



Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el
Centro Centroamericano de Población,
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica
<http://ccp.ucr.ac.cr>

Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201

Volumen 10, número 1, artículo 4

Julio - diciembre, 2012

Publicado 1 de julio, 2012

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Años de esperanza de vida perdidos en Argentina, 2001-2010

Leandro M. González

Andrés Peranovich



Protegido bajo licencia Creative Commons

Centro Centroamericano de Población

Años de esperanza de vida perdidos en Argentina, 2001-2010

Years of lost life expectancy in Argentina, 2001-2010

Leandro M. González¹, Andrés Peranovich²

RESUMEN

En este artículo se indaga acerca de la evolución de la mortalidad Argentina con posterioridad a la crisis socioeconómica de fines del año 2001. También, se construyen tablas de vida a partir de proyecciones demográficas y registros de estadísticas vitales, y se describe la evolución de la esperanza de vida de cada sexo y se aplica el método de años de esperanza vida perdidos para analizar el cambio de la mortalidad. Al respecto, se encuentra que a lo largo de la década la población masculina avanza más que la femenina en términos de esperanza de vida, aunque la sobremortalidad masculina continúa siendo marcada. La crisis socioeconómica produjo una leve disminución de la esperanza de vida en el año 2002, y se recuperó rápidamente hasta 2005; entre 2006-08 se produce un descenso transitorio y vuelve a crecer de manera continua. Los años de esperanza de vida perdidos muestran que en el sexo masculino las defunciones externas producen la mayor pérdida de esperanza de vida, mientras que en las mujeres la principal causa son los tumores. Asimismo, se registra un incremento de la mortalidad debida a enfermedades del aparato respiratorio.

Palabras clave: mortalidad, esperanza de vida, causas de muerte, proyecciones de población.

ABSTRACT

This article describes the evolution of mortality in Argentina after the 2001 socioeconomic crisis. Life tables are obtained from population projections and vital statistics records. It shows the progress of life expectancy at birth for each sex and the Years of Life Expectancy Lost method is applied to analyze the changes in mortality. Throughout the decade male population progressed more than the female in terms of life expectancy, although the male overmortality remains high. The socioeconomic crisis produced a slight decline in life expectancy in 2002 and quickly recovered until 2005. In 2006-08 life expectancy decreased, but in last years increased again. Years of life expectancy lost show that violent deaths produce the largest loss of male life expectancy, while in female population are tumors. Also there is an increase in mortality due to respiratory diseases.

Keywords: mortality, life expectancy, causes of death, population projections.

Recibido: 15 mar. 2012

Aprobado: 10 may. 2012

¹ Universidad Nacional de Córdoba y Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET) ARGENTINA. leandrogonzalez@yahoo.com.ar

² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). ARGENTINA. andrescperra@gmail.com.

1. INTRODUCCION

En este artículo se indaga acerca de la mortalidad en la República Argentina a lo largo de la primera década del siglo XXI. El análisis se aborda desde una perspectiva demográfica, es decir, desde la medición del nivel de mortalidad y de la consideración de las causas de defunciones. El período temporal no es elegido solamente por la actualidad de la información, sino, en especial, por el interés de los autores en describir el impacto de la crisis socioeconómica de 2001 y su posterior evolución.

La grave crisis social de 2001 fue fruto de un proceso que abarca las tres décadas precedentes. Desde la década de 1970 se aplicaron diversas políticas económicas que produjeron inestabilidad macroeconómica y deterioro del poder adquisitivo de la población. En 1976, la dictadura militar implementó un plan económico de orientación liberal, que resintió la industria nacional y aumentó drásticamente el endeudamiento externo. La derrota en la guerra de Malvinas y el fracaso de la política económica militar llevaron a la democratización del país en 1983 en un clima de aguda crisis social. El gobierno de Raúl Alfonsín (1983-1989) no pudo controlar el déficit fiscal y la falta de competitividad de la economía nacional, que produjeron las crisis hiperinflacionarias de 1989 y 1990.

El gobierno de Carlos Menem (1989-1999) realizó un cambio radical en la política económica, en consonancia con el llamado Consenso de Washington. Se privatizaron las empresas públicas, se descentralizaron los servicios públicos, se desreguló el mercado laboral, se implantó una fuerte apertura del comercio exterior y se estableció una paridad fija del peso argentino respecto a la divisa norteamericana (convertibilidad). Estas transformaciones lograron estabilizar los precios, pero con un alto costo social: incremento sostenido del desempleo y la informalidad laboral, cierre de pequeñas y medianas empresas, concentración de los ingresos y progresivo empobrecimiento de vastos sectores de la clase media.

El gobierno de De la Rúa (1999-2001) mantuvo el esquema económico de Menem, hasta que la recesión económica produjo el agotamiento del modelo de convertibilidad y el estallido social en diciembre de 2001. Durante la presidencia de Eduardo Duhalde (2002-03) se devaluó la moneda, se contrajo el Producto Bruto Interno, se desató una fuerte inflación y crecieron dramáticamente los porcentajes de pobreza e indigencia en todo el país. El gobierno nacional instrumentó un sistema de subsidios para desempleados a fin de evitar los saqueos de comercios y restablecer el orden público. Los gobiernos de Néstor Kirchner (2003-07) y Cristina Fernández (2007 en adelante) mantuvieron la política de planes sociales, y la reactivación de la actividad económica a través de una fuerte intervención estatal a través de subsidios a la producción. El producto bruto interno se expandió rápidamente y se redujeron las tasas de pobreza y desempleo, a pesar de la persistencia de elevados niveles de inflación.

