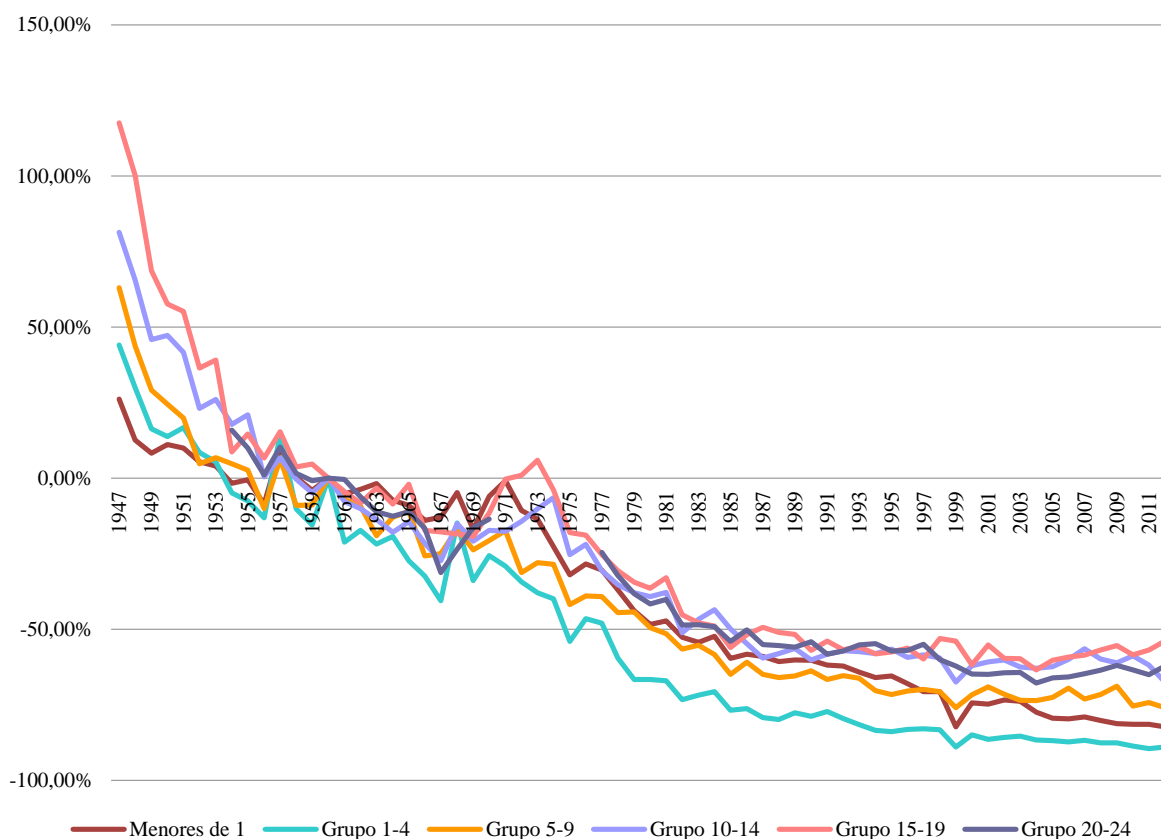
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), Ministerio de Bienestar Social (1982), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

Sin información para el grupo de edad de 20-24 años durante los periodos 1947-1953 y 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 6. Variación porcentual de las tasas de mortalidad por grupos de edad, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1947-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), Ministerio de Bienestar Social (1982), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

Sin información para el grupo de edad de 20-24 años durante los periodos 1947-1953 y 1971-1976.

Como pudimos ver en la tendencia de las tasas, las mejorías más sostenidas en la reducción de MI empiezan a partir de 1971. Al final del periodo, la reducción en menores de 1 año es alrededor del 82% en comparación con el año 1960, mientras en 5-9 años es más del 75%. Aunque el comportamiento de la mortalidad en los grupos de edad de 5-9 y de 10-14 años fue similar a lo largo del periodo, la mayor disminución en la mortalidad de 5-9 años es lo que logró que se invirtieran las posiciones, de tal forma que, como vimos anteriormente, la mortalidad en 5-9 años sea menor a la de 10-14 años al final del periodo.

Sin embargo, la mortalidad en personas de 1-4 años experimenta la mayor reducción, habiéndose reducido en aproximadamente un 88% al final del periodo en comparación con el año 1960 (87,13% en hombres y 88,98% en mujeres).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Las reducciones en la mortalidad son parecidas en hombres y mujeres hasta el grupo de edad de 15-19 años. A partir de este grupo de edad, las reducciones son mucho menores en hombres que en mujeres.

Las tasas de mortalidad en hombres de 15-19 y de 20-24 años muestran la menor variación porcentual entre 1960 y el final del periodo, además de varios momentos de retroceso a lo largo del periodo. Como era de esperar dado lo visualizado en la tendencia de las tasas, los valores al final del periodo son similares a los de 1981, indicando que aunque hubiera periodos de reducción en la mortalidad entre 1979-2012, estos no lograron traducirse en una disminución general de la mortalidad para estas edades a partir de ese año.

A diferencia de los varones, las tasas de mortalidad en mujeres de 15-19 y de 20-24 años mostraron grandes reducciones para el final del periodo en comparación con 1960, aunque no tan grandes como las tasas de las demás edades. Se redujeron en el 53,88% y 62,16% respectivamente, aproximándose a las reducciones logradas en el grupo de edad de 10-14 años. Si bien se observan fluctuaciones grandes en las primeras décadas en mujeres, existe una tendencia de reducción en todos los grupos de edad, especialmente pronunciado a partir de 1974. Se puede notar que los valores relativos eran mucho más altos al principio del periodo para el grupo de edad de 15-24 años, indicando que ya para 1960 se habían logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad en mujeres de esta edad.

Asimismo, la variación porcentual entre el primer y el último año del estudio demuestra aún más claramente las tendencias descritas para 1960-2012³⁸: para ambos sexos, la mortalidad infantil bajó el 85,66%, de 1-4 años bajó el 91,88% y de 5-9 años el 85,00%. Estos tres grupos registraron el mayor descenso y de forma similar en varones y mujeres. El grupo de 10-14 años mostró mayores reducciones en mujeres que en hombres, 82,07% y 71,73% respectivamente. Esta diferencia en los sexos se acentúa aún más en el grupo de edad de 15-19 años, siendo el 78,81% en mujeres y tan solo un 47,29% en varones. No tenemos información para el grupo de edad de 20-24 años para 1947, pero esperaríamos un valor similar al del grupo de 15-19 años.

³⁸ Ver Apéndice H3.

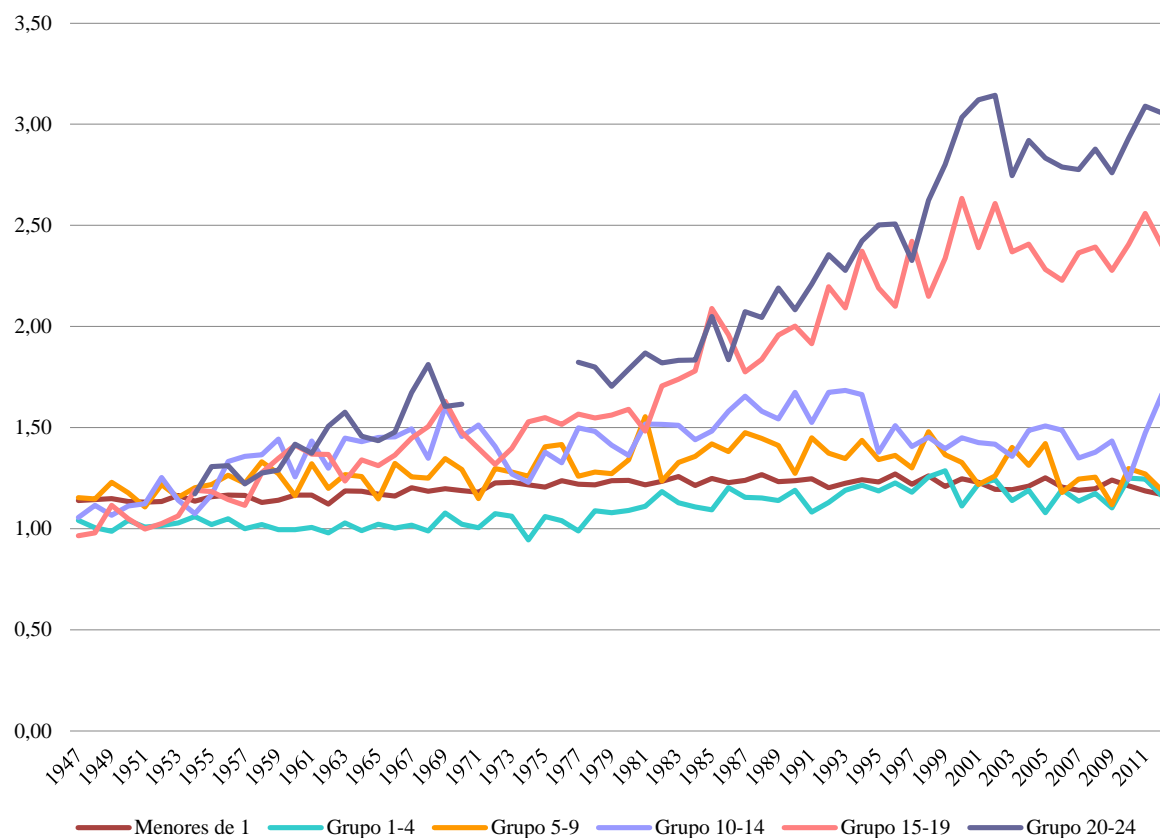
5.1.6 Razón de tasas hombre-mujer

Hemos visto algunas diferencias en el comportamiento de la mortalidad entre hombres y mujeres. El cálculo de la razón de tasas (tasa de mortalidad en hombres sobre la tasa de mortalidad en mujeres) permite cuantificar las consecuencias de este comportamiento diferencial.

Como podemos ver en la Figura 7, existe mayor mortalidad en hombres que en mujeres para todas las edades del estudio en casi todos los años contemplados. La razón de tasas parece ser mayor a mayor edad, con la excepción de menores de 1 año (que es mayor al grupo de 1-4 años). Para las edades de 0-9 años, en un solo año se supera una razón de mortalidad de 1,5, que es en el grupo de edad de 5-9 años. De hecho, el grupo de edad de 5-9 años tiene el comportamiento más errático; la razón de tasas es mayormente superior a la razón en los grupos de edad inferiores, pero hay años en que es menor o igual.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 7. Razón de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres por grupos de edad, 0-24 años. Argentina, 1947- 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), Ministerio de Bienestar Social (1982), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: Sin información para el grupo de edad de 20-24 años durante los periodos 1947-1953 y 1971-1976.

El comportamiento de la razón de tasas en el grupo de 10-14 también es bastante irregular a lo largo de la serie, mostrando en los últimos dos años de la serie lo que podría ser una tendencia al aumento. En varios años la razón de tasas entre hombres y mujeres supera 1,50. La razón de tasas demuestra una tendencia a una creciente brecha entre la mortalidad en hombres y en mujeres, especialmente en los grupos de edad de 15-19 y de 20-24 años, siendo más notoria la tendencia en este último particularmente a partir de 1998. Alcanza un punto máximo de 3,14 en 2002 en el grupo de edad de 20-24 años. Si bien después de 2002 disminuye la brecha, a partir de 2008 vuelve a tener una tendencia a subir, alcanzado 3,06 en el final del periodo en este mismo grupo de edad. En el grupo de 15-19 años ocurre algo similar, alcanzando su punto máximo de 2,63 en 2000 y siendo 2,40 al final del periodo, después de haber disminuido y haber vuelto a subir.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

5.2 Tendencia de la mortalidad por grupos de edad, sexo y causas

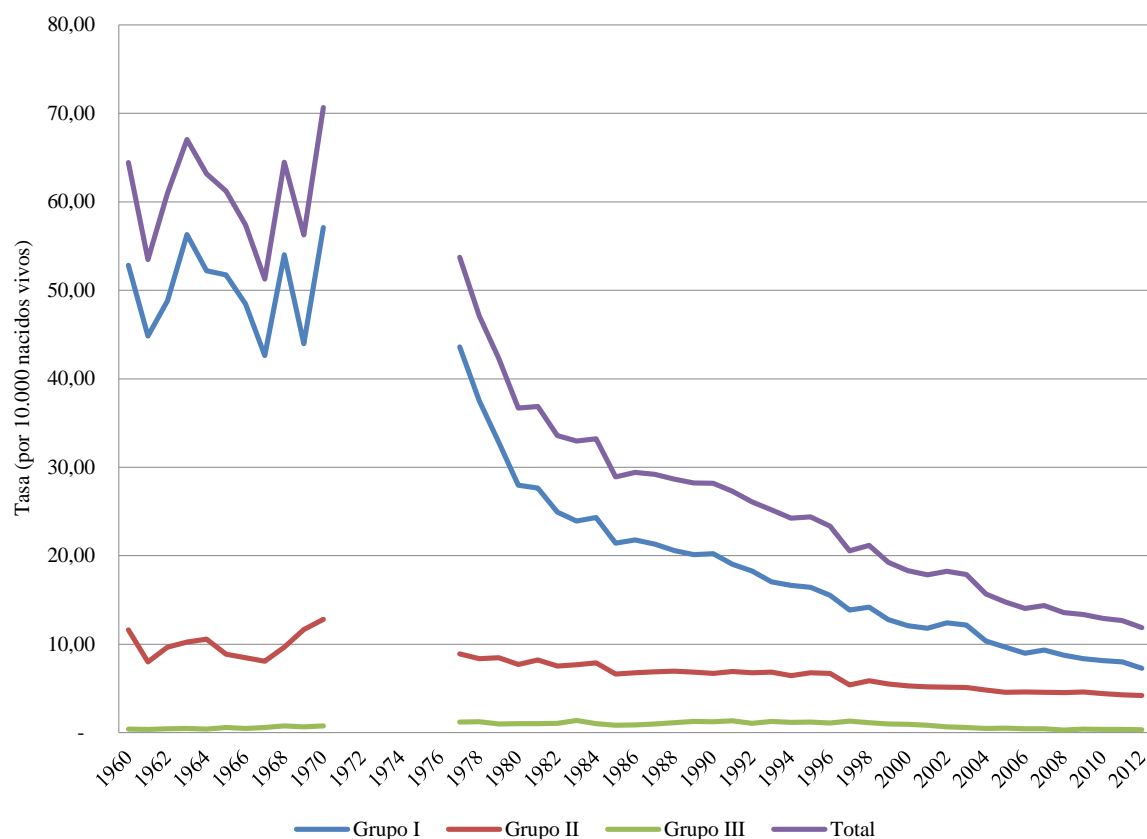
Para sintetizar los resultados, utilizamos los mismos grupos de edad que usan Viner *et al.* en su estudio: 1-9 años y 10-24 años. Menores a 1 constituyeron un grupo aparte, no incluido en el estudio de Viner *et al.*, con el que empezaremos nuestro análisis. Si bien la serie es comprendida por los años 1960-2012, no encontramos información sobre causas para el periodo 1972-1976 por lo que no hay valores para estos años en las tendencias construidas.

5.2.1 Tendencia por sexo y causas, Menores de 1 año

Se observan patrones similares en las tasas de mortalidad en varones y mujeres menores de un año, aunque los valores son mayores en varones (Figuras 8 y 9). Al principio del periodo, la alta mortalidad responde casi totalmente a causas Grupo I (causas transmisibles, maternas y de desnutrición) y la tendencia general de baja sigue muy cercanamente las reducciones en mortalidad debido a causas Grupo I. Las causas Grupo II (causas no-transmisibles) también influyen en la tasa de mortalidad infantil, explicando la diferencia entre la mortalidad infantil y la mortalidad por causas Grupo I. Las causas Grupo III (causas violentas) inciden poco en la tasa de mortalidad infantil. Tanto la mortalidad infantil como la mortalidad por causas Grupo I y II baja durante el periodo, aunque la mortalidad por causas Grupo II mostró una tendencia a subir ente 1967-1971 (por falta de información, no se puede saber si siguió la tendencia; cuando se retoma la serie en 1977, los valores son mucho más bajos). Dado el comportamiento errático de la tasa general y por causas Grupo I en este periodo, podemos pensar que quizás estas diferencias se deben al cambio en las fuentes utilizadas a partir de 1967.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 8. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, varones. Argentina, 1960-2012.



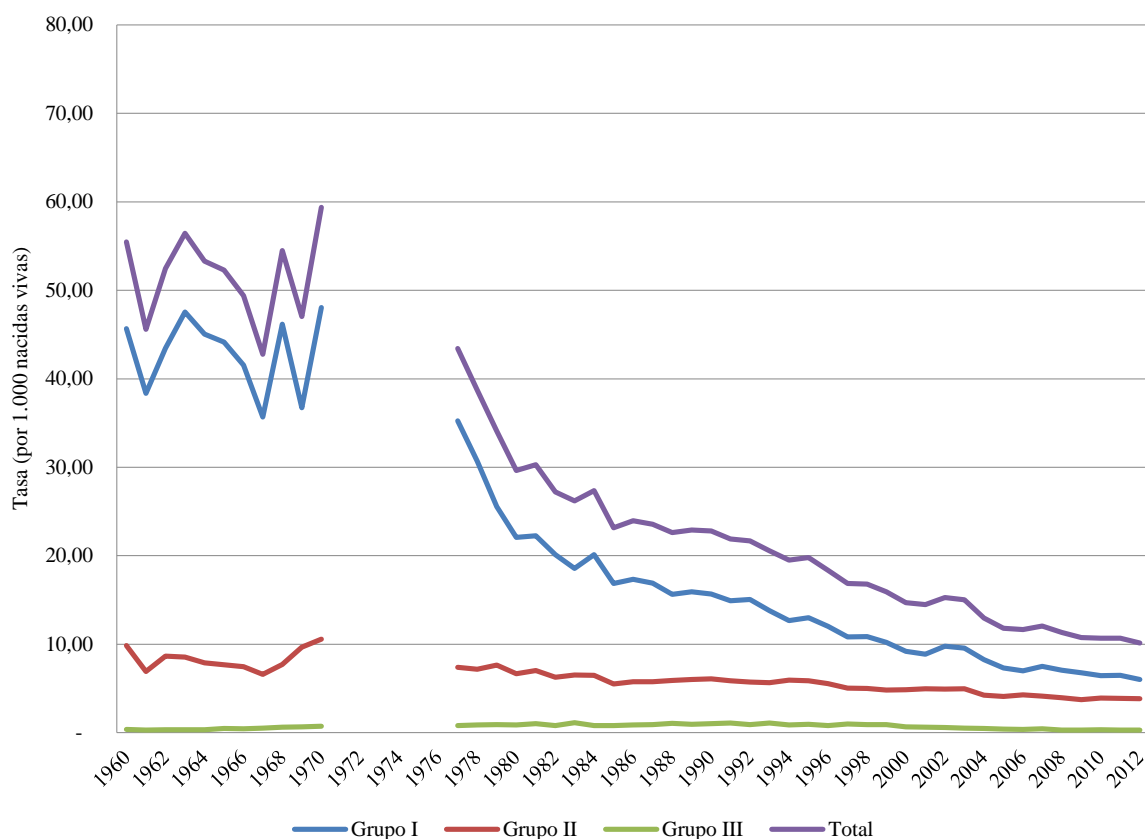
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 9. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

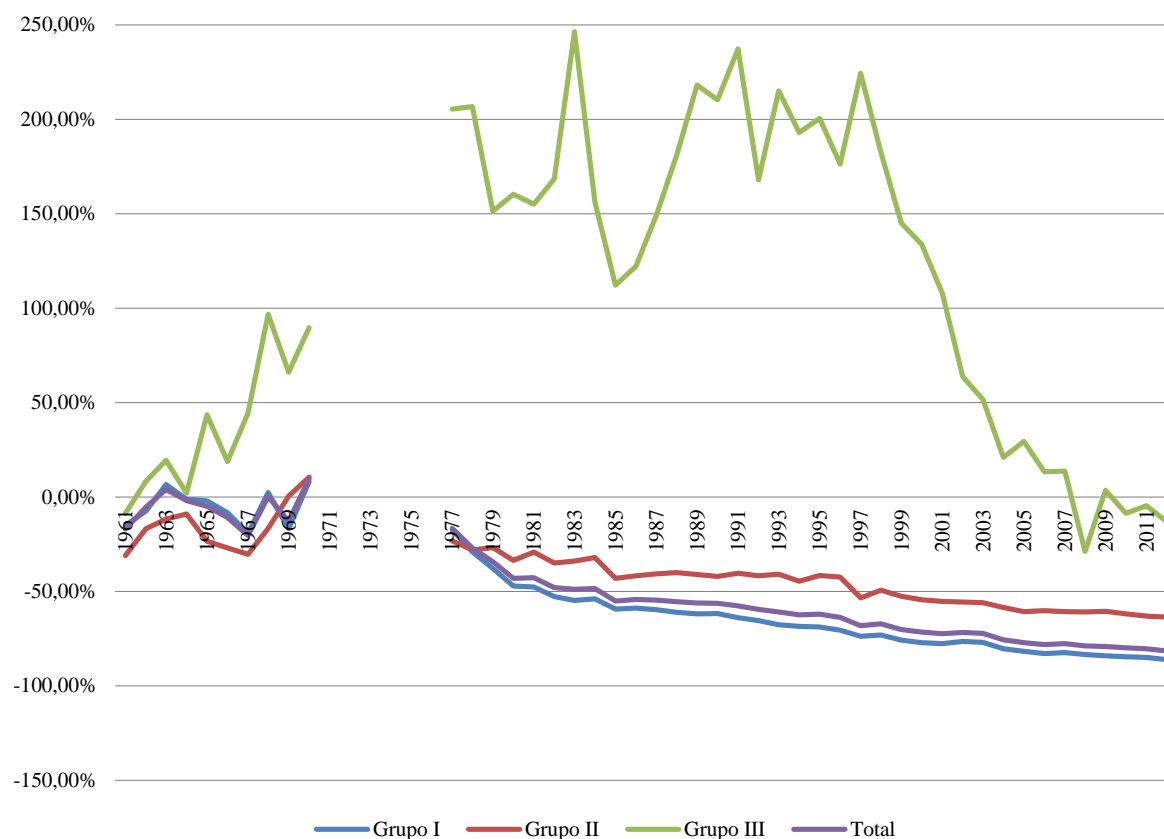
Cuando miramos la variación porcentual (Figuras 10 y 11), vemos que luego de un comportamiento irregular al principio del periodo, la mortalidad por causas Grupo I y II denota una reducción constante a partir de 1977. Las causas Grupo I muestran las mayores reducciones en mortalidad, cerca del 82%. Sin embargo, las tasas de mortalidad por causas Grupo III, mucho menores a las tasas por las causas Grupo I y II, mostraron valores de hasta un 250% y 200% mayores al primer año del estudio en hombres y mujeres respectivamente. En casi todo el periodo este grupo de causas tuvo un cambio positivo en relación al primer

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

año del estudio, y al final del periodo, alcanza niveles similares a los que tuvo al principio. Como la variación porcentual de tasas muy bajas tiende a ser grande –ya que la diferencia entre 1 y 2 muertes sobre la misma base poblacional es el 100% de aumento– resulta instructivo mirar además el número absoluto de muertes por estas causas (resultados no mostrados). El rango para ambos sexos va entre 88 (en 1961) a 463 (en 1983), entre un número total de muertes que va de entre 4.528 (en 2012) y 17.645 (en 1970). Si bien el año 1961 probablemente fue un año de bastante subregistro, los años aledaños muestran valores de entre 100 y 200. Cuando la serie retoma en 1977, el número se ha duplicado, y se mantiene alrededor de 400 hasta 1998, aunque el número total de muertes baja considerablemente en este periodo.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 10. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, varones. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

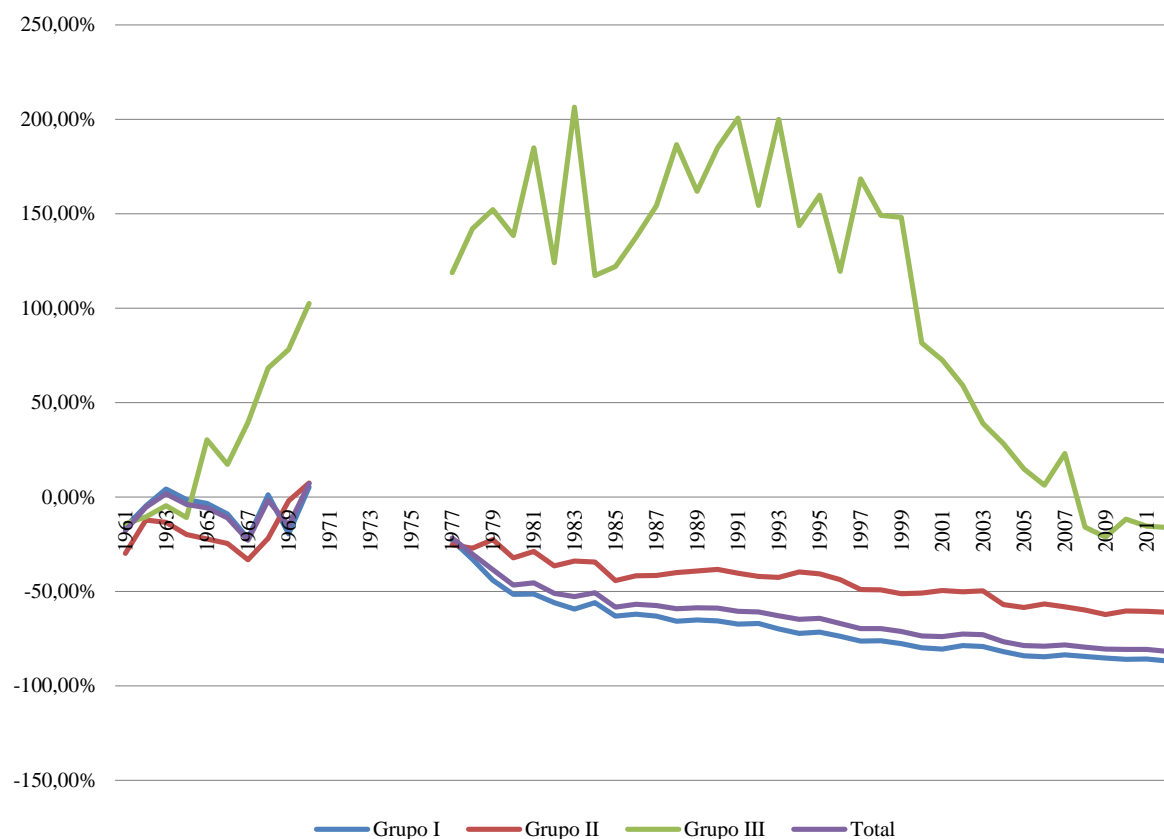
Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 11. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, menores de 1 año, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

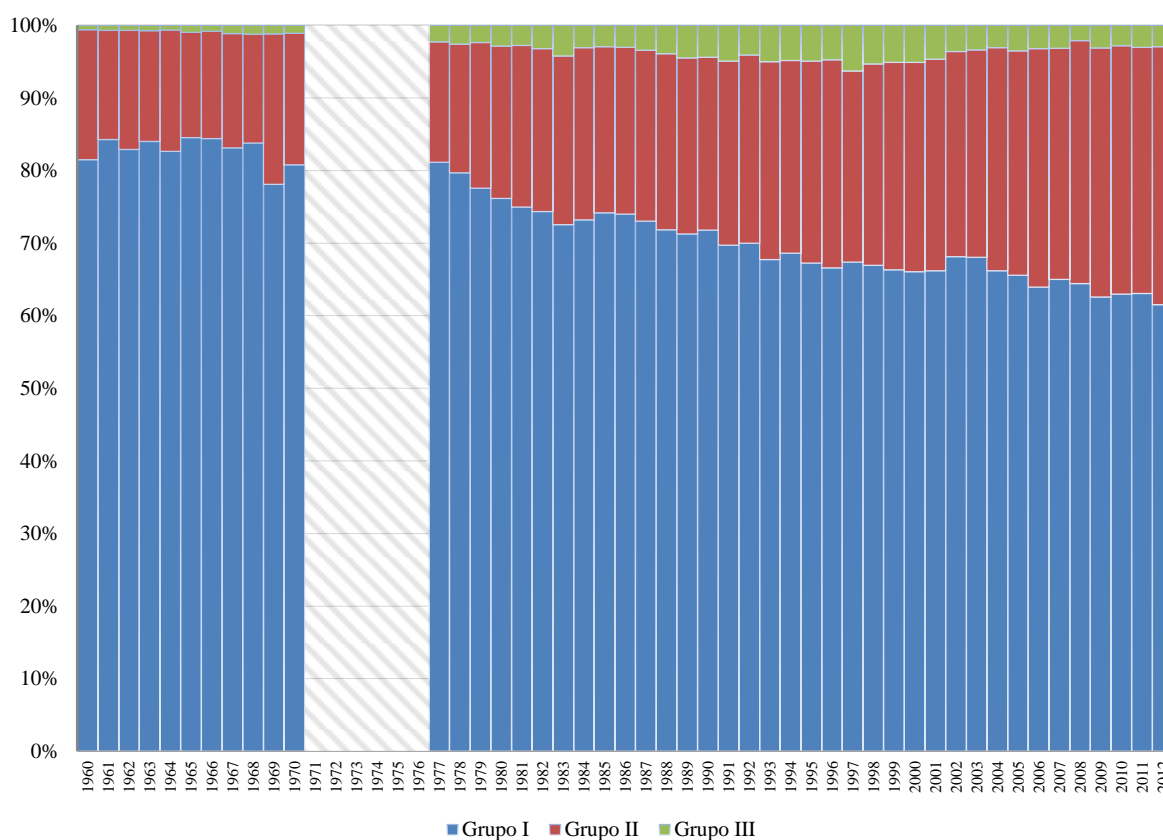
Sin información para los años 1971-1976.

En términos de mortalidad proporcional, si bien nos faltan datos para el periodo 1971-1976, en Figuras 12 y 13 podemos ver claramente cómo la fuerte reducción en la tasa de mortalidad por causas Grupo I ha llevado a una menor participación de esta causa en la composición de la mortalidad, tornándose más importante en la composición total la mortalidad por causas Grupo II y también Grupo III, cuyas reducciones fueron sustancialmente menores en el caso de las causas Grupo II e incluso inexistentes en el caso de las causas Grupo III. Sin embargo, aún al final del periodo, aproximadamente el 60% de la

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

mortalidad se debe a causas Grupo I, a diferencia de más del 80% al inicio del periodo. Las causas Grupo II pasan a explicar más del 35% de la mortalidad, a diferencia de aproximadamente el 20% al inicio, y las causas Grupo III el 3%, a diferencia de menos del 1%, tanto en varones como en mujeres. Se observa que las causas Grupo III llegan a representar hasta un 6,3% del total de muertes, indicando quizás un fenómeno que va más allá de números pequeños.

Figura 12. Mortalidad proporcional según grupos de causas, menores de 1 año, varones. Argentina, 1960-2012.



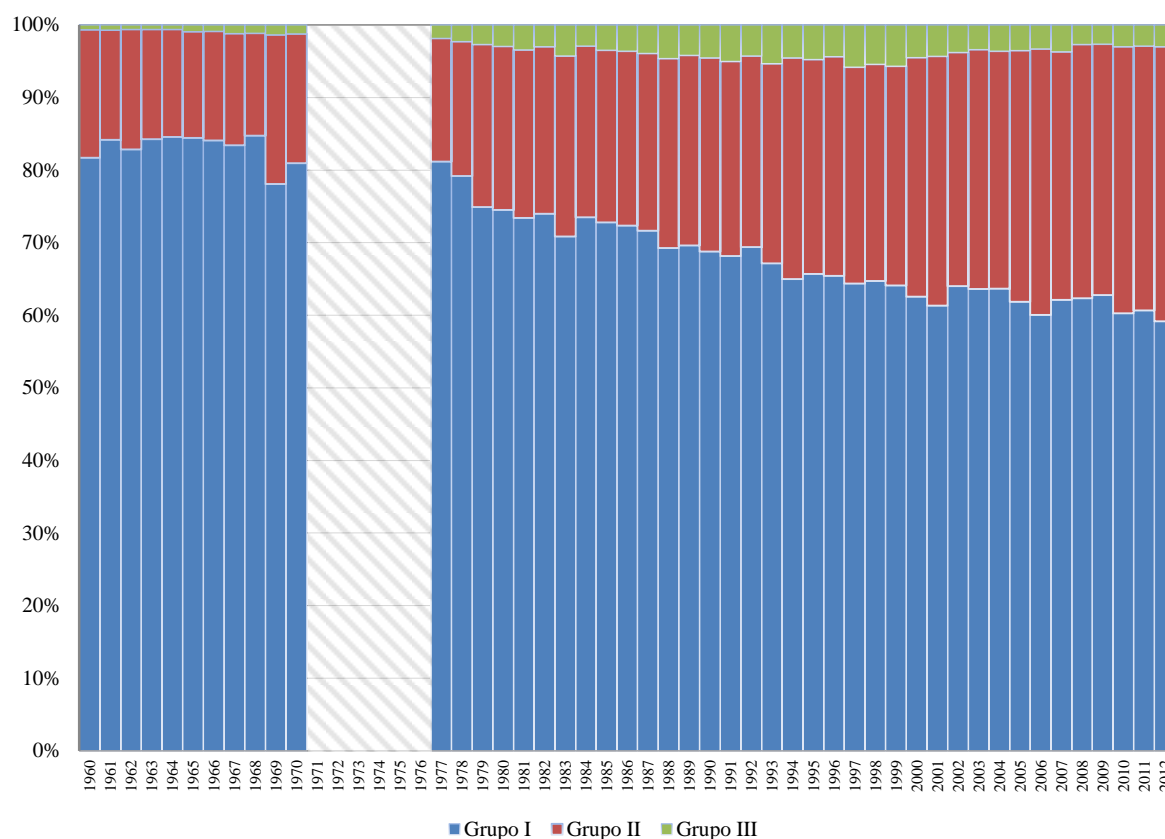
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 13. Mortalidad proporcional según grupos de causas, menores de 1 año, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

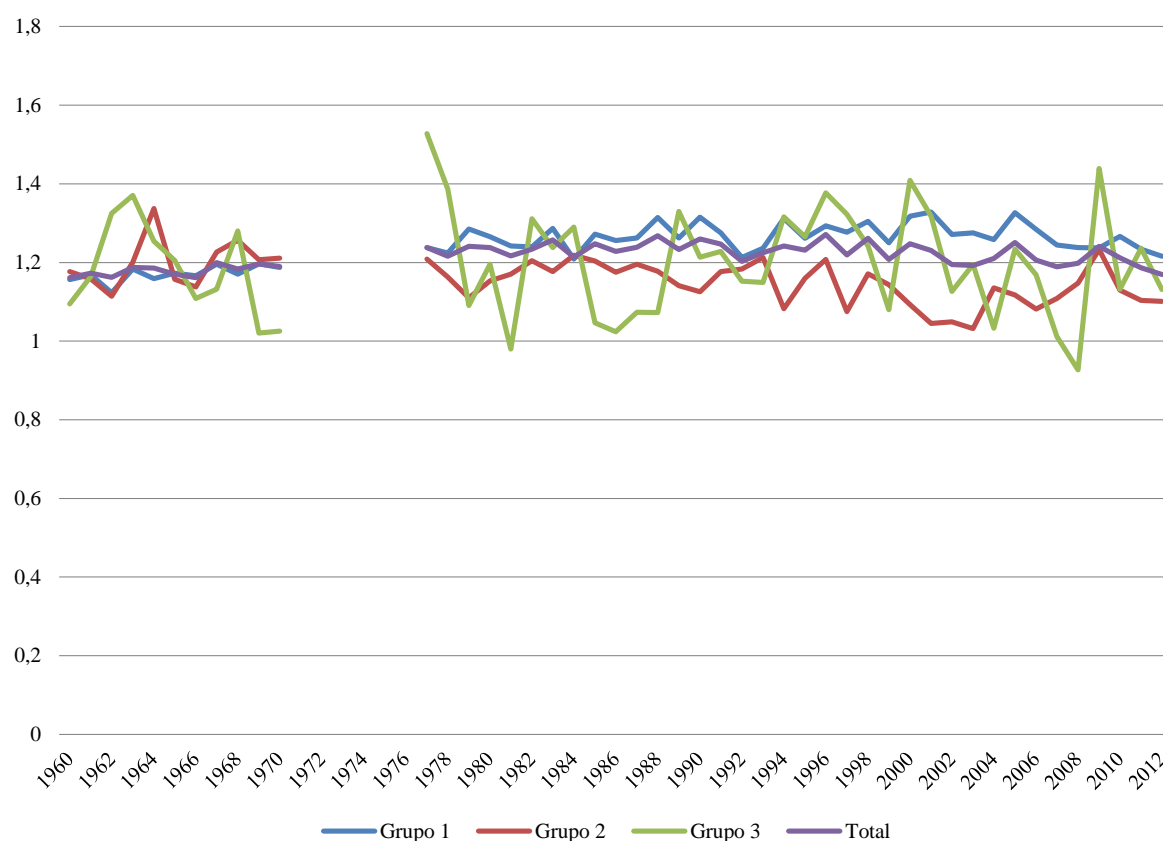
Sin información para los años 1971-1976.

La razón de mortalidad entre hombres y mujeres (Figura 14) no muestra grandes cambios a lo largo del periodo ni mucha diferencia por grupo de causas, aunque sí se visualiza una sobremortalidad masculina en todos los grupos de causas. La sobremortalidad masculina es mayor en las causas Grupo I que en las causas Grupo II, y el patrón de la razón de tasas para el total de las muertes sigue cercanamente a la razón de tasas por causas Grupo I, ya que este grupo es el más importante en la mortalidad infantil. Sin embargo, a partir de 1999 la razón de tasas por causas Grupo II tiende a acercarse a 1, haciendo que la razón de tasas para el total de las muertes se aleje del patrón de la razón de tasas por causas Grupo I. Quizás

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

debido a la poca cantidad de muertes, el Grupo III es el que más fluctuación presenta en la razón de tasas, mostrando los valores más altos y más bajos sin una clara tendencia.

Figura 14. Razón de las tasas de mortalidad por grupo de causas entre hombres y mujeres menores de 1 año. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

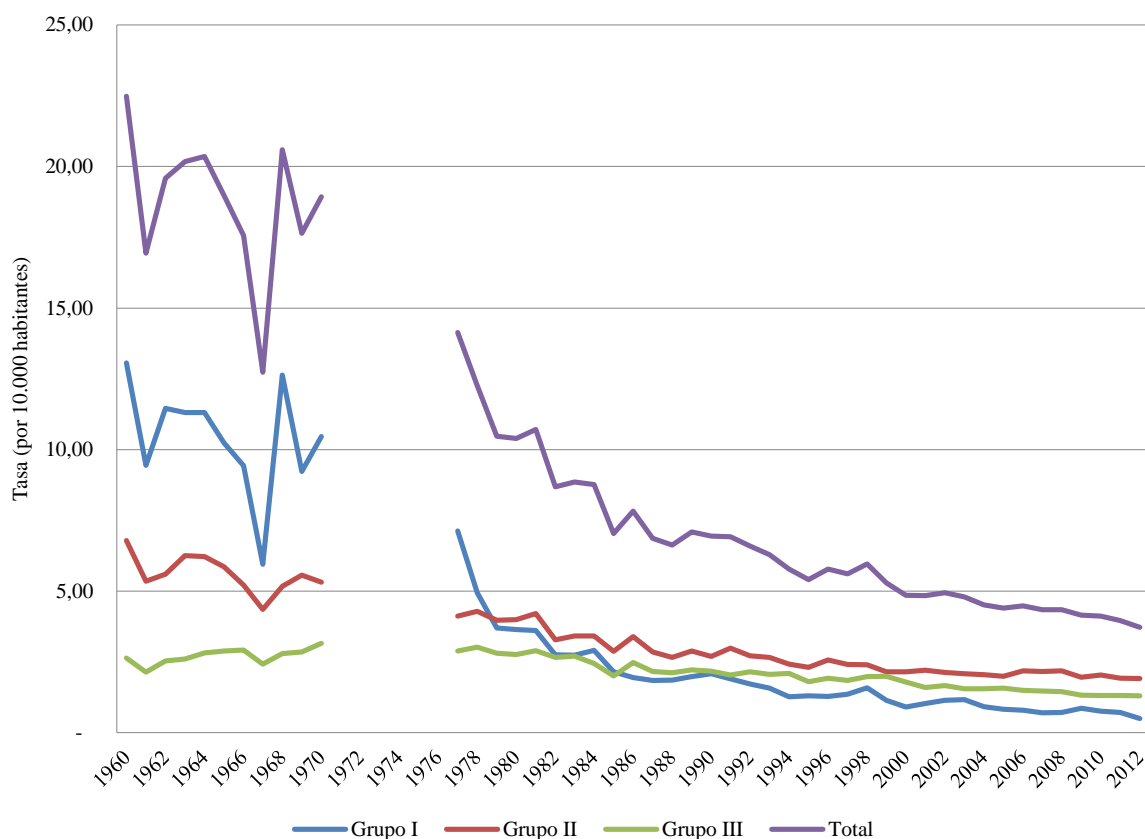
Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

5.2.2 Tendencia por sexo y causas, 1-9 años

Como podemos ver en las Figuras 15 y 16, al inicio del periodo, la tasa más alta corresponde a causas Grupo I, aunque también son importantes las causas Grupo II y III tanto en varones como en mujeres. En mujeres y varones, la tasa de mortalidad de 1-9 años sigue el comportamiento de la mortalidad por causas Grupo I, que demuestra un comportamiento muy errático al inicio del periodo, quizás debido a la mala calidad de datos, y luego una clara disminución anual a partir de 1977. Sin embargo, vemos que en mujeres, al no disminuirse tan rápidamente la mortalidad por causas Grupo II y especialmente Grupo III, entre los años 1979 y 1991, la mortalidad muestra un estancamiento, volviendo a descender luego de 1991 cuando empieza a disminuir la mortalidad por causas Grupo II y III. Luego de 1984, la tasa de mortalidad por causas Grupo I es menor a la mortalidad por causas Grupo II, y tiende a igualarse con la mortalidad por causas Grupo III, incluso siendo menor de ésta al final del periodo. En varones, sin embargo, la mortalidad de 1-9 años sigue bajando debido a la disminución constante de las causas Grupo II, y en menor medida las causas Grupo III. En varones, luego de 1979 la tasa de mortalidad por causas Grupo I es siempre menor que la de causas Grupo II, y es menor a la de causas Grupo III luego de 1991.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 15. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, varones. Argentina, 1960-2012.



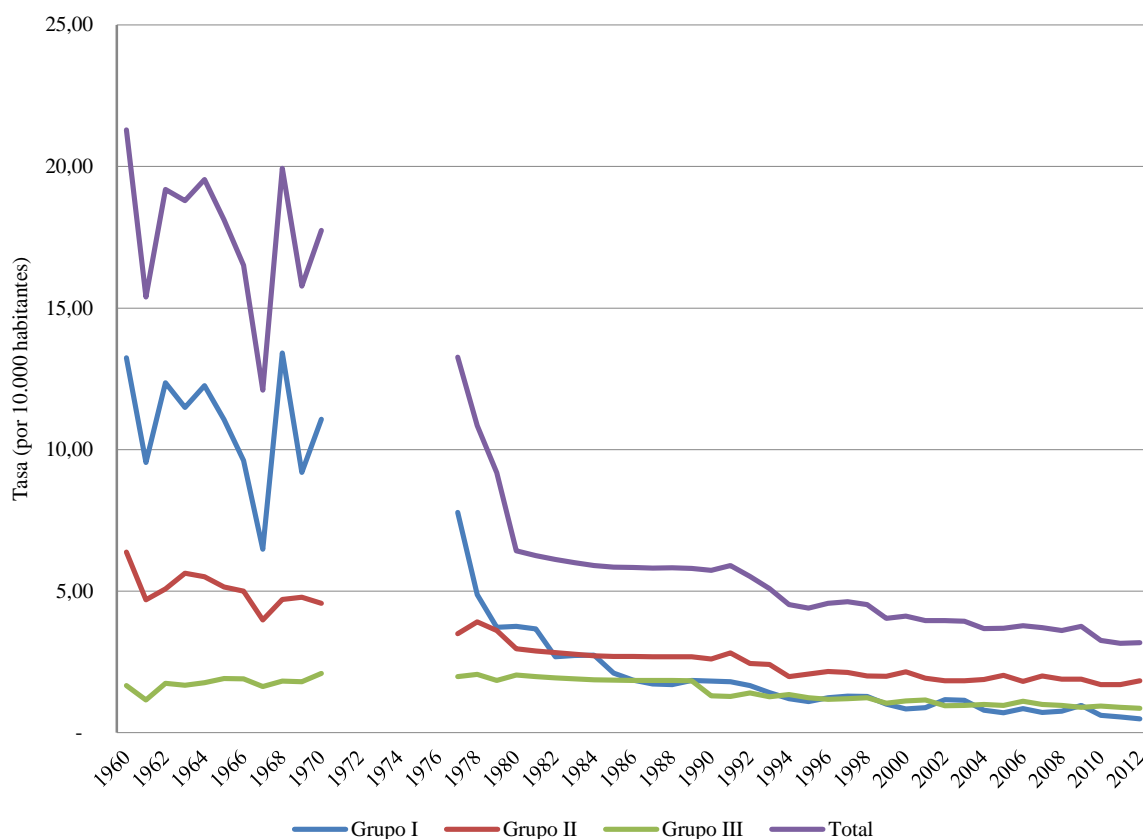
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 16. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

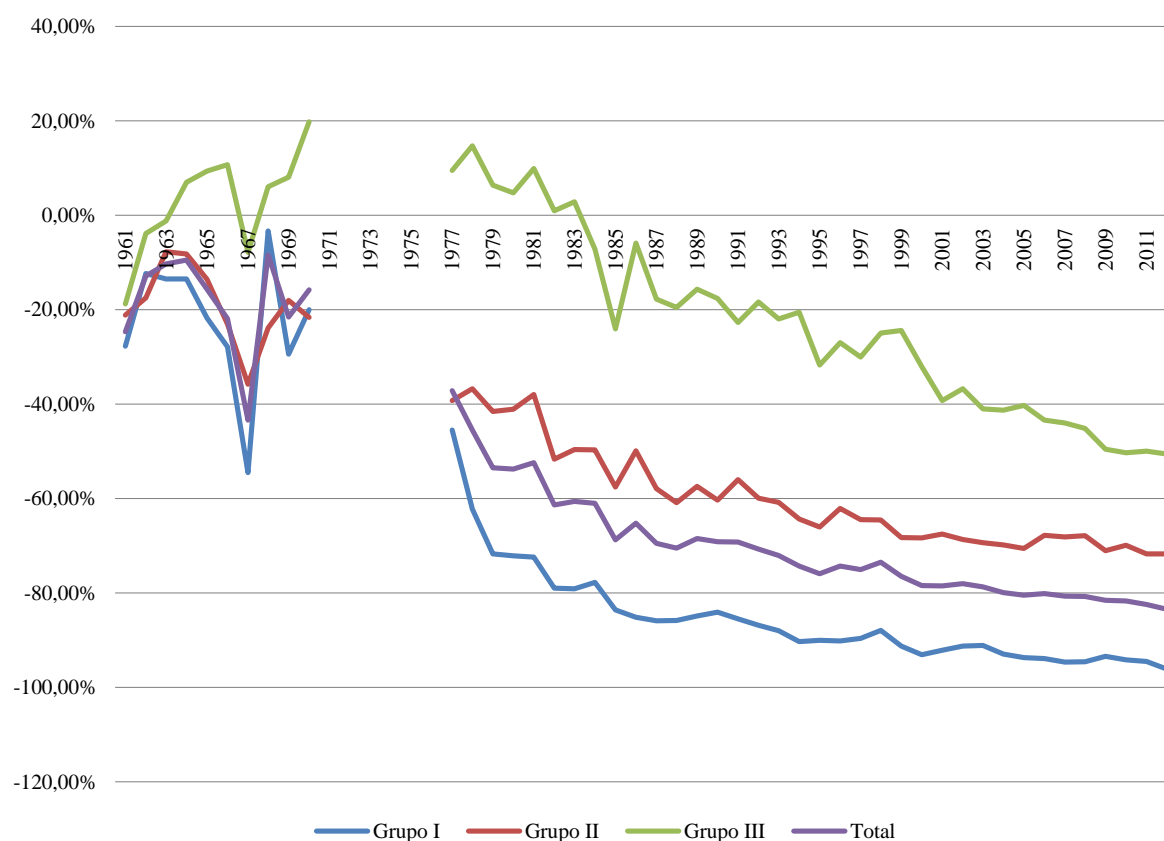
Sin información para los años 1971-1976.

La variación porcentual anual en Figuras 17 y 18 demuestra las grandes reducciones en la mortalidad por causas Grupo I tanto en hombres como en mujeres, llegando a más del 95% al final del periodo. Las causas Grupo II demuestran reducciones menores pero importantes, superando el 70% al final del periodo. Las causas Grupo III muestran algunas diferencias entre hombres y mujeres, reduciéndose más consistentemente en varones, pero al final del periodo se registra una reducción del más del 48% en ambos sexos. El comportamiento al principio del periodo, de 1960-1970, es muy errático aunque las causas

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Grupo I y II muestran más tendencia a reducirse que las causas Grupo III, que parecen incluso incrementarse en ese periodo.

Figura 17. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, varones. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

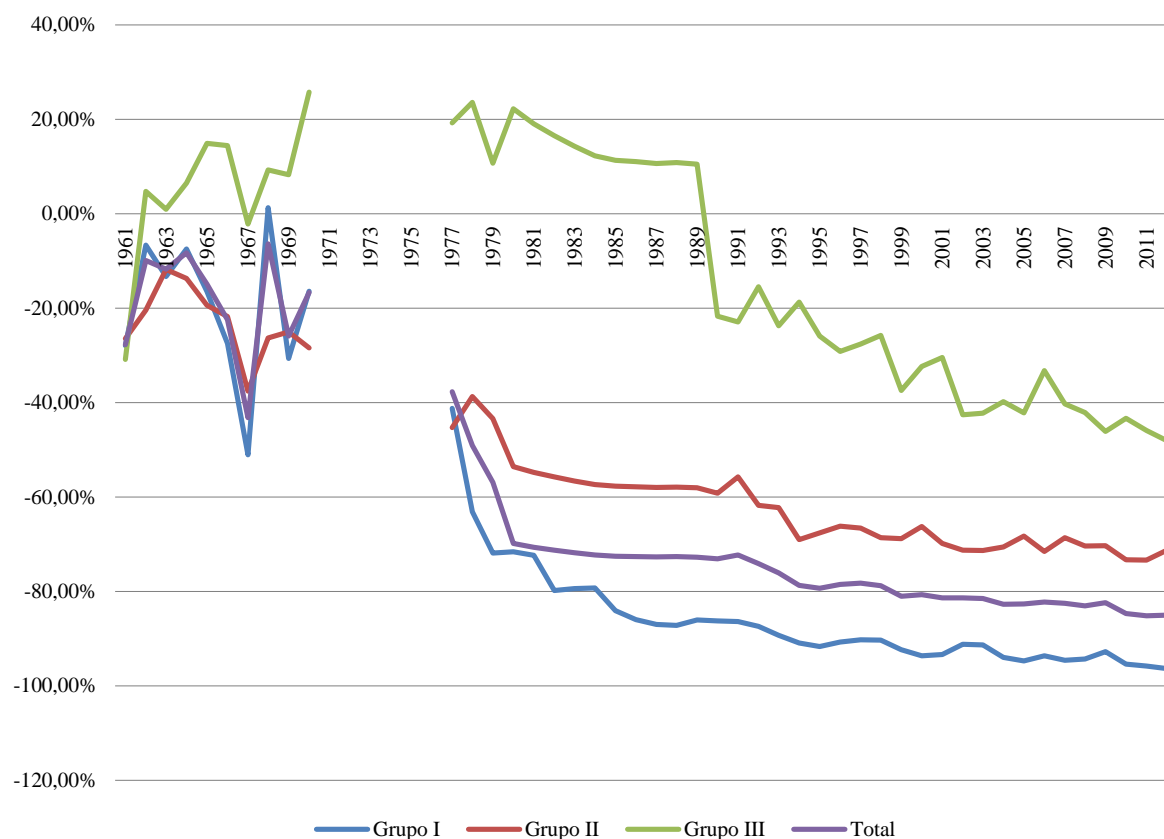
Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 18. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 1-9 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

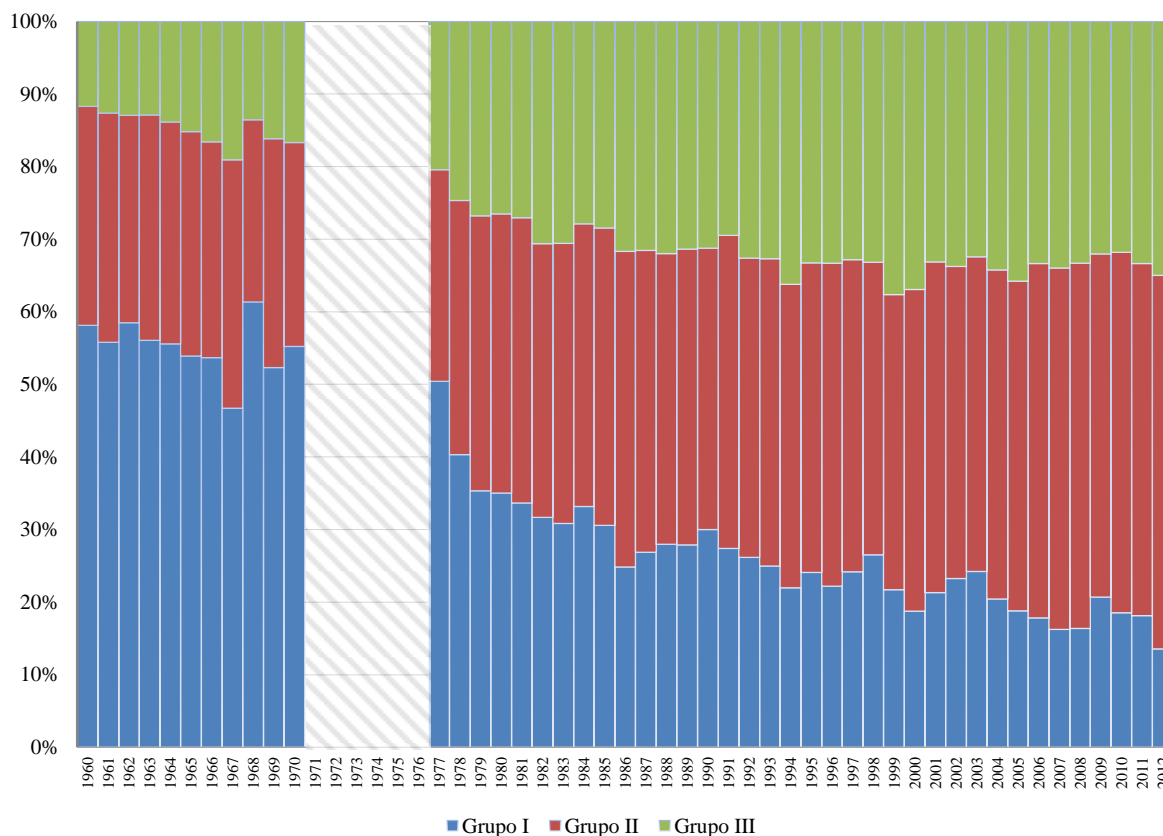
La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

Sin información para los años 1971-1976.

En las Figuras 19 y 20 vemos como, al igual que en menores de 1 año, la dramática reducción en la mortalidad por causas Grupo I ha llevado a que este grupo participe en solo el 15% aproximadamente de la mortalidad de 1-9 años al final del periodo, a diferencia de alrededor del 60% al inicio del periodo. La menor disminución de las causas Grupo II y III hacen que éstas se tornen más importante en la composición de la mortalidad de 1-9 años: el Grupo II pasa del 30% a más del 51% y el Grupo III del 10% al 30% aproximadamente. El patrón es similar en varones y en mujeres.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 19. Mortalidad proporcional según grupos de causas, 1-9 años, varones. Argentina, 1960-2012.



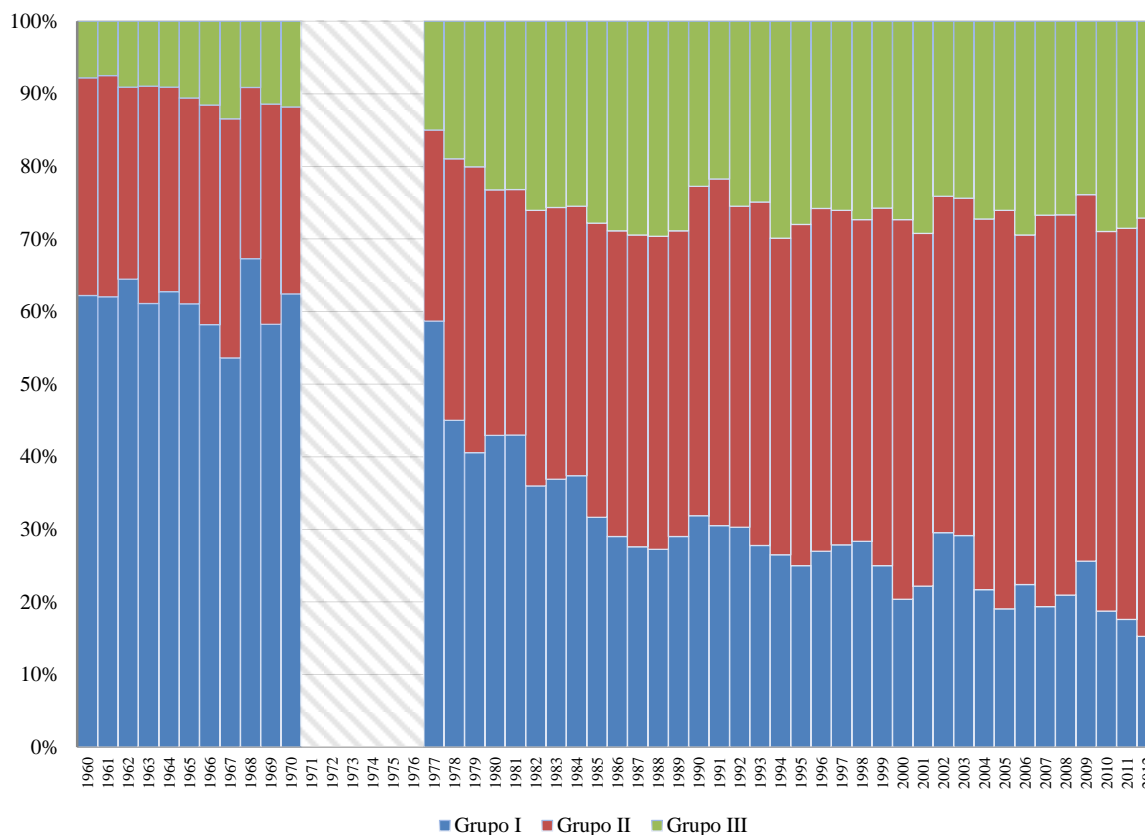
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciosas, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 20. Mortalidad proporcional según grupos de causas, 1-9 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

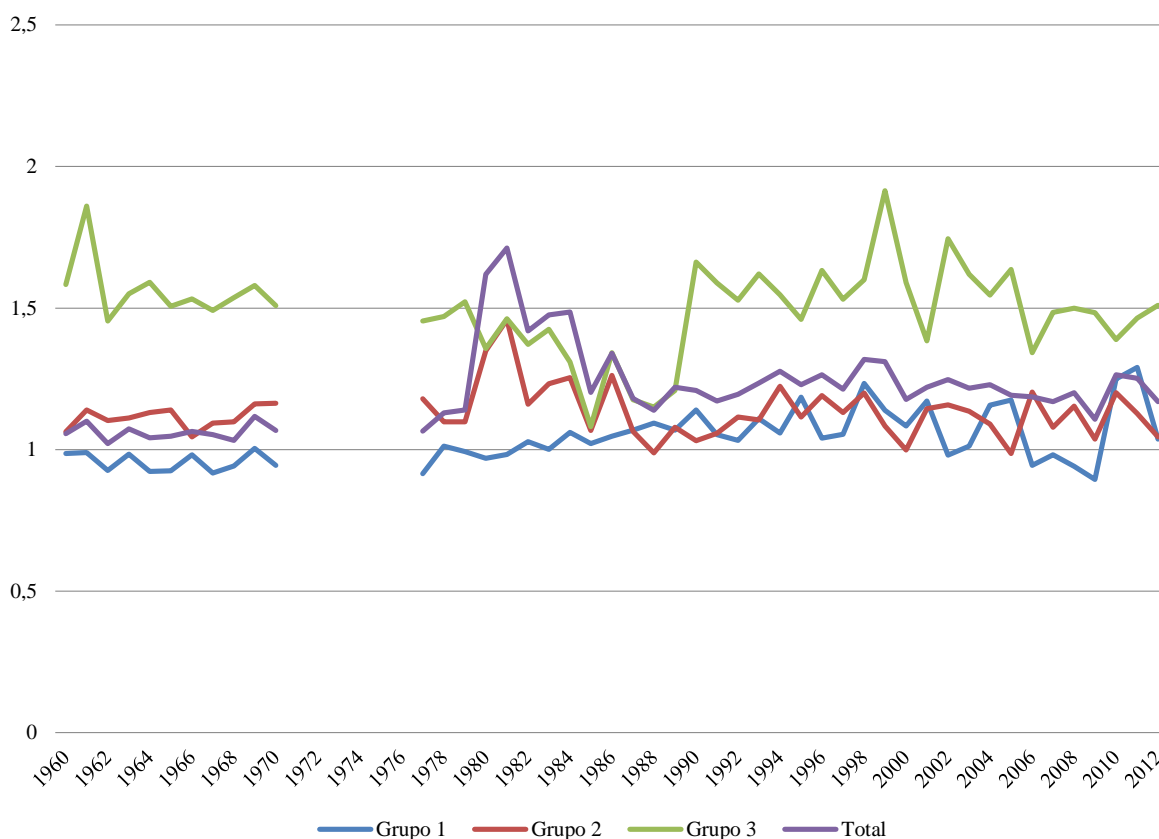
Notas: Grupo I = Causas infecciosas, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

La razón de tasas entre hombres y mujeres (Figura 21) indica una mayor mortalidad por causas Grupo III en varones, aunque las grandes fluctuaciones a lo largo del periodo dificultan la visualización de una tendencia en la razón de tasas para este grupo de edad. A partir de 1990, la razón de mortalidad por las causas Grupo III es siempre mayor a las razones por las demás causas y la razón de mortalidad total.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 21. Razón de las tasas de mortalidad por grupo de causas entre hombres y mujeres, 1-9 años. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a. -b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

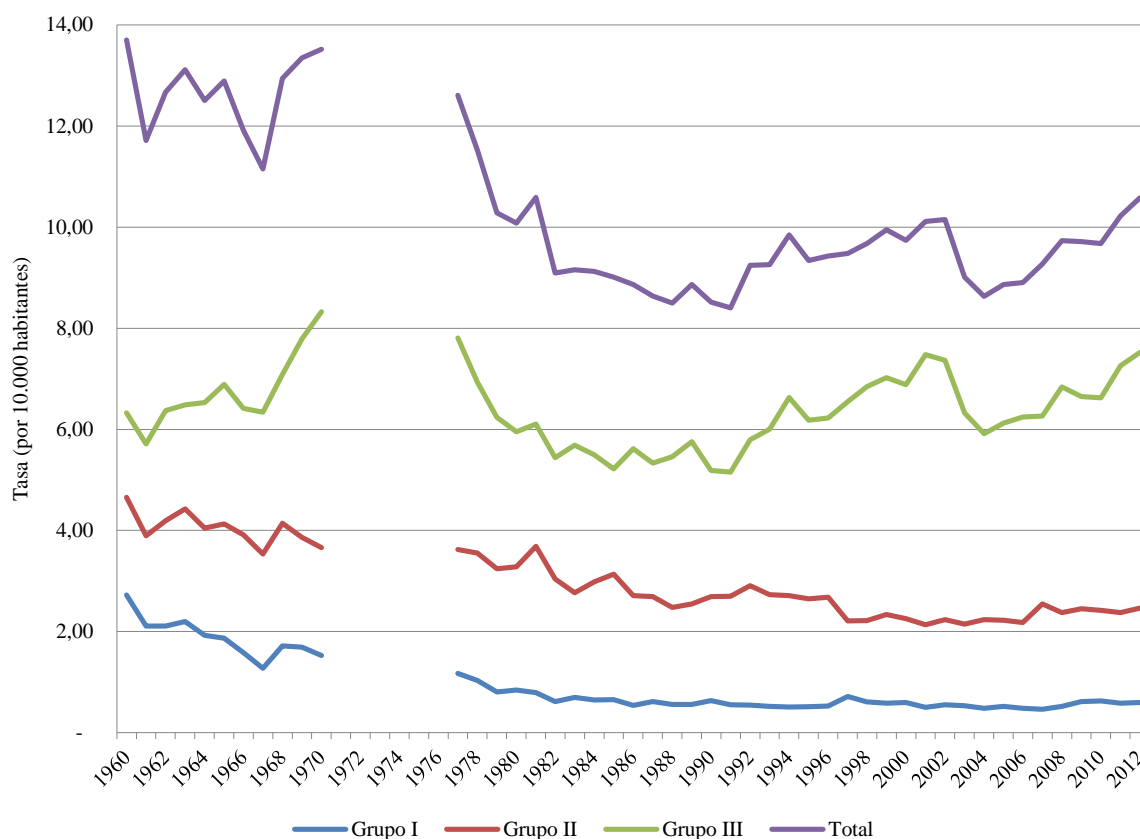
Sin información para los años 1971-1976.

5.2.3 Tendencia por sexo y causas, 10-24 años

Desde el comienzo del periodo ya se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres en este grupo de edad (Figuras 22 y 23).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 22. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.



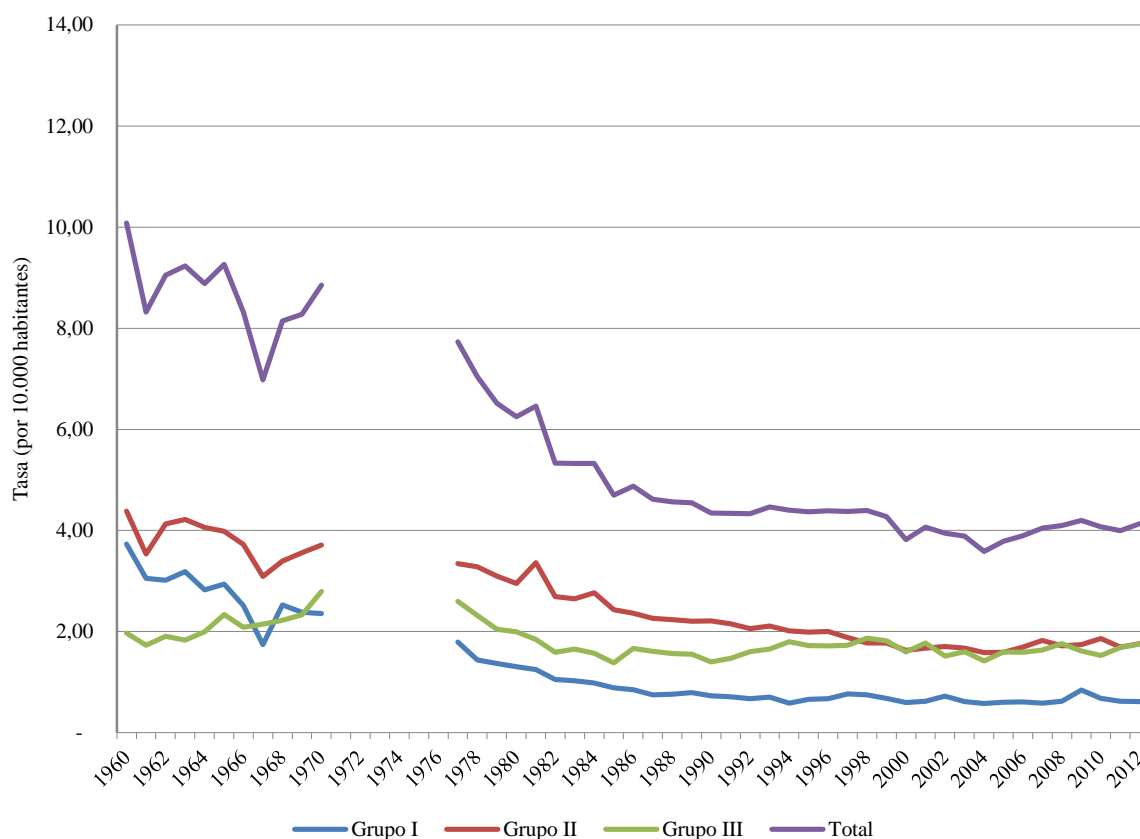
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 23. Tendencia de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

En hombres, se encuentra que la mayor mortalidad se debe a las causas Grupo III, y el comportamiento de la tendencia general parece seguir la tendencia en las causas Grupo III. Hay un fuerte incremento en la mortalidad por causas Grupo III a partir de 1967, aunque como hemos observado anteriormente, esto se puede deber al cambio en las fuentes que se tomaron para estos datos de mortalidad. Luego de 1977 la mortalidad por causas Grupo III baja, entre 1982 y 1993 se estanca, y entre 1990 y 2002 hay una clara tendencia de aumento que corresponde también a un aumento en la mortalidad total en estas edades. Después de bajarse fuertemente, a partir de 2004 volvemos a ver un aumento en la mortalidad por causas Grupo III que sigue hasta el final del periodo. Correspondientemente, la mortalidad total

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

también aumenta en este periodo. La mortalidad por causas Grupo II y III demuestran una tendencia de disminución o estancamiento a lo largo del periodo, pero no lo suficiente para influenciar el comportamiento de la mortalidad general.