El proceso descrito produjo una profunda modificación en la estructura social argentina. La vigorosa clase media de los años 70 sufrió un marcado proceso de movilidad social descendente, claramente visibles en la caída del ingreso real y en la pauperización de las condiciones de trabajo. Durante los años 90 diversos autores denunciaron el proceso de empobrecimiento de la clase media, identificándola con los “nuevos pobres” (Minujin, 1992, p.15-44) o “gasoleros”

(Feijoó, 1992, p.229-52; 2001), que elevaron las tasas de desempleo-subempleo a dos dígitos y llevaron el índice de pobreza a 55 por ciento en octubre de 2002.

Por lo anterior, en este trabajo se describe la evolución de la mortalidad de la población argentina, en términos de esperanza de vida y causas de las defunciones, entre los años 2001 y 2010. El enfoque aplicado es netamente demográfico, es decir, concentrado en la estimación anual de la esperanza de vida por sexo y el análisis de los años de esperanza de vida perdidos por las principales causas de defunciones registradas en el período. A través de la técnica de proyecciones demográficas por componentes, se actualiza la población censada en el año 2001 con los registros de nacimientos y defunciones publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación. El programa informático RUP (Rural and Urban Projection, desarrollado por el Bureau of the Census de los Estados Unidos) permite construir tablas de vida para cada año calendario comprendido en el período de la proyección (Arriaga, 2001, p.459-61). Con las esperanzas de vida y los registros de defunciones por año calendario, se aplica el método de “años de esperanza de vida perdidos” (Arriaga, 1996, p.7-38) para analizar el cambio anual del nivel de la mortalidad en la población y el impacto de las principales causas de muerte en su evolución. Las fuentes de información utilizadas son el censo de población 2001 y los registros de estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Carbonetti y Celton (2007, p. 374-76) afirman que la esperanza de vida tuvo un importante crecimiento en Argentina a lo largo del siglo XX. Entre 1905 y 1960 se registra un continuo aumento en los años vividos (entre 40 y 66 años para ambos sexos), especialmente en las mujeres. Entre 1960 y 1970 se verifica un descenso en la esperanza de vida que coincide con un incremento de la mortalidad infantil, para luego volver a crecer desde 1980 en adelante y superar los 70 años de vida. Los autores consideran que Argentina entró en ese momento en la segunda transición epidemiológica, en la cual predominan las enfermedades propias de la vejez y la disminución en las tasas de mortalidad infantil y en edades jóvenes.

El concepto de transición epidemiológica se refiere al proceso de cambio en la estructura de causas de la mortalidad, desde un predominio de defunciones por enfermedades infecto-contagiosas a un patrón de enfermedades crónicas y degenerativas; implica un aumento significativo de la esperanza de vida al nacimiento y un cambio del peso relativo de las defunciones desde edades jóvenes hacia las más avanzadas. Carbonetti y Celton (2007, p. 391-97) sostienen que Argentina ingresó en la transición epidemiológica hacia 1940, y que a partir de 1960 las causas infecto-contagiosas redujeron definitivamente su importancia en la estructura de la mortalidad. Hacia finales de siglo XX la población argentina se encontraría ya en la segunda transición demográfica, en la cual predominan las muertes por enfermedades degenerativas y por causas violentas.

En un informe realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile se destaca que la esperanza de vida en todo el mundo ha experimentado un incremento del 9 por ciento entre 1975 y 2000. Asia y América Latina fueron los continentes con mayor ganancia de años de vida en este período, con 8,7 y 8,5 años respectivamente. América Latina y el Caribe poseen la esperanza de vida más alta entre las regiones en vías de desarrollo, con casi 72 años en 2000 y un incremento del 13 por ciento en el último cuarto del siglo XX. Costa Rica y Cuba se destacan por haber superado ya los 75 años de expectativa de vida, mientras que Argentina y Uruguay no alcanzaron

estos niveles a pesar de haber estado más adelantados en la transición demográfica hacia 1950 (INE, 2006, p. 9-11).

En el mismo estudio se describe una evolución de la esperanza de vida al nacimiento de la población chilena de 3 años para los varones y 3,13 para las mujeres, en el período 1992-2002. La sobrevivencia de las mujeres respecto de los hombres se mantuvo en 6 años (INE, 2006, p. 14,17). La aplicación del método de los años de vida potencialmente perdidos permite ver que, para el año 2002, las mujeres perdían más años de vida que los varones en la población menor de 1 año y mayor de 50; en cambio, los hombres lo hacían entre las edades de 15 a 49 años. Respecto a las causas de muerte, en la población masculina las causas externas representaron el 26 por ciento de la pérdida de años potencialmente vividos y los tumores el 18 por ciento; en el caso de las mujeres, los tumores alcanzaron al 36 por ciento y las cardíacas al 31 por ciento. Finalmente, señalan que los tumores representaron en ambos sexos la causa que más años de esperanza de vida aportarían en caso de que pudieran eliminarse (3,1 años en varones y 2,9 en mujeres), seguidos por las causas externas y cardíacas en los hombres (2,9 y 2,8 años respectivamente), y cardíacas en las mujeres (1,5 años) (INE, 2006, p. 27-28).

Numerosas investigaciones aplicaron el método de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP). Arriaga y Celton (Arriaga 1996, p.14-32) calcularon los AEVP para la provincia de Córdoba (Argentina) para 1980 y 1991, para las defunciones hasta los 84 años de edad. Los resultados que obtuvieron muestran que las edades que más años de esperanza de vida perdían era el grupo 55-64 años en la población masculina. La diferencia de AEVP entre sexos se incrementó levemente entre 1980 y 1991 a favor de las mujeres; los varones ganaron 1,58 años de vida y las mujeres 1,66 años. Las principales causas de muerte que restan años de vida a la población en ambos sexos pertenecen a afecciones del sistema circulatorio, seguido de los neoplasmas, los accidentes, las causas perinatales y las enfermedades infecciosas-parasitarias. A lo largo del período analizado, la mayoría de las causas de muerte reducen el número de AEVP, con excepción de los tumores. En un estudio posterior aplicado a las defunciones del año 2001 (Arriaga *et al.*, 2005:4), se encuentra que en la estructura de causas de mortalidad femenina los tumores ocuparon el primer lugar en AEVP, seguidas de las afecciones cardíacas.

Otro trabajo realizado por Mónica Bocco (1996) aplica esta metodología a la misma población, pero analiza la evolución de la mortalidad entre 1947 y 1991. La autora encuentra que en los 44 años considerados la población masculina redujo un 42 por ciento los AEVP, mientras que las mujeres lo hicieron en un 57 por ciento; la brecha de AEVP de los varones respecto a las mujeres se incrementó de 4,2 a 6,3 años de vida perdidos. En relación con las edades, en las primeras décadas los AEVP se concentraban en los primeros años de vida, para concentrarse en torno a los 65 años en las últimas décadas.

Un trabajo semejante se realizó para Cuba, aplicando el método de los años de vida potencialmente perdidos (Corral Martín *et al.*, 2010, p. 72-73). Las autoras encontraron que en el año 2006 los tumores representaron el principal grupo de causas de muerte en términos de pérdida de esperanza de vida en ambos sexos, seguidas de las enfermedades cardíacas; los varones luego concentran la pérdida de años de vida en los accidentes y las lesiones auto infligidas, mientras que las mujeres lo hacen en las enfermedades cerebrovasculares. Cuando calculan los años de vida perdidos de las principales causas encuentran que, en ambos sexos y luego de las defunciones por tumores y por enfermedades cardíacas, se podrían ganar más

esperanza de vida con la reducción de los accidentes, las enfermedades cerebrovasculares y las lesiones auto infligidas.

En un estudio sobre AEVP por tumores femeninos en México, realizado por Marcela Agudelo y otros (2010, p. 11-12), se encontró que entre 1997 y 2007 los años perdidos por cáncer de cuello de útero fueron superados por los de mama. El grupo etario más afectado por ambos tipos de tumores fueron las mujeres de 50-54 años, aunque el grupo de 55-59 fue el que experimentó mayor incremento por cáncer de mama. Cuando analizan el nivel socioeconómico del lugar de residencia, los autores afirman que los tumores de mama produjeron mayor AEVP en las mujeres de mayor nivel socioeconómico, mientras que los tumores de cuello de útero afectaron con más intensidad a las mujeres más pobres.

2. MÉTODO Y DATOS

Las proyecciones demográficas son técnicas que permiten estimar la población que reside en un área y momento determinado, especialmente cuando no se cuenta con resultados censales actualizados o aplicables. El procedimiento más frecuentemente usado es el método de los componentes, que realiza una simulación del cambio de una población de acuerdo con sus componentes de crecimiento, siguiendo la lógica de un diagrama de Lexis. Este método sigue a cada cohorte de personas de la misma edad a través de su vida tomando en cuenta que está expuesta a la mortalidad, fecundidad y migración. Empezando con la población base por edad y sexo, la población en cada edad específica está expuesta a las probabilidades de muerte, reproducción y migración. El procedimiento completo se repite para cada año del periodo de proyección, dando como resultado la población proyectada por edad y sexo por año calendario (Arriaga, 2001, p. 309-10).

Cuando se aplica la técnica de proyecciones por componentes combinando la población censada junto con registros de estadísticas vitales (nacimientos por edades de las madres, y defunciones por sexo y edad), el ejercicio resulta en una “actualización” de la población, ya que se está complementando la población conocida en un momento dado (a través de un censo) con la información registrada en años posteriores de la dinámica demográfica (estadísticas vitales anuales). De esta manera, se puede actualizar la población desde el censo tomado como referencia hasta un año y medio aproximadamente del momento presente. Esto se debe a que los registros de estadísticas vitales son publicados por lo general en el mes de diciembre posterior al año de referencia (por ejemplo, los registros pertenecientes al año 2010 fueron publicados en diciembre de 2011).

El programa informático RUP es el utilizado para actualizar la población argentina desde el año 2001. Esta herramienta permite incorporar los registros de nacimientos por sexo de los nacidos y edad de las madres, como también las defunciones por sexo y edad, y datos de migrantes por sexo y edad si se disponen. Con estos parámetros de dinámica demográfica, el programa ofrece una amplia variedad de indicadores anuales de fecundidad, mortalidad y migración muy útiles para el análisis de la evolución anual de la población en estudio. Una de sus herramientas más útiles es la construcción de tablas de vida por sexo para cada año calendario, que ofrece la esperanza de vida al nacimiento y por grupo etario de la población.

El primer paso para la realización de una proyección por componentes es la definición de la población base. Para ello, se ajusta la población residente censada (36.239.635 habitantes) por la omisión por sexo y edad, y luego por la fecha de referencia. En el caso del censo 2001, la omisión general fue estimada por INDEC en 2,75 por ciento (INDEC, 2005:5) y desglosada por sexo y grandes grupos (INDEC, 2004:10). Posteriormente, se ajusta la población por la fecha de referencia del censo (17 de noviembre) al 1 de julio, por medio de una interpolación exponencial a partir de la tasa de crecimiento medio anual intercensal 1991-2001 (10 por mil anual). La población base resultante es igual a 37.120.046 habitantes.