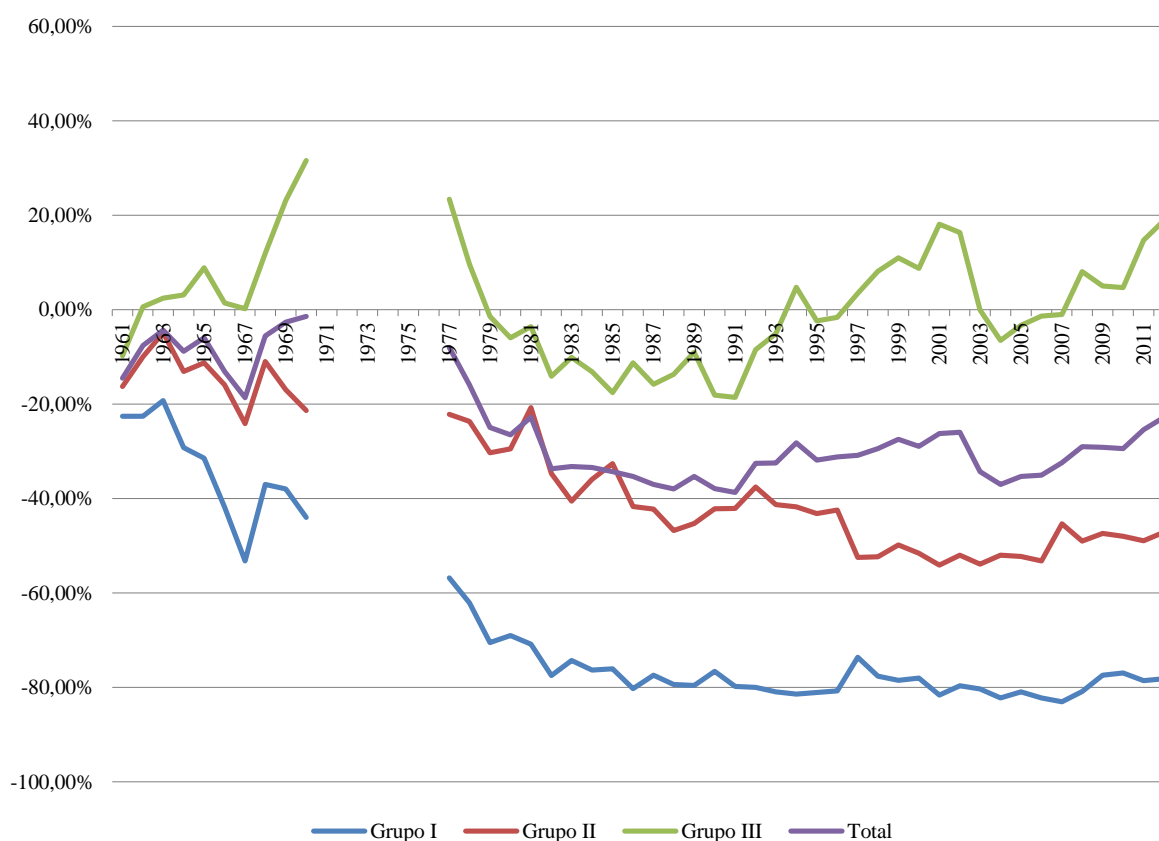
En mujeres, la mortalidad más alta al inicio del periodo se debe a las causas Grupo II, seguidas por las causas Grupo I y finalmente las causas Grupo III. Las causas Grupo I y II demuestran una tendencia de baja a lo largo del periodo, especialmente hasta 2001 y 1994 respectivamente. Sin embargo, a partir de 1990 se visualiza una tendencia de aumento en la mortalidad por causas Grupo III que dura hasta 1999, y luego un estancamiento en la tendencia de mortalidad para este grupo de causas. El estancamiento en la mortalidad por causas Grupo I, el aumento por causas Grupo III, y la disminución por causas Grupo II producen un estancamiento en la mortalidad de 10-24 años entre 1989 y 1999. Luego de una disminución entre 2002-2004, la mortalidad total demuestra una tendencia a incrementarse, hasta 2010, respondiendo a otro periodo de aumento de mortalidad por causas Grupo II y Grupo III y el estancamiento de las causas Grupo I. Al final del periodo las causas Grupo I muestran la menor mortalidad, y las causas Grupo II y III tienden a igualarse.

La variación porcentual (Figuras 24 y 25) registra una importante reducción en causas Grupo I tanto en hombres como en mujeres, llegando al alrededor del 80% en ambos casos. En hombres se llega a este porcentaje de mejoría con respecto al primer año en 1986 y en mujeres en 1987; en hombres no hay más reducción a partir de ese año y en mujeres hay muy poca. En hombres hay una tendencia de reducción en las causas Grupo II, pero el comportamiento es errático y la mayor reducción se logra en 1997, luego de estancarse en alrededor del 50% o incluso desmejorarse. En mujeres la reducción es algo más marcada, pero también se observa un estancamiento a partir de 1999 en este grupo de causas, luego de haber alcanzado un 60%. En hombres, las causas Grupo III nunca muestran una mejoría mayor al 20% en relación al primer año y muestran inclusive periodos de incremento. En mujeres y en hombres, se ve un incremento en las causas Grupo III durante el periodo de 1960-1970. Cuando retoma, sin embargo, la información en 1977, se visualiza una tendencia de reducción. Cerca de 1993 en hombres y 1994 mujeres, los valores se aproximan a los de 1960 (aunque en mujeres los valores se mantienen por debajo). Luego en hombres hay un periodo de incremento y rápido descenso hasta que vuelven a parecer los valores de 1960, y finalmente un último periodo de incremento. Al final del periodo, en varones las causas Grupo III registran un nivel de 18,93% mayor al primer año del estudio. En mujeres la

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

mortalidad por causas Grupo III desciende en relación a 1960, pero a final del periodo, apenas se visualiza una reducción del 11% en comparación con este año.

Figura 24. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

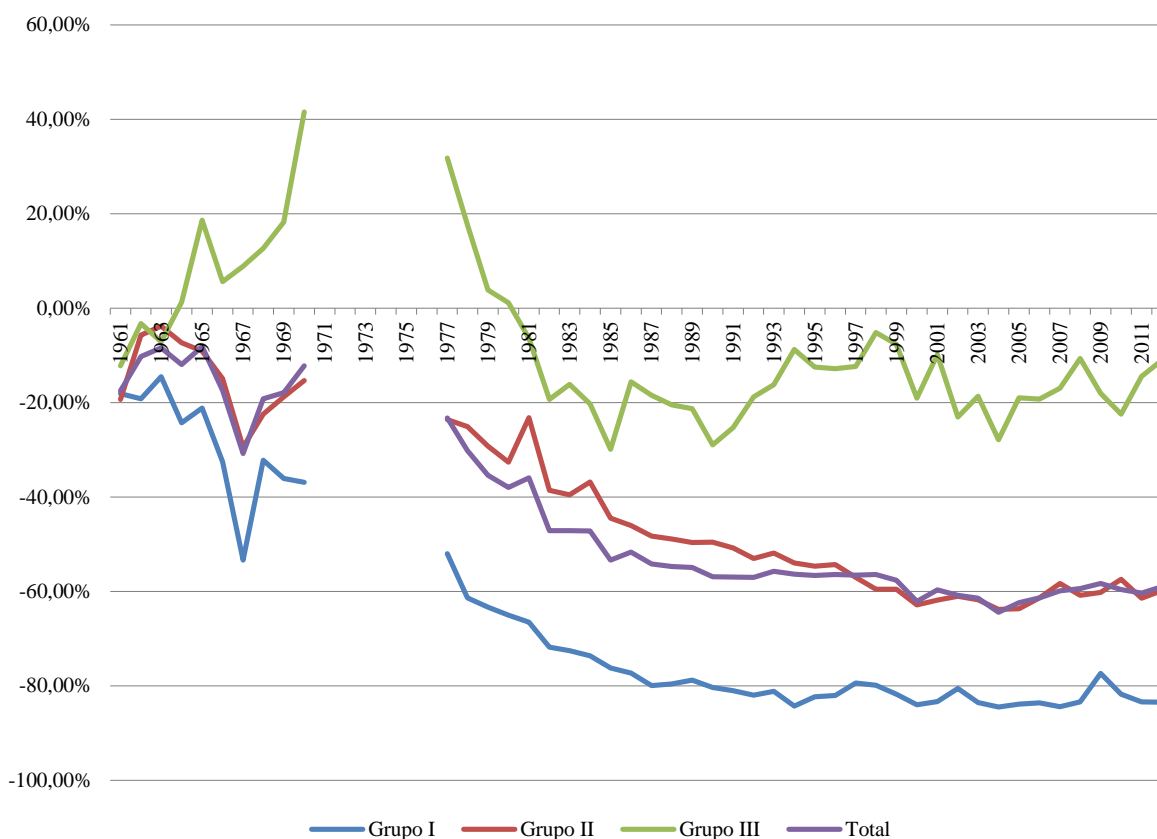
Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 25. Variación porcentual de las tasas de mortalidad según grupo de causas, 10-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

La variación porcentual anual se calculó tomando el año 1960 como año de referencia.

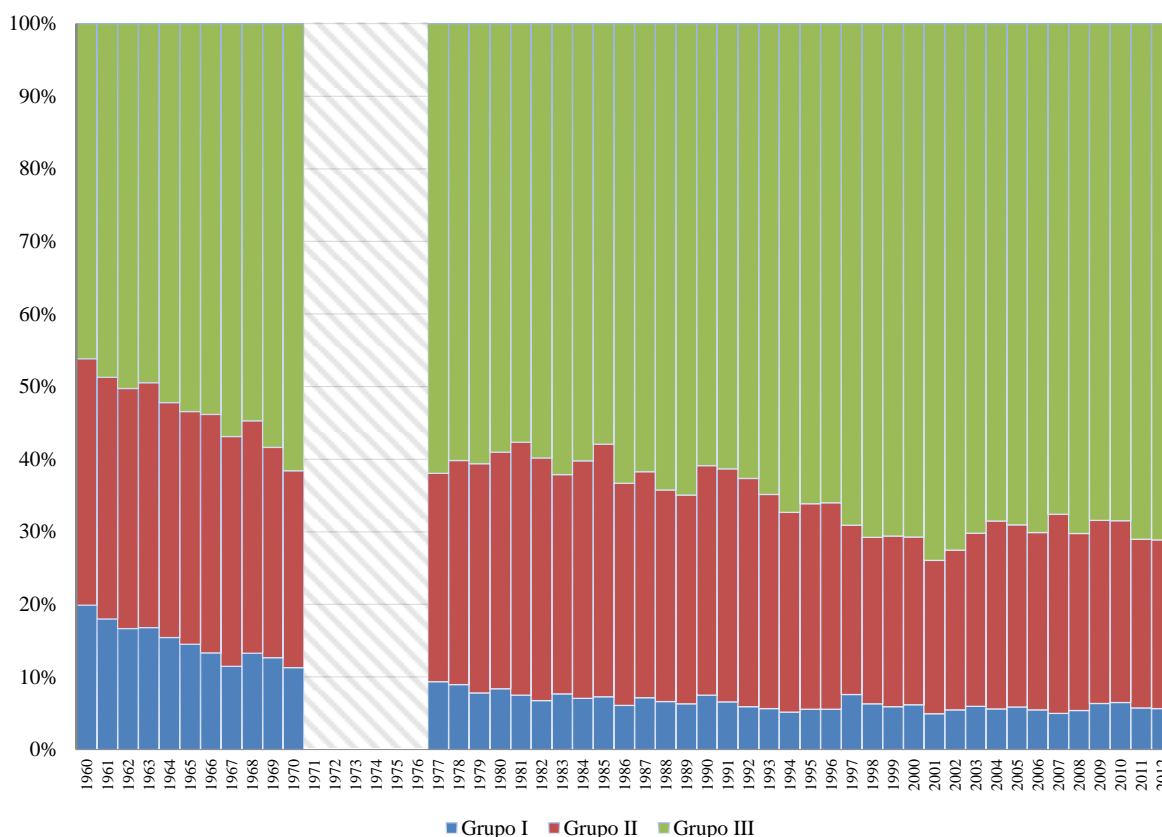
Sin información para los años 1971-1976.

Al focalizar nuestra atención a la mortalidad porcentual en este grupo de edad (Figuras 26 y 27), vemos que en varones la ya baja contribución de las causas Grupo I en la composición de la mortalidad –quizás debido en parte a que las muertes maternas están incluidas en este grupo– va disminuyendo a lo largo del periodo, pasando del 19,87% al 5,62%. El porcentaje de la mortalidad por causas tipo II también disminuye, pasando del 33,96% al 23,27%. Estas disminuciones corresponden, entonces, a una mayor importancia de

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

las causas Grupo III en la composición de la mortalidad, pasado del 46,17% al 71,11% para el final del periodo.

Figura 26. Mortalidad proporcional por grupo de causas, 10-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.



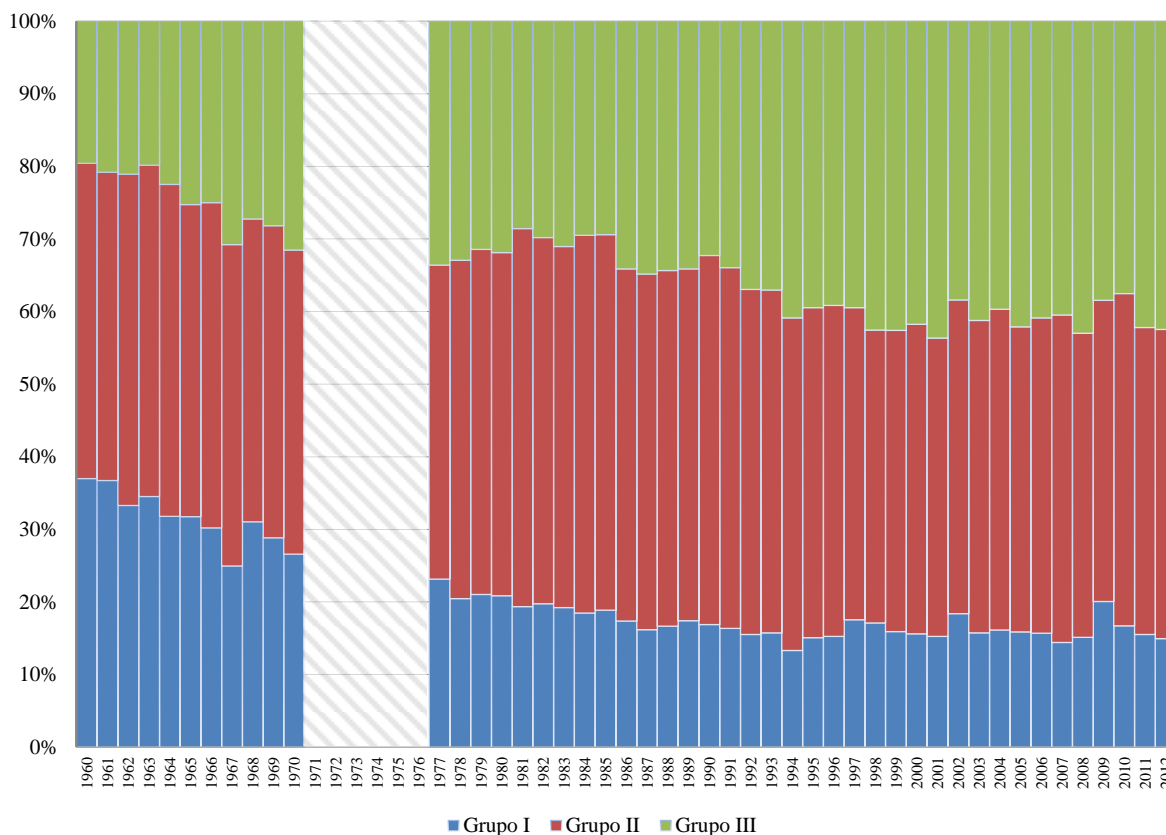
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Figura 27. Mortalidad proporcional por grupo de causas, 10-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

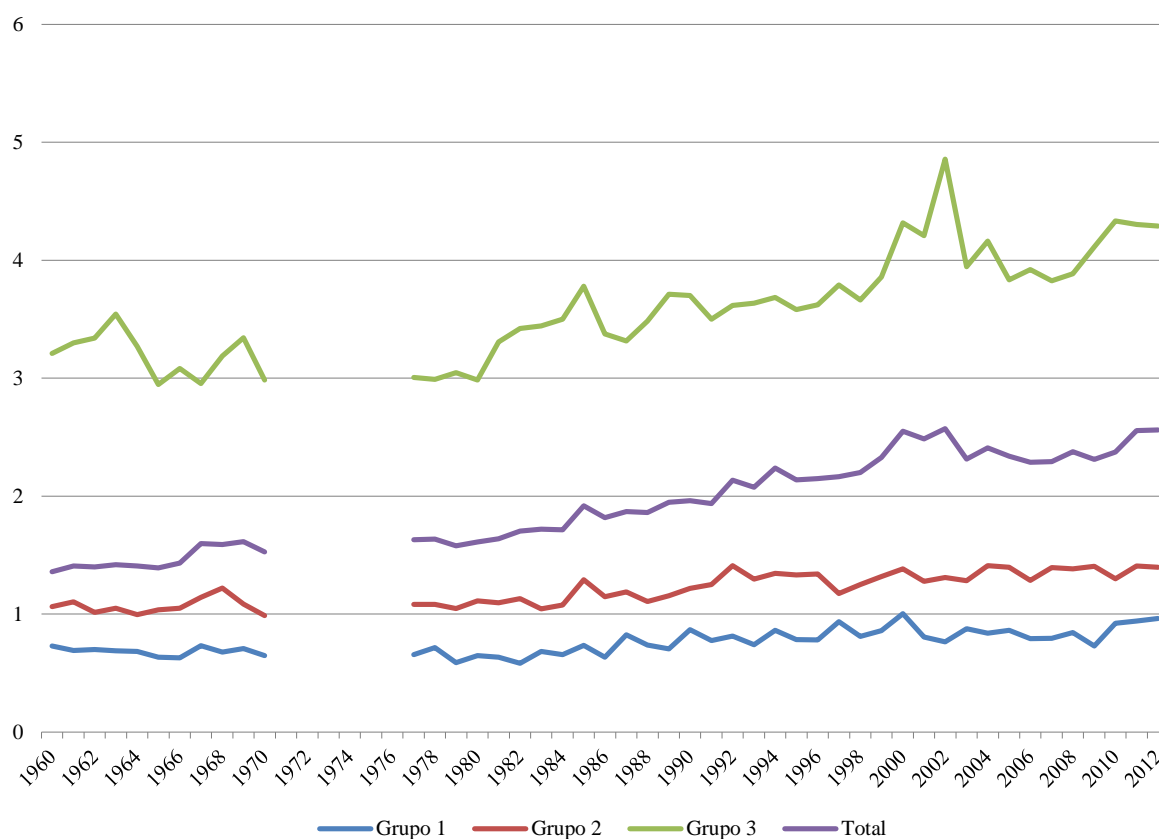
En mujeres también se nota la disminución de las causas Grupo I en la composición de la mortalidad, pasando del 37,00% al 14,93%. Las causas Grupo II conforman aproximadamente un 45% de la mortalidad general a lo largo del periodo, con poca variación. Las causas Grupo III, entonces, también pasan a ocupar mayor importancia en la composición de la mortalidad en mujeres, pasando del 19,55% al inicio del periodo al 42,45% al final del periodo.

En la Figura 28 vemos que hay mayor mortalidad en mujeres por las causas Grupo I (incluye las causas maternas que podrían afectar este grupo de edad) aunque al final del periodo se visualiza lo que quizás podría ser una tendencia a disminuirse esta diferencia. Hay

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

una pequeña sobremortalidad masculina por causas Grupo II, pero la razón de tasas entre hombres y mujeres claramente demuestra una creciente brecha entre hombres y mujeres en la mortalidad debido a la las causas Grupo III. La sobremortalidad masculina llega a su punto máximo en 2002 con una razón de tasas de casi 5 por las causas violentas, y para el final del periodo sigue arriba de 4.

Figura 28. Razón de las tasas de mortalidad por grupo de causas entre hombres y mujeres, 10-24 años. Argentina, 1960-2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de de Camisa (1965), CELADE (2012), INDEC (s.a.-b), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, las bases de los informes estadísticos de defunción, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b) y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas: Grupo I = Causas infecciones, nutricionales, perinatales y maternas; Grupo II = Causas no transmisibles; Grupo III = Causas violentas.

Sin información para los años 1971-1976.

6. DISCUSIÓN

Empezaremos este apartado discutiendo los principales resultados de nuestro estudio. Luego nos detendremos en algunas cuestiones histórico-sociales que competen a la comparabilidad y la calidad de los datos, subrayando las limitaciones que implican para el presente estudio. Finalmente, retomaremos la discusión de la teoría de transición epidemiológica, planteando otras miradas sobre los fenómenos en juego.

6.1 *Tendencia de la mortalidad por edad y sexo*

Esta investigación ofrece un panorama de la tendencia de la mortalidad en personas jóvenes de 0-24 años en Argentina a lo largo de 65 años, algo que no hemos encontrado en ningún otro estudio. La mayor reducción en la mortalidad en estos grupos de edad se observó en el grupo de edad de 1-4 años, de tal manera que entre 1960-2012, la reducción fue del 88,03% y la mortalidad en este grupo de edad era menor a la de varones de 15-24 años e igual a la de mujeres de 15-24 años. La reducción de este grupo de edad fue similar en varones y en mujeres, así como la reducción en la mortalidad infantil (82,13%) y el grupo de edad de 5-9 años (75,67%). Recién a partir del grupo de edad de 10-14 años se empiezan a visualizar diferencias en la reducción de la mortalidad entre varones y mujeres (56,91% y 67,49% respectivamente) que aumentan en los siguientes grupos de edad. Estas diferencias por sexo se visualizan claramente en la razón de tasas de mortalidad entre hombres y mujeres, llegando a 3 en el grupo de edad de 20-24 años y de 2,5 en el grupo de edad de 15-19 años para el final del periodo. Es llamativo que en nuestro estudio la mortalidad en varones de 15-24 registre apenas una reducción del 20% al final del periodo en relación al año 1960, cuando todos los grupos de edad en mujeres y todos los demás grupos de edad en varones registraron una reducción de más del 50%. Si miramos la variación porcentual para toda la serie, las observaciones son similares (ver Apéndice H3).

Estos resultados para los grupos de edad de 1-24 años son similares a los observados en el estudio de Viner *et al.* (1). En la tendencia en Argentina se ve la misma reducción dramática en las tasas de 1-4 años. En hombres, esto implica que se produce un cruce en las tendencias de mortalidad entre el grupo de edad de 1-4 años y los grupos de 15-19 y 20-24 años, haciendo que al final del periodo, las tasas en el grupo más joven sean más bajas que en

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

el grupo de mayor edad. En mujeres se ve una igualación entre las tasas en niñas de 1-4 años y las de 15-24 años, con una tendencia general de baja en todas las edades. Lo que observamos de diferente en nuestro estudio, sin embargo, es que la mortalidad en hombres de 15-24 años muestra un estancamiento e incluso unos periodos de aumento en las últimas tres décadas de la serie. En términos de mortalidad en adolescentes, nuestros resultados para Argentina coinciden con los resultados de Myschazula (2006) para la Ciudad de Buenos Aires en observar un aumento en la mortalidad en el periodo de 1991-2001 en hombres de 15-19 años y menor descenso en la mortalidad en todas las edades en comparación con 1980-1990. En particular, nuestros resultados reafirman los hallazgos de Serfaty y colaboradores (2003), quienes vieron un incremento en la mortalidad en varones de 15-24 años entre 1991-2000, y Yunes y Zubarew (1999), que registran un incremento en este grupo entre los años 1980-1996.

Si bien no usamos exactamente el mismo periodo ni los mismos años de comparación que usaron Viner *et al.* (2011) y Rojas Cabrera, Santillán Pizarro y Pujol (2013), el patrón de las reducciones es similar: hay mayor reducción en el grupo de edad de 1-4 años, seguido por el grupo de edad de 5-9 años y 10-14 años, con reducciones similares en ambos sexos. En el grupo de edad de 15-19 años se observa menos reducción en ambos sexos, pero en varones esta reducción es mucho menos que en mujeres.³⁹ Las diferencias en la reducción de la mortalidad entre los sexos en este grupo de edad en nuestro estudio es mayor a la diferencia observada en el trabajo de los/as otros/as investigadores/as. Finalmente, el grupo de varones de 20-24 años registra la menor reducción de todos los demás grupos, aunque similar a la reducción vista en el grupo de varones de 15-19 años, mientras las mujeres de 20-24 años registran cambios en la mortalidad similares a los del grupo de mujeres de 10-14 años.

En términos de mortalidad infantil, podemos ver que la baja del 82,13% que observamos es coherente con otros estudios (Escudero & Massa, 2006; UN IGME, 2013). La mayor reducción vista en el grupo de edad de 0-4 años también condice con los estudios que demuestran mayores reducciones en mortalidad en menores de 5 en relación a la mortalidad infantil (UN IGME, 2013; Mazzeo 2007; Pantélides, 1983). Varios autores señalan que estos logros en la mortalidad infantil aún no alcanzan los vistos en otros países (Escudero & Massa, 2006; Celton & Ribotta, 2004, Ceballos, 2005).

³⁹ En el trabajo de Rojas Cabrera *et al.*, la reducción observada en mujeres de 10-14 años es menor a la reducción en mujeres de 15-19 en Argentina. Las autoras atribuyen esto, y las reducciones menores que ven en general en Argentina, a que la mortalidad ya partía de tasas más bajas al inicio del periodo. No incluyen el grupo de edad de 20-24 años.

6.2 Tendencia de la mortalidad por edad, sexo y causas

La mortalidad en menores de 1 año se debe mayormente a las causas Grupo I, y aunque las causas Grupo I y II fueron reduciéndose a lo largo del periodo, la mayor reducción en causas Grupo I hizo que la mortalidad porcentual por causas Grupo I sea cada vez menor. Parece haber un aumento en la importancia de causas Grupo III pero como los números son pequeños es difícil afirmar una tendencia. Es reconocido que la mortalidad infantil está mayormente compuesta por las causas Grupo I, y que el descenso en la tasa de mortalidad infantil se relaciona con la reducción en la mortalidad por estas causas (Mathers, Lopez & Murray, 2006). Consecuentemente, las causas Grupo II y III, cuya mortalidad no desciende con la misma rapidez, se tornan más importante en la mortalidad en general de esta edad.

En el grupo de edad de 1-9 años la mortalidad por causas Grupo I redujo de tal forma que para el final del periodo la tasa para causas Grupo I era menor a la tasa por los demás grupos de causas. Aunque se registraron reducciones en la mortalidad por los tres grupos de causas, la reducción en causas Grupo I fue mucho mayor, superando el 95% en relación a 1960. En ambos sexos las causas Grupo II y III se tornan más importantes en la composición de la mortalidad. La razón de tasas puede indicar que las diferencias en la mortalidad entre hombres y mujeres de esta edad son mayores por las causas Grupo III. En México en 1999, también se vio mayor mortalidad por accidentes en varones en edad preescolar (INMUJERES, 2003). El comportamiento de las tasas en esta edad es similar a lo visto en el estudio de Viner *et al.* (2011), quienes además observan además que a partir de 1980, la proporción de causas Grupo I y II conjuntamente representan aproximadamente el 75% de la mortalidad a partir de 1980, con poco cambio en la segunda mitad de la serie. Algo similar puede observarse en nuestros resultados.

Las causas Grupo III claramente son las causas más importantes en varones de 10-24 años. En ningún momento de la serie demuestran gran tendencia a disminuirse, de hecho, en varios momentos demuestran tendencia de aumento. De esta manera, para el final del periodo se observa un incremento del 18,93% respecto a 1960. Este grupo de causas explica el 71,11% de la mortalidad en hombres al final del periodo. Las causas Grupo III también son importantes en mujeres. Para el final del periodo, la tasa por causas Grupo III mostró una reducción de solo un 11,00%, una reducción que ya se había alcanzado en 1981 y que mostró grandes fluctuaciones a partir de ese momento. Al final del periodo, el 42,45% de la mortalidad en mujeres se debía a las causas Grupo III. Ambos sexos muestran una reducción

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

importante por las causas Grupo I y II, pero en hombres y especialmente mujeres, la reducción en la importancia de causas Grupo I implicaron un aumento en la importancia de las causas Grupo III en la mortalidad porcentual. La razón de tasas sugiere que la diferencia en la mortalidad entre hombres y mujeres se explica por la diferencia en la mortalidad por causas Grupo III, ya que muestra un valor de 4 para este grupo de causas al final del periodo.

Estos resultados siguen cercanamente los resultados del estudio de Viner *et al.* para Centro y Sud América. Dicho estudio encontró también un aumento en la importancia de las causas Grupo III y hombres y mujeres jóvenes, explicando el 70% y el 30% de la mortalidad al final del periodo, respectivamente. Mientras las tasas por causas Grupo I y II bajan a lo largo del periodo para ambos sexos, las causas que componen el Grupo III muestran tendencias de aumento tanto en mujeres como en varones. Se ha reconocido que si bien las tasas son más bajas en mujeres que en hombres, las causas por violencias también constituyen un problema para las mujeres latinoamericanas (UNODC, 2011).

6.3 Revisiones de la CIE

El presente estudio basa sus resultados sobre seis sistemas de clasificación de muertes, todas versiones de la CIE (Revisión 7, Lista A; Revisión 7, Lista B; Revisión 8, Lista A; Revisión 9, Listado Básico de Tabulados; Revisión 9, 4 dígitos; Revisión 10, 4 dígitos) provenientes de varias fuentes de organismos nacionales e internacionales. Cada nueva revisión implica cierta pérdida de comparabilidad con la versión anterior (Meslé y Vallin, 1996; Janssen & Kunst, 2004; National Center for Health Statistics, 1980). El sistema de clasificación en tres grupos primero fue descrito para la revisión 9 (Murray & Lopez, 1996) y luego para la revisión 10. Posteriormente se hizo la adaptación para revisiones anteriores. Esta adaptación de las revisiones 7 y 8 a categorías generadas para las revisiones 9 y 10 puede haber tenido algún impacto en nuestros resultados, ya que algunos códigos de las revisiones anteriores no eran muy específicas y abarcaron causas tanto infecciosas/nutricionales como no transmisibles (anemia, por ejemplo). La magnitud de este impacto depende también de la calidad del sistema de registro argentino para esos años (1960-1978).⁴⁰ El estudio cuenta con la ventaja de utilizar grandes categorías de mortalidad que seguramente suavizan las incompatibilidades debidas a los cambios de códigos en las distintas revisiones y reducen la

⁴⁰ Al principio del estudio las “enfermedades mal definidas” componían aproximadamente un 20% de todas las muertes en estos grupos de edad, mientras al final del periodo representaban solo un 5% de todas las causas.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

influencia que puede tener los códigos “basura” (en este caso enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades mal definidas) en los resultados generales.⁴¹ Además, nuestros resultados conciben con los resultados de los estudios citados y no parecen mostrar saltos o incongruencias que tengan que ver con un cambio de revisión o lista. Por lo tanto, más allá de estas limitaciones y la cautela que se debe tomar en la comparación entre años, pensamos que nuestros resultados son válidos.

6.4 Calidad de los datos y consideraciones históricas

Una pregunta similar surge en relación a la calidad del registro de defunciones encontrado. Las discrepancias entre las fuentes que consultamos para la información del número de defunciones sirven para afirmar que los datos no son ideales.

A pesar de haber usado distintas fuentes para conseguir información para el grupo de edad de 20-24 años, no se ven grandes fluctuaciones en las tasas para este grupo de edad. Las mayores fluctuaciones en la tendencia por todas las causas se visualizan en la mortalidad de menores de 1 año y de 1-4 años, quizás por la mayor cantidad de muertes involucradas. Sin embargo, estas fluctuaciones tampoco parecen corresponderse con un cambio en las fuentes utilizadas para conseguir esta información. De hecho, Edith Pantélides comenta sobre las fluctuaciones en la mortalidad infantil para los periodos 1955-1970, año en que termina su estudio (Pantélides, 1983).

Visualizamos algunas fluctuaciones que correspondían con cambios de fuente en la tendencia por causas. Los años más problemáticos en la tendencia por causas fueron 1961 y 1967, con el número de defunciones por causas difiriendo hasta un 23,51% del número de defunciones para todas las causas (ver Apéndice D). Por lo tanto, aunque reconocemos que todos los años de la tendencia hasta 1990 pueden contar con limitaciones en la calidad de datos, la información para estos dos años debería tomarse con especial cautela. Visualizamos en las tendencias por grupo de causas en estos años saltos en la mortalidad en estos dos años, pero también vemos diferencias entre 1968 y 1969, que corresponden a la misma fuente. La fuerte caída en la mortalidad de 1-9 años de 1977-1980 quizás también puede indicar

⁴¹ El código B27 “Otras enfermedades del corazón” representó solo el 1% de las muertes en el trienio 1959-1961 y fueron incorporados en el Grupo II. Los otros códigos “basura” se refieren a cánceres y lesiones mal definidas, que en todo caso se incorporan a las causas Grupo II y III respectivamente, sin importar su carácter mal definido. Las enfermedades mal definidas fueron redistribuidas prorrateada entre las causas Grupo I y II según lo descrito en la metodología. Ver además Mathers, Lopez & Murray 2006.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

problemas con las fuentes para estas edades. Sin embargo, no consideramos que estas limitaciones nos impiden sacar conclusiones generales sobre la tendencia.

Otro hecho llamativo tiene que ver con las lagunas de información que identificamos para el periodo 1970-1979. Para los años 1971-1976 no encontramos información por causas. Las publicaciones oficiales de salud para los años 1976-1978 no registran información de defunciones por sexo (Ministerio de Bienestar Social, 1976, 1982; Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982, 1983). De la misma manera, no encontramos información de nacidos vivos por sexo para 1971-1979. La base de datos de mortalidad de la OMS, que registra información para los años 1967-1970, no vuelve a tener información para la Argentina hasta 1977 (WHO Mortality Data Base). El primer anuario estadístico que cuenta con información de nacidos vivos y número de defunciones por todas las causas para los años 1971-75 es el de 1983-86, aunque los dos anuarios anteriores, el de 1979-80 y el de 81-82, contaban con estos mismos datos a partir de 1976. Los únicos trabajos hechos por demógrafas/os de referencia en la investigación de mortalidad durante la época que encontramos para Argentina tomaron como objeto de estudio la provincia de Misiones, y no Argentina como un todo.⁴² Daniel (2009) afirma que a partir de 1973 se reanudaron la publicación del Anuario Estadístico y que “a partir de la década del '70, se observa un aumento significativo de publicaciones sobre estadísticas específicas y cierta especialización de la información difundida por estos medios” (p. 172). Al examinar, sin embargo, los anuarios de 1973 y 1978, vimos que la escasa información de estadísticas vitales que contienen es para la década del 60, y no tuvimos acceso a otra producción de la época. No encontramos explicación, entonces, por la dificultad que tuvimos en conseguir en especial información de estadísticas vitales para esta década. Una hipótesis podría ser la complicación por los cambios de dependencia (de Secretaría de Salud Pública bajo el Ministerio de Bienestar Social al Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, y finalmente a Ministerio de Salud y Acción Social). Debemos recordar la afirmación de la misma Daniel (2013) que “las estadísticas son producto de una gestación social históricamente situada en la que se invierten todo tipo de recursos. Su elaboración es el resultado de prácticas ubicadas en entornos sociales y políticos concretos que, de algún modo, moldean a las estadísticas” (p. 23).

⁴² Buscamos referencias al periodo en la producción de Somoza, Müller y Lattes en la biblioteca del CENEP. Encontramos trabajos incluyendo hasta el año 1971 y a partir de 1980, con la excepción de la provincia de Misiones.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Otro asunto de interés al considerar un periodo tan largo, entonces, son los hechos históricos que sirven de trasfondo de todos los fenómenos de salud. El desarrollo del estado del bienestar, el nombramiento del primer ministro de salud, la construcción de redes de salud públicas y la instalación de las obras sociales, procesos de migración y urbanización, y periodos de democracia y dictadura tienen su lugar en los años contemplados. Como un ejemplo de las relaciones que pueden existir, se ha demostrado cómo la mortalidad en tiempos de prosperidad económica aumenta (Tapia, 2014). Señalamos, entonces, la gran ventaja que sería poder comparar la tendencia de la mortalidad, así como los datos mismos, con el contexto histórico en más detalle en futuros estudios.