El segundo paso en una proyección es la definición de las hipótesis de mortalidad, fecundidad y migración. Como ya se adelantó, para la mortalidad y fecundidad se incorporan los registros vitales publicados por el Ministerio de Salud de la Nación (defunciones por sexo y grupo etario, nacimientos por sexo y grupo etario de las madres), por lo tanto, no se definen hipótesis, ya que se necesita obtener los indicadores demográficos a partir de los hechos vitales registrados. En el caso de la migración, y a falta de registros disponibles de movimientos migratorios internacionales, se adopta la hipótesis definida por INDEC para la proyección oficial de la población nacional, que consiste en un saldo negativo de 100.000 personas en el período 2001-05 (55% varones y 45% mujeres) y un saldo nulo para el año 2006 en adelante (INDEC, 2005, p. 16-17).

Los registros de estadísticas vitales necesitan algunos ajustes correspondientes al registro del sexo y edad de las personas involucradas. En el caso de las defunciones, se distribuyeron proporcionalmente las defunciones sin edad especificada en las defunciones con edad registrada, en cada sexo por separado. En las defunciones de menores de un año también se ajustaron en proporción los casos que no registraron el sexo de los fallecidos proporcionalmente entre los casos con sexo registrado. A continuación, se calcularon promedios trianuales de los fallecimientos por edad y sexo, a fin de reducir el efecto de oscilaciones aleatorias de los registros entre años calendarios. Para terminar, las distribuciones promediadas fueron ajustadas en el programa RUP al promedio de fallecidos totales registrados por trienio.

Los nacimientos, por su parte, se ajustaron por declaración del sexo del recién nacido y edades desconocidas de las madres. En ambos casos se distribuyeron proporcionalmente de acuerdo con los nacimientos con sexo declarado, y de acuerdo con las edades registradas de las madres. De igual manera que con las defunciones, las distribuciones anuales de nacimientos corregidos de la manera señalada fueron ajustados al promedio trianual de nacimientos totales registrados, para reducir el efecto de las oscilaciones aleatorias en los registros.

Para el análisis demográfico de la mortalidad se disponen de diversos indicadores. La tasa de mortalidad infantil ha sido ampliamente utilizada para evaluar el estado de salud y condiciones de vida de la población, por la alta correlación que presenta respecto al grado de desarrollo de la sociedad; su cálculo es sencillo, pero solo explica el nivel de mortalidad durante el primer año de vida. La esperanza de vida al nacimiento, mientras tanto, resume la experiencia de mortalidad de una población desde el nacimiento hasta las últimas edades y permite las comparaciones entre distintas poblaciones. Sin embargo, Arriaga advierte que la esperanza de vida no es el indicador más adecuado para describir el cambio de la mortalidad a lo largo del tiempo:

Cuando se analiza el cambio de las esperanzas de vida al nacimiento, se está analizando cómo han cambiado los años de vida que una población vive como consecuencia de los niveles de la mortalidad, pero no necesariamente el cambio de la mortalidad. (...) Si bien los años de vida dependen del nivel de mortalidad, al comparar esperanzas de vida se compara el cambio que se ha producido en los años de vida por el cambio de mortalidad y no directamente el cambio de la mortalidad. (...) Analizar el cambio de la mortalidad utilizando esperanzas de vida no es aceptable, porque se estaría midiendo el cambio de los años de vida como consecuencia del cambio de la mortalidad. Comparar esperanzas de vida es comparar niveles de años de vida (Arriaga, 2012, p. II,4.6).

Por tal motivo, se aplica el método de años de esperanza de vida perdidos, desarrollado por John Pollard (1982) y Eduardo Arriaga (1984). El método permite realizar las siguientes estimaciones:

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

Este método permite hacer una evaluación cuantitativa de la importancia de las causas de muerte. Este índice trata de determinar cuántos años de vida en promedio pierde una población por la muerte de las personas a determinadas edades. Se basa en las esperanzas de vida temporarias, que representan el promedio de años que una población vive entre dos edades determinadas; bajo el supuesto que la población debería alcanzar a vivir una edad tope (por ejemplo, 75 años), la diferencia entre los años efectivamente vividos entre el nacimiento y dicha edad representan los años que la población pierde de vivir.

Con base en las tasas específicas de mortalidad por edades, se calcula la vida promedio que la población vive (esperanza de vida) y se determina cuántos años de vida se pierden considerando la hipótesis sobre cuántos años debería vivir. Cuando el análisis se hace por causas de muerte, esta metodología ofrece, al menos, una ventaja importante: el hecho de medir con el mismo índice el nivel y cambio en la mortalidad en forma tal que refleje cercanamente el cambio en el nivel general de mortalidad (Arriaga, 1996, p. 11-14).

3. RESULTADOS

3.1 Esperanza de vida

Las esperanzas de vida al nacimiento se obtuvieron a partir de la actualización de la población argentina, mediante el programa de proyecciones RUP. Se recuerda que las defunciones por sexo y edad fueron promediadas por trienios, por lo que las esperanzas de vida de cada año calendario representan la experiencia del año de referencia y de los dos años circundantes. La única excepción lo representa el año 2010, último período para el que se disponen de datos, cuya

información no fue promediada con el año 2009. En el Cuadro No.1 y Gráfico No.1 se presentan los valores obtenidos.

En primer lugar, se puede observar que la esperanza de vida al nacimiento ha evolucionado favorablemente a lo largo de la década, aunque con períodos de retroceso en el año 2002 y el período 2006-07. Si se comparan las esperanzas de vida del año 2010 con 2001, el incremento alcanza a 1,23 año para ambos sexos, 1,72 para varones y 0,75 para mujeres. Si bien la población femenina cuenta con una esperanza de vida históricamente mayor a la masculina, la brecha se redujo levemente a lo largo del período: pasó de 7,42 en 2001 a 6,45 años en 2010. Esto muestra la importancia de analizar los niveles de mortalidad diferenciados por sexo. Así es como la población masculina tuvo una ganancia más elevada en su esperanza de vida al nacimiento, lo que resulta favorable teniendo en cuenta la sobremortalidad que, como norma, muestra respecto al sexo femenino.

En segundo lugar, se destacan los momentos de inflexión en la evolución de la esperanza de vida. El primero lo representa el año 2002, año en que se detecta una leve disminución de la esperanza de vida en las mujeres y para ambos sexos. El año 2002 coincide con el punto más agudo de la crisis socioeconómica tras la devaluación del peso argentino respecto al dólar estadounidense, con una fuerte inflación en los bienes de la canasta familiar que llevó al 57,5 por ciento de la población cubierta por la Encuesta Permanente de Hogares por debajo de la línea de la pobreza, de los cuales el 27,5 por ciento estuvieron también bajo la línea de la indigencia (INDEC, 2003:1, medición del mes de octubre). Estos registros representan los niveles de pobreza más altos en la historia argentina contemporánea, sumados al alto desempleo y subempleo estructural que ya se registraban desde el año 1993, y que alcanzaron un valor promedio conjunto de 33 por ciento de la población económicamente activa (INDEC, 2002).

Un segundo punto de inflexión lo representa el año 2005, en el cual se detiene el avance de la esperanza de vida y desciende levemente hasta el año 2007, para luego volver a crecer desde 2008. El descenso en los valores de esperanza de vida es común en ambos sexos y por sexos separados. Los motivos de esta caída transitoria, luego del incremento posterior al año 2002, serán profundizados más adelante cuando se analicen las causas de muerte registradas.

Una causa del descenso de la esperanzas de vida puede ser rastreada en la evolución de la mortalidad infantil, ya que representa la tasa de mortalidad más influyente en el valor final de la esperanza de vida al nacimiento. En el Cuadro No.2 y Gráfico No.2 se presentan las tasas de mortalidad resultantes de la actualización de la población, a partir de los promedios trianuales de nacimientos y defunciones infantiles registradas.

Como puede observarse, la mortalidad infantil se mantiene constante en los años 2001-02 para las mujeres, y registra un incremento transitorio en el año 2007 para ambos sexos y en los sexos por separado. En 2007, la tasa anual de mortalidad infantil fue de 13,3 por mil (sin promediar con los años contiguos), superior a las tasas de 2006 y 2008 (DEIS 2008, p. 91). En los registros de defunciones publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación se verificó, para el sexo femenino, el mayor incremento relativo entre 2006 y 2007 debido al síndrome de muerte súbita (31%), seguido de septicemias (29%), enfermedades del sistema respiratorio (neumonía 24% y restantes enfermedades respiratorias 27%) y causas externas (11%); en el período 2006-08 se registraron también aumentos en las defunciones por diferentes causas perinatales entre 9 y 14

por ciento. En el caso de los varones, en el período 2006-07 se registró un marcado aumento relativo de las defunciones por enfermedades respiratorias, alcanzando las neumonías un 89 por ciento y las restantes enfermedades respiratorias un 115 por ciento; se incrementaron también los casos de septicemia (50%), restantes enfermedades infecciosas (46%) y síndrome de muerte súbita (15%).

Puede encontrarse una relación inversa entre el aumento de la mortalidad infantil y el descenso de la esperanza de vida en dicho año; pero la disminución de la esperanza de vida registrada en 2002 y 2006 no se condice con la mortalidad infantil, por lo que deben ser explorados los niveles de mortalidad en las restantes edades de la población para encontrar evidencias que expliquen estos descensos. A continuación, se presentan los resultados de la aplicación de la técnica de los años de esperanza de vida perdidos.

3.2 Años de esperanza de vida perdidos

El análisis de años de esperanza de vida perdidos (AEVP) se efectuó sobre las edades de 0 a 74 años, dado que en este trabajo se aplica la información difundida por los Anuarios estadísticos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, cuyos registros de defunciones por causas son consignados con un grupo etario final de 75 años y más. De esta manera, los AEVP consignados representan los años que la población pierde de vivir hasta los 75 años, bajo el supuesto que toda la población debería llegar con vida a esta edad.

En primer lugar, se ofrecen los resultados de los AEVP totales por sexo. Como puede observarse en el Gráfico No.3 y los Cuadros No.3 y No.4, tanto la población masculina como la femenina reducen sus AEVP a lo largo del período de análisis, con excepción del año 2007 en ambos sexos y 2007-08 en las mujeres. A lo largo de la década, los varones reducen los AEVP en 1,24 años y 0,58 años las mujeres, equivalentes a 14 y 11 por ciento respectivamente. De acuerdo con estos resultados, la población masculina habría reducido un poco más su mortalidad en términos relativos que la femenina, aunque las mujeres pierden en total entre 3,7 y 3 años menos de esperanza de vida que los varones. La sobremortalidad masculina continúa siendo estructural en la población argentina, a pesar que la evolución relativa haya sido más favorable en este período para los varones respecto a las mujeres.