Una realidad que no puede pasar sin mención en este trabajo es la última dictadura militar que dejó 30.000 desaparecidos/as, muchos de los cuáles, si hubieran sido registrados en las estadísticas vitales, entrarían en las muertes violentas ocurridas en las edades de 15-24 años, tanto en varones como en mujeres. Según Spinelli (2004), la CONADEP informa que el 83% de las desapariciones registradas (un tercio del total estimado) ocurrieron en personas menores de 35 años. Por eso podemos asumir que entre 1974-1983⁴³ las causas Grupo III están subestimadas. En su artículo “La violencia como problema de salud pública: El terrorismo de Estado en Argentina 1976-1981”, Spinelli dice:

Las consecuencias del terrorismo de Estado sufridas por la sociedad argentina deberían haberse visto expresadas en los indicadores tradicionales de mortalidad que utiliza el saber sanitario como estadística de Estado. Sin embargo, esto no fue lo que ocurrió. La interpretación es que al no estar presentes los cuerpos de los “desaparecidos” los fallecimientos no podían estar establecidos “legalmente” sin antes iniciar el proceso legal correspondiente. Si bien existía en ese entonces la legislación necesaria para establecer y certificar el presunto fallecimiento de una persona ausente, los mecanismos procesales establecidos implicaban la “disolución estadística” del caso. De esta manera el impacto de la violencia estatal en la mortalidad de esos años permaneció ignorado. (2004, p. 56)

Al comparar los datos de desaparecidos/as de la CONADEP con los registros de mortalidad por todas las causas en algunas ciudades seleccionadas, el investigador señala que en la Ciudad de Buenos Aires, el número total de muertes en personas de 20-24 años en 1976 es menor al número de desaparecido/as de esa edad y en ese año para la ciudad (Spinelli, 2004). Es decir, que según el grupo de edad, sexo, lugar y año, podemos pensar que el número oficial de defunciones puede ser menos de la mitad del número real. No hay dudas que al contar con esta información dentro de los registros oficiales, la tendencia se vería alterada.

⁴³ Considerando que las desapariciones empezaron antes del golpe militar de 1976.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Otro fenómeno más reciente que también se pudieron observar en los resultados es el incremento de la mortalidad por causas Grupo III (tanto en hombres como ligeramente en mujeres) durante el periodo de los 90, culminando en 2002, año de crisis económica en Argentina. De modo similar, Spinelli, Macías y Darraidou (2008) encontraron en aumento de homicidios en la Ciudad de Buenos Aires en los años cercanos a la crisis. Interesantemente, un trabajo de Mazzeo (2007) señala también retrocesos en la salud de niños/as menores de 5 años en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1990-2002, especialmente en cuánto a la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias en hogares pobres.

Así como estos hechos históricos inmediatamente nos llamaron la atención, puede haber otras consideraciones históricas que explican el comportamiento de la tendencia o esclarecen las fluctuaciones en la tendencia o la calidad y/o ausencia de datos. Aunque no haya sido el objeto de nuestro estudio, sugerimos que futuros trabajos indaguen sobre las relaciones entre el contexto histórico, las cifras y su construcción.

6.5 Aspectos no explorados

Dos variables importantes quedaron afuera del análisis que podrían dar una mejor descripción del grupo más vulnerable: la jurisdicción de residencia y la clase social de los/as fallecidos/as. En relación al primero, es probable que la mortalidad por sexo, grupo de edad y causas tenga un comportamiento diferencial según la región del país, un asunto que sería un interesante objeto de estudio futuro si se pudiera reunir fuente de datos que hicieran posible la construcción de tasas por jurisdicción⁴⁴. Las diferencias regionales que han sido descritas en la mortalidad en Argentina (O'Donnel & Carmuega, 1998, Celton & Ribotta, 2004; UNLa, 2005; Acosta, 2013; Verhasselt *et al.*, 2002; Cid y Paz, 2013) además de las grandes diferencias entre países que hemos comentado en secciones anteriores, harían pensar que la jurisdicción de residencia podría figurar como factor en el análisis. De hecho, fue una sugerencia inicial explorar diferencias regionales dentro de la presente investigación, pero no fue posible por limitaciones metodológicas que aumentaban sustancialmente la complejidad sin por ello necesariamente aportar a los objetivos centrales del estudio. Preferimos entonces centrarnos en las tendencias nacionales, que, como hemos descrito en detalle, también

⁴⁴ Constatamos que existen publicaciones con los números de defunciones por edad, sexo y jurisdicción para casi la totalidad de los años de la serie, no así con información de las poblaciones. Los pocos números de defunciones en algunas regiones podrían dificultar la construcción de la serie, así como podría influir la calidad de registros en algunas regiones.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

presentaron su complejidad de análisis. Sugerimos que la exploración de diferencias regionales conforme el objetivo central de una investigación futura. En cuanto a la clase social, lamentablemente solo para los años para los cuales obtuvimos las bases de los informes estadísticos de defunción contamos con información sociodemográfica con la cual se podría aproximar a la clase social de los/las fallecidos/as. También sugerimos como trabajo futuro explorar esta posibilidad dentro de las bases.

Este estudio toma solamente los tres grupos de causas básicos de la OMS; sin embargo, estos grupos pueden ser subdivididos en causas más específicas que permiten un análisis más detallado de los cambios en la mortalidad a lo largo del tiempo. Esto podría ser particularmente interesante hacer en un estudio futuro con las causas Grupo III, o para las causas maternas dentro del Grupo I, por ejemplo.⁴⁵

6.6 Transición epidemiológica y el contexto histórico-social

Los resultados del estudio se ponen en diálogo con la teoría de transición epidemiológica y sus críticas de diferentes maneras. Por un lado, confirman que los grupos más beneficiados son los niños y las niñas menores a 15 años y las mujeres jóvenes. Además favorece la hipótesis del aumento en las causas de muerte “provocadas por el hombre”. En este punto, aunque reconocemos la utilidad de usar los tres grupos de causas de la OMS para enmarcar los resultados de este estudio en la producción científica actual, no hay que obviar que estas categorías fueron construidas en base a la teoría de transición epidemiológica y de alguna manera sirven para reforzar la teoría. Recordemos, por ejemplo, la descripción de causas del Grupo I realizada por la OMS (2008), citada en la página 26 de este texto.

Sin embargo, hemos visto la importancia de los estudios ecológicos de tendencia para poder aportar empíricamente a la comprensión de un fenómeno en un determinado contexto, incorporando en el análisis una discusión que va más allá de una mirada evolutiva del “proceso de modernización”. Para no caer en la trampa que advierte Barreto de utilizar la teoría de transición epidemiológica para ocultar otros procesos complejos que subyacen la supuesta modernización, y sí utilizar los estudios epidemiológicos para debatir esos mimos

⁴⁵ La clasificación de la OMS incluye esta posibilidad de subdivisión en hasta 107 causas (Murray & Lopez, 1996). En el estudio de Viner *et al.* (2011), toman violencias, accidentes de transporte, otras lesiones no intencionales y suicidio, además de causas maternas.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

procesos complejos, podemos hacer mención a algunos trabajos que acercan otras explicaciones de los datos observados.

6.6.1 Masculinidad

A partir de datos sobre morbilidad y mortalidad en hombres y mujeres en Brasil, Souza (2005) plantea analizar la construcción hegemónica de masculinidad como fuente para explicar esas diferencias. De acuerdo con otros datos presentados en este texto, la autora señala una razón de tasas hombre-mujer para el periodo 1991-2000 de 6,3 de 15-19 años y de 10,1 de 20-24 años. Basándose en estudios sobre la masculinidad, la autora plantea que los movimientos feministas, las transformaciones socioculturales y la revolución sexual han sido claves en la reconfiguración de valores y costumbres respecto a los roles de género, llevando a una “crisis de masculinidad” que se expresa en parte a través de estas cifras. De la misma manera, Arriaga advierte que las diferencias en la mortalidad entre hombres y mujeres jóvenes en los ocho países que investigó se deben a factores sociales (Arriaga, 1992).

En una guía sobre estadísticas con enfoque de género producido por el Instituto Nacional de Mujeres en México se comenta:

La superioridad numérica de las mujeres y su menor mortalidad en todas las edades, da cuenta de la sobremortalidad de los hombres a lo largo de las distintas etapas de la vida. Sin embargo, esta sobremortalidad masculina [...] comienza a hacerse mucho más notoria a partir de la adolescencia, etapa en la que tanto los hombres como las mujeres comienzan a expresar aspectos de identidad genérica presentando patrones de conducta esperados sobre la base de las expectativas sociales de las prácticas y roles femeninos y masculinos. (2003, p. 26)

Esta realidad nos invita a replantearnos el sentido común respecto a la vulnerabilidad y la debilidad. Aunque existan expresiones específicas de violencia machista basadas en la opresión de la mujer por el hombre, como es el caso de femicidio, la construcción social de la masculinidad resulta especialmente mortal para los varones jóvenes.

La teoría feminista tiene una larga historia de describir la construcción social de los géneros masculino y femenino a partir del sexo biológico. En cada constructo, algunos rasgos son enfatizados y valorados por encima de otros (Jiménez Guzmán, 2009). Las características asignadas a cada género tienen especificidad histórica, regional y de clase, de tal modo que, contrario a lo que dicta el sentido común, muy pocas características han sido universalmente “masculinas” o “femeninas” a lo largo de la historia de la humanidad (Hartmann, 1980). Sin embargo, es a través de este binario de género que opera la dominación masculina, los rasgos

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

asignados como “masculinos” siendo los más valorizados por la sociedad en general. La masculinidad hegemónica –que no admite otro modelo de masculinidad como igualmente legítimo– levanta ciertos valores como el no tener miedo, no llorar, no expresar los sentimientos, arriesgarse ante el peligro, demostrar coraje y ser activo (Souza, 2005; Jiménez Guzmán, 2009; Martínez y Merlino, 2009; Minayo, 2005). Dicha socialización no sólo implica por lo tanto depurarse de las partes del ser “no masculinas” sino que muchas veces incentiva a los varones a mostrar su “virilidad” a través de pruebas que torna la adquisición de masculinidad un proceso violento en sí (Souza, 2005; Jiménez Guzmán, 2009). Es una expresión de la violencia constitutiva del género enmarcado en los cuerpos. Estos valores constitutivos de la masculinidad a su vez se asocian con símbolos como armas y autos, que también son símbolos de las primeras causas de muerte en estos grupos de edad: agresiones, suicidios y accidentes de tránsito.

Esta construcción de masculinidad interactúa con otras estructuras de desigualdad y de opresión, generando un perfil particular en cada contexto. Quizás como consecuencia de la negación social e inestabilidad laboral de estos grupos (Jiménez Guzmán, 2009) y simultáneamente el mandato masculino de mantener una posición superior a la de la mujer, la construcción de masculinidad en los sectores más pobres parece enfatizar aún más la agresividad y fuerza física como propio y correcto en un “macho” (Martínez y Merlino, 2009). En este sentido Minayo nos habla de los “lazos peligrosos entre machismo y violencia”, pensando en los hombres pobres como la mayoría tanto de los agresores como víctimas de un tipo de violencia social (Minayo, 2005). Es relevante pensar si estos jóvenes entrarían en situaciones de violencia si tuvieran otras opciones (Souza, 2005). Según Ribeiro y Lourenço, “se trata de un aprisionamiento de la experiencia política, que es alimentado por una real conspiración del silencio, que debe ser denunciada y rota” (2002 p.13) (traducción propia).⁴⁶

Sin embargo, como vimos en nuestro estudio la importancia de las causas Grupo III para mujeres jóvenes también, es relevante detenernos a pensar la creciente discusión sobre femicidio para no subvalorar la importancia esta causa en mujeres. La categoría de femicidios (o feminicidios) ha surgido como forma de dar especificidad a los “homicidios” perpetrados por hombres por el hecho de ejercer control sobre el cuerpo de una mujer. En general, son crímenes cometidos por hombres con lazos cercanos a las mujeres que matan. El término sirve

⁴⁶ Texto original: “*trata-se de um aprisionamento da experiência política, que é alimentado por uma real conspiração do silêncio, que precisa ser denunciada e rompida*” (Ribeiro & Lourenço, 2002, p.13)

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

entonces para diferenciar el problema de homicidios en hombres, generalmente también perpetuado por otros hombres que conocen y de la misma clase social, pero no integrantes de su familia, como suele ser en el caso de mujeres. Si bien en nuestro estudio no desagregamos las causas Grupo III, un estudio hecho por Fernández *et al.* (2010) mostró que en 2005 el 14% de las muertes por causas externas en mujeres se debían a homicidios, mientras el 22% se debían a suicidio. Las autoras se preguntan si una parte de las muertes clasificadas como suicidios quizás no fueron en verdad casos de feminicidio encubiertos.

Ambos fenómenos, homicidios y femicidios, responden a distintas posiciones sociales basadas en la construcción de género, y ambos fenómenos demuestran esta misma relación “peligrosa” entre machismo y violencia que señala Minayo (2005).

6.6.2 Selección social en la adolescencia y violencia

Es importante reconocer que según varios estudios, el fenómeno del aumento de la mortalidad debido a las llamadas “causas externas” en adolescentes y adultos jóvenes se diferencia en términos de clase social además de sexo. Minayo en su artículo “A violência na adolescência: um problema de saúde pública” aclara con referencia a los homicidios en adolescentes: “la víctima preferencial [...] es joven, no-blanco, pobre, sexo masculino, edad media de 15-18 años, residente de las periferias o favelas urbanas” (1990 p.284) (traducción propia).⁴⁷ Nos recuerda que este adolescente no es un adolescente “en general” sino un adolescente construido en circunstancias específicas de migración de los lugares rurales a los centros urbanos, de falta de oportunidades, y de exclusión social –o sea, en contextos de violencia estructural–.⁴⁸

⁴⁷ Texto original: “*que a vítima preferencial desse quadro de violência é o jovem não-branco, pobre, sexo masculino, idade média 15-18 anos, residente nas periferias ou favelas urbanas*” (Minayo, 1990 p.284).

⁴⁸ Podemos incluso profundizar en esta reflexión de la adolescencia. La adolescencia/juventud no siempre ha existido como etapa de la vida identificable –ni tampoco la infancia–. El desarrollo de estos momentos como desdoblamiento diferenciales a la vida adulta tiene sus explicaciones históricas, típicamente relacionadas, en el caso de juventud/adolescencia, con el fin de la segunda guerra mundial y los cambios sociales de aquel momento (Chaves, 2009). Entre otros factores, la escuela secundaria obligatoria dentro de instituciones separadas de la primaria sirvió para postergar el aventamiento de las responsabilidades adultas y generar una cultura de jóvenes. Parte de esta construcción social implicó ver a la población adolescente como menos capaz, cuando en tiempos previos esta misma franja de edad había asumido pleno estatus adulto. En esta nueva formulación, este grupo etario perdió mucha capacidad de decidir y opinar sobre el mundo adulto, teniendo poder de acción solamente en esferas más frívolas y por ende siendo cada vez más asociado con la experimentación, la toma de riesgos, la espontaneidad y el peligro. De esta forma pasaron de ser un grupo inexistente a ser problema social (Chaves, 2009), y a través de este rol de rebeldía impactar al mundo adulto. El y la adolescente son objetos de temor pero a su vez admiración y proyecciones del futuro en la reproducción social de la sociedad. No es difícil ver que estas ideas persisten en nuestro imaginario sobre el ser adolescente y que como sociedad criamos personas para

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Las estructuras del narcotráfico aprovechan de estas existencias marginadas, montando su violencia particular sobre la violencia estructural (Menéndez, 2012), que, como señala Menéndez, forma parte de la larga historia de América Latina (2009). En referencia al incremento de violencias que frecuentemente se inscribe como parte de la transición epidemiológica, Menéndez critica la mirada ahistórica que redescubre las violencias como causa de mortalidad cuando la violencia homicida forma parte de la historia de las Américas desde por lo menos 1492. El etnocidio que se perpetuó en América Latina desde ese entonces solo recientemente se ha aflojado, evidenciado en la recuperación demográfica en países como Bolivia en los últimos años. Dice:

Por lo tanto, la afirmación de que actualmente la sociedad latinoamericana vive en mayores condiciones de riesgo respecto de las violencias, debe ser analizada dentro de un proceso que reconozca la continuidad/discontinuidad de la violencia en nuestros países y especifique con claridad de que riesgos y de que violencias estamos hablando. Y analice especialmente las tendencias a colocar los procesos más negativos en el presente y en el futuro, y no también en el pasado (2009 p.116)

En otro artículo, “Violência para todos”, Minayo (1993) identifica una “segunda selección social” que se ve entre los adolescentes brasileiros. Según Minayo, la primera selección social ocurre con la mortalidad infantil, en que se ven los efectos de las desigualdades sociales a través de las expresiones biológicas, como son la desnutrición, la diarrea y las enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, las causas en la adolescencia ya ni siquiera responden a un esquema biológico, sino que son causas netamente sociales. Afirma que “en ambas selecciones, el grupo condenado a muerte es exactamente el mismo, sobre todo en las regiones metropolitanas” (p.77) (traducción propia).⁴⁹

Parte de la hipótesis de Minayo es que el homicidio, aun cuando es perpetuada por otros sujetos de la misma clase social y no por el estado a través de su aparato represor, resulta ser funcional al mantenimiento de la hegemonía porque mata a sujetos indeseables. En el primer párrafo de sus consideraciones finales de “Violência para todos” pregunta cuándo Brasil abandonó su proyecto de integración para adoptar “como práctica social la eliminación

estas expectativas de adolescencia y no otras. Retomando la discusión anterior sobre género, podemos ver que la adolescencia es un periodo para los hombres de formulación de su identidad adulta y comprobación de su masculinidad, según los mandatos sociales sobre esa edad. Es en la interseccionalidad de lugar, tiempo e identidad que se encuentra la particular experiencia de estas personas que están detrás de estas tasas tan preocupantes de mortalidad por causas violentas.

⁴⁹ Texto original: “*Em ambas seleções, o grupo condenado à morte é exatamente o mesmo, sobretudo nas regiões metropolitanas*” (Minayo, 1993 p.77).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

de niños y adolescentes” (1993 p.75) (traducción propia)⁵⁰, y cuando nombra la mortalidad por violencia en adolescentes lo llama “exterminio”, señalando como causa principal la violencia estructural de la sociedad. Sobre su estudio, Arriaga afirma que la forma de superar las diferencias de mortalidad entre los sexos y los países no tienen que ver únicamente con los recursos de los países –ya que la mortalidad en hombres jóvenes es más baja en Costa Rica que en EEUU y Canadá– sino “la mala distribución del ingreso y por la pobreza, que puede crear sectores sociales frustrados proclives a la violencia” (Arriaga, 1992, p. 441).

Según Ribeiro y Lourenço, las clases sociales dominantes ven a los hombres adolescentes pobres como una especie de residuo social incapaz de ser absorbido y con el cual hay que aprender a convivir, ni siquiera como rival político (2002 p.5). Se les asigna a los jóvenes de este grupo categorías “sin salida”: traficante, delincuente, terrorista (p.8), conduciendo a una fuerte anulación del otro de parte de las clases dominantes que favorece la exclusión social. Similarmente, en su estudio, Viner *et al.* (2011) adscriben los cambios en la mortalidad en hombres jóvenes en parte a su exposición a las fluctuaciones en el mercado laboral en procesos de desarrollo económico, urbanización y globalización, siendo además la población más precariamente empleada y más expuesta a los periodos de crisis.

6.5.3 ¿Qué transición?

Volviendo, entonces, al concepto de transición epidemiológica, podemos pensar que modelos teóricos responden a una ansia de anticipar y predecir, aun cuando sus supuestos no reflejen la realidad. Como dice McKeown (2009) pedagógicamente, “el propio término *transición epidemiológica* coloca la pregunta de transición: ¿de qué a qué?” (traducción propia, cursivas del original).⁵¹ Podríamos también agregar: ¿en quiénes? ¿Cómo resultado de qué?

Si bien Jaques Vallin no busca criticar la transición epidemiológica en su trabajos – acuerda con Frenk en modificar algunos planteos de Omran sin cuestionar profundamente los fundamentos de la teoría– no deja de señalar divergencias de países que no han podido “completar” la transición (Caselli, Meslé & Vallin, s.a.). Además, plantea unas preguntas en relación al supuesto “fin de la transición demográfica” que son interesantes. Señala las

⁵⁰ Texto original: “*como prática social a eliminação de crianças e adolescentes*” (Minayo, 1992 p.75).

⁵¹ Texto original: “*The very term epidemiologic transition raises the question of transition: from what to what?*” (McKeown 2009) (énfasis del original).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

maneras en que la teoría falló en explicar cambios demográficos, pero también reconoce que el “fin de la transición” es “el fin del paradigma del cual dependíamos para entender y anticipar los cambios demográficos. Nadie sabe qué sigue: ¿Cuánto y por cuánto tiempo puede disminuir la fecundidad? ¿Cuánto y por cuánto tiempo puede aumentar la esperanza de vida? ¿Hasta dónde puede llegar el envejecimiento de la población?” (Vallin, 2002) (traducción propia).⁵²

Con miras a mejorar su capacidad explicativa, numerosas publicaciones han propuesto modificaciones a la tercera etapa de la transición de Omran –“la etapa de enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre” – y han sugerido una cuarta o quinta etapa de la transición o unas modificaciones en la tercera en función de lo visto en los países centrales (Olshansky & Ault, 1986; Rogers & Hackenberg, 1987; Omran, 1998; Olshansky *et al.*, 1998). Sin entrar en profundidad sobre estas revisiones, ya que contienen los mismos problemas que la teoría original que señalamos anteriormente, es oportuno simplemente examinar las denominaciones de estas etapas en función de estas críticas. Quizá la denominación “edad de enfermedades degenerativas postergadas” (Olshansky & Ault, 1986)⁵³ suena más neutra, ya que alude a la extensión de la vida implícitamente necesaria para que algo “degenere”, aunque no deja de ser una perspectiva evolutiva. Rogers y Hackenberg (1987), sin embargo, proponen una cuarta etapa “híbrida” centrada en cambios en la mortalidad influenciadas por actitudes individuales, anulando la gran importancia de los factores sociales incluso en los comportamientos individuales, sin mencionar sus impactos directamente en la salud (Menéndez, 2009).

Un candidato para la quinta etapa es “edad de reemergencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias” (Olshansk *et al.*, 1998)⁵⁴. Dicha perspectiva obvia las críticas por ejemplo de Paul Farmer (1996) que las enfermedades reemergentes en verdad son productos de las estructuras de poder. Peor es el último aporte de Omran: “edad de la calidad de vida a la que se aspira, paradójicamente con longevidad y desigualdades persistentes” (1998).⁵⁵ Así, cierra necesariamente un periodo de creciente desigualdad como una etapa esperada de la “evolución” del perfil epidemiológico. Que dichas sugerencias toman por supuesto la profundización de la sociedad de consumo resulta una obviedad.

⁵² Texto original: “*the end of the paradigm on which we have been relying to understand and anticipate demographic changes. Nobody knows what might ensue later: How long and low can fertility fall? How long and high can life expectancy increase? How far can population aging go?*” (Vallin, 2002).

⁵³ “*Age of delayed degenerative diseases*” (Olshansky & Ault, 1986).

⁵⁴ “*Age of reemergence of infectious and parasitic diseases*” (Olshansk *et al.*, 1998).

⁵⁵ “*Age of aspired quality of life with paradoxical longevity and persistent inequities*” (Omran, 1998).

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

Para pensadores de la medicina social latinoamericana y la salud colectiva (Breilh 2003, Possas 1989, Menéndez 2009), la salud de la población, y por ende sus perfiles epidemiológicos, dependen de la relación que hay entre los modos de vida de las personas y los aspectos estructurales en los que se insertan. De esta manera, bajo la nominación de “modernización”, la teoría de transición epidemiológica oculta las raíces de desigualdad y explotación ambiental del capitalismo –así como otros fenómenos globales tales como el narcotráfico y el imperialismo (Barreto, 2004; Menéndez, 2012)– que generan algunas modernidades y no otras y propician determinadas formas de vivir, enfermarse y morir. Así, la teoría de transición epidemiológica toma por hecho un determinado modelo de desarrollo. En contraste, estos pensadores latinoamericanos (Barreto *et al.*, 1993; Breilh, 2003; Menéndez, 2009; Minayo, 1990, 1993, 2005) reconocen la gran importancia al contexto histórico-económico-político-social en crear un particular estado de las cosas. Aún más importante, señalan un elemento fundamental para enfrentar los problemas de salud-enfermedad de nuestras sociedades: el poder del pueblo para *transformar* la realidad. Vimos en nuestros resultados la creciente importancia de causas con profundas raíces sociales, específicamente las violencias en jóvenes. También vimos un freno en las mejorías en la mortalidad segunda mitad de la serie. Estos problemas son grandes, pero entendemos que las respuestas dependen de no tomar un modelo por hecho, sino que vienen con los cambios históricos y políticos que encausan los pueblos.

7. CONCLUSIONES

Como pudimos constatar en el presente estudio, se han logrado importantes bajas en la mortalidad a partir de la segunda mitad del siglo. Sin embargo, estas reducciones no se dan en los sexos y edades por igual. Además, aún en los grupos más beneficiados, los cambios en la segunda mitad de la serie son notablemente menores, viéndose periodos de estancamiento o de aumento en ciertos grupos y por ciertas causas. No obstante, el grupo que se encuentra en desventaja en relación a los demás es el grupo de hombres de 15-24 años: al final del periodo, este grupo presenta la tasa más alta después de la mortalidad infantil entre los grupos de edad que tomamos como parte del estudio, registra apenas una reducción de aproximadamente el 20% en la mortalidad por todas las causas entre 1960 y 2012, y demuestra un aumento del cerca del 20% en la mortalidad por causas violentas en este periodo.

Este estudio se compara con otros que han tomado a la teoría de transición epidemiológica como marco de referencia y explicación de un fenómeno, pero advertimos que esta teoría esconde una posición acrítica en relación a los procesos de modernización. Alternativamente, existen amplios ejemplos de estudios que no centran en una explicación evolucionista de las tendencias, asociando sus resultados con una etapa de una transición predeterminada, sino intentan aportar miradas históricas y sociológicas a los fenómenos de salud que observan. De esta manera, reconocen los contextos, los procesos sociales y el agenciamiento de las poblaciones en la perpetuación o el cambio del estado de las cosas. Desde nuestro punto de vista, estos procesos pueden y deben ser revisados y modificados por las poblaciones que los viven. Consideramos que parte de la revisión de estos procesos implica otra postura desde la producción epidemiológica, pensada para aportar a la resolución de problemas sociales.

Este estudio descriptivo analiza la variación en el perfil de mortalidad en el contexto de una tendencia larga y explora las implicancias de los resultados en distintos planos. Al construir una serie que se desconocía anteriormente, y utilizar un sistema de clasificación de causas de muerte reconocido internacionalmente, este trabajo posibilita la comparación de los perfiles epidemiológicos en Argentina con los de otros países. En ese sentido, también ofrece algunas propuestas metodológicas para la construcción de series históricas a partir de las fuentes de datos disponibles. Para construir la serie, tuvimos que tomar decisiones para superar las inconsistencias que se presentaron entre las 25 fuentes utilizadas, además de lidiar con las seis listas de clasificaciones de enfermedades y diferentes estimaciones de población.

Di Cecco VM. Tendencias de la mortalidad en niños, niñas y jóvenes en Argentina entre 1947-2012. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2015.

A partir de esta investigación también fue posible discutir la teoría de transición epidemiológica y cuestionar la mirada biologicista de la salud para favorecer una perspectiva que contemple las cuestiones sociales y el poder del accionar de los pueblos. El estudio señala en particular la dimensión del problema de mortalidad en varones jóvenes y cómo evoluciona a lo largo del tiempo en Argentina. Por lo tanto, aporta a la necesidad de pensar y consensuar acciones y políticas públicas que buscan cambiar el estado de las cosas para esta parte de la población. Para que esto sea realmente efectivo, los resultados epidemiológicos deberían entrar en diálogo con otras disciplinas como la demografía, la historia, la sociología y la antropología para lograr un mayor entendimiento del fenómeno. El poco cambio que vimos en la mortalidad en la segunda mitad de nuestro estudio quizás sea una oportunidad para pensar qué queremos de la próxima etapa de nuestras sociedades. Si lográramos comprender algunos de los factores afectando nuestro actual perfil epidemiológico, y si pudiéramos llevar adelante acciones dirigidas a cambiar esos factores, si realmente tuviéramos nuestra salud en nuestras manos, no tendría por qué ser nuestro único destino posible el camino delineado por la transición epidemiológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala F, Geldstien RN, Mychaszula SM. Economic restructuring and mortality changes in Argentina: is there any connection? En: Cornia GA, Panicià R, editors. *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 328-350.
- Acosta GLCA. Diferencias geográficas de la mortalidad según grandes causas en la República Argentina (2000-2007) y en la provincia de San Juan (2000-2007) [Tesis]. [Buenos Aires]: Universidad el Salvador, 2013.
- Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.
- Almeida Filho N. *La ciencia tímica: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
- Armélagos GL, Brown PJ, Turner B. Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*. 2005;61:755-765.
- Arriaga E. Comparación de la mortalidad en las Américas. *Estudios demográficos y urbanos*. 1992;7(2-3):407-449.
- Barata RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Revista Saúde Pública*. 1997;31(5):531-7.
- Barreto ML, Carmo EH, Noronha CV, Neves RBB, Alves PC. Mudanças dos padrões de morbi-mortalidade: uma revisão crítica das abordagens epidemiológicas. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*. 1993;3(1):127-146.
- Barreto ML. The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. *International Journal of Epidemiology*. 2004;33(5):1132-1137.
- Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colectiva*. 2011;7(2):231-253.
- Blum RW y Nelson-Mmari K. The Health of Young People in a Global Context. *Journal of Adolescent Health*. 2004; 35:402-418.
- Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
- Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2008; 106(3):212-218.
- Caicedo VBE, Serna SCM, Uribe GDY, Grisales RH. Causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida, Medellín, 1989-1999. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2004; 22(1): 23-34.
- Camisa ZC. Tabla abreviada de la mortalidad, República Argentina 1946-1948. Santiago de Chile: CELADE, 1964a. (Serie C No. 18).
- Camisa ZC. Argentina: evaluación y ajuste del censo de población de 1960 por sexo y edad y tabla abreviada de mortalidad, 1959-1961. Santiago de Chile: CELADE, 1964b. (Serie C No. 32).
- Camisa, ZC. Población anual argentina por sexo y edad, 1947-1980. Buenos Aires: Dirección Nacional de Estadística y Censos, Secretaría de Estado de Hacienda, Poder Ejecutivo Nacional, 1965 dic.
- Cardona D, Peláez E, Aidar T, Ribotta B, Alvarez MF. Mortalidad por causas externas en tres ciudades latinoamericanas: Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia), 1980-2005. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2008; 25(2): 335-352.
- Caselli G, Meslé F, Vallin J. Epidemiologic transition theory exceptions. Working papers, Max Planck Institute for Demographic Research, s.a. Disponible en: http://www.demogr.mpg.de/papers/workshops/020619_paper40.pdf

Ceballos MB. Mortalidad infantil según causas de muerte por regiones, República Argentina 1997-2002. VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población; 2005 oct 12-14; Tandil, Argentina. Disponible en: <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B03/Ceballos.pdf>

Celton D, Ribotta B. Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX. 1º congreso de la Asociación Latino-Americana de Población; 2004 sep 18-20; Caxambú, Brasil. Disponible en: http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/alap2004_390.PDF

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition: An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics - Glossary [Internet]. Atlanta: US Department of Health and Human Services; 2 jul 2014 [citado 5 nov 2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/OPHSS/CSELS/DSEPD/SS1978/Glossary.html#P>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL [Internet]. Argentina: Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100, Revisión 2012. Santiago: CELADE; 2012. Disponible en: http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/45838/ARG_Internet.xlsx

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2012 [citado 12 dic 2013]. Disponible en: http://interwp.cepal.org/anuario_estadistico/anuario_2012/default.asp

Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007 [Internet]. Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de Salud, 2004 may [citado 1 nov 2013]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS/05/pub_msan/PlanFederaldeSalud.pdf

Chaves, M. Investigaciones sobre juventudes en la Argentina: estado del arte en ciencias sociales, 1983-2006. [Informe de investigación]. Papeles de trabajo. 2009;5.

Cid JC, Paz JA. Mortalidad en la niñez en la Argentina: disparidades regionales y sociales frente a la cuarta meta del milenio. En, CEPAL, Notas de Población No. 97, 2013. p. 97-122.

Daniel C. El estado argentino y sus estadísticas; el derrotero de un largo proceso de institucionalización (1864-1968). Illapa Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales. 2009;2(5):151-173.

Daniel C. Números públicos: las estadísticas en Argentina (1990-2010). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2013.

Departamento de Estadísticas de Salud. Mortalidad general según edad y sexo, por jurisdicción: República Argentina, Años 1962 a 1965. Buenos Aires: Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1970a may. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 13).

Departamento de Estadísticas de Salud. Mortalidad por causa, edad y sexo: República Argentina 1962-1965, Parte I. Buenos Aires: Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1970b jun. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 14).

Departamento de Estadísticas de Salud. Mortalidad por causa, edad y sexo: República Argentina 1962-1965, Parte II. Buenos Aires: Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1971a jun. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 14).

Departamento de Estadísticas de Salud. Tendencia de la mortalidad en Argentina 1947-1965, I Parte. Buenos Aires: Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1971b jul. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 12).

Departamento de Estadísticas de Salud. Tendencia de la mortalidad en Argentina, 1947-1965, II Parte. Buenos Aires: Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1971c ago. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 12).

Department of Health Statistics and Information Systems. WHO methods and data sources for global causes of death 2000-2011. Geneva: Department of Health Statistics and Information Systems, World Health Organization, 2013. Disponible en:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method.pdf?ua=1

Department of Measurement and Health Information Systems, World Health Organization. WHO Mortality Data base documentation. 21 July 2008 update. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://data.library.utoronto.ca/datapub/codebooks/un/mortality/mortcdbk_080721.pdf

Diex Roux A. Glosario de análisis multinivel: Parte I. Boletín Epidemiológico / OPS. 2003;24(3):11-13.

Diez Roux A. Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores seleccionados de salud para la población de 10 a 19 años: Argentina Año 2008. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación, 2010 oct. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Número 128). Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin128.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores seleccionados de salud para la población de 10 a 19 años: Argentina Año 2009. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación, 2011 may. 77 p. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Número 132). Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin132.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores seleccionados de salud para la población de 10 a 19 años: Argentina Año 2010. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación, 2012 jun. 79 p. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Número 137). Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin137.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores seleccionados de salud para la población de 10 a 19 años: Argentina Año 2011. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación, 2013 jun. 75 p. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Número 141). Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin141.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Indicadores seleccionados de salud para la población de 10 a 19 años: Argentina Año 2012. Buenos Aires: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación, 2014 jun. 75 p. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud Número 145). Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Boletin145.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Participación del médico en las estadísticas de mortalidad: Indicadores de uso más frecuentes [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Organización Panamericana de la Salud; 2003 [citado 5 nov 2015]. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Capacitacion/metodologiacontenido.htm#tasa3>

Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud de México. Mortalidad en adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2005; 62(3): 225-238.

Dirección Nacional de Estadística y Censos (DNEC). Informe demográfico de la República Argentina, 1944-1954. Buenos Aires: Dirección Nacional de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda, 1956.

Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria, Departamento de Atención Médica. Mortalidad por causa, edad y sexo en la República Argentina 1959-1961. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública, 1969.