3.3 Años de esperanza de vida perdidos por edades

En segundo lugar, se consignan los resultados de AEVP por edades. En el Cuadro No.3 y Gráfico No.4 se puede observar que en la población masculina el grupo etario que más pierde años de esperanza de vida es el correspondiente a 55-64 años de edad (entre 1,77 y 2 años de vida), seguido del grupo 45-54 (entre 1,25 y 1,5 años), ambos con tendencias declinantes a lo largo de la década. En los años 2001-05 los menores de edad eran el tercer segmento etario que restaba AEVP (entre 1,12 y 1,38 años), y a partir de 2006 se ubica por debajo del grupo 65-74 años. Los grupos que muestran menor disminución en los AEVP en el período son los varones de 5-14, 15-24 y 65-74, aunque es este último grupo el que tiene mayor peso en la mortalidad (alrededor de 1,1 AEVP). A lo largo de la década se observan incrementos de los AEVP en algunos grupos etarios, especialmente en las edades de 15-24 años (en el período 2006-10), 25-34 años (2007-08), 35-44 años (2006-08) y 5-14 años (2005-07).

En el caso de la población femenina, el Cuadro No.4 y Gráfico No.5 muestran que las menores de un año fueron las que más AEVP perdieron en el período 2001-03 (alrededor de 1,1 año de vida), y a partir de 2004 el grupo con AEVP más elevado corresponde al grupo de 55-64 años (en torno a 1 año). Los grupos que siguen en importancia son los correspondientes a mujeres de 45-54 y 65-74 años de edad. Puede observarse que en la población femenina la evolución por grupos etarios ha sido bastante estable, con la sola excepción de las menores de 1 año. Debe considerarse, también, que se trata de un grupo demográfico con baja mortalidad en general, por lo que las ganancias, en términos de años de esperanza de vida, son naturalmente más lentas. A lo largo de la década se verificaron incrementos transitorios, en particular, en los grupos de 25-34 años (2007-08), 15-24 (2006-08) y 5-14 años (2007-09); en el año 2007 también se registraron incrementos en las edades 55-64 años y en menores de 1 año.

Si se tienen en cuenta los años extremos del período, los Gráficos No.6 y No.7 muestran la evolución de los diferentes grupos etarios en cada sexo. En el caso de los varones, se verifican importantes avances en los menores de 1 año y en los grupos 25-34, 45-54 y 55-64 años de edad; por su parte, se observa que los grupos que menos progreso registran son los de 5-14, 15-24 y 65-74 años. En las mujeres se verifican avances importantes en las menores de 1 año y en el grupo 1-4 años de edad, mientras que en el grupo 15-24 se registran valores de AEVP en 2010 aún mayores que en 2001. Más adelante, se describirá la estructura de causas de defunciones que pueden estar explicando este fenómeno.

3.4 Años de esperanza de vida perdidos por causas

En tercer lugar, se detallan los resultados de los AEVP por causas de defunción. En el Cuadro No.5 y Gráfico No.8 se consignan los AEVP por causas agrupadas de fallecimiento de la población masculina. Se puede observar que a lo largo del período analizado las causas externas (accidentes, homicidios, suicidios y lesiones) representaron el principal grupo de causas que restan AEVP a los varones en Argentina (entre 1,56 y 1,86 años de vida), con excepción del período 2002-04 que fueron superadas por las enfermedades cardíacas. Las defunciones por causas externas muestran un incremento en el período 2006-08, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio lo hacen en 2002 y disminuyen visiblemente en la segunda mitad de la década. Siguen en importancia los decesos ocasionados por tumores (entre 1,3 y 1,4 año de vida), con incrementos transitorios en 2004 y 2008. Las siguientes en importancia son las enfermedades respiratorias, que muestran una trayectoria oscilante en torno a 0,7 año e incrementos en 2003, 2007 y 2009. En este último año se produjo la propagación del virus H1N1, que pudo elevar los AEVP por enfermedades respiratorias. Finalmente, los fallecimientos por causas perinatales muestran un leve descenso a lo largo de la década.

Si se consideran los AEVP por grupos etarios, los fallecimientos por causas externas en la población masculina producen mayor pérdida de años de esperanza de vida en el grupo de 15-24 años (alrededor de medio año), seguidos por el grupo 25-34 (en torno a 0,4 año) y 35-44 (alrededor de 0,25 año). En estos grupos se verifica el incremento de la mortalidad entre los años 2006-08 antes señalado.

Un examen más detallado de las causas externas específicas muestra que, entre la población masculina de 15 a 44 años, los accidentes de transporte provocaron la mayor cantidad de muertes por causas violentas. El número total de fallecidos oscila de un año a otro, pero desde 2006

supera al número registrado en 2001 y registró un incremento relativo del 40 por ciento entre 2005 y 2010. Las edades con mayor frecuencia de defunciones pertenecen al grupo de 20-24 años, con un crecimiento en el período 2005-10 del 50 por ciento. El segundo grupo etario con muertes más frecuentes por esta causa es el de 25-29 años, y su crecimiento en el último lustro fue del 29 por ciento. Los grupos que siguen en importancia y con el mismo patrón de crecimiento son el de 30-34 años y 15-19 años, con aumentos relativos del 66 y 55 por ciento respectivamente en el mismo período.

La segunda causa externa en importancia relativa lo representan los suicidios. El número total de varones fallecidos entre los 15 y 44 años oscila año tras año, pero desde 2005 supera al valor registrado en 2001 y se incrementaron un 13 por ciento en el último lustro. El grupo etario más afectado fue el de 20-24 años, con incrementos en 2006 y 2009-10, y con valores siempre mayores a 2001; en 2010 se registraron 429 suicidios en estas edades, marcando un sensible aumento respecto al año anterior (351). En segundo lugar en importancia se encuentran los grupos de 25-29 y 15-19 con cifras muy semejantes; los primeros registraron aumentos en 2006-07 y 2009, mientras que los adolescentes lo hicieron en 2006 y 2009-10. El grupo que continúa en frecuencia de los fallecidos es el de 30-34, con incrementos en el período 2006-08.

La tercera causa de muerte violenta entre varones de 15 a 44 años lo representan las agresiones. El esquema etario es semejante al de los suicidios, con la diferencia que el número de fallecidos no dista tanto entre los diferentes grupos, y muestran un descenso respecto a los registros del año 2001. Los años 2008-09 acusan aumentos de muertes por lesiones en la mayoría de los grupos etarios, especialmente en el grupo de 20-24 años.

Con relación a las defunciones por enfermedades respiratorias, cuya evolución fue oscilante a lo largo del período, se analiza ahora la neumonía que representa la principal causa individual de este grupo. Los años 2003, 2007 y 2009 producen incrementos en los AEVP porque se registran sensibles aumentos de las defunciones por neumonía en relación a los años previos. Si bien en 2003 los fallecimientos afectaron a todas las edades de la población masculina, fueron especialmente notables entre los menores de un año (51% respecto a 2002). En 2009 también se verificaron aumentos en todas las edades, excepto en el grupo de 10-14 años. A lo largo de la década el incremento de defunciones totales por neumonía en el sexo masculino alcanzó el 61 por ciento.

En el caso de la población femenina, el Cuadro No.6 y el Gráfico No.9 muestran que los tumores representan la principal causa que resta años de esperanza de vida. A lo largo de la década los valores oscilan en torno a 1,2 AEVP, con incrementos transitorios en 2002, 2004-05 y 2008. Siguen en importancia las defunciones por afecciones cardíacas, con un sostenido descenso desde los 0,88 a 0,7 años de vida, con un ligero incremento en 2008. Con menor peso en término de AEVP siguen las enfermedades del sistema respiratorio, las causas externas y las afecciones perinatales. Las enfermedades respiratorias muestran una persistencia a lo largo del período, con incrementos en los años 2003, 2006-07 y especialmente en 2009 (en coincidencia con la propagación del virus H1N1), para terminar con valores superiores a 2001. Las defunciones por causas externas muestran un descenso inicial en 2002 para luego incrementarse a lo largo del período 2004-08. Por último, las afecciones perinatales muestran un descenso visible, con incrementos transitorios en 2002 y 2007-08, coincidentes con la evolución de la tasa de mortalidad infantil en los mismos años.

Con relación a los tumores, el principal grupo que resta años de esperanza de vida a la población femenina, el cáncer más frecuente es el de mama. Si bien el número de decesos por este cáncer ha tenido un leve incremento en la década (3%), el mayor registro se alcanzó en 2003. Respecto a las edades, la mayor frecuencia de fallecimientos se concentra a partir de los 40 años de edad.

El segundo tipo cáncer femenino en importancia lo representan los tumores de útero. El incremento relativo en la década también fue leve (5%). Si bien las edades de los decesos se concentran a partir de los 45 años, se debe advertir que se registraron aumentos oscilantes en los grupos etarios más jóvenes, especialmente en los años 2003, 2006-07 y 2009-10.

Los fallecimientos por tumores de colon son el tercer grupo en importancia, con un incremento en la década del 16 por ciento. Se verificaron incrementos en los años 2002-03, 2005, 2008 y 2010. Si bien las defunciones se concentran mayoritariamente en las mujeres mayores de 55 años, las edades más jóvenes han verificado aumentos intermitentes a lo largo de la década. En especial, durante 2008, el año de mayor cantidad de muertes en este grupo, se incrementaron los fallecimientos en todas las edades mayores a los 30 años de edad.

El cuarto cáncer específico es el que afecta a la tráquea, bronquios y pulmones. Los fallecimientos por este tipo de tumores registraron un importante incremento relativo en la década, equivalente al 41 por ciento. Las edades en que se concentran los decesos son los grupos de 40 años y más.

Para terminar, se considera la mortalidad femenina causada por neumonía, como principal enfermedad respiratoria. El número de decesos en la década tuvo un alto incremento relativo, equivalente al 76 por ciento. Los años con mayores incrementos respecto al año anterior fueron 2007 y 2009 (20 y 11% cada uno, y que afectaron prácticamente a todas las edades. Cabe destacar que importante fue el aumento de la mortalidad infantil por neumonía en 2003, del 56 por ciento en relación con el año anterior. Esta enfermedad afecta en especial en el primer año de vida y a partir de los 55 años de edad.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar, se considera que la técnica de proyecciones demográficas por componentes permite obtener satisfactoriamente estimaciones de la esperanza de vida de la población para años intercensales. La disposición de tablas de vida y de registros de estadísticas vitales anuales posibilita la aplicación de la metodología de años de esperanza de vida perdidos, a fin de medir el nivel y el cambio de la mortalidad en una población con una frecuencia anual. Esto es posible gracias a los programas informáticos de proyecciones demográficas, que ofrecen la construcción de tablas de vida para las áreas proyectadas, como por ejemplo RUPEX y PRODEX.

En las proyecciones demográficas, la única variable con mayor grado de incertidumbre lo constituye la migración, debido a la escasa información actualizada que se dispone. Aún así, si la población proyectada posee una magnitud razonable, especialmente cuando se trata de países, el

impacto del movimiento migratorio sobre el nivel de mortalidad es muy bajo, salvo que se haya detectado un flujo migratorio intenso y extraordinario.