- Escudero JC, Massa CM. Cifras del Retroceso: El Deterioro Relativo de la Tasa de Mortalidad Infantil de Argentina en la Segunda Mitad del Siglo XX. *Salud Colectiva*. 2006;3(3):249-257.
- Farmer P. Social inequities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*. 1996;2(4):259-69.
- Fernández AM, Tajer D, Galimberti D, Ferrarotti A, Chidi A, Borakievich S. Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2010;1(3):18-23.
- Franco S, Mercedes C, Rozo P, Gracia GM, Gallo GP, Vera CY, García HI. Mortalidad por homicidio en Medellín, 1980-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3209-3218.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1991;11(6):485-496.
- Gawryszewski VP, Sanhueza A, Martínez-Piedra R, Escamilla JA, Souza, MFM. Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3171-3182.
- Hartmann, H. Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo. *Zona Abierta*. 1980; (24): 85-113.
- Heuveline, P y Slap GB. Adolescent and young adult mortality by cause: age, gender, and country, 1955 to 1994. *Journal of Adolescent Health*. 2002; 30(1): 29–34.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Hechos demográficos en la República Argentina, 1954-1960. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Secretaría del Consejo Nacional de Desarrollo, Presidencia de la Nación Argentina, s.a-a.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Hechos demográficos en la República Argentina, 1961-1966, 2 t. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Secretaría del Consejo Nacional de Desarrollo, Presidencia de la Nación Argentina, s.a.-b.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Anuario estadístico de la República Argentina, 1981-82. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Secretaría de Planificación, Presidencia de la Nación, 1984.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Anuario estadístico de la República Argentina, 1983-86. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Secretaría de Planificación, Presidencia de la Nación, 1989.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). El enfoque de género en la producción de las estadísticas sobre familia, hogares y vivienda en México: una guía para el uso y una referencia para la producción de información. México, DF: INMUJERES, 2003. (Serie Estadísticas de Género).
- Jiménez Guzmán, ML. Transformaciones en el mundo del trabajo: sus efectos en las subjetividades masculinas y en las relaciones entre los géneros. *Revista Científica de la UCES*. 2009; VIII(2): 27-50.
- Martínez A y Merlino A. Masculinity, poverty and violence in Argentina: Analysing children's discourse. *Amsterdam Social Science*. 2009;1(4): 21-30.
- Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL. The burden of disease and mortality by condition: data, methods and results for 2001. En: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Murray CJL, Jamison DT, editors. *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press; 2006. p 45–240.
- Mazzeo V. La situación de la salud-enfermedad-atención de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires entre 1990 y 2002. *Salud Colectiva*. 2007;3(3):285-300.
- McKeown R. Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2009;3(Supp 1):19S-26S.

- Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de Mortalidade. Revista de Saúde Pública. 1997;31(Sup 4):5-25.
- Menéndez EL. Salud y género: aportes y problemas. [Editorial]. Salud Colectiva. 2006;2(1):5-7.
- Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009.
- Menéndez EL. Substancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. Salud Colectiva. 2012;8(1):9-24.
- Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cadernos de Saúde Pública. 1990; 6(3): 278-292.
- Minayo, MCS. Violência para todos. Cadernos de Saúde Pública. 1993; 9(1):65-78.
- Minayo, MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(1):18-34.
- Ministerio de Bienestar Social. Tendencia de la Mortalidad Infantil en Argentina, 1954-1968. Buenos Aires: Departamento de Estadísticas de Salud, Secretaría de Estado de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, 1972 jun. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 18).
- Ministerio de Bienestar Social. Mortalidad Infantil y General en la República Argentina, Año 1976. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública, 1979 ago. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Año 9 N°44).
- Ministerio de Bienestar Social. Número de defunciones por causa según sexo y edad, República Argentina, 1979. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública, 1982 mar. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Año 12 N°45).
- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Natalidad y Mortalidad en la República Argentina, 1977. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982 dic. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Año 12 N°46).
- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Estadísticas demográficas Años 1944-1970. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, Subsecretaría Técnica y de Coordinación Administrativa, Sistema de Información de Salud, Estadísticas de Salud, 1983a. (Estadísticas Vitales y de Salud, Serie 5 Número 22).
- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. Natalidad y Mortalidad en la República Argentina, 1978. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1983b jun. (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Año 12 N°47).
- Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica años 1980-1981. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1984 dic.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1982. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1986 dic.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1983. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1987 oct.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica años 1984-1985. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1988 dic.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Indicadores de salud y condiciones de vida para el grupo de población de 10-24 años. Años 1970, 1980 y 1985. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud,

Subsecretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Coordinación y de Servicios, Dirección de Estadísticas de Salud, 1989a abr. (Análisis de datos, Serie 8 N° 7).

Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1986. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1989b oct.

Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1987. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Subsecretaría de Administración de Servicios y Programas de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1990a sep.

Ministerio de Salud y Acción Social. Mortalidad y morbilidad por accidentes. 1970, 1980, 1985 y 1986. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Subsecretaría de Administración de Servicios y Programas de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1990b nov. (Análisis de datos, Serie 8 N°9).

Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1988. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Subsecretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1991a jun.

Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1989. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Subsecretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1991b nov.

Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas vitales - Información básica año 1990. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, 1992 nov.

Ministerio de Salud (MSAL) de la Nación Argentina, Organización Panamericana de Salud (OPS). Indicadores básicos: Argentina 2014 [Internet]. Dirección de Estadísticas e Información en Salud [citado 30 mar 2015]. Disponible en: http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/indicadores_2014.pdf

Ministerio de Salud (MSAL). Plan Nacional de Salud Integral en la Adolescencia [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina [sin año de actualización; citado 1 nov 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/mapa-del-sitio/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia>

Ministerio de Salud (MSAL). Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Buenos Aires: Plan Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, 2012a [citado 1 nov 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/2012-consumo-alcohol.pdf>

Ministerio de Salud (MSAL). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Buenos Aires: Plan Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación Argentina, 2012b [citado 1 nov 2013]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/2012-intento-suicidio.pdf>

Müller MS. Tablas abreviadas de mortalidad para la República Argentina (1946-1948). Santiago de Chile: CELADE, 1958.

Müller MS. Mortalidad en Buenos Aires entre 1855 y 1960. Buenos Aires: Instituto Torcuato Di Tella, 1974.

Müller MS. Tablas de mortalidad para la ciudad de Buenos Aires, 1970. Buenos Aires: INDEC, 1975.

Müller MS. La mortalidad en la Argentina: evolución histórica y situación en 1970. Santiago: CELADE, 1978.

Müller MS. Un hecho inquietante: la evolución reciente de la mortalidad en la Argentina. Buenos Aires: CENEP, 1980. (Cuadernos del CENEP No. 17).

Murray CJL y Lopez AD. Summary: The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series).

Mychaszula S. Algunas singularidades de los cambios de la mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires entre 1980 y 2001. Población de Buenos Aires. 2006; 3(3):31-41.

- Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del milenio [Internet]. New York: UN Publications, 2013 [citado 1 nov 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- O'Donnell A, Carmuega E. La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños. *Boletín CESNI*. 1998;(6):1-24.
- Olshansky J, Ault B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*. 1986; 64(3):355-391.
- Olshansky J, Carnes BA, Rogers G, Smith L. Emerging infectious diseases: the fifth stage of the epidemiologic transition? *World Health Statistics Quarterly*. 1998;51(2-3-4):207-217.
- Omran, AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4):731-757.
- Omran AR. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly*. 1998;(51)2-3-4:99-119.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2013 [Internet]. Washington: Organización Panamericana de Salud, 2013 [citado 12 dic 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23083&Itemid=270&lang=es
- Pantelides EA. La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo. Buenos Aires: CENEP, 1983. 23 p. (Cuadernos del CENEP No. 29).
- Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009; (374): 881-892.
- Possas C. *Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- Ribeiro ACT y Lourenço A. Marcas do tempo: violência e objetivação da juventude. En: Fraga, Paulo (Org). *Juventude e sociedade*. Rio de Janeiro: DP & A, 2002. Disponible en: http://www.lastroufrj.com.br/prodcientifica/artigos/ana-alice_juventude.pdf
- Rogers RG, Hackenberg R. Extending epidemiologic transition theory. *Social Biology*. 1987;(34):234-243.
- Rojas Cabrera ES, Santillán Pizarro MM, Pujol CJAP. La mortalidad de los adolescentes de Argentina y Brasil, ¿una cuestión pendiente? *Sociais e Humanas*. 2013;26(1):121-144.
- Santillán Pizarro MM, Rojas Cabrera ES, Celton DE, Ribotta B. La reducción de la mortalidad infantil desde un enfoque de derechos: una comparación entre Argentina y Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2011;28(2):321-336.
- Santosa A, Wall S, Fottrell E, Hoberg U, Byass P. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Global Health Action*. 2014;7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038769/>
- Save the Children. *The Child Development Index 2012: Progress, challenges and inequality*. London: Save the Children, 2012. Disponible en: http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Child_Development_Index_2012_UK_low_res.pdf
- Serfaty EM, Foglia VL, Masaútis AE, Negri GM. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10-24 años: Argentina 1991-2000. *Vertex*. 2003; XIV (Sup. II): 40-48.
- Singh GK y Yu SM. Trends and Differentials in Adolescent and Young Adult Mortality in the United States, 1950 through 1993. *American Journal of Public Health*. 1996; 86(4): 560-564.
- Smith A. *Conquest: Sexual Violence and American Indian Genocide*. Cambridge: South End Press, 2005.

- Somoza JL, Barral Souto J. Construcción de una tabla abreviada de mortalidad para la Argentina (1946-1948). Instituto Actuarial Argentino, 1954. (Publicación No. 2).
- Somoza JL, Müller MS. La mortalidad general y por sexo y edad en la Argentina y sus provincias en 1980. Buenos Aires: INDEC, 1986.
- Somoza JL, Müller MS. Tablas de mortalidad 1980-81: total y jurisdicciones. Buenos Aires: INDEC, 1988. 128 p. (Estudios No. 10).
- Somoza JL. Argentina: la mortalidad según tablas de vida de 1914, 1946-48 y 1959-61. Santiago de Chile: CELADE, 1966. (Serie A No. 37).
- Somoza JL. La mortalidad en Argentina entre 1869 y 1960. En: CELADE, ed. Temas de Población de la Argentina: Aspectos demográficos. Santiago de Chile: CELADE, 1973. p. 21-39.
- Souza ER, Gomez R, Silva JG, Correia BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3243-3248.
- Souza ER, Nascimento de Melo A, Guimarães e Silva J, Franco SA, Alazraqui M, González-Pérez GJ. Estudo multicêntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(12):3183-3193.
- Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):59-70.
- Spinelli, Hugo. La violencia como problema de salud pública: El terrorismo de Estado en Argentina, 1976-1981. En: Hugo Spinelli, compilador. *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.
- Spinelli H, Alazraqui M, Calvelo L, Arakaki J. Mortalidad infantil: un indicador para la gestión local. Análisis de la mortalidad infantil de la provincia de Buenos Aires en 1998. Publicación N° 51. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2000.
- Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, Zunino MG, Nadalich JC. Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el sector salud. Publicación N° 60. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2005.
- Spinelli H, Alazraqui M, Santiago O, Capriati A. Vulnerabilidad y derechos sociales: datos y notas de mortalidad por violencias en adolescentes y jóvenes en Argentina (1990-2010). 2013. En: Alvarado A, Concha Eastman A, Spinelli H, Perez Tourinho MF, editores. *Vidas troncadas: El exceso de homicidios en la juventud en América Latina, 1990-2010: Los casos de Argentina, Brasil, Colombia y México*. México DF: El Colegio de México, 2015.
- Spinelli H, Alazraqui M, Zunino G, Olaeta H, Poggiese H, Concaro C y Porterie S. Firearm-related deaths and crime in the Autonomous City of Buenos Aires, 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(2): 327-338.
- Spinelli H, Macías G, Darraidou V. Procesos macroeconómicos y homicidios. Un estudio ecológico en los partidos del Gran Buenos Aires (Argentina) entre los años 1989 y 2006. *Salud Colectiva*. 2008;4(3):283-299.
- Spinelli H, Zunino MG, Alazraqui M, Guevel C, Darraidou V. Mortalidad por armas de fuego en Argentina, 1990-2008. Publicación N° 68. Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2010.
- Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):81-91.
- Trifiró MC. La mortalidad infantil en Argentina y Chile: comparación de su evolución desde 1950 y estado actual [Internet]. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población; 2007 Oct 31-Nov 2; Huerta Grande. Córdoba: Asociación de Estudios de Población de la Argentina [citado 1 nov 2013]. Disponible en: <http://www.estadistica.chubut.gov.ar/archivos/biblioteca-virtual/aepa/Morbi-mortalidad.pdf>

UNICEF Argentina. Datos sobre Infancia en Argentina: Datos generales sobre infancia y adolescencia [Internet]. UNICEF [actualizado mar 2013, citado 1 nov 2013]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/overview_11124.htm

United Nations Children's Fund (UNICEF). Progress for children: A report card on adolescents. New York: UNICEF, 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/publications/index_62280.html

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013. New York: United Nations Children's Fund, 2013. Disponible en: http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2011 Global Study on Homicide: Trends, Contexts, Data [Internet]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2011 [citado 12 nov 2013]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Globa_study_on_homicide_2011_web.pdf

Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud -Argentina. Atlas de mortalidad de la República Argentina. Períodos 1990-1992 y 1999-2001 [CD-ROM]. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud -Argentina, 2005.

Vallin J. The end of the demographic transition: relief or concern? *Population and Development Review*. 2002;28(1):105-120.

Vega AL, Torcida S, Velázquez GA. Análisis de la Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil en los Departamentos de Argentina. 1994-2003. *Salud Colectiva*. 2006;2(3):237-247.

Verhsselt Y, Curto SI, Acosta L, Plastina R. Diferencias geográficas de la mortalidad, Argentina 1996 y 1999. En: *Contribuciones Científicas, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos*, 2002. p. 79-94.

Viner RM, Coffey C, Mathers C, Bloem P, Costello A, Santelli J, Patton GC. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *Lancet*. 2011; 377: 1162-1174.

Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*. 2001;91(10).

Weisz G, Olszynko-Gryn J. The Theory of Epidemiologic Transition: the Origins of a Citation Classic. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2009;65(3):287-326.

Wolfbane Cybernetic Ltd . International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality [Internet]. Oxfordshire: Wolfbane Cybernetic Ltd, 24 may 2001 [citado 20 mar 2015]. Disponible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd7a.htm>

Wolfbane Cybernetic Ltd. International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality [Internet]. Oxfordshire: Wolfbane Cybernetic Ltd, 23 may 2001 [citado 20 mar 2015]. Disponible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd7b.htm>

World Health Organization (WHO) and UNICEF. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Washington, DC: World Health Organization and UNICEF, 2010.

World Health Organization (WHO) Mortality Data Base Cause of Death Query online (WHO-CoDQL) [Internet]. Geneva: World Health Organization. 1950 - [citado 17 mar 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath_query/

World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organization (WHO). Child and adolescent health and development: progress report 2009: highlights. Geneva: World Health Organization, 2010.

World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organization (WHO). Revised as of 14 July 2006 – New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries. Archivo inédito recibido 11 dic 2014.

You D, Jones G, Hill K, Wardlaw T, Chopra M. Levels and trends in child mortality, 1990-2009. *Lancet*. 2010; 376:931-933.

Yunes J, Rajs D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10(Sup 1):88-125.

Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un desafío para la región de las Américas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1999;2(3):102-171.

Zunino G, Spinelli H, Alazraqui M. Muertes por armas de fuego: Un eclipse en los sistemas de información en salud. *Salud Colectiva*. 2006;2(3):259-267.

Zunino MG. Perfil epidemiológico de la mortalidad por violencias en el municipio de Lanús entre los años 1998 y 2002 [Tesis de maestría]. [Buenos Aires]: Universidad Nacional de Lanús, 2005.

APÉNDICES

<i>Apéndice A. Fuentes de datos utilizados</i>	110
<i>Apéndice B. Fuentes de datos disponibles y criterio de elección (sexo y edad, todas las causas)</i>	112
<i>Apéndice C. Fuentes de datos disponibles, revisión CIE y criterio de elección (sexo, edad y causas)</i>	115
<i>Apéndice D. Variación entre fuentes en el número de defunciones por todas las causas y el número de defunciones con información de causas.</i>	117
<i>Apéndice D1. Hombres, Argentina, 1959-1989.</i>	117
<i>Apéndice D2. Mujeres, Argentina, 1959-1989.</i>	120
<i>Apéndice D3. Ambos sexos, Argentina, 1976-1979.</i>	123
<i>Apéndice E. Categorización de muertes en grupos de causas según revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades</i>	124
<i>Apéndice F. Proceso de clasificación en grupos de causas utilizando la revisión 7 de la CIE Listas A y B</i>	125
<i>Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B</i>	125
<i>Apéndice F2. Cálculo del porcentaje de B32 y B46 que corresponde a causas Grupo I usando años con información de la CIE 7 Lista A. Argentina, 1966-1968.</i>	132
<i>Apéndice F3. Cálculo del porcentaje promedio atribuible al Grupo I en B32 y B46 en base a los tres años con información de la CIE Lista A. Argentina, 1966-1968.</i>	133
<i>Apéndice G. Cálculo de porcentaje correspondiente a las causas Grupo I de códigos de la CIE 9 con subcódigos faltantes. Argentina, AÑOS.</i>	134
<i>Apéndice H. Tablas</i>	
<i>Tabla H1. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por todas las causas según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012.</i>	135
<i>Tabla H2. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas respecto a 1960 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012.</i>	139

<i>Tabla H3. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas entre 1947-2012 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012.</i>	143
<i>Tabla H4. Razón de las tasas de mortalidad por todas las causas entre hombres y mujeres según grupos de edad, 0-24 años, Argentina, 1947- 2012.</i>	144
<i>Tabla H5. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.</i>	145
<i>Tabla H6. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.</i>	147
<i>Tabla H7. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.</i>	149
<i>Tabla H8. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.</i>	151
<i>Tabla H9. Mortalidad proporcional por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.</i>	153
<i>Tabla H10. Mortalidad proporcional por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres, Argentina, 1960-2012.</i>	155
<i>Tabla H11: Razón de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres por grupos de edad y causas, Argentina, 1960-2012.</i>	157

Apéndice A. Fuentes de datos utilizados

Año	Población por sexo y edad	Número de nacidos vivos por sexo	Número de defunciones por sexo y edad	Número de defunciones por sexo, edad y causas
1947-1949	Población anual argentina por sexo y edad, 1947-1980 (Camisa, 1965)	Informe demográfico 1944-54 (DNEC, 1956)	Informe demográfico 1944-54 (DNEC, 1956). Grupo de edad 20-29	Sin información
1950-1953	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Informe demográfico 1944-54 (DNEC, 1956). Grupo de edad 20-29	Sin información
1954-1959	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Hechos demográficos 1954-1960 (s.a.-a)	Sin información
1960	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Hechos demográficos 1954-1960 (s.a.-a)	Mortalidad por causa, edad y sexo en la República Argentina, 1959-1961 (Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria, 1969)
1961-1966	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Hechos demográficos 1961-1966 (s.a.-b)	Hechos demográficos 1961-1966 (s.a.-b)
1967	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	WHO Mortality Data Base
			WHO Mortality Data Base	
1968	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	WHO Mortality Data Base
			WHO Mortality Data Base	
1969	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	WHO Mortality Data Base
			WHO Mortality Data Base	
1970	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989). No hay por sexo	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	WHO Mortality Data Base
			Indicadores de salud y condiciones de vida para el grupo de población de 10-24 años. Años 1970, 1980 y 1985 (1990b)	
1971-1975	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989). No hay por sexo	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Sin información
1976	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989). No hay por sexo	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Sin información
			Mortalidad Infantil y General en la República Argentina, Año 1976 (Ministerio de Bienestar Social, 1979)	
1977	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989). No hay por sexo	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	WHO Mortality Data Base
			Natalidad y Mortalidad en la República Argentina Año 1977 Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982)	
			WHO Mortality Data Base	

Apéndice A: Fuentes de datos utilizados, continuación.

Año	Población por sexo y edad	Número de nacidos vivos por sexo	Número de defunciones por sexo y edad	Número de defunciones por sexo, edad y causas
1978	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989). No hay por sexo	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	WHO Mortality Data Base
			Natalidad y Mortalidad en la República Argentina Año 1978 (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1983b)	
			WHO Mortality Data Base	
1979	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989). No hay por sexo	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	WHO Mortality Data Base
			Número de defunciones por causa según sexo y edad, Argentina 1979 (Ministerio de Bienestar Social, 1982)	
1980-1981	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Años 1980-81 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1984)	Estadísticas Vitales - Información básica Años 1980-81 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1984)	WHO Mortality Data Base
1982	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1982 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1986)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1982 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1986)	WHO Mortality Data Base
1983	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1983 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1987)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1983 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1987)	WHO Mortality Data Base
1984-1985	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Años 1984 -1985 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1988)	Estadísticas Vitales - Información básica Años 1984 -1985 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1988)	WHO Mortality Data Base
1986	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1986 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989b)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1986 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989b)	WHO Mortality Data Base
1987	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1987 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1990a)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1987 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1990a)	WHO Mortality Data Base
1988	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1988 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1991a)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1988 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1991a)	WHO Mortality Data Base
1989	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1989 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1991b)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1989 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1991b)	WHO Mortality Data Base
1990	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	Estadísticas Vitales - Información básica Año 1990 (Ministerio de Salud y Acción Social, 1992)	IED	IED
1991-2012	Argentina: Estimaciones y proyecciones de población (CELADE, 2012)	IENV	IED	IED

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas.

Apéndice B. Fuentes de datos disponibles y criterio de elección (sexo y edad, todas las causas)

Años	Fuentes disponibles Mortalidad por Sexo y Edad	Comentarios sobre las fuentes	Fuente utilizada	Criterio
1947-1949	Tendencia de la mortalidad en Argentina 1947-1965, Parte I. (Departamento de Estadísticas de Salud, 1971b)	Fuente original es el Informe Demográfico. Muertes de edad desconocida están redistribuidas. No separa grupo de edad 20-24 años, usa 20-29 años.	Informe demográfico 1944-54	Fuente original. No redistribuye mortalidad en edades desconocidas.
	Informe demográfico 1944-54 (DNEC, 1956)	No separa grupo de edad 20-24 años, usa 20-29 años.		
1950-1953	Tendencia de la mortalidad en Argentina 1947-1965, Parte I. (Departamento de Estadísticas de Salud, 1971b)	Fuente original es el Informe Demográfico. Muertes de edad desconocida están redistribuidas. No separa grupo de edad 20-24 años, usa 20-29 años.	Informe demográfico 1944-54	Fuente original.
	Informe demográfico 1944-54 (DNEC, 1956)	No separa grupo de edad 20-24 años, usa 20-29 años.		
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos son iguales a los datos de Informe Demográfico.		
1954	Tendencia de la mortalidad en Argentina 1947-1965, Parte I. (Departamento de Estadísticas de Salud, 1971b)	Fuente original es Hechos Demográficos. Muertes de edad desconocida están redistribuidas.	Hechos demográficos	Por razones prácticas, se tomaron los datos ya agrupado por grupos de edad del Anuario Estadístico, salvo el grupo de edad de 20-24 años, que es de Hechos Demográficos.
	Hechos demográficos 1954-1960 (INDEC, s.a.-a)	Discrimina el grupo de edad de 20-24 años.		
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos ya agrupados por grupos de edad. Son iguales a los datos de Hechos Demográficos pero no separa grupo de edad de 20-24 años.	Anuario estadístico 1981-82	
1955-1960	Tendencia de la mortalidad en Argentina 1947-1965, Parte I. (Departamento de Estadísticas de Salud, 1971b)	Fuente original es Hechos demográficos. Muertes de edad desconocida están redistribuidas.	Hechos demográficos	Por razones prácticas, se tomaron los datos ya agrupado por grupos de edad del Anuario Estadístico, salvo el grupo de edad de 20-24 años, que es de Hechos Demográficos.
	Hechos demográficos 1954-1960 (INDEC, s.a.-a)	Fuente original con muertes desagregadas por edad hasta los 15 años. Incluye grupo de edad 20-24 años.		
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos ya agrupados por grupos de edad. Son iguales a los datos de Hechos Demográficos pero no separa grupo de edad de 20-24 años.	Anuario estadístico 1981-82	
1961-1965	Tendencia de la mortalidad en Argentina 1947-1965, Parte I. (Departamento de Estadísticas de Salud, 1971b)	Fuente original es Hechos demográficos. Muertes de edad desconocida están redistribuidas.	Hechos demográficos	Por razones prácticas, se tomaron los datos ya agrupado por grupos de edad del Anuario Estadístico, salvo el grupo de edad de 20-24 años, que es de Hechos Demográficos.
	Hechos demográficos 1961-1966 (INDEC, s.a.-b)	Fuente original con muertes por edad, incluyendo el grupo de edad 20-24 años.		
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos ya agrupados por grupos de edad. Son iguales a los datos de Hechos Demográficos pero no separa grupo de edad de 20-24 años.	Anuario estadístico 1981-82	

Apéndice B, Fuentes de datos disponibles y criterio de elección (sexo y edad, todas las causas), continuación.

Años	Fuentes disponibles Mortalidad por Sexo y Edad	Comentarios sobre las fuentes	Fuente utilizada	Criterio
1966	Hechos demográficos 1961-1966 (INDEC, s.a.-b)	Incluye grupo de edad 20-24 años.	Hechos demográficos	Por razones prácticas, se tomaron los datos ya agrupado por grupos de edad del Anuario Estadístico, salvo el grupo de edad de 20-24 años, que es de Hechos Demográficos.
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos ya agrupados por grupos de edad. Son iguales a los datos de Hechos Demográficos pero no separa grupo de edad de 20-24 años.	Anuario estadístico 1981-82	
	WHO Mortality Data Base	Datos difieren sustancialmente de las otras fuentes.		
1967-1969	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	No discrimina el grupo de edad de 20-24 años del grupo de 20-29 años	Anuario estadístico 1981-82	Se mantuvo la continuidad de la fuente Anuario estadístico usado en años anteriores pero se incorporaron los datos para el grupo de edad de 20-24 años de la OMS.
	WHO Mortality Data Base	Datos difieren del Anuario, especialmente en el año 1967, pero cuentan con información para el grupo de edad de 20-24 años	OMS	
1970	Indicadores de salud y condiciones de vida para el grupo de población de 10-24 años. Años 1970, 1980 y 1985. (INDEC, 1989a)	Solo contempla las edades de 10-24 años	Indicadores de salud y condiciones de vida	Datos de 0-9 años provienen del anuario estadístico 80/82 y los valores siguientes corresponden entre esta fuente e Indicadores de salud y condiciones de vida. Grupo 20-24 años es de Indicadores.
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	No discrimina el grupo de edad de 20-24 años del grupo de 20-29 años	Anuario estadístico 1981-82	
	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Datos son iguales a los de Anuario estadístico 1980/82		
	WHO Mortality Data Base	Datos difieren de los que figuran en las demás fuentes.		
1971-1975	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	No incluye información para las edades de 20-24 años, solo grupo de edad 20-29 años	Anuario estadístico 1983-86	Única fuente disponible.
1976	Mortalidad Infantil y General en la República Argentina 1976 (Ministerio de Bienestar Social, 1979)	No hay información por sexo. Datos coinciden con el Anuario estadístico 1981-82. No corresponden exactamente con los datos del anuario estadístico 1983/86.	Mortalidad Infantil y General en la República Argentina 1976	Datos por sexo son del anuario estadístico 1983/86 -dado que no hay información por sexo en las otras fuentes- salvo los de 20-24 años para ambos sexos, que proviene de Mortalidad Infantil y General en la República Argentina.
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	No hay información por sexo. Datos coinciden con Mortalidad infantil y general en la Repub. Argentina 1976. No corresponden exactamente con los datos del anuario estadístico 1983/86.	Anuario estadístico 1983-86	
	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Hay información por sexo pero no para el grupo de edad de 20-24 años.		

Apéndice B, Fuentes de datos disponibles y criterio de elección (sexo y edad, todas las causas), continuación.

Años	Fuentes disponibles Mortalidad por Sexo y Edad	Comentarios sobre las fuentes	Fuente utilizada	Criterio
1977	Natalidad y Mortalidad en La República Argentina 1977 (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1982)	Datos para ambos sexos coinciden con el Anuario estadístico 1983-86 y Natalidad y Mortalidad en la Repub Argentina 1977 salvo MI. No hay datos por sexo. Hay datos para el grupo de edad de 20-24 años.	Natalidad y Mortalidad en La República Argentina 1977	Datos por sexo provienen del anuario. Datos de 20-24 para ambos sexos provienen de Natalidad y Mortalidad. Datos para los sexos por separado provienen de la OMS.
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos son iguales a los de Anuario estadístico 1980/82	Anuario estadístico 1983-86	
	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Hay datos por sexo pero no hay datos para el grupo de edad 20-24 años.		
	WHO Mortality Data Base	Los datos son ligeramente diferentes a los datos publicados en las demás fuentes.	OMS	
1978	Natalidad y Mortalidad en La República Argentina 1978 (Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, 1983b)	Datos son ligeramente diferentes a todas las demás fuentes. No hay datos por sexo. Hay datos para el grupo de edad de 20-24 años.	Natalidad y Mortalidad en La República Argentina 1978	Se utilizaron los datos del anuario estadístico más recientemente publicado, 1983/86, sin embargo, se tomaron los datos de 20-24 años para ambos sexos de Natalidad y Mortalidad y para los sexos por separado de la OMS.
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos para hombres y mujeres son iguales a los datos que figuran en la base de datos de la OMS. No hay datos para el grupo de edad de 20-24 años.	Anuario estadístico 1983-86	
	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Datos son ligeramente diferentes a todas las demás fuentes. No hay datos para el grupo de edad de 20-24 años.		
	WHO Mortality Data Base	Datos para hombres y mujeres son iguales a los datos que figuran en el Anuario estadístico 1981-82.	OMS	
1979	Número de defunciones por causa según sexo y edad, Argentina 1979 (Ministerio de Bienestar Social, 1982)	Datos son iguales a los de la base de Datos de la OMS	Número de defunciones por causa según sexo y edad, Argentina 1979	Datos provienen del Anuario estadístico de 1983/86 salvo para el grupo de edad de 20-24 años.
	WHO Mortality Data Base	Datos son iguales a Número de defunciones por causa según sexo y edad		
	Anuario estadístico 1981-82 (INDEC, 1984)	Datos difieren ligeramente de las dos publicaciones anteriores pero son iguales al Anuario estadístico 1981-82	Anuario estadístico 1983-86	
	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Datos difieren ligeramente de las primeras dos publicaciones pero son iguales al Anuario estadístico 1983-86		
1980-1989	IED	Datos difieren de los datos publicados en las demás fuentes	Estadísticas Vitales y de Salud	Fuente publicada que corresponde con la información en las demás fuentes publicadas.
	WHO Mortality Data Base	Datos son iguales a los de Estadísticas Vitales y del Salud y del Anuario Estadístico		
	Anuario estadístico 1983-86 (INDEC, 1989)	Datos son iguales a la Base de la OMS y Estadísticas Vitales. No hay datos para 20-24 años.		
	Estadísticas Vitales - Información Básica (Ministerio de Salud y Acción Social, 1984, 186, 1987, 1988, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b)	Datos son iguales a la Base de la OMS y el Anuario Estadístico		
1990-2012	IED	Bases de datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.	IED	Fuente más exhaustiva.

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas.

Apéndice C. Fuentes de datos disponibles, revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y criterio de elección (sexo, edad y causas)

Año	Fuentes disponibles Defunciones por sexo, edad y causa	Comentarios sobre las fuentes	Revisión CIE	Fuente elegida	Criterio
1959-1961	Mortalidad por causa, edad y sexo en la República Argentina 1959-1961 (Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria, 1969)	Información es para el trienio, no los años individuales. Las fuentes son la Dirección de Estadísticas de Salud y, para el año 1960, la publicación "Hechos demográficos 1954-1960". Sin embargo, los datos de esta fuente son mucho más cercanos al total de muertes utilizado para construir la tendencia por sexo y edad que los datos de causas en la publicación "Hechos Demográficos". Agrupa 15-24.	7B	Mortalidad por causa, edad y sexo en la República Argentina 1959-1961 (1)	Corresponde con los datos utilizados para la construcción de la fuente.
1960	Hechos demográficos 1954-1960 (INDEC, s.a.-a)	Los totales de muertes por edad y sexo no corresponden entre el apartado general y el apartado de mortalidad por causas para el año 1960.	7B	Hechos demográficos 1954-1960	Única fuente
1961	Hechos demográficos 1961-1966 (INDEC, s.a.-b)	Los totales de muertes por edad difieren bastante entre el apartado general y el apartado de mortalidad por causas.	7B	Hechos demográficos 1961-1966	Única fuente
1962-1965	Mortalidad por causa, edad y sexo. República Argentina. Años 1962 a 1965, Parte I. (Departamento de Estadísticas de Salud, 1970b)	Agrupar 15 a 24. Su fuente original es Hechos Demográficos.	7B	Hechos demográficos 1961-1966	Fuente original de la información.
	Hechos demográficos 1961-1966 (INDEC, s.a.-b)	Para 1962, los totales de muertes por edad y sexo no corresponden entre el apartado general y el apartado de mortalidad por causas. El resto de los años sí corresponden.	7B		
1966	Hechos demográficos 1961-1966 (INDEC, s.a.-b)	Datos corresponden con los datos utilizados para la construcción de la tendencia por sexo y edad.	7B	Hechos demográficos 1961-1966	Mejor correspondencia
	WHO Mortality Data Base	Datos no corresponden.	7A		
1967-1968	WHO Mortality Data Base	Los tres años presentan datos que difieren de los datos utilizados en la construcción de la tendencia por sexo y edad, especialmente el año 1967.	7A	WHO Mortality Data Base	Única fuente
1969	WHO Mortality Data Base	Datos difieren de los datos de la tendencia por sexo y edad.	8A	WHO Mortality Data Base	Única fuente
1970	Indicadores de salud y condiciones de vida para el grupo de población de 10-24 años. Años 1970, 1980 y 1985. (INDEC, 1989a)	Datos por causas difieren de los datos de la tendencia por sexo y edad.	9A	WHO Mortality Data Base	Más información por grupos de edad.
	WHO Mortality Data Base	Datos difieren de los datos de la tendencia por sexo y edad, pero los datos para la población de 10-24 años difieren poco entre las fuentes.	8A		

Apéndice C: Fuentes de datos disponibles, revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y criterio de elección (sexo, edad y causas), continuación.

Año	Fuentes disponibles Defunciones por sexo, edad y causa	Comentarios sobre las fuentes	Revisión CIE	Fuente elegida	Criterio
1977-1978	WHO Mortality Data Base	Datos difieren ligeramente de los utilizados en la construcción de la tendencia por sexo y edad.	8A	WHO Mortality Data Base	Única fuente
1979	WHO Mortality Data Base	Datos difieren ligeramente de los utilizados en la construcción de la tendencia por sexo y edad.	9A	WHO Mortality Data Base	Fuente ya en versión electrónica
	Número de defunciones por causa según sexo y edad, Argentina 1979 (Ministerio de Bienestar Social, 1982)	Datos iguales a los de la OMS.	9A		
1980-1989	WHO Mortality Data Base	Datos iguales a los de Estadísticas Vitales.	9A	WHO Mortality Data Base	Fuente ya en versión electrónica y en concordancia con las otras fuentes publicadas.
	IED	Datos difieren de las demás fuentes.	9 (4 dígitos)		
	Estadísticas Vitales - Información Básica (Ministerio de Salud y Acción Social, 1984, 186, 1987, 1988, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b)	Datos iguales a los de la OMS.	9A		
1990-1996	IED		9 (4 dígitos)	IED	Fuente más completa
1997-2012	IED		10 (4 dígitos)	IED	Fuente más completa

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas.

Nota: CIE = Clasificación Internacional de Enfermedades

Apéndice D1. Variación entre fuentes en el número de defunciones por todas las causas y el número con información de causas. Hombres, Argentina, 1959-1989. Continuación.

	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	
10 a 14																										
Defunciones por todas las causas Fuente 1 (a)	836	783	842	759	828	792	850	790	760	809	903	865	789	733	677	650	755	606	676	703	663	661	646	667	701	
Defunciones por causas Fuente 2 (b)		440	734	729	828	792	850	790	SI	SI	SI	SI	SI	SI	675	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Defunciones por causas, Trienio 1959-1951 (c)	805	805	805	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Defunciones por causas, WHO Mortality Data Base (d)								547	690	801	886	863	765	744	675	650	755	606	676	703	663	661	646	667	701	
% Var		-	-12,83%	-3,95%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-9,21%	-0,99%	-1,88%	-0,23%	-3,04%	1,50%	-0,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
% Var2	-3,71%	2,81%	-4,39%					30,76%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-0,30%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
15 a 19																										
Defunciones por todas las causas Fuente 1 (a)	1312	1340	1267	1246	1219	1281	1374	1231	1326	1393	1519	1532	1463	1339	1276	1265	1254	1193	1173	1195	1230	1290	1258	1293	1396	
Defunciones por causas Fuente 2 (b)	SI	740	1072	1190	1219	1281	1374	1231	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1276	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Defunciones por causas, Trienio 1959-1951 (c)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Defunciones por causas, WHO Mortality Data Base (d)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	882	1229	1383	1506	1530	1460	1358	1276	1265	1254	1193	1173	1195	1230	1290	1258	1293	1396	
% Var	SI	-	-15,39%	-4,49%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-7,32%	-0,72%	-0,86%	-0,13%	-0,21%	1,42%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
% Var2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	28,35%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	0,00%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
20 a 24																										
Defunciones por todas las causas Fuente 1 (e)	1484	1657	1614	1690	1698	1570	1603	1581	SI	SI	SI	1977	SI	SI	1627	1614	1744	1476	1512	1520	1556	1526	1574	1558	1668	
Defunciones por causas Fuente 2 (b)	SI	935	1411	1628	1698	1570	1603	1581	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Defunciones por causas, Trienio 1959-1951 (c)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Defunciones por causas, WHO Mortality Data Base (d)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1138	1511	1867	1855	1976	2160	1901	1627	1614	1744	1476	1512	1520	1556	1526	1574	1558	1668	
% Var	SI		-12,58%	-3,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	SI	SI	SI	-0,05%	SI	SI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
% Var2	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	28,02%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
	Promedio, todas las edades (f)								-	13,08%	-1,23%	-1,97%														

Apéndice D1. Variación entre fuentes en el número de defunciones por todas las causas y el número con información de causas. Hombres, Argentina, 1959-1989. Continuación.

Fuente: Elaboración propia a partir de (a), (b), (c) y (d).

Notas: SI = Sin información.

(a) Valor de referencia. Fuentes de información: INDEC (1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b).

(b) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.a.-a), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.a.-b), Ministerio de Bienestar Social (1982).

(c) Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969).

(d) WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online (CoDQL).

(e) Las mismas Fuentes que (a) y Ministerio de Salud y Acción Social (1990b), Ministerio de Bienestar Social (1982).

(f) Promedios citados en la sección de metodología.

Apéndice D2. Variación entre fuentes en el número de defunciones por todas las causas y el número con información de causas. Mujeres, Argentina, 1959-1989. Continuación.

Fuente: Elaboración propia a partir de (a), (b), (c) y (d).

Notas: SI = Sin información.

(a) Valor de referencia. Fuentes de información: INDEC (1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b).

(b) Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.a.-a), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.a.-b), Ministerio de Bienestar Social (1982).

(c) Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969).

(d) WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online (CoDQL).

(e) Las mismas Fuentes que (a) y Ministerio de Salud y Acción Social (1990b), Ministerio de Bienestar Social (1982).

(f) Promedios citados en la sección de metodología.

Apéndice D3. Variación entre fuentes en el número de defunciones por todas las causas y el número con información de causas. Ambos sexos, Argentina, 1976-1979.

	1976	1977	1978	1979
Menores 1				
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (a)	29212	29455	26741	24594
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (b)	29147	29.423	26118	24950
% Var (Valor 2-Valor de ref)/Valor de ref	-0,22%	-0,11%	-2,33%	1,45%
1 a 4				
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (a)	5376	5.293	4554	3855
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (b)	5295	5.293	5978	3862
% Var (Valor 2-Valor de ref)/Valor de ref	-1,51%	0,00%	31,27%	0,18%
5 a 9				
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (a)	1472	1.401	1324	1361
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (b)	1457	1.401	1303	1363
% Var (Valor 2-Valor de ref)/Valor de ref	-1,02%	0,00%	-1,59%	0,15%
10 a 14				
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (a)	1354	1.301	1214	1143
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (b)	1353	1.301	1235	1143
% Var (Valor 2-Valor de ref)/Valor de ref	-0,07%	0,00%	1,73%	0,00%
15 a 19				
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (a)	2528	2.377	2190	2083
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (b)	2513	2.377	2208	2083
% Var (Valor 2-Valor de ref)/Valor de ref	-0,59%	0,00%	0,82%	0,00%
PROMEDIO	-0,68%	-0,02%	5,98%	0,36%
20 a 24				
Defunciones por todas las causas, ambos sexos (a)	3371	3.258	2796	2602
Defunciones por causas, WHO Mortality Data Base (c)	SI	3339	2967	2602
% Var (Valor 2-Valor de ref)/Valor de ref	SI	2,49%	6,12%	0,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las publicaciones citadas.

Notas: SI = Sin información.

(a) Valor de referencia. Instituto Nacional de Estadística y Censos (1989).

(b) Ministerio de Bienestar Social (1979, 1982), Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982, 1983b).

(c) WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online (CoDQL).

Apéndice E. Categorización de muertes en grupos de causas según revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Título de Grupo de Causas	Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (y Años de la Serie)					
	CIE 7 Lista B - 50 Causas (Años 1959-1966)	CIE 7 Lista A - 150 causas (Años 1967-1970)	CIE 8 Lista A - 150 Causas (Años 1977-1979)	CIE 9 Códigos BTL (Años 1980-1989)	CIE 9 - Códigos de 4 dígitos (Años 1990-1996)	CIE 10 Códigos de 4 dígitos (Años 1997-2012)
<i>I. Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales</i>	B1-B17, B21, B23, B30-32*, B36, B40, B42-44	A001-A043, A064-A065, A071, A077, A087-A092, A104, A115-A120, A130-A135	A001-A044, A065, A067, A072, A078, A089-A092, A112-A118, A131-A135	B01-B07, B184, B19, B200, B220, B240**, B310-B312**, B320-B322, B371-B373**, B38-B41, B45	001-139, 243, 260-269, 279.5, 280-281, 285.9, 320-323, 381-382, 460-465, 466, 480-487, 614-616, 630-676, 760-779	A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
<i>II. Enfermedades no transmisibles</i>	B18-B20, B22, B24-29, B33-35, B37-39, B41, B46*	A044-A063, A066-A070, A072-A076, A078-A086, A093-A103, A105-A114, A121-A129	A045-A064, A066, A068-A071, A073-A077, A079-A088, A093-A104, A105-A111, A119-A130	B08-B18, B20-B37, B42-B44. [menos B184, B200, B220, B240, B310-B312, B320-B322, B371-B373]	140-242, 244-259, 270-279 (menos 279.5), 282-285 (menos 285.9), 286-319, 324-380, 383-459, 470-478, 490-611, 617-629, 680-759	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99
<i>III. Violencias</i>	B47-50	A138-A150	A138-A150	B47-B56	E800-999	V01-Y89
<i>Enfermedades mal definidas (redistribuidas prorrateada entre Grupos I y II)</i>	B45	A136, A137	A136, A137	B46	780-799	R00-R99

Fuente: Elaboración propia en base a *New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries* (WHO, 2006 inédito), *International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality* (Wolfbane, 2001a), *International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality* (Wolfbane, 2001b), y *WHO Mortality Data base documentation* (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Notas:

*La CIE 7 Lista B contiene códigos resumen que no permiten una fiel repartición de las muertes según grupo de causas. Para ver el proceso de contemplación de estas causas, ver Apéndice F.

**Estos códigos faltaban en la información disponible para los años 1979 y 1982-89. Para ver el proceso de categorización usando la información de estos códigos para los años 1980 y 1981, ver Apéndice F.

**Apéndice F. Proceso de clasificación en grupos de causas utilizando la
revisión 7 de la CIE Listas A y B**

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
A1	Tuberculosis of respiratory system	001-008	B 1	Tuberculosis of respiratory system	001-008	I
A2	Tuberculosis of meninges and central nervous system	010	B 2	Tuberculosis, other forms	010-019	I
A3	Tuberculosis of intestines, peritoneum and mesenteric glands	011				I
A4	Tuberculosis of bones and joints	012-013				I
A5	Tuberculosis, all other forms	014-019				I
A6	Congenital syphilis	020	B 3	Syphilis and its sequelae	020-029	I
A7	Early syphilis	021				I
A8	Tabes dorsalis	024				I
A9	General paralysis of insane	025				I
A10	All other syphilis	022-023				I
		026-029				I
A11	Gonococcal infection	030-035	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	030-039	I
A12	Typhoid fever	040	B 4	Typhoid fever	040	I
A13	Paratyphoid fever and other Salmonella infections	041-042	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	041-042	I
A14	Cholera	043	B 5	Cholera	043	I
A15	Brucellosis (undulant fever)	044	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	044, 049	I
A16	Dysentery, all forms	045-048	B 6	Dysentery, all forms	045-048	I
A17	Scarlet fever	050	B 7	Scarlet fever and streptococcal sore throat	050-051	I
A18	Streptococcal sore throat	051				I
A19	Erysipelas	052	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	052-054	I
A20	Septicaemia and pyaemia	053	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	052-054	I
A21	Diphtheria	055	B 8	Diphtheria	055	I
A22	Whooping cough	056	B 9	Whooping cough	056	I
A23	Meningococcal infections	057	B10	Meningococcal infections	057	I
A24	Plague	058	B11	Plague	058	I
A25	Leprosy	060	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	059-074	I
A26	Tetanus	061	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	059-074	I
A27	Anthrax	062	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	059-074	I

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B, continuación.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
A28	Acute poliomyelitis	080	B12	Acute poliomyelitis	080	I
A29	Acute infectious encephalitis	082	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	081-083	I
A30	Late effects of acute poliomyelitis and acute infectious encephalitis	081, 083	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	081-083	I
A31	Smallpox	084	B13	Smallpox	084	I
A32	Measles	085	B14	Measles	085	I
A33	Yellow fever	091	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	086-096	I
A34	Infectious hepatitis	092	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	086-096	I
A35	Rabies	094	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	086-096	I
A36	Typhus and other rickettsial diseases	100-108	B15	Typhus and other rickettsial diseases	100-108	I
A37	Malaria	110-117	B16	Malaria	110-117	I
A38	Schistosomiasis	123	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	120-138	I
A39	Hydatid disease	125	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	120-138	I
A40	Filariasis	127	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	120-138	I
A41	Ankylostomiasis	129	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	120-138	I
A42	Other diseases due to helminths	124,126	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	120-138	I
		128,130			120-138	I
A43	All other diseases classified as infective and parasitic	036-039	B17	All other diseases classified as infective and parasitic	030-039	I
		049, 054			041-042	I
		059			044,049	I
		063-074			052-054	I
		086-090			059-074	I
		093			081-083	I
		095-096			086-096	I
		120-122			120-138	I
		131-138			-	I

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B, continuación.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
A44	Malignant neoplasm of buccal cavity and pharynx	140-148	B18	Malignant neoplasms, including neoplasms of lymphatic and haematopoietic tissues	140-205	II
A45	Malignant neoplasm of oesophagus	150				II
A46	Malignant neoplasm of stomach	151				II
A47	Malignant neoplasm of intestine, except rectum	152-153				II
A48	Malignant neoplasm of rectum	154				II
A49	Malignant neoplasm of larynx	161				II
A50	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung, not specified as secondary	162-163				II
A51	Malignant neoplasm of breast	170				II
A52	Malignant neoplasm of cervix uteri	171				II
A53	Malignant neoplasm of other and unspecified parts of uterus	172-174				II
A54	Malignant neoplasm of prostate	177				II
A55	Malignant neoplasm of skin	190-191				II
A56	Malignant neoplasm of bone and connective tissue	196-197				II
A57	Malignant neoplasm of all other and unspecified sites	155-160				II
		164-165				II
		175-176				II
		178-181				II
		192-195				II
		198-199				II
A58	Leukaemia and aleukaemia	204	II			
A59	Lymphosarcoma and other neoplasms of lymphatic and haematopoietic system	200-203	II			
		205	II			
A60	Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	210-239	B19	Benign neoplasms and neoplasms of unspecified nature	210-239	II
A61	Non-toxic goitre	250-251	B46	All other diseases		II
A62	Thyrotoxicosis with or without goitre	252	B46	All other diseases		II
A63	Diabetes mellitus	260	B20	Diabetes mellitus	260	II
A64	Avitaminosis and other deficiency states	280-286	B46	All other diseases		I
A65	Anaemias	290-293	B21	Anaemias	290-293	I
A66	Allergic disorders; all other endocrine, metabolic and blood diseases	240-245	B46	All other diseases		II
		253-254				II
		270-277				II
		287-289				II
		294-299				II
A67	Psychoses	300-309	B46	All other diseases		II

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B, continuación.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
A68	Psychoneuroses and disorders of personality	310-324	B46	All other diseases		II
		326				II
A69	Mental deficiency	325	B46	All other diseases		II
A70	Vascular lesions affecting central nervous system	330-334	B22	Vascular lesions affecting central nervous system	330-334	II
A71	Non-meningococcal meningitis	340	B23	Non-meningococcal meningitis	340	I
A72	Multiple sclerosis	345	B46	All other diseases		II
A73	Epilepsy	353	B46	All other diseases		II
A74	Inflammatory diseases of eye	370-389	B46	All other diseases		II
A75	Cataract	385	B46	All other diseases		II
A76	Glaucoma	387	B46	All other diseases		II
A77	Otitis media and mastoiditis	391-393	B46	All other diseases		I
A78	All other diseases of the nervous system and sense organs	341-344	B46	All other diseases		II
		350-352				II
		354-369				II
		380-384				II
		386				II
		388-390				II
		394-398				II
A79	Rheumatic fever	400-402	B24	Rheumatic fever	400-402	II
A80	Chronic rheumatic heart disease	410-416	B25	Chronic rheumatic heart disease	410-416	II
A81	Arteriosclerotic and degenerative heart disease	420-422	B26	Arteriosclerotic and degenerative heart disease	420-422	II
A82	Other diseases of heart	430-434	B27	Other diseases of heart	430-434	II
A83	Hypertension with heart disease	440-443	B28	Hypertension with heart disease	440-443	II
A84	Hypertension without mention of heart	444-447	B29	Hypertension without mention of heart	444-447	II
A85	Diseases of arteries	450-456	B46	All other diseases		II
A86	Other diseases of circulatory system	460-468	B46	All other diseases		II
A87	Acute upper respiratory infections	470-475	B46	All other diseases		I
A88	Influenza	480-483	B30	Influenza	480-483	I
A89	Lobar pneumonia	490	B31	Pneumonia	490-493	I
A90	Bronchopneumonia	491				I
A91	Primary atypical, other and unspecified pneumonia	492-493				I
A92	Acute bronchitis	500	B32	Bronchitis	500-502	I
A93	Bronchitis, chronic and unqualified	501-502				II
A94	Hypertrophy of tonsils and adenoids	510	B46	All other diseases		II
A95	Empyema and abscess of lung	518,521	B46	All other diseases		II
A96	Pleurisy	519	B46	All other diseases		II

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B, continuación.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
A97	All other respiratory diseases	511-517	B46	All other diseases		II
		520				II
		522-527				II
A98	Diseases of teeth and supporting structures	530-535	B46	All other diseases		II
A99	Ulcer of stomach	540	B33	Ulcer of stomach and duodenum	540-541	II
A100	Ulcer of duodenum	541				II
A101	Gastritis and duodenitis	543	B36	Gastritis, duodenitis, enteritis and colitis, except diarrhoea of the newborn	543	II
					571-572	II
A102	Appendicitis	550-553	B34	Appendicitis	550-553	II
A103	Intestinal obstruction and hernia	560-561	B35	Intestinal obstruction and hernia	560-561	II
		570			570	II
A104	Gastro-enteritis and colitis, except diarrhoea of the newborn	571-572	B36	Gastritis, duodenitis, enteritis and colitis, except diarrhoea of the newborn	543	I
					571-572	I
A105	Cirrhosis of liver	581	B37	Cirrhosis of liver	581	II
A106	Cholelithiasis and cholecystitis	584-585	B46	All other diseases		II
A107	Other diseases of digestive system	536-539	B46	All other diseases		II
		542				II
		544-545				II
		573-580				II
		582-583				II
		586-587				II
A108	Acute nephritis	590	B38	Nephritis and nephrosis	590-594	II
A109	Chronic, other and unspecified nephritis	591-594				II
A110	Infections of kidney	600	B46	All other diseases		II
A111	Calculi of urinary system	602,604	B46	All other diseases		II
A112	Hyperplasia of prostate	610	B39	Hyperplasia of prostate	610	II
A113	Diseases of breast	620-621	B46	All other diseases		II
A114	Other diseases of genito-urinary system	601,603	B46	All other diseases		II
		605-609				II
		611-617				II
		622-637				II

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B, continuación.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
A115	Sepsis of pregnancy, childbirth and the puerperium	640-641	B40	Deliveries and complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	640-689	I
		681-682				I
		684				I
A116	Toxaemias of pregnancy and the puerperium	642,652				I
		685-686				I
A117	Haemorrhage of pregnancy and childbirth	643-644				I
		670-672				I
A118	Abortion without mention of sepsis or toxemia	650				I
A119	Abortion with sepsis	651				I
A120	Other complications of pregnancy, childbirth and the puerperium	645-649				I
		660				I
		673-680				I
		683				I
A120	Delivery without mention of complication	687-689	I			
A121	Infections of skin and subcutaneous tissue	690-698	B46	All other diseases		II
A122	Arthritis and spondylitis	720-725	B46	All other diseases		II
A123	Muscular rheumatism and rheumatism unspecified	726-727	B46	All other diseases		II
A124	Osteomyelitis and periostitis	730	B46	All other diseases		II
A125	Ankylosis and acquired musculoskeletal deformities	737	B46	All other diseases		II
		745-749				II
A126	All other diseases of skin and musculoskeletal system	700-716	B46	All other diseases		II
		731-736				II
		738-744				II
A127	Spina bifida and meningocele	751	B41	Congenital malformations	750-759	II
A128	Congenital malformations of circulatory system	754				II
A129	All other congenital malformations	750-752				II
		753				II
		755-759	II			
A130	Birth injuries	760-761	B42	Birth injuries, postnatal asphyxia and atelectasis	760-762	I
A131	Postnatal asphyxia and atelectasis	762				I
A132	Infections of the newborn	763-768	B43	Infections of the newborn	763-768	I
A133	Haemolytic disease of the newborn	770	B44	Other diseases peculiar to early infancy, and immaturity unqualified	769-776	I
A134	All other defined diseases of early infancy	769				I
		771-772				I
A135	Ill-defined diseases peculiar to early infancy, and immaturity unqualified	773-776				I
A136	Senility without mention of psychosis	794	B45	Senility without mention of psychosis, ill-defined and unknown causes	780-795	Redistribute
A137	Ill-defined and unknown causes of morbidity and mortality	780-793				
		795				

Apéndice F1. Comparación entre la CIE 7 Listas A y B, continuación.

Código A	Descripción*	Código 3 dígitos	Código B	Descripción*	Código 3 dígitos	Grupo de causas correspondiente
AE138	Motor vehicle accidents	E810-E835	BE47	Motor vehicle accidents	E810-E835	III
AE139	Other transport accidents	E800-E802	BE48	All other accidents	E800-E802	III
		E840-E866			III	
AE140	Accidental poisoning	E870-E895			III	
AE141	Accidental falls	E900-E904			III	
AE142	Accident caused by machinery	E912			III	
AE143	Accident caused by fire and explosion of combustible material	E916			III	
AE144	Accident caused by hot substance, corrosive liquid, steam and radiation	E917-E918			III	
AE145	Accident caused by firearm	E919			III	
AE146	Accidental drowning and submersion	E929			III	
AE147	All other accidental causes	E910-E911			III	
		E913-E915	III			
		E920-E928	III			
		E930-E965	III			
AE148	Suicide and self-inflicted injury	E963	BE49	Suicide and self-inflicted injury	E963	III
		E970-E979			III	
AE149	Homicide and injury purposely inflicted by other persons (not in war)	E964	BE50	Homicide and operations of war	E964-E965	III
E980-E985		III				
AE150	Injury resulting from operations of war	E965			E980-E999	III
		E990-E999			III	

Fuente: Elaboración propia en base a *International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality* (Wolfbane, 2001b), *International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality* (Wolfbane, 2001a), *WHO Mortality Data base documentation* (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008) y *New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries* (WHO, 2006 inédito).

Notas: *Dado que las fuentes encontradas están en inglés, hemos optado por mantener la lista de causas en el idioma de la fuente para evitar una traducción errónea.

Celeste = Causas Grupo I; Naranja = Causas Grupo II; Turquesa = Causas Grupo III; Verde = Causas agrupadas en la Lista B como B46, algunas de las cuales corresponden al Grupo I y otras al Grupo II; Rosa = Causas agrupadas en la Lista B como B17, todas de las cuales corresponden al Grupo I; Violeta = Causas agrupadas en la Lista B como B32, algunas de las cuales corresponden al Grupo I y otras al Grupo II.

Apéndice F2. Cálculo del porcentaje de B32 y B46 que corresponde a causas Grupo I usando años con información de la CIE 7 Lista A (1966-1968)

				1966						1967						1968					
Código A	Descripción*	Sexo	Menores de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	Menores de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	Menores de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	
Causas Grupo I en B46 según códigos Lista A	A64	Avitaminosis and other deficiency states	M	19	21	5	0	2	0	14	20	0	0	3	0	23	63	5	0	1	0
			F	5	37	7	1	0	0	12	39	5	1	0	1	19	88	7	1	0	1
	A77	Otitis media and mastoiditis	M	47	2	2	0	1	0	67	1	1	3	0	1	80	4	1	3	1	1
			F	28	1	1	1	0	0	45	4	1	0	0	1	69	4	0	1	0	0
	A87	Acute upper respiratory infections	M	23	14	1	1	0	0	22	11	0	1	0	1	27	11	1	1	0	0
			F	20	5	1	1	0	1	21	8	0	4	2	1	21	11	4	1	0	0
Causas B32 según Lista A	A92	Acute bronchitis	M	35	6	1	1	2	0	49	9	1	0	1	1	77	20	2	1	2	0
			F	29	9	1	0	0	0	37	10	2	0	0	0	76	20	0	0	0	0
	A93	Bronchitis, chronic and unqualified	M	43	13	1	0	2	2	46	8	1	1	1	1	95	19	5	1	1	0
			F	39	9	1	0	0	0	40	12	2	1	0	1	87	31	2	1	1	0
Número de defunciones por causas Grupo I en B46 (A64+A77+A87)			M	89	37	8	1	3	0	103	32	1	4	3	2	130	78	7	4	2	1
			F	53	43	9	3	0	1	78	51	6	5	2	3	109	103	11	3	0	1
Total de defunciones por B46 (suma de todas las causas en la Lista A que compenen B46)			M	644	241	58	56	86	84	773	231	76	72	88	111	1064	372	96	93	113	133
			F	513	229	67	55	83	105	635	255	86	77	92	131	865	420	84	90	118	137
% Defunciones de B46 correspondientes al Grupo I [(A64+A77+A87)/Total de defunciones por B46]			M	13,82%	15,35%	13,79%	1,79%	3,49%	0,00%	13,32%	13,85%	1,32%	5,56%	3,41%	1,80%	12,22%	20,97%	7,29%	4,30%	1,77%	0,75%
			F	10,33%	18,78%	13,43%	5,45%	0,00%	0,95%	12,28%	20,00%	6,98%	6,49%	2,17%	2,29%	12,60%	24,52%	13,10%	3,33%	0,00%	0,73%
% Defunciones por Bronchitis correspondientes al Grupo I [A92/(A92+A93)]			M	44,87%	31,58%	50,00%	100,00%	50,00%	0,00%	51,58%	52,94%	50,00%	0,00%	50,00%	50,00%	44,77%	51,28%	28,57%	50,00%	66,67%	NC
			F	42,65%	50,00%	50,00%	NC	NC	NC	48,05%	45,45%	50,00%	0,00%	NC	0,00%	46,63%	39,22%	0,00%	0,00%	0,00%	NC

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la OMS (WHO Mortality Data Base).

Notas: NC=No calculable

*Dado que las fuentes encontradas están en inglés, hemos optado por mantener la lista de causas en el idioma de la fuente para evitar una traducción errónea

Apéndice F3. Cálculo del porcentaje promedio atribuible al Grupo I en B32 y B46 en base a los tres años con información de la CIE Lista A (1966-1968)

Año	Sexo	Porcentaje promedio de defunciones atribuibles al Grupo I en B46						Porcentaje promedio de defunciones atribuibles al Grupo I en B32					
		Menores de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	Menores de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24
1966	M	13,82%	15,35%	13,79%	1,79%	3,49%	0,00%	44,87%	31,58%	50,00%	100,00%	50,00%	0,00%
	F	10,33%	18,78%	13,43%	5,45%	0,00%	0,95%	42,65%	50,00%	50,00%	NC	NC	NC
1967	M	13,32%	13,85%	1,32%	5,56%	3,41%	1,80%	51,58%	52,94%	50,00%	0,00%	50,00%	50,00%
	F	12,28%	20,00%	6,98%	6,49%	2,17%	2,29%	48,05%	45,45%	50,00%	0,00%	NC	0,00%
1968	M	12,22%	20,97%	7,29%	4,30%	1,77%	0,75%	44,77%	51,28%	28,57%	50,00%	66,67%	NC
	F	12,60%	24,52%	13,10%	3,33%	0,00%	0,73%	46,63%	39,22%	0,00%	0,00%	0,00%	NC
Promedio	M	13,12%	16,72%	7,47%	3,88%	2,89%	0,85%	47,07%	45,27%	42,86%	50,00%	55,56%	25,00%
	F	11,74%	21,10%	11,17%	5,09%	0,72%	1,32%	45,77%	44,89%	33,33%	0,00%	0,00%	0,00%
Se asume el 50%													

Fuente: Elaboración propia.

Nota: NC = No calculable.

Apéndice G. Cálculo de porcentaje correspondiente a las causas Grupo I de códigos de la CIE 9 con subcódigos faltantes

Código	Descripción*	Grupo de causas	Sexo	1980						1981					
				0	1 a 4	5-9	10-14	15-19	20-24	0	1 a 4	5-9	10-14	15-19	20-24
B24	Diseases of the ear and mastoid process	I/II	M	9	1	0	0	1	0	6	1	1	0	0	0
			F	6	1	1	0	0	0	8	1	0	1	1	0
B240	Otitis media and mastoiditis	I	M	9	1	0	0	1	0	6	1	1	0	0	0
			F	6	1	1	0	0	0	8	1	0	1	1	0
% Grupo I en B24 (B240/B24)			M	100,00%	100,00%	NC	NC	100,00%	NC	100,00%	100,00%	100,00%	NC	NC	NC
			F	100,00%	100,00%	100,00%	NC	NC	NC	100,00%	100,00%	NC	100,00%	100,00%	NC
B31	Diseases of the upper respiratory tract	I/II	M	10	10	1	0	0	0	16	9	1	1	0	1
			F	9	3	2	1	0	2	8	8	1	0	0	1
B310	Acute tonsillitis	I	M	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			F	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
B311	Acute laryngitis and tracheitis	I	M	2	3	0	0	0	0	5	3	1	0	0	0
			F	6	3	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0
B312	Other acute upper respiratory infections	I	M	5	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0
			F	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
% Grupo I en B31 [(B310+B311+B312)/B31]			M	70,00%	50,00%	100,00%	NC	NC	NC	50,00%	44,44%	100,00%	0,00%	NC	0,00%
			F	88,89%	100,00%	0,00%	100,00%	NC	0,00%	25,00%	87,50%	0,00%	NC	NC	100,00%
B37	Diseases of female genital organs	I/II	F	0	1	0	1	6	8	1	0	0	0	3	8
B371	Salpingitis and oophoritis	I	F	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
B372	Inflammatory diseases of pelvic cellular tissue and	I	F	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0	1	0
B373	Inflammatory diseases of uterus, vagina and vulva	I	F	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	1	5
% Grupo I en B37 [(B371+B372+B373)/B37]			F	NC	100,00%	NC	0,00%	83,33%	75,00%	0,00%	NC	NC	NC	66,67%	87,50%
PROMEDIO				0	1 a 4	5-9	10-14	15-19	20-24						
% Grupo I en B24			M	100,00%	100,00%	100,00%	NC	100,00%	NC	Se asume el 100%					
			F	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	NC						
% Grupo I en B31			M	60,00%	47,22%	100,00%	0,00%	NC	0,00%	Se asume el 50%					
			F	56,94%	93,75%	0,00%	100,00%	NC	50,00%						
% Grupo I en B37			F	0,00%	100,00%	NC	0,00%	75,00%	81,25%	Se asume el 75%					

Fuente: Elaboración propia en base a Department of Measurement and Health Information Systems (2008), WHO, 2006 inédito) y datos de la OMS (WHO Mortality Data Base).

Notas: *Dado que las fuentes encontradas están en inglés, hemos optado por mantener la lista de causas en el idioma de la fuente para evitar una traducción errónea. NC=No calculable

Apéndice H: Tablas

Tabla H1. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por todas las causas según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012.

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
AMBOS SEXOS																			
Menores de 1	776,83	694,67	669,67	682,00	673,87	647,36	647,84	604,45	617,79	569,89	684,68	614,19	591,31	623,67	591,23	587,48	618,31	583,27	568,52
Grupo 1-4	63,64	56,37	50,02	50,29	50,73	47,32	46,29	42,39	40,42	38,49	49,53	39,29	36,49	43,18	34,23	35,42	34,34	34,75	31,79
Grupo 5-9	13,93	12,24	11,44	10,76	10,03	9,23	9,13	9,17	9,04	8,10	9,40	8,43	8,22	8,59	8,59	7,93	7,28	7,81	7,58
Grupo 10-14	11,75	11,04	9,44	9,81	9,48	8,75	8,50	7,70	8,27	7,40	7,94	7,44	7,34	7,12	7,10	6,53	6,68	6,30	6,62
Grupo 15-19	22,99	21,30	19,18	17,37	16,67	14,86	15,43	12,80	13,46	12,29	13,13	12,71	13,27	13,01	12,19	11,70	11,65	11,53	12,20
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	17,84	17,99	16,57	17,36	16,39	16,10	17,15	16,76	16,70	16,25	15,24	15,36
MUJERES																			
Menores de 1	725,27	647,24	622,05	638,37	631,73	605,71	597,55	565,05	571,68	525,16	631,59	576,17	551,74	574,69	544,97	553,12	564,56	532,84	522,96
Grupo 1-4	62,34	56,24	50,32	49,25	50,51	46,96	45,62	41,14	40,00	37,57	49,52	38,89	36,57	43,28	34,12	35,80	33,84	34,91	31,44
Grupo 5-9	12,93	11,40	10,25	9,88	9,51	8,31	8,47	8,31	8,14	7,14	8,44	7,22	7,22	7,93	7,38	7,20	6,42	6,90	7,05
Grupo 10-14	11,42	10,43	9,19	9,28	8,92	7,75	7,94	7,42	7,62	6,33	6,72	6,28	5,99	6,30	5,81	5,67	5,44	5,17	5,39
Grupo 15-19	23,40	21,53	18,13	16,95	16,69	14,67	14,96	11,69	12,32	11,46	12,41	11,15	11,25	10,75	10,27	9,86	10,40	9,83	10,53
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	16,41	15,57	14,32	15,62	14,38	14,05	14,16	14,09	13,29	12,59	12,37	12,58
HOMBRES																			
Menores de 1	825,68	739,92	715,05	723,80	714,27	686,94	695,83	642,09	662,00	612,79	735,53	651,05	629,27	670,58	635,70	620,17	670,31	631,76	612,13
Grupo 1-4	64,93	56,50	49,72	51,30	50,94	47,67	46,94	43,59	40,82	39,38	49,54	39,69	36,41	43,08	34,34	35,05	34,81	34,59	32,13
Grupo 5-9	14,91	13,07	12,60	11,63	10,53	10,12	9,78	9,99	9,91	9,03	10,34	9,61	9,19	9,22	9,75	8,64	8,13	8,68	8,10
Grupo 10-14	12,06	11,63	9,80	10,32	10,02	9,72	9,05	7,97	8,90	8,44	9,13	8,57	8,65	7,91	8,33	7,36	7,87	7,40	7,82
Grupo 15-19	22,59	21,07	20,22	17,77	16,66	15,03	15,90	13,90	14,58	13,11	13,84	14,24	15,17	15,20	14,06	13,48	12,85	13,17	13,81
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	19,24	20,35	18,77	19,07	18,35	18,10	20,08	19,37	20,03	19,83	18,03	18,07

Tabla H1. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por todas las causas según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012. Continuación.

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
AMBOS SEXOS																			
Menores de 1	534,90	551,90	599,31	524,82	591,97	622,19	572,36	554,29	493,25	431,75	461,25	443,62	401,85	356,19	332,16	336,34	304,58	296,98	303,89
Grupo 1-4	29,30	25,93	36,65	29,74	32,51	30,74	29,49	27,68	25,25	20,48	23,64	22,37	18,30	15,00	15,08	15,05	12,66	13,06	13,44
Grupo 5-9	6,85	6,72	7,44	7,11	7,23	7,05	6,28	6,53	6,42	5,56	5,86	5,45	5,03	5,03	4,70	4,93	3,86	4,16	3,90
Grupo 10-14	6,08	5,72	6,30	6,51	6,41	6,54	6,51	6,44	6,58	5,61	5,73	5,47	5,07	4,72	4,54	4,94	3,90	4,28	4,38
Grupo 15-19	10,53	10,85	11,01	11,44	11,80	12,88	12,60	13,69	13,09	11,27	11,00	10,33	9,52	9,04	8,86	8,95	8,01	7,71	7,69
Grupo 20-24	14,66	13,05	15,29	15,48	16,08	SI	SI	SI	SI	SI	15,24	14,71	12,65	11,78	11,47	12,11	10,26	10,35	10,22
MUJERES																			
Menores de 1	494,04	500,11	547,38	477,11	540,22	569,66	513,44	496,49	444,42	390,97	411,71	399,60	362,09	322,46	296,46	303,00	272,06	262,08	273,75
Grupo 1-4	29,25	25,70	36,87	28,60	32,16	30,66	28,42	26,84	25,98	19,88	23,17	22,50	17,52	14,43	14,41	14,25	11,55	12,21	12,68
Grupo 5-9	5,89	5,95	6,61	6,05	6,29	6,56	5,46	5,72	5,67	4,61	4,84	4,82	4,40	4,42	4,01	3,85	3,44	3,55	3,30
Grupo 10-14	4,94	4,57	5,35	4,98	5,21	5,19	5,40	5,66	5,89	4,71	4,92	4,37	4,07	3,91	3,83	3,92	3,07	3,35	3,56
Grupo 15-19	8,89	8,84	8,76	8,67	9,51	10,72	10,85	11,39	10,33	8,81	8,72	8,03	7,46	7,05	6,84	7,21	5,89	5,61	5,49
Grupo 20-24	11,80	9,73	10,83	11,84	12,24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	10,67	9,60	8,74	8,26	8,48	7,28	7,29	7,20
HOMBRES																			
Menores de 1	573,94	601,39	649,00	571,83	642,21	672,48	629,54	610,38	540,63	471,30	509,30	487,63	440,39	399,15	367,08	368,65	335,65	329,59	332,08
Grupo 1-4	29,34	26,16	36,44	30,84	32,86	30,81	30,53	28,50	24,54	21,06	24,09	22,24	19,07	15,57	15,72	15,82	13,67	13,77	14,04
Grupo 5-9	7,79	7,47	8,26	8,14	8,14	7,54	7,08	7,32	7,14	6,48	6,85	6,07	5,64	5,62	5,37	5,98	4,25	4,71	4,48
Grupo 10-14	7,18	6,84	7,21	7,98	7,58	7,86	7,60	7,19	7,25	6,49	6,52	6,55	6,04	5,52	5,22	5,94	4,66	5,06	5,12
Grupo 15-19	12,12	12,80	13,19	14,14	14,03	14,98	14,30	15,91	15,78	13,65	13,22	12,59	11,55	11,01	10,87	10,68	10,05	9,75	9,78
Grupo 20-24	17,44	16,27	19,61	19,00	19,78	SI	SI	SI	SI	SI	SI	19,46	17,27	14,89	14,77	15,84	13,24	13,36	13,22

Tabla H1. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por todas las causas según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012. Continuación.

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
AMBOS SEXOS																	
Menores de 1	268,12	285,89	279,28	276,46	269,58	260,13	246,63	239,30	229,30	219,74	221,35	209,35	187,55	191,45	176,48	165,97	162,56
Grupo 1-4	10,49	11,26	9,66	9,30	10,30	10,10	10,36	9,48	8,80	8,02	7,71	8,21	8,13	8,18	7,01	6,86	6,54
Grupo 5-9	3,40	3,79	3,47	3,34	3,33	3,30	3,26	3,30	3,18	2,92	2,67	2,80	2,78	2,90	2,81	2,62	2,73
Grupo 10-14	3,98	3,77	3,45	3,48	3,52	3,41	3,40	3,67	3,63	3,60	3,30	3,27	3,18	3,14	3,16	2,94	3,01
Grupo 15-19	7,40	7,76	7,67	7,58	7,75	7,08	7,34	7,52	7,43	7,74	7,43	7,43	7,59	7,99	8,07	7,52	8,21
Grupo 20-24	10,05	10,10	9,89	9,72	10,06	10,23	9,70	10,32	10,58	11,25	10,80	10,89	10,81	10,29	10,36	10,09	10,29
MUJERES																	
Menores de 1	231,61	239,67	235,79	226,07	228,97	229,32	218,92	216,97	205,53	195,07	198,16	183,62	168,50	168,32	159,31	146,99	144,99
Grupo 1-4	10,02	10,28	8,98	8,71	9,68	9,16	9,86	8,83	7,97	7,13	6,96	7,27	7,38	7,23	6,12	6,48	5,87
Grupo 5-9	2,78	3,10	2,78	2,70	2,74	2,87	2,64	2,74	2,68	2,35	2,25	2,34	2,38	2,33	2,37	2,25	2,45
Grupo 10-14	3,16	2,85	2,55	2,64	2,75	2,51	2,63	2,71	2,68	2,64	2,73	2,56	2,61	2,55	2,63	2,39	2,47
Grupo 15-19	4,73	5,18	5,44	5,27	5,19	4,62	4,96	4,65	4,74	4,50	4,56	4,70	4,32	5,05	4,81	4,11	4,82
Grupo 20-24	6,51	7,04	6,37	6,32	6,23	6,50	5,91	6,06	6,35	6,40	6,06	6,10	6,37	5,66	5,42	4,98	4,97
HOMBRES																	
Menores de 1	288,99	294,35	292,07	286,57	282,38	288,88	273,04	260,95	251,77	242,35	244,09	233,43	205,50	212,38	192,46	183,32	178,34
Grupo 1-4	10,94	12,37	10,37	10,04	11,02	10,85	10,66	9,99	9,48	8,67	8,26	8,92	8,71	9,09	7,88	7,22	7,18
Grupo 5-9	3,95	4,29	4,10	3,90	3,86	3,66	3,83	3,77	3,61	3,38	3,02	3,19	3,10	3,44	3,23	2,98	2,99
Grupo 10-14	4,68	4,50	4,22	4,18	4,24	4,20	4,01	4,53	4,52	4,40	3,77	3,87	3,67	3,70	3,68	3,46	3,52
Grupo 15-19	9,87	10,14	9,66	9,68	10,16	9,25	9,49	10,21	9,93	10,67	9,99	9,88	10,46	10,85	11,24	10,83	11,51
Grupo 20-24	13,34	12,93	13,20	12,92	13,65	13,54	13,05	14,27	14,46	15,51	15,15	15,28	14,82	14,84	15,19	15,12	15,51

Tabla H1. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por todas las causas según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012. Continuación.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AMBOS SEXOS											
Menores de 1	168,47	164,68	143,64	133,48	129,03	132,71	125,14	121,10	118,50	117,12	111,43
Grupo 1-4	6,90	6,77	6,33	5,90	6,06	6,12	5,82	5,65	5,51	5,13	5,17
Grupo 5-9	2,57	2,54	2,42	2,64	2,64	2,40	2,55	2,62	2,25	2,32	2,09
Grupo 10-14	3,04	2,79	2,92	2,98	3,15	3,23	3,02	3,02	2,92	2,99	2,75
Grupo 15-19	7,88	7,34	6,74	7,07	7,11	7,53	7,92	7,93	7,66	8,29	8,51
Grupo 20-24	10,50	9,50	8,98	9,27	9,24	9,50	10,08	10,21	10,23	10,22	10,96
MUJERES											
Menores de 1	152,69	150,07	129,47	118,09	116,51	120,70	113,46	107,70	106,68	106,71	101,43
Grupo 1-4	6,14	6,32	5,77	5,66	5,51	5,73	5,34	5,36	4,89	4,55	4,77
Grupo 5-9	2,26	2,10	2,09	2,18	2,42	2,13	2,25	2,47	1,95	2,04	1,91
Grupo 10-14	2,51	2,36	2,33	2,37	2,52	2,74	2,53	2,45	2,60	2,40	2,05
Grupo 15-19	4,34	4,33	3,93	4,27	4,38	4,45	4,64	4,80	4,46	4,63	4,96
Grupo 20-24	5,04	5,05	4,56	4,80	4,85	5,00	5,16	5,39	5,17	4,95	5,36
HOMBRES											
Menores de 1	182,37	178,93	156,65	147,72	140,55	143,56	135,90	133,65	129,32	126,62	118,64
Grupo 1-4	7,62	7,19	6,86	6,10	6,58	6,51	6,27	5,90	6,11	5,67	5,54
Grupo 5-9	2,85	2,95	2,74	3,09	2,85	2,65	2,83	2,76	2,53	2,59	2,27
Grupo 10-14	3,55	3,20	3,47	3,57	3,75	3,70	3,48	3,51	3,23	3,54	3,41
Grupo 15-19	11,32	10,26	9,45	9,75	9,76	10,52	11,10	10,93	10,74	11,85	11,90
Grupo 20-24	15,84	13,86	13,30	13,61	13,51	13,87	14,85	14,86	15,16	15,30	16,38

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Bienestar Social (1979, 1982), Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982, 1983b), y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: SI = Sin información.

Tabla H2. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas respecto a 1960 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012.

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
AMBOS SEXOS																			
Menores de 1	24,56%	11,38%	7,38%	9,35%	8,05%	3,80%	3,87%	-3,08%	-0,94%	-8,62%	9,78%	-1,52%	-5,19%	0,00%	-5,20%	-5,80%	-0,86%	-6,48%	-8,84%
Grupo 1-4	47,40%	30,56%	15,84%	16,48%	17,48%	9,60%	7,20%	-1,83%	-6,39%	-10,86%	14,70%	-9,00%	-15,49%	0,00%	-20,71%	-17,97%	-20,48%	-19,53%	-26,38%
Grupo 5-9	62,23%	42,58%	33,17%	25,33%	16,76%	7,51%	6,37%	6,74%	5,31%	-5,69%	9,48%	-1,83%	-4,27%	0,00%	-0,03%	-7,65%	-15,21%	-9,09%	-11,69%
Grupo 10-14	64,93%	55,02%	32,50%	37,68%	33,08%	22,85%	19,41%	8,11%	16,08%	3,86%	11,52%	4,52%	3,11%	0,00%	-0,37%	-8,36%	-6,27%	-11,50%	-6,99%
Grupo 15-19	76,74%	63,75%	47,46%	33,51%	28,18%	14,21%	18,65%	-1,56%	3,50%	-5,48%	0,97%	-2,26%	2,01%	0,00%	-6,26%	-10,05%	-10,46%	-11,34%	-6,20%
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	4,01%	4,84%	-3,42%	1,21%	-4,47%	-6,17%	0,00%	-2,30%	-2,65%	-5,25%	-11,18%	-10,44%
MUJERES																			
Menores de 1	26,20%	12,62%	8,24%	11,08%	9,93%	5,40%	3,98%	-1,68%	-0,52%	-8,62%	9,90%	0,26%	-3,99%	0,00%	-5,17%	-3,75%	-1,76%	-7,28%	-9,00%
Grupo 1-4	44,06%	29,95%	16,27%	13,80%	16,71%	8,51%	5,41%	-4,93%	-7,56%	-13,19%	14,42%	-10,15%	-15,50%	0,00%	-21,16%	-17,27%	-21,80%	-19,34%	-27,35%
Grupo 5-9	63,00%	43,71%	29,15%	24,49%	19,87%	4,78%	6,72%	4,76%	2,61%	-10,03%	6,34%	-9,03%	-8,94%	0,00%	-6,95%	-9,19%	-19,13%	-12,98%	-11,06%
Grupo 10-14	81,31%	65,61%	45,89%	47,29%	41,62%	23,08%	26,03%	17,77%	20,95%	0,44%	6,69%	-0,36%	-4,89%	0,00%	-7,71%	-10,05%	-13,66%	-17,91%	-14,42%
Grupo 15-19	117,60%	100,25%	68,59%	57,64%	55,18%	36,47%	39,09%	8,69%	14,62%	6,61%	15,38%	3,70%	4,61%	0,00%	-4,47%	-8,30%	-3,28%	-8,54%	-2,05%
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	15,86%	9,94%	1,10%	10,29%	1,56%	-0,81%	0,00%	-0,49%	-6,15%	-11,13%	-12,66%	-11,15%
HOMBRES																			
Menores de 1	23,13%	10,34%	6,63%	7,94%	6,52%	2,44%	3,77%	-4,25%	-1,28%	-8,62%	9,69%	-2,91%	-6,16%	0,00%	-5,20%	-7,52%	-0,04%	-5,79%	-8,72%
Grupo 1-4	50,71%	31,16%	15,41%	19,08%	18,23%	10,65%	8,95%	1,19%	-5,24%	-8,59%	14,99%	-7,88%	-15,49%	0,00%	-20,28%	-18,65%	-19,20%	-19,72%	-25,43%
Grupo 5-9	61,68%	41,72%	36,62%	26,04%	14,14%	9,72%	6,03%	8,33%	7,49%	-2,13%	12,05%	4,14%	-0,40%	0,00%	5,75%	-6,37%	-11,84%	-5,85%	-12,23%
Grupo 10-14	52,41%	47,01%	23,76%	30,35%	26,61%	22,81%	14,40%	0,73%	12,42%	6,58%	15,31%	8,30%	9,26%	0,00%	5,27%	-7,04%	-0,53%	-6,50%	-1,17%
Grupo 15-19	48,60%	38,63%	33,03%	16,92%	9,63%	-1,09%	4,62%	-8,55%	-4,09%	-13,76%	-8,91%	-6,32%	-0,21%	0,00%	-7,52%	-11,29%	-15,43%	-13,33%	-9,13%
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-4,18%	1,33%	-6,53%	-5,05%	-8,61%	-9,86%	0,00%	-3,56%	-0,27%	-1,25%	-10,21%	-10,03%

Tabla H2. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas respecto a 1960 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012. Continuación.

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	
AMBOS SEXOS																				
Menores de 1	-14,23%	-11,51%	-3,91%	-15,85%	-5,08%	-0,24%	-8,23%	-11,12%	-20,91%	-30,77%	-26,04%	-28,87%	-35,57%	-42,89%	-46,74%	-46,07%	-51,16%	-52,38%	-51,27%	
Grupo 1-4	-32,14%	-39,95%	-15,11%	-31,12%	-24,70%	-28,82%	-31,69%	-35,89%	-41,53%	-52,56%	-45,25%	-48,19%	-57,61%	-65,25%	-65,07%	-65,15%	-70,67%	-69,76%	-68,86%	
Grupo 5-9	-20,19%	-21,74%	-13,31%	-17,20%	-15,84%	-17,86%	-26,87%	-23,99%	-25,27%	-35,23%	-31,77%	-36,49%	-41,45%	-41,43%	-45,32%	-42,60%	-55,01%	-51,59%	-54,55%	
Grupo 10-14	-14,69%	-19,66%	-11,59%	-8,65%	-9,93%	-8,11%	-8,56%	-9,60%	-7,63%	-21,24%	-19,51%	-23,15%	-28,81%	-33,66%	-36,32%	-30,60%	-45,29%	-39,84%	-38,54%	
Grupo 15-19	-19,03%	-16,58%	-15,34%	-12,02%	-9,28%	-0,96%	-3,12%	5,21%	0,65%	-13,36%	-15,40%	-20,56%	-26,83%	-30,51%	-31,86%	-31,16%	-38,40%	-40,70%	-40,88%	
Grupo 20-24	-14,53%	-23,92%	-10,88%	-9,76%	-6,29%	SI	SI	SI	SI	SI	-11,19%	-14,25%	-26,28%	-31,32%	-33,11%	-29,40%	-40,16%	-39,66%	-40,42%	
MUJERES																				
Menores de 1	-14,03%	-12,98%	-4,75%	-16,98%	-6,00%	-0,88%	-10,66%	-13,61%	-22,67%	-31,97%	-28,36%	-30,47%	-36,99%	-43,89%	-48,41%	-47,28%	-52,66%	-54,40%	-52,37%	
Grupo 1-4	-32,40%	-40,63%	-14,81%	-33,91%	-25,69%	-29,16%	-34,33%	-37,98%	-39,98%	-54,05%	-46,47%	-48,00%	-59,53%	-66,67%	-66,69%	-67,08%	-73,31%	-71,79%	-70,70%	
Grupo 5-9	-25,78%	-25,05%	-16,73%	-23,76%	-20,67%	-17,34%	-31,23%	-27,95%	-28,53%	-41,84%	-39,00%	-39,25%	-44,52%	-44,30%	-49,50%	-51,48%	-56,62%	-55,26%	-58,42%	
Grupo 10-14	-21,60%	-27,39%	-15,04%	-20,92%	-17,29%	-17,59%	-14,34%	-10,16%	-6,48%	-25,29%	-21,90%	-30,65%	-35,32%	-37,98%	-39,19%	-37,85%	-51,23%	-46,78%	-43,56%	
Grupo 15-19	-17,32%	-17,80%	-18,49%	-19,34%	-11,59%	-0,30%	0,93%	5,96%	-3,97%	-18,02%	-18,86%	-25,29%	-30,64%	-34,47%	-36,41%	-32,98%	-45,20%	-47,86%	-48,91%	
Grupo 20-24	-16,67%	-31,30%	-23,56%	-16,39%	-13,57%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-24,63%	-32,22%	-38,29%	-41,66%	-40,14%	-48,62%	-48,55%	-49,13%	
HOMBRES																				
Menores de 1	-14,41%	-10,32%	-3,22%	-14,73%	-4,23%	0,28%	-6,12%	-8,98%	-19,38%	-29,72%	-24,05%	-27,28%	-34,33%	-40,48%	-45,26%	-45,03%	-49,95%	-50,85%	-50,48%	
Grupo 1-4	-31,88%	-39,28%	-15,41%	-28,42%	-23,74%	-28,49%	-29,13%	-33,86%	-43,04%	-51,11%	-44,07%	-48,37%	-55,74%	-63,87%	-63,50%	-63,27%	-68,27%	-68,04%	-67,42%	
Grupo 5-9	-15,53%	-18,98%	-10,45%	-11,71%	-11,80%	-18,29%	-23,23%	-20,67%	-22,54%	-29,70%	-25,72%	-34,18%	-38,88%	-39,03%	-41,82%	-35,18%	-53,88%	-48,94%	-51,46%	
Grupo 10-14	-9,29%	-13,62%	-8,86%	0,89%	-4,18%	-0,72%	-4,02%	-9,11%	-8,44%	-18,04%	-17,60%	-17,28%	-23,71%	-30,26%	-34,05%	-24,91%	-41,12%	-36,01%	-35,32%	
Grupo 15-19	-20,26%	-15,80%	-13,20%	-6,99%	-7,69%	-1,40%	-5,90%	4,68%	3,80%	-10,17%	-12,99%	-17,19%	-24,03%	-27,56%	-28,48%	-29,70%	-33,85%	-35,83%	-35,67%	
Grupo 20-24	-13,15%	-18,97%	-2,37%	-5,39%	-1,53%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-3,12%	-13,98%	-25,86%	-26,43%	-21,13%	-34,09%	-33,50%	-34,18%	

Tabla H2. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas respecto a 1960 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012. Continuación.

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
AMBOS SEXOS																	
Menores de 1	-57,01%	-54,16%	-55,22%	-55,67%	-56,78%	-58,29%	-60,46%	-61,63%	-63,23%	-64,77%	-64,51%	-66,43%	-69,93%	-69,30%	-82,13%	-73,39%	-73,93%
Grupo 1-4	-75,70%	-73,93%	-77,64%	-78,45%	-76,15%	-76,62%	-76,00%	-78,04%	-79,62%	-81,42%	-82,15%	-80,98%	-81,16%	-81,06%	-88,03%	-84,12%	-84,85%
Grupo 5-9	-60,46%	-55,83%	-59,58%	-61,16%	-61,24%	-61,63%	-62,01%	-61,53%	-62,93%	-66,05%	-68,96%	-67,42%	-67,61%	-66,20%	-75,67%	-69,49%	-68,23%
Grupo 10-14	-44,17%	-47,11%	-51,54%	-51,19%	-50,55%	-52,14%	-52,26%	-48,51%	-49,04%	-49,46%	-53,70%	-54,10%	-55,32%	-55,96%	-61,39%	-58,74%	-57,79%
Grupo 15-19	-43,12%	-40,30%	-41,02%	-41,69%	-40,45%	-45,59%	-43,60%	-42,15%	-42,87%	-40,49%	-42,85%	-42,89%	-41,65%	-38,59%	-34,58%	-42,17%	-36,87%
Grupo 20-24	-41,41%	-41,10%	-42,34%	-43,33%	-41,34%	-40,39%	-43,45%	-39,86%	-38,30%	-34,40%	-37,07%	-36,53%	-36,98%	-40,00%	-36,11%	-41,15%	-40,02%
MUJERES																	
Menores de 1	-59,70%	-58,30%	-58,97%	-60,66%	-60,16%	-60,10%	-61,91%	-62,25%	-64,24%	-66,06%	-65,52%	-68,05%	-70,68%	-70,71%	-82,35%	-74,42%	-74,77%
Grupo 1-4	-76,85%	-76,25%	-79,25%	-79,87%	-77,63%	-78,83%	-77,22%	-79,59%	-81,59%	-83,52%	-83,91%	-83,20%	-82,96%	-83,30%	-88,98%	-85,02%	-86,43%
Grupo 5-9	-64,96%	-60,88%	-64,98%	-66,01%	-65,51%	-63,77%	-66,70%	-65,42%	-66,21%	-70,35%	-71,60%	-70,50%	-69,96%	-70,67%	-75,98%	-71,69%	-69,09%
Grupo 10-14	-49,88%	-54,81%	-59,57%	-58,06%	-56,33%	-60,16%	-58,31%	-57,06%	-57,40%	-58,04%	-56,59%	-59,37%	-58,54%	-59,53%	-67,49%	-62,10%	-60,77%
Grupo 15-19	-56,03%	-51,86%	-49,42%	-51,03%	-51,72%	-57,04%	-53,90%	-56,76%	-55,89%	-58,18%	-57,58%	-56,26%	-59,82%	-53,07%	-53,88%	-61,75%	-55,20%
Grupo 20-24	-54,04%	-50,26%	-55,05%	-55,37%	-55,98%	-54,09%	-58,27%	-57,20%	-55,16%	-54,78%	-57,24%	-56,95%	-55,04%	-60,06%	-62,16%	-64,81%	-64,91%
HOMBRES																	
Menores de 1	-56,90%	-56,11%	-56,44%	-57,26%	-57,89%	-56,92%	-59,28%	-61,09%	-62,46%	-63,86%	-63,60%	-65,19%	-69,36%	-68,33%	-82,31%	-72,66%	-73,40%
Grupo 1-4	-74,59%	-71,30%	-75,92%	-76,70%	-74,42%	-74,82%	-75,25%	-76,82%	-78,00%	-79,88%	-80,82%	-79,30%	-79,79%	-78,91%	-87,13%	-83,25%	-83,34%
Grupo 5-9	-57,22%	-53,54%	-55,59%	-57,75%	-58,13%	-60,30%	-58,50%	-59,14%	-60,85%	-63,37%	-67,21%	-65,42%	-66,41%	-62,68%	-75,41%	-67,67%	-67,59%
Grupo 10-14	-40,83%	-43,13%	-46,72%	-47,21%	-46,38%	-46,88%	-49,36%	-42,79%	-42,90%	-44,46%	-52,35%	-51,16%	-53,58%	-53,19%	-56,91%	-56,27%	-55,47%
Grupo 15-19	-35,03%	-33,29%	-36,45%	-36,33%	-33,14%	-39,15%	-37,55%	-32,82%	-34,70%	-29,82%	-34,29%	-35,00%	-31,16%	-28,64%	-21,67%	-28,72%	-24,25%
Grupo 20-24	-33,58%	-35,62%	-34,28%	-35,67%	-32,03%	-32,57%	-35,00%	-28,93%	-28,02%	-22,76%	-24,54%	-23,91%	-26,23%	-26,09%	-18,44%	-24,70%	-22,77%

Tabla H2. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas respecto a 1960 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012. Continuación.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AMBOS SEXOS											
Menores de 1	-72,99%	-73,59%	-76,97%	-78,60%	-79,31%	-78,72%	-79,94%	-80,58%	-81,00%	-81,22%	-82,13%
Grupo 1-4	-84,01%	-84,32%	-85,34%	-86,34%	-85,98%	-85,82%	-86,51%	-86,90%	-87,23%	-88,13%	-88,03%
Grupo 5-9	-70,11%	-70,48%	-71,77%	-69,21%	-69,30%	-72,07%	-70,34%	-69,51%	-73,79%	-73,00%	-75,67%
Grupo 10-14	-57,35%	-60,82%	-59,06%	-58,09%	-55,79%	-54,67%	-57,59%	-57,61%	-59,01%	-58,07%	-61,39%
Grupo 15-19	-39,38%	-43,58%	-48,21%	-45,67%	-45,30%	-42,10%	-39,08%	-39,00%	-41,10%	-36,23%	-34,58%
Grupo 20-24	-38,81%	-44,63%	-47,67%	-45,95%	-46,15%	-44,62%	-41,24%	-40,51%	-40,34%	-40,45%	-36,11%
MUJERES											
Menores de 1	-73,43%	-73,89%	-77,47%	-79,45%	-79,73%	-79,00%	-80,26%	-81,26%	-81,44%	-81,43%	-82,35%
Grupo 1-4	-85,82%	-85,40%	-86,67%	-86,92%	-87,26%	-86,77%	-87,67%	-87,62%	-88,71%	-89,48%	-88,98%
Grupo 5-9	-71,51%	-73,53%	-73,68%	-72,54%	-69,53%	-73,15%	-71,57%	-68,86%	-75,45%	-74,30%	-75,98%
Grupo 10-14	-60,22%	-62,56%	-62,96%	-62,44%	-59,95%	-56,53%	-59,91%	-61,12%	-58,80%	-61,89%	-67,49%
Grupo 15-19	-59,63%	-59,74%	-63,48%	-60,25%	-59,27%	-58,63%	-56,86%	-55,38%	-58,48%	-56,94%	-53,88%
Grupo 20-24	-64,41%	-64,35%	-67,83%	-66,07%	-65,78%	-64,71%	-63,54%	-61,97%	-63,48%	-65,04%	-62,16%
HOMBRES											
Menores de 1	-72,80%	-73,32%	-76,64%	-77,97%	-79,04%	-78,59%	-79,73%	-80,07%	-80,72%	-81,12%	-82,31%
Grupo 1-4	-82,30%	-83,30%	-84,07%	-85,83%	-84,73%	-84,89%	-85,45%	-86,30%	-85,82%	-86,84%	-87,13%
Grupo 5-9	-69,09%	-68,07%	-70,25%	-66,45%	-69,11%	-71,25%	-69,32%	-70,06%	-72,61%	-71,92%	-75,41%
Grupo 10-14	-55,12%	-59,52%	-56,18%	-54,93%	-52,56%	-53,29%	-56,00%	-55,63%	-59,22%	-55,33%	-56,91%
Grupo 15-19	-25,50%	-32,52%	-37,80%	-35,82%	-35,80%	-30,81%	-26,96%	-28,11%	-29,32%	-22,05%	-21,67%
Grupo 20-24	-21,12%	-30,98%	-33,78%	-32,21%	-32,70%	-30,94%	-26,04%	-25,99%	-24,53%	-23,83%	-18,44%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Bienestar Social (1979, 1982), Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982, 1983b), y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: SI = Sin información.

Tabla H3. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por todas las causas entre 1947 y 2012 según grupos de edad, 0-24 años. Ambos sexos, mujeres y varones, Argentina, 1947-2012.

	1947-2012
AMBOS SEXOS	
Menores de 1	-85,66%
Grupo 1-4	-91,88%
Grupo 5-9	-85,00%
Grupo 10-14	-76,59%
Grupo 15-19	-62,98%
Grupo 20-24	SI
MUJERES	
Menores de 1	-86,01%
Grupo 1-4	-92,35%
Grupo 5-9	-85,26%
Grupo 10-14	-82,07%
Grupo 15-19	-78,81%
Grupo 20-24	SI
HOMBRES	
Menores de 1	-85,63%
Grupo 1-4	-91,46%
Grupo 5-9	-84,79%
Grupo 10-14	-71,73%
Grupo 15-19	-47,29%
Grupo 20-24	SI

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Bienestar Social (1979, 1982), Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982, 1983b), y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: SI = Sin información.

Tabla H4. Razón de las tasas de mortalidad por todas las causas entre hombres y mujeres según grupos de edad, 0-24 años, Argentina, 1947- 2012.

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Menores de 1	1,14	1,14	1,15	1,13	1,13	1,13	1,16	1,14	1,16	1,17	1,16	1,13	1,14	1,17	1,17	1,12	1,19	1,19	1,17	1,16	1,20	1,19	1,20	1,19	1,18	1,23	1,23
Grupo 1-4	1,04	1,00	0,99	1,04	1,01	1,02	1,03	1,06	1,02	1,05	1,00	1,02	1,00	1,00	1,01	0,98	1,03	0,99	1,02	1,00	1,02	0,99	1,08	1,02	1,00	1,07	1,06
Grupo 5-9	1,15	1,15	1,23	1,18	1,11	1,22	1,16	1,20	1,22	1,26	1,23	1,33	1,27	1,16	1,32	1,20	1,27	1,26	1,15	1,32	1,26	1,25	1,35	1,29	1,15	1,30	1,28
Grupo 10-14	1,06	1,12	1,07	1,11	1,12	1,25	1,14	1,07	1,17	1,33	1,36	1,37	1,44	1,26	1,43	1,30	1,45	1,43	1,45	1,45	1,49	1,35	1,60	1,46	1,51	1,41	1,27
Grupo 15-19	0,97	0,98	1,12	1,05	1,00	1,02	1,06	1,19	1,18	1,14	1,12	1,28	1,35	1,41	1,37	1,37	1,24	1,34	1,31	1,36	1,45	1,51	1,63	1,48	1,40	1,32	1,40
Grupo 20-24	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,17	1,31	1,31	1,22	1,28	1,29	1,42	1,37	1,51	1,58	1,46	1,44	1,48	1,67	1,81	1,60	1,62	SI	SI	SI

Continuación

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Menores de 1	1,22	1,21	1,24	1,22	1,22	1,24	1,24	1,22	1,23	1,26	1,21	1,25	1,23	1,24	1,27	1,23	1,26	1,25	1,20	1,22	1,24	1,23	1,27	1,22	1,26	1,21	1,25
Grupo 1-4	0,94	1,06	1,04	0,99	1,09	1,08	1,09	1,11	1,18	1,13	1,11	1,09	1,20	1,16	1,15	1,14	1,18	1,08	1,13	1,19	1,22	1,19	1,23	1,18	1,26	1,29	1,11
Grupo 5-9	1,26	1,41	1,42	1,26	1,28	1,27	1,34	1,55	1,24	1,33	1,36	1,42	1,38	1,47	1,45	1,41	1,27	1,45	1,37	1,35	1,44	1,34	1,36	1,30	1,48	1,37	1,33
Grupo 10-14	1,23	1,38	1,33	1,50	1,48	1,41	1,36	1,52	1,52	1,51	1,44	1,48	1,58	1,66	1,58	1,54	1,67	1,53	1,67	1,68	1,66	1,38	1,51	1,41	1,45	1,40	1,45
Grupo 15-19	1,53	1,55	1,52	1,57	1,55	1,56	1,59	1,48	1,71	1,74	1,78	2,09	1,96	1,78	1,84	1,96	2,00	1,92	2,20	2,09	2,37	2,19	2,10	2,42	2,15	2,34	2,63
Grupo 20-24	SI	SI	SI	1,82	1,80	1,70	1,79	1,87	1,82	1,83	1,83	2,05	1,84	2,07	2,04	2,19	2,08	2,21	2,35	2,28	2,42	2,50	2,51	2,33	2,62	2,80	3,03

Continuación

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1	1,23	1,19	1,19	1,21	1,25	1,21	1,19	1,20	1,24	1,21	1,19	1,17
Grupo 1-4	1,22	1,24	1,14	1,19	1,08	1,19	1,14	1,17	1,10	1,25	1,25	1,16
Grupo 5-9	1,22	1,26	1,40	1,31	1,42	1,18	1,25	1,26	1,12	1,30	1,27	1,19
Grupo 10-14	1,43	1,42	1,36	1,49	1,51	1,49	1,35	1,38	1,43	1,24	1,47	1,66
Grupo 15-19	2,39	2,61	2,37	2,41	2,28	2,23	2,36	2,39	2,28	2,41	2,56	2,40
Grupo 20-24	3,12	3,14	2,75	2,92	2,83	2,79	2,78	2,88	2,76	2,93	3,09	3,06

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-a, s.a.-b, 1984, 1989), Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Bienestar Social (1979, 1982), Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente (1982, 1983b), y las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos.

Nota: SI = Sin información.

Tabla H5. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Menores de 1																						
Grupo I	528,15	448,50	488,26	563,00	522,07	517,60	484,52	426,26	540,26	439,57	570,83	SI	SI	SI	SI	SI	SI	436,15	375,36	328,25	279,62	276,34
Grupo II	116,06	80,13	96,54	102,54	105,62	88,80	84,69	80,84	96,76	116,65	128,21	SI	SI	SI	SI	SI	SI	89,18	83,54	84,87	77,07	82,13
Grupo III	3,99	3,64	4,32	4,77	4,07	5,73	4,74	5,76	7,85	6,63	7,57	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12,19	12,24	10,03	10,39	10,18
Total	644,36	534,88	609,63	670,31	631,76	612,13	573,94	512,86	644,87	562,84	706,61	SI	SI	SI	SI	SI	SI	537,51	471,14	423,14	367,08	368,65
1 a 9																						
Grupo I	13,07	9,45	11,46	11,31	11,31	10,23	9,43	5,94	12,64	9,23	10,46	SI	SI	SI	SI	SI	SI	7,13	4,94	3,70	3,64	3,60
Grupo II	6,78	5,35	5,60	6,26	6,23	5,86	5,22	4,36	5,17	5,56	5,32	SI	SI	SI	SI	SI	SI	4,12	4,29	3,97	4,00	4,21
Grupo III	2,63	2,14	2,53	2,60	2,82	2,88	2,92	2,43	2,79	2,85	3,16	SI	SI	SI	SI	SI	SI	2,89	3,02	2,80	2,76	2,89
Total	22,48	16,94	19,59	20,17	20,35	18,97	17,57	12,73	20,59	17,64	18,93	SI	SI	SI	SI	SI	SI	14,13	12,26	10,47	10,40	10,71
10 a 24																						
Grupo I	2,72	2,11	2,11	2,20	1,93	1,87	1,58	1,28	1,72	1,69	1,53	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,18	1,03	0,80	0,84	0,79
Grupo II	4,65	3,90	4,19	4,43	4,05	4,13	3,91	3,53	4,14	3,87	3,66	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3,62	3,55	3,24	3,28	3,69
Grupo III	6,33	5,71	6,37	6,48	6,53	6,89	6,42	6,34	7,08	7,79	8,33	SI	SI	SI	SI	SI	SI	7,81	6,94	6,24	5,95	6,10
Total	13,70	11,72	12,67	13,11	12,50	12,89	11,92	11,15	12,94	13,35	13,52	SI	SI	SI	SI	SI	SI	12,61	11,52	10,29	10,08	10,59

Continuación.

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Menores de 1																				
Grupo I	249,50	239,06	243,06	214,38	217,86	213,31	205,81	201,25	202,47	190,30	182,69	170,56	166,34	164,19	155,45	138,48	141,84	127,66	121,08	118,06
Grupo II	75,44	76,70	78,80	66,15	67,63	68,82	69,56	68,43	67,19	69,14	67,58	68,63	64,31	67,91	66,96	54,07	58,75	55,03	52,92	51,98
Grupo III	10,71	13,82	10,22	8,47	8,86	9,95	11,21	12,70	12,38	13,46	10,69	12,58	11,69	11,99	11,02	12,95	11,28	9,78	9,32	8,30
Total	335,65	329,59	332,08	288,99	294,35	292,07	286,57	282,38	282,05	272,90	260,95	251,77	242,35	244,09	233,43	205,50	211,87	192,46	183,32	178,34
1 a 9																				
Grupo I	2,75	2,73	2,91	2,15	1,94	1,85	1,85	1,98	2,09	1,90	1,73	1,57	1,27	1,30	1,28	1,36	1,58	1,15	0,91	1,03
Grupo II	3,28	3,42	3,41	2,88	3,40	2,86	2,65	2,89	2,69	2,98	2,72	2,66	2,42	2,31	2,57	2,41	2,40	2,15	2,15	2,20
Grupo III	2,66	2,71	2,45	2,00	2,48	2,17	2,12	2,22	2,17	2,04	2,15	2,06	2,09	1,80	1,92	1,84	1,98	1,99	1,79	1,60
Total	8,69	8,86	8,77	7,03	7,82	6,87	6,63	7,09	6,95	6,92	6,60	6,29	5,78	5,41	5,78	5,61	5,96	5,30	4,85	4,84
10 a 24																				
Grupo I	0,61	0,70	0,64	0,65	0,54	0,62	0,56	0,56	0,64	0,55	0,55	0,52	0,51	0,52	0,52	0,72	0,61	0,59	0,60	0,50
Grupo II	3,04	2,77	2,98	3,14	2,71	2,69	2,48	2,55	2,69	2,70	2,91	2,73	2,71	2,65	2,68	2,21	2,22	2,34	2,25	2,14
Grupo III	5,44	5,69	5,50	5,22	5,62	5,33	5,46	5,76	5,18	5,15	5,79	6,01	6,63	6,18	6,23	6,55	6,85	7,02	6,88	7,48
Total	9,09	9,16	9,13	9,01	8,87	8,64	8,50	8,86	8,52	8,40	9,24	9,26	9,85	9,34	9,43	9,48	9,67	9,95	9,74	10,11

Tabla H5. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012. Continuación.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1											
Grupo I	124,28	121,72	103,71	96,86	89,85	93,33	87,58	83,64	81,43	79,87	72,97
Grupo II	51,56	51,16	48,11	45,69	46,17	45,69	45,48	45,88	44,24	42,94	42,21
Grupo III	6,53	6,05	4,83	5,17	4,52	4,54	2,84	4,13	3,65	3,81	3,46
Total	182,37	178,93	156,65	147,72	140,55	143,56	135,90	133,65	129,32	126,62	118,64
1 a 9											
Grupo I	1,15	1,16	0,92	0,83	0,80	0,71	0,71	0,86	0,76	0,72	0,50
Grupo II	2,13	2,08	2,05	2,00	2,19	2,16	2,18	1,96	2,04	1,92	1,92
Grupo III	1,67	1,56	1,55	1,57	1,49	1,48	1,45	1,33	1,31	1,32	1,30
Total	4,94	4,80	4,52	4,40	4,48	4,34	4,34	4,15	4,12	3,95	3,72
10 a 24											
Grupo I	0,55	0,54	0,48	0,52	0,48	0,46	0,52	0,62	0,63	0,58	0,60
Grupo II	2,23	2,15	2,23	2,22	2,18	2,54	2,37	2,45	2,42	2,38	2,46
Grupo III	7,36	6,33	5,92	6,12	6,24	6,26	6,84	6,65	6,62	7,26	7,53
Total	10,15	9,01	8,63	8,86	8,90	9,27	9,73	9,71	9,67	10,22	10,58

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información

Tabla H6. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	
Menores de 1																							
Grupo I	456,67	383,74	434,70	475,64	450,61	441,49	415,33	356,65	461,77	367,45	480,69	SI	SI	SI	SI	SI	SI	352,38	306,73	255,36	220,95	222,44	
Grupo II	98,61	69,16	86,63	85,44	78,98	76,72	74,44	65,91	77,02	96,63	105,88	SI	SI	SI	SI	SI	SI	73,76	71,82	76,43	66,81	70,17	
Grupo III	3,65	3,13	3,26	3,48	3,25	4,75	4,28	5,09	6,13	6,49	7,38	SI	SI	SI	SI	SI	SI	7,98	8,83	9,19	8,69	10,39	
Total	554,83	456,04	524,59	564,56	532,84	522,96	494,04	427,65	544,93	470,58	593,96	SI	SI	SI	SI	SI	SI	434,12	387,37	340,99	296,46	303,00	
1 a 9																							
Grupo I	13,25	9,55	12,36	11,49	12,26	11,06	9,61	6,48	13,42	9,19	11,07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	7,78	4,88	3,72	3,76	3,67	
Grupo II	6,38	4,69	5,08	5,63	5,51	5,14	4,99	3,98	4,70	4,79	4,57	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3,49	3,91	3,61	2,96	2,89	
Grupo III	1,66	1,15	1,74	1,68	1,77	1,91	1,90	1,63	1,82	1,80	2,09	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,98	2,06	1,84	2,03	1,98	
Total	21,29	15,39	19,18	18,80	19,54	18,12	16,51	12,10	19,94	15,78	17,74	SI	SI	SI	SI	SI	SI	13,26	10,85	9,18	6,42	6,25	
10 a 24																							
Grupo I	3,73	3,06	3,01	3,19	2,82	2,94	2,52	1,74	2,53	2,38	2,35	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,79	1,44	1,37	1,30	1,25	
Grupo II	4,38	3,53	4,13	4,22	4,06	3,98	3,73	3,09	3,40	3,56	3,71	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3,35	3,28	3,10	2,95	3,36	
Grupo III	1,97	1,73	1,91	1,83	2,00	2,34	2,08	2,15	2,22	2,33	2,79	SI	SI	SI	SI	SI	SI	2,60	2,32	2,05	1,99	1,85	
Total	10,08	8,32	9,05	9,23	8,88	9,26	8,32	6,98	8,15	8,27	8,85	SI	SI	SI	SI	SI	SI	7,73	7,04	6,51	6,25	6,46	

Continuación.

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001		
Menores de 1																						
Grupo I	201,24	185,73	201,15	168,55	173,45	168,95	156,54	159,44	156,79	149,19	150,61	137,98	126,77	130,13	120,17	108,44	108,70	102,13	91,91	88,91		
Grupo II	62,64	65,18	64,68	54,96	57,56	57,58	59,08	59,99	60,78	58,74	57,09	56,61	59,41	58,56	55,44	50,27	50,17	48,13	48,43	49,76		
Grupo III	8,17	11,17	7,92	8,09	8,66	9,27	10,45	9,55	10,39	10,96	9,28	10,94	8,89	9,47	8,01	9,79	9,09	9,05	6,62	6,29		
Total	272,06	262,08	273,75	231,61	239,67	235,79	226,07	228,97	227,96	218,89	216,97	205,53	195,07	198,16	183,62	168,50	167,96	159,31	146,96	144,96		
1 a 9																						
Grupo I	2,68	2,73	2,74	2,11	1,86	1,73	1,70	1,85	1,83	1,80	1,67	1,41	1,20	1,10	1,23	1,29	1,28	1,01	0,84	0,88		
Grupo II	2,82	2,77	2,72	2,70	2,69	2,68	2,69	2,68	2,60	2,82	2,44	2,41	1,98	2,07	2,16	2,13	2,00	1,99	2,15	1,93		
Grupo III	1,94	1,90	1,87	1,85	1,85	1,84	1,84	1,84	1,30	1,28	1,41	1,27	1,35	1,23	1,18	1,20	1,24	1,04	1,13	1,16		
Total	6,12	6,00	5,90	5,85	5,84	5,81	5,82	5,81	5,73	5,91	5,52	5,09	4,53	4,40	4,57	4,63	4,52	4,04	4,12	3,96		
10 a 24																						
Grupo I	1,05	1,02	0,98	0,89	0,85	0,75	0,76	0,79	0,73	0,71	0,67	0,70	0,59	0,66	0,67	0,77	0,75	0,68	0,60	0,62		
Grupo II	2,69	2,65	2,77	2,43	2,36	2,26	2,24	2,21	2,21	2,16	2,06	2,11	2,02	1,99	2,00	1,88	1,77	1,77	1,63	1,67		
Grupo III	1,59	1,65	1,57	1,38	1,66	1,61	1,57	1,55	1,40	1,47	1,60	1,65	1,80	1,73	1,72	1,73	1,87	1,82	1,60	1,78		
Total	5,33	5,33	5,32	4,70	4,88	4,62	4,57	4,55	4,34	4,34	4,33	4,46	4,40	4,37	4,39	4,38	4,39	4,27	3,82	4,07		

Tabla H6. Tasas de mortalidad (por 10.000 habitantes) por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012. Continuación.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1											
Grupo I	97,75	95,45	82,43	73,03	69,95	74,98	70,76	67,62	64,31	64,72	60,03
Grupo II	49,14	49,56	42,36	40,88	42,69	41,23	39,64	37,21	39,15	38,91	38,34
Grupo III	5,80	5,07	4,68	4,19	3,87	4,49	3,06	2,87	3,22	3,08	3,06
Total	152,69	150,07	129,47	118,09	116,51	120,70	113,46	107,70	106,68	106,71	101,43
1 a 9											
Grupo I	1,17	1,15	0,80	0,70	0,85	0,72	0,76	0,96	0,61	0,56	0,49
Grupo II	1,84	1,83	1,88	2,02	1,82	2,00	1,89	1,89	1,70	1,70	1,83
Grupo III	0,96	0,96	1,00	0,96	1,11	0,99	0,96	0,90	0,94	0,90	0,86
Total	3,96	3,94	3,68	3,69	3,77	3,72	3,61	3,75	3,26	3,16	3,18
10 a 24											
Grupo I	0,73	0,61	0,58	0,60	0,61	0,58	0,62	0,84	0,68	0,62	0,62
Grupo II	1,71	1,67	1,58	1,59	1,69	1,83	1,72	1,74	1,86	1,69	1,76
Grupo III	1,52	1,60	1,42	1,60	1,59	1,64	1,76	1,62	1,53	1,69	1,75
Total	3,95	3,89	3,58	3,79	3,90	4,04	4,10	4,20	4,07	4,00	4,13

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información

Tabla H7. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012.

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	
Menores de 1																				
Grupo I	-15,08%	-7,55%	6,60%	-1,15%	-2,00%	-8,26%	-19,29%	2,29%	-16,77%	8,08%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-17,42%	-28,93%	-37,85%
Grupo II	-30,96%	-16,82%	-11,65%	-9,00%	-23,49%	-27,03%	-30,34%	-16,63%	0,51%	10,47%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-23,16%	-28,02%	-26,88%
Grupo III	-8,73%	8,36%	19,46%	2,04%	43,54%	18,80%	44,36%	96,82%	66,09%	89,68%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	205,45%	206,76%	151,32%
Total	-16,99%	-5,39%	4,03%	-1,96%	-5,00%	-10,93%	-20,41%	0,08%	-12,65%	9,66%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-16,58%	-26,88%	-34,33%
1 a 9																				
Grupo I	-27,69%	-12,33%	-13,45%	-13,46%	-21,71%	-27,83%	-54,51%	-3,29%	-29,37%	-19,96%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-45,47%	-62,18%	-71,71%
Grupo II	-21,10%	-17,46%	-7,69%	-8,18%	-13,53%	-23,03%	-35,75%	-23,82%	-18,00%	-21,59%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-39,26%	-36,71%	-41,50%
Grupo III	-18,77%	-3,82%	-1,18%	7,01%	9,36%	10,73%	-7,83%	6,04%	8,08%	19,82%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	9,54%	14,77%	6,42%
Total	-24,66%	-12,88%	-10,27%	-9,47%	-15,60%	-21,86%	-43,38%	-8,39%	-21,55%	-15,79%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-37,15%	-45,48%	-53,44%
10 a 24																				
Grupo I	-22,54%	-22,54%	-19,20%	-29,20%	-31,43%	-41,81%	-53,18%	-36,96%	-37,94%	-43,94%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-56,82%	-62,11%	-70,48%
Grupo II	-16,27%	-9,94%	-4,88%	-13,03%	-11,22%	-15,90%	-24,10%	-10,97%	-16,92%	-21,32%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-22,15%	-23,65%	-30,29%
Grupo III	-9,74%	0,65%	2,47%	3,17%	8,92%	1,43%	0,22%	11,95%	23,13%	31,62%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	23,42%	9,63%	-1,40%
Total	-14,50%	-7,55%	-4,33%	-8,76%	-5,94%	-13,05%	-18,65%	-5,55%	-2,61%	-1,37%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-8,00%	-15,93%	-24,94%

Continuación.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Menores de 1																				
Grupo I	-47,06%	-47,68%	-52,76%	-54,74%	-53,98%	-59,41%	-58,75%	-59,61%	-61,03%	-61,90%	-61,66%	-63,97%	-65,41%	-67,71%	-68,51%	-68,91%	-70,57%	-73,78%	-73,14%	
Grupo II	-33,60%	-29,24%	-35,00%	-33,91%	-32,11%	-43,01%	-41,73%	-40,70%	-40,07%	-41,04%	-42,11%	-40,43%	-41,78%	-40,86%	-44,59%	-41,49%	-42,31%	-53,41%	-49,38%	
Grupo III	160,36%	155,09%	168,53%	246,46%	156,09%	112,24%	122,13%	149,32%	180,86%	218,17%	210,37%	237,35%	167,98%	215,15%	193,04%	200,49%	176,30%	224,44%	182,79%	
Total	-43,03%	-42,79%	-47,91%	-48,85%	-48,46%	-55,15%	-54,32%	-54,67%	-55,53%	-56,18%	-56,23%	-57,65%	-59,50%	-60,93%	-62,39%	-62,12%	-63,77%	-68,11%	-67,12%	
1 a 9																				
Grupo I	-72,12%	-72,42%	-78,94%	-79,08%	-77,74%	-83,55%	-85,13%	-85,87%	-85,81%	-84,88%	-84,04%	-85,48%	-86,79%	-87,99%	-90,28%	-90,02%	-90,17%	-89,60%	-87,89%	
Grupo II	-41,07%	-37,94%	-51,65%	-49,63%	-49,68%	-57,53%	-49,88%	-57,89%	-60,85%	-57,37%	-60,34%	-56,00%	-59,89%	-60,77%	-64,34%	-66,00%	-62,08%	-64,44%	-64,54%	
Grupo III	4,76%	9,90%	0,95%	2,85%	-7,16%	-24,02%	-5,87%	-17,76%	-19,49%	-15,61%	-17,59%	-22,65%	-18,38%	-21,96%	-20,53%	-31,67%	-26,93%	-29,99%	-24,93%	
Total	-53,75%	-52,37%	-61,35%	-60,60%	-61,01%	-68,73%	-65,21%	-69,45%	-70,51%	-68,46%	-69,11%	-69,23%	-70,66%	-72,04%	-74,29%	-75,94%	-74,29%	-75,03%	-73,47%	
10 a 24																				
Grupo I	-68,99%	-70,85%	-77,48%	-74,27%	-76,32%	-76,02%	-80,26%	-77,40%	-79,38%	-79,54%	-76,62%	-79,78%	-79,95%	-80,91%	-81,40%	-81,04%	-80,75%	-73,62%	-77,62%	
Grupo II	-29,47%	-20,75%	-34,68%	-40,52%	-35,89%	-32,58%	-41,68%	-42,21%	-46,75%	-45,25%	-42,11%	-42,06%	-37,54%	-41,27%	-41,71%	-43,14%	-42,40%	-52,45%	-52,34%	
Grupo III	-5,94%	-3,53%	-14,05%	-10,08%	-13,12%	-17,51%	-11,25%	-15,75%	-13,70%	-8,99%	-18,06%	-18,55%	-8,47%	-5,07%	4,76%	-2,34%	-1,62%	3,52%	8,20%	
Total	-26,46%	-22,76%	-33,66%	-33,17%	-33,41%	-34,25%	-35,30%	-36,98%	-37,97%	-35,32%	-37,86%	-38,70%	-32,54%	-32,43%	-28,14%	-31,83%	-31,19%	-30,82%	-29,41%	

Tabla H7. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012. Continuación.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1														
Grupo I	-75,83%	-77,08%	-77,65%	-76,47%	-76,95%	-80,36%	-81,66%	-82,99%	-82,33%	-83,42%	-84,16%	-84,58%	-84,88%	-86,18%
Grupo II	-52,59%	-54,40%	-55,21%	-55,57%	-55,92%	-58,55%	-60,63%	-60,22%	-60,63%	-60,81%	-60,47%	-61,88%	-63,00%	-63,63%
Grupo III	145,00%	133,68%	107,88%	63,73%	51,65%	21,06%	29,53%	13,40%	13,70%	-28,82%	3,52%	-8,60%	-4,52%	-13,32%
Total	-70,13%	-71,55%	-72,32%	-71,70%	-72,23%	-75,69%	-77,07%	-78,19%	-77,72%	-78,91%	-79,26%	-79,93%	-80,35%	-81,59%
1 a 9														
Grupo I	-91,20%	-93,05%	-92,12%	-91,21%	-91,10%	-92,93%	-93,67%	-93,89%	-94,60%	-94,56%	-93,42%	-94,16%	-94,52%	-96,14%
Grupo II	-68,23%	-68,29%	-67,49%	-68,65%	-69,34%	-69,80%	-70,54%	-67,76%	-68,11%	-67,82%	-71,05%	-69,87%	-71,69%	-71,73%
Grupo III	-24,37%	-32,03%	-39,19%	-36,71%	-40,96%	-41,24%	-40,24%	-43,35%	-43,99%	-45,13%	-49,51%	-50,28%	-49,95%	-50,53%
Total	-76,44%	-78,43%	-78,49%	-78,02%	-78,66%	-79,90%	-80,44%	-80,09%	-80,68%	-80,70%	-81,53%	-81,69%	-82,41%	-83,44%
10 a 24														
Grupo I	-78,49%	-78,03%	-81,61%	-79,63%	-80,30%	-82,23%	-80,93%	-82,21%	-83,04%	-80,83%	-77,41%	-76,93%	-78,57%	-78,15%
Grupo II	-49,78%	-51,57%	-54,10%	-51,99%	-53,85%	-51,99%	-52,23%	-53,21%	-45,34%	-49,01%	-47,35%	-47,97%	-48,91%	-47,08%
Grupo III	10,99%	8,81%	18,15%	16,39%	-0,03%	-6,51%	-3,27%	-1,34%	-1,00%	8,09%	5,06%	4,70%	14,71%	18,93%
Total	-27,42%	-28,95%	-26,21%	-25,92%	-34,26%	-37,00%	-35,33%	-35,02%	-32,36%	-28,97%	-29,13%	-29,41%	-25,43%	-22,78%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información

Tabla H8. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012.

	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	
Menores de 1																				
Grupo I	-15,97%	-4,81%	4,15%	-1,33%	-3,32%	-9,05%	-21,90%	1,12%	-19,54%	5,26%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-22,84%	-32,83%	-44,08%
Grupo II	-29,86%	-12,16%	-13,36%	-19,91%	-22,21%	-24,52%	-33,17%	-21,89%	-2,01%	7,37%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-25,20%	-27,17%	-22,49%
Grupo III	-14,23%	-10,52%	-4,59%	-10,94%	30,36%	17,25%	39,53%	68,25%	78,13%	102,50%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	118,81%	142,08%	152,15%
Total	-17,81%	-5,45%	1,75%	-3,96%	-5,74%	-10,96%	-22,92%	-1,78%	-15,18%	7,05%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-21,76%	-30,18%	-38,54%
1 a 9																				
Grupo I	-27,93%	-6,67%	-13,26%	-7,46%	-16,48%	-27,44%	-51,05%	1,27%	-30,63%	-16,41%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-41,23%	-63,15%	-71,89%
Grupo II	-26,45%	-20,42%	-11,81%	-13,70%	-19,41%	-21,73%	-37,58%	-26,32%	-25,00%	-28,38%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-45,28%	-38,74%	-43,37%
Grupo III	-30,85%	4,72%	0,92%	6,49%	14,93%	14,45%	-2,19%	9,27%	8,28%	25,77%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	19,29%	23,57%	10,73%
Total	-27,71%	-9,90%	-11,72%	-8,24%	-14,91%	-22,46%	-43,19%	-6,37%	-25,90%	-16,70%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-37,72%	-49,06%	-56,88%
10 a 24																				
Grupo I	-18,09%	-19,18%	-14,50%	-24,28%	-21,15%	-32,57%	-53,35%	-32,22%	-36,06%	-36,89%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-51,98%	-61,38%	-63,31%
Grupo II	-19,36%	-5,73%	-3,77%	-7,30%	-9,07%	-14,93%	-29,43%	-22,45%	-18,76%	-15,32%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-23,61%	-25,06%	-29,25%
Grupo III	-12,21%	-3,23%	-7,15%	1,28%	18,61%	5,60%	8,85%	12,67%	18,21%	41,58%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	31,79%	17,66%	3,85%
Total	-17,49%	-10,22%	-8,40%	-11,90%	-8,13%	-17,44%	-30,79%	-19,20%	-17,93%	-12,17%	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-23,28%	-30,15%	-35,38%

Continuación.

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	
Menores de 1																				
Grupo I	-51,62%	-51,29%	-55,93%	-59,33%	-55,95%	-63,09%	-62,02%	-63,00%	-65,72%	-65,09%	-65,67%	-67,33%	-67,02%	-69,79%	-72,24%	-71,50%	-73,69%	-76,25%	-76,20%	
Grupo II	-32,25%	-28,84%	-36,48%	-33,91%	-34,42%	-44,27%	-41,63%	-41,61%	-40,09%	-39,17%	-38,36%	-40,43%	-42,11%	-42,59%	-39,75%	-40,62%	-43,78%	-49,02%	-49,12%	
Grupo III	138,40%	184,99%	124,13%	206,37%	117,32%	122,01%	137,53%	154,25%	186,62%	161,83%	184,94%	200,61%	154,48%	200,05%	143,72%	159,78%	119,57%	168,49%	149,19%	
Total	-46,57%	-45,39%	-50,97%	-52,76%	-50,66%	-58,26%	-56,80%	-57,50%	-59,25%	-58,73%	-58,91%	-60,55%	-60,89%	-62,96%	-64,84%	-64,28%	-66,91%	-69,63%	-69,73%	
1 a 9																				
Grupo I	-71,63%	-72,32%	-79,79%	-79,37%	-79,29%	-84,11%	-85,99%	-86,97%	-87,20%	-86,05%	-86,21%	-86,41%	-87,39%	-89,33%	-90,95%	-91,69%	-90,69%	-90,26%	-90,32%	
Grupo II	-53,57%	-54,78%	-55,74%	-56,59%	-57,35%	-57,72%	-57,81%	-57,96%	-57,90%	-58,01%	-59,21%	-55,77%	-61,77%	-62,25%	-69,02%	-67,60%	-66,15%	-66,59%	-68,59%	
Grupo III	22,22%	19,03%	16,52%	14,28%	12,27%	11,29%	11,05%	10,66%	10,82%	10,53%	-21,69%	-22,92%	-15,44%	-23,74%	-18,68%	-25,92%	-29,13%	-27,59%	-25,73%	
Total	-69,84%	-70,63%	-71,24%	-71,80%	-72,29%	-72,54%	-72,59%	-72,69%	-72,65%	-72,72%	-73,08%	-72,26%	-74,09%	-76,09%	-78,73%	-79,33%	-78,53%	-78,27%	-78,76%	
10 a 24																				
Grupo I	-65,03%	-66,52%	-71,78%	-72,52%	-73,63%	-76,21%	-77,29%	-79,97%	-79,63%	-78,80%	-80,36%	-80,99%	-82,00%	-81,16%	-84,28%	-82,32%	-82,02%	-79,40%	-79,86%	
Grupo II	-32,58%	-23,18%	-38,59%	-39,51%	-36,79%	-44,49%	-46,02%	-48,31%	-48,88%	-49,65%	-49,55%	-50,75%	-53,00%	-51,88%	-53,97%	-54,62%	-54,30%	-57,03%	-59,51%	
Grupo III	1,15%	-6,35%	-19,34%	-16,17%	-20,31%	-29,93%	-15,57%	-18,41%	-20,48%	-21,31%	-28,93%	-25,32%	-18,78%	-16,21%	-8,76%	-12,48%	-12,81%	-12,34%	-5,16%	
Total	-37,99%	-35,93%	-47,10%	-47,16%	-47,20%	-53,38%	-51,63%	-54,18%	-54,70%	-54,89%	-56,92%	-56,97%	-57,04%	-55,74%	-56,34%	-56,63%	-56,44%	-56,57%	-56,42%	

Tabla H8. Variación porcentual en las tasas de mortalidad por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012. Continuación.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1														
Grupo I	-77,64%	-79,87%	-80,53%	-78,59%	-79,10%	-81,95%	-84,01%	-84,68%	-83,58%	-84,51%	-85,19%	-85,92%	-85,83%	-86,86%
Grupo II	-51,19%	-50,89%	-49,54%	-50,17%	-49,74%	-57,05%	-58,55%	-56,71%	-58,19%	-59,80%	-62,27%	-60,30%	-60,54%	-61,12%
Grupo III	148,21%	81,56%	72,60%	59,10%	38,95%	28,26%	14,88%	6,21%	23,02%	-15,98%	-21,26%	-11,66%	-15,46%	-16,15%
Total	-71,29%	-73,51%	-73,87%	-72,48%	-72,95%	-76,67%	-78,72%	-79,00%	-78,25%	-79,55%	-80,59%	-80,77%	-80,77%	-81,72%
1 a 9														
Grupo I	-92,38%	-93,67%	-93,36%	-91,16%	-91,32%	-93,98%	-94,69%	-93,62%	-94,57%	-94,29%	-92,75%	-95,39%	-95,81%	-96,33%
Grupo II	-68,84%	-66,25%	-69,83%	-71,25%	-71,30%	-70,56%	-68,27%	-71,54%	-68,60%	-70,37%	-70,32%	-73,33%	-73,33%	-71,25%
Grupo III	-37,45%	-32,32%	-30,44%	-42,56%	-42,27%	-39,82%	-42,17%	-33,19%	-40,28%	-42,07%	-46,11%	-43,33%	-45,89%	-48,10%
Total	-81,03%	-80,65%	-81,39%	-81,40%	-81,49%	-82,73%	-82,67%	-82,28%	-82,55%	-83,04%	-82,38%	-84,71%	-85,17%	-85,05%
10 a 24														
Grupo I	-81,76%	-84,02%	-83,34%	-80,54%	-83,57%	-84,51%	-83,87%	-83,61%	-84,40%	-83,40%	-77,40%	-81,74%	-83,37%	-83,45%
Grupo II	-59,54%	-62,82%	-61,86%	-61,05%	-61,76%	-63,82%	-63,65%	-61,38%	-58,33%	-60,85%	-60,21%	-57,45%	-61,43%	-59,78%
Grupo III	-7,65%	-19,08%	-9,86%	-23,06%	-18,65%	-27,88%	-18,99%	-19,24%	-16,95%	-10,68%	-18,04%	-22,45%	-14,43%	-11,00%
Total	-57,62%	-62,11%	-59,64%	-60,83%	-61,40%	-64,45%	-62,40%	-61,36%	-59,88%	-59,38%	-58,32%	-59,59%	-60,36%	-59,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información

Tabla H9. Mortalidad proporcional por grupos de edad y causas, 0-24 años, varones. Argentina, 1960-2012. Continuación.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1															
Grupo I	66,95%	66,33%	66,05%	66,20%	68,14%	68,03%	66,21%	65,57%	63,93%	65,01%	64,44%	62,58%	62,97%	63,08%	61,50%
Grupo II	27,73%	28,59%	28,87%	29,15%	28,27%	28,59%	30,71%	30,93%	32,85%	31,83%	33,47%	34,33%	34,21%	33,91%	35,58%
Grupo III	5,33%	5,08%	5,09%	4,65%	3,58%	3,38%	3,08%	3,50%	3,22%	3,16%	2,09%	3,09%	2,82%	3,01%	2,92%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
1 a 9															
Grupo I	26,52%	21,70%	18,74%	21,30%	23,24%	24,24%	20,44%	18,79%	17,83%	16,25%	16,40%	20,69%	18,53%	18,12%	13,54%
Grupo II	40,32%	40,68%	44,34%	45,58%	43,02%	43,34%	45,31%	45,42%	48,84%	49,79%	50,30%	47,28%	49,65%	48,55%	51,47%
Grupo III	33,16%	37,62%	36,92%	33,12%	33,74%	32,42%	34,25%	35,79%	33,33%	33,97%	33,31%	32,03%	31,82%	33,33%	34,99%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
10 a 24															
Grupo I	6,30%	5,89%	6,15%	4,95%	5,46%	5,95%	5,61%	5,86%	5,44%	4,98%	5,36%	6,34%	6,49%	5,71%	5,62%
Grupo II	22,93%	23,50%	23,15%	21,12%	22,00%	23,84%	25,88%	25,08%	24,45%	27,44%	24,38%	25,22%	25,03%	23,27%	23,27%
Grupo III	70,77%	70,61%	70,71%	73,92%	72,53%	70,21%	68,51%	69,06%	70,11%	67,57%	70,26%	68,44%	68,48%	71,02%	71,11%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información

Tabla H10. Mortalidad proporcional por grupos de edad y causas, 0-24 años, mujeres. Argentina, 1960-2012. Continuación.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Menores de 1															
Grupo I	64,72%	64,11%	62,54%	61,33%	64,02%	63,60%	63,67%	61,84%	60,04%	62,12%	62,36%	62,79%	60,28%	60,65%	59,18%
Grupo II	29,87%	30,21%	32,95%	34,33%	32,18%	33,02%	32,72%	34,61%	36,64%	34,16%	34,94%	34,55%	36,70%	36,46%	37,80%
Grupo III	5,41%	5,68%	4,50%	4,34%	3,80%	3,38%	3,61%	3,55%	3,32%	3,72%	2,70%	2,67%	3,02%	2,89%	3,01%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
1 a 9															
Grupo I	28,36%	24,99%	20,37%	22,19%	29,55%	29,16%	21,70%	19,06%	22,41%	19,35%	20,95%	25,61%	18,75%	17,59%	15,26%
Grupo II	44,32%	49,24%	52,29%	48,60%	46,33%	46,48%	51,08%	54,87%	48,14%	53,91%	52,37%	50,49%	52,29%	53,90%	57,62%
Grupo III	27,32%	25,76%	27,34%	29,21%	24,13%	24,37%	27,22%	26,08%	29,45%	26,73%	26,69%	23,90%	28,96%	28,51%	27,12%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
10 a 24															
Grupo I	17,09%	15,92%	15,61%	15,27%	18,38%	15,75%	16,12%	15,87%	15,69%	14,39%	15,12%	20,07%	16,72%	15,52%	14,93%
Grupo II	40,36%	41,47%	42,63%	41,06%	43,21%	43,04%	44,22%	42,00%	43,43%	45,13%	41,88%	41,48%	45,76%	42,27%	42,62%
Grupo III	42,55%	42,60%	41,76%	43,67%	38,41%	41,21%	39,66%	42,12%	40,87%	40,48%	43,00%	38,45%	37,52%	42,20%	42,45%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información

Tabla H11. Razón de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres por grupos de edad y causas, Argentina, 1960-2012.

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Menores de 1																											
Grupo I	1,16	1,17	1,12	1,18	1,16	1,17	1,17	1,20	1,17	1,20	1,19	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,24	1,22	1,29	1,27	1,24	1,24	1,29	1,21	1,27	1,26
Grupo II	1,18	1,16	1,11	1,20	1,34	1,16	1,14	1,23	1,26	1,21	1,21	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,21	1,16	1,11	1,15	1,17	1,20	1,18	1,22	1,20	1,17
Grupo III	1,09	1,16	1,33	1,37	1,25	1,21	1,11	1,13	1,28	1,02	1,03	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,53	1,39	1,09	1,20	0,98	1,31	1,24	1,29	1,05	1,02
Total	1,16	1,17	1,16	1,19	1,19	1,17	1,16	1,20	1,18	1,20	1,19	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,24	1,22	1,24	1,24	1,22	1,23	1,26	1,21	1,25	1,23
1 a 9																											
Grupo I	0,99	0,99	0,93	0,98	0,92	0,92	0,98	0,92	0,94	1,00	0,94	SI	SI	SI	SI	SI	SI	0,92	1,01	0,99	0,97	0,98	1,03	1,00	1,06	1,02	1,05
Grupo II	1,06	1,14	1,10	1,11	1,13	1,14	1,05	1,09	1,10	1,16	1,16	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,18	1,10	1,10	1,35	1,46	1,16	1,23	1,25	1,07	1,26
Grupo III	1,58	1,86	1,45	1,55	1,59	1,51	1,53	1,49	1,54	1,58	1,51	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,45	1,47	1,52	1,36	1,46	1,37	1,42	1,31	1,08	1,34
Total	1,06	1,10	1,02	1,07	1,04	1,05	1,06	1,05	1,03	1,12	1,07	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,07	1,13	1,14	1,62	1,71	1,42	1,48	1,49	1,20	1,34
10 a 24																											
Grupo I	0,73	0,69	0,70	0,69	0,68	0,63	0,63	0,73	0,68	0,71	0,65	SI	SI	SI	SI	SI	SI	0,66	0,72	0,59	0,65	0,64	0,58	0,68	0,66	0,74	0,63
Grupo II	1,06	1,10	1,01	1,05	1,00	1,04	1,05	1,14	1,22	1,09	0,99	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,08	1,08	1,05	1,11	1,10	1,13	1,04	1,08	1,29	1,15
Grupo III	3,21	3,30	3,34	3,54	3,27	2,95	3,08	2,96	3,19	3,34	2,98	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3,01	2,99	3,05	2,98	3,31	3,42	3,44	3,50	3,78	3,37
Total	1,36	1,41	1,40	1,42	1,41	1,39	1,43	1,60	1,59	1,61	1,53	SI	SI	SI	SI	SI	SI	1,63	1,64	1,58	1,61	1,64	1,70	1,72	1,71	1,92	1,82

Continuación.

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Menores de 1																											
Grupo I	1,26	1,31	1,26	1,31	1,28	1,21	1,24	1,31	1,26	1,29	1,28	1,30	1,25	1,32	1,33	1,27	1,28	1,26	1,33	1,28	1,24	1,24	1,24	1,27	1,23	1,22	
Grupo II	1,20	1,18	1,14	1,13	1,18	1,18	1,21	1,08	1,16	1,21	1,08	1,17	1,14	1,09	1,04	1,05	1,03	1,14	1,12	1,08	1,11	1,15	1,23	1,13	1,10	1,10	
Grupo III	1,07	1,07	1,33	1,21	1,23	1,15	1,15	1,32	1,27	1,38	1,32	1,24	1,08	1,41	1,32	1,13	1,19	1,03	1,23	1,17	1,01	0,93	1,44	1,13	1,24	1,13	
Total	1,24	1,27	1,23	1,26	1,25	1,20	1,22	1,24	1,23	1,27	1,22	1,26	1,21	1,25	1,23	1,19	1,19	1,21	1,25	1,21	1,19	1,20	1,24	1,21	1,19	1,17	
1 a 9																											
Grupo I	1,07	1,09	1,07	1,14	1,05	1,03	1,11	1,06	1,18	1,04	1,05	1,23	1,14	1,08	1,17	0,98	1,01	1,16	1,18	0,94	0,98	0,94	0,89	1,25	1,29	1,04	
Grupo II	1,06	0,99	1,08	1,03	1,06	1,11	1,10	1,22	1,11	1,19	1,13	1,20	1,08	1,00	1,14	1,16	1,14	1,09	0,99	1,20	1,08	1,15	1,04	1,20	1,13	1,04	
Grupo III	1,18	1,15	1,21	1,66	1,59	1,53	1,62	1,55	1,46	1,63	1,53	1,60	1,91	1,59	1,38	1,74	1,62	1,55	1,64	1,34	1,48	1,50	1,48	1,39	1,46	1,51	
Total	1,18	1,14	1,22	1,21	1,17	1,20	1,23	1,28	1,23	1,26	1,21	1,32	1,31	1,18	1,22	1,25	1,22	1,23	1,19	1,19	1,17	1,20	1,11	1,26	1,25	1,17	
10 a 24																											
Grupo I	0,82	0,74	0,70	0,87	0,78	0,81	0,74	0,86	0,78	0,78	0,93	0,81	0,86	1,00	0,81	0,76	0,88	0,84	0,86	0,79	0,79	0,84	0,73	0,92	0,94	0,96	
Grupo II	1,19	1,11	1,16	1,22	1,25	1,41	1,30	1,35	1,33	1,34	1,18	1,25	1,32	1,38	1,28	1,31	1,28	1,41	1,40	1,29	1,39	1,38	1,41	1,30	1,41	1,40	
Grupo III	3,31	3,48	3,71	3,70	3,50	3,62	3,64	3,69	3,58	3,62	3,79	3,66	3,86	4,32	4,21	4,86	3,94	4,16	3,83	3,92	3,83	3,88	4,11	4,33	4,30	4,29	
Total	1,87	1,86	1,95	1,96	1,94	2,13	2,08	2,24	2,14	2,15	2,17	2,20	2,33	2,55	2,49	2,57	2,32	2,41	2,34	2,29	2,29	2,38	2,31	2,37	2,56	2,56	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Camisa (1965), CELADE (2012), DNEC (1956), INDEC (s.a.-b, 1984, 1989), Dirección Nacional de Normalización Médica Sanitaria (1969), WHO Mortality Data Base Cause of Death Query online, Ministerio de Salud y Acción Social (1984, 1986, 1987, 1988, 1989a, 1989b, 1990a, 1991a, 1991b, 1992), las bases de los informes estadísticos de defunción e informes estadísticos de nacidos vivos, New Global Burden of Disease Study Classification system for diseases and injuries (WHO, 2006 inédito), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List B: Abbreviated list of 50 causes for tabulation of mortality (Wolfbane, 2001a), International Classification of Diseases, Revision 7 (1955) List A: Intermediate list of 150 causes for tabulation of morbidity and mortality (Wolfbane, 2001b), y WHO Mortality Data base documentation (Department of Measurement and Health Information Systems, 2008).

Nota: SI = Sin información