En segundo lugar, la estimación anual de las esperanzas de vida de Argentina en el período 2001-10 posibilitó el análisis del impacto de la grave crisis social de 2001 y su evolución a lo largo de la década. Se ha podido observar que dicha crisis produjo un leve descenso de la esperanza de vida en el año 2002, más acentuado en el sexo femenino, y luego se produjo un rápido avance hasta el año 2005. Entre los años 2006 y 2007 se verificaron leves descensos de la esperanza de vida, para luego incrementarse regularmente hasta 2010. El balance de la evolución de la mortalidad en Argentina es positivo al final de la década, con una ganancia de 1,72 año de esperanza de vida para el sexo masculino y de 0,75 año para el sexo femenino. De esta manera, la brecha de esperanzas de vida entre los sexos se redujo de 7,42 años en 2001 a 6,45 en 2010, a favor de las mujeres.

Si se tiene en cuenta la tendencia histórica, Argentina continúa incrementando la esperanza de vida, aunque a un ritmo más lento. La novedad observada en la última década se refiere a la disminución de la diferencia de esperanzas de vida entre sexos, debido al bajo progreso experimentado por las mujeres. Asimismo, se verifican descensos transitorios en el año 2002 y 2006-07, semejantes a lo ocurrido en el período 1960-70 aunque asociados a la mortalidad en todas las edades.

En tercer lugar, aplicación de los AEVP permitió analizar con mayor profundidad el cambio operado en la mortalidad. En el período analizado, y tomando como parámetros el grupo etario 0-75 años, sólo en 2007 se incrementó la mortalidad en el caso de los varones y en 2007-08 en las mujeres. En cuanto a las edades, las mayores pérdidas en términos de esperanza de vida en los varones se producen en los grupos de 55-64 y 45-54 años de edad, aunque los grupos entre los 15-44 y 5-14 años incrementaron sus AEVP en el período 2006-09. En el caso de las mujeres, las menores de un año representaron el principal segmento que restó años de esperanza de vida en el período 2001-03, para luego ser remplazados por el grupo 55-64; en el sexo femenino también se registraron aumentos transitorios de los AEVP en las edades jóvenes entre 2006-09.

En cuarto lugar, atendiendo a las causas de los fallecimientos, se pudo constatar que en el sexo masculino los fallecimientos por causas violentas son el grupo que mayor AEVP resta a la población. Los accidentes de transporte y los suicidios son las causas violentas más frecuentes, que afectan especialmente a los varones entre los 15 y 44 años de edad y que verifican un alarmante incremento desde 2005 en adelante. Estas causas, junto con las enfermedades del aparato respiratorio, podrían explicar el incremento de la mortalidad masculina en el período 2006-07.

En la población femenina se observó que los tumores representan el principal grupo de causas de muerte que restan años de esperanza de vida. El cáncer de útero mostró incrementos intermitentes a lo largo de la década, mientras que los tumores de colon, tráquea, bronquios y pulmones experimentaron sensibles incrementos relativos. Por su parte, las enfermedades del aparato respiratorio, especialmente la neumonía, incrementaron los AEVP en los años 2003, 2007 y 2009. Estas causas, asociadas con los fallecimientos por causas externas, podrían explicar el incremento de la mortalidad femenina en el período 2006-08.

La distribución de las defunciones por causas en Argentina es coincidente con las investigaciones citadas al principio de este artículo, especialmente con Chile. Con relación a los estudios realizados para períodos anteriores se verifican algunos cambios en la tendencia histórica: la disminución de años de vida perdidos en los varones fue más acentuada que en las mujeres, y la incidencia de las muertes violentas ganó importancia también en la población masculina.

Cabe preguntarse si el panorama de la mortalidad descrito para el período 2001-10 responde a la etapa avanzada en la transición epidemiológica que Argentina alcanzó a fines del siglo XX. La distribución relativa de las defunciones por edades y causas responde en términos generales a dicha etapa, pero no se puede dejar de considerar que la grave crisis socio-económica que atravesó el país al comienzo del presente siglo produjo un impacto sensible en la salud de la población. El incremento de la mortalidad infantil en 2002 y 2007, el aumento de AEVP en 2007-08, la rigidez de las tasas de mortalidad entre las edades de 15-44 años y el incremento en la letalidad de las enfermedades respiratorias son signos claros de la persistente vulnerabilidad social de la población argentina a pesar de la recuperación socioeconómica verificada en el último decenio.

Finalmente, se considera que este trabajo ofrece un panorama descriptivo de la evolución de la mortalidad en Argentina, que amerita un análisis más profundo de las causas de los fallecimientos y el estado de salud de la población. Al tratarse de indicadores nacionales no se han puesto de manifiesto las importantes diferencias de condiciones de vida que persisten entre las regiones y, por ende, de niveles de mortalidad. Por lo tanto, se recomienda la aplicación de esta metodología por distintas áreas geográficas a fin de ubicar espacialmente las zonas más críticas en términos de salud y favorecer la orientación de las políticas públicas.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, M. – Aguirre, A. – Dávila, C. (2010). Variaciones en los años de vida perdidos por cánceres de mama y cérvico uterino en México según grado de marginación estatal, 1997 y 2007. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 14 (1), 8-17.
- Arriaga, E. (1996). Años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la Mortalidad. *Notas de Población*, N° 63, 7-38.
- Arriaga, E. (2001). El análisis de la población con microcomputadoras. Córdoba: Doctorado en Demografía – Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Arriaga, E. (2011). Análisis demográfico de la mortalidad. Inédito.
- Arriaga, E. – Castellano, C. – Valenzuela, S. (2005). Diferencias de mortalidad en la provincia de Córdoba. Ponencia presentada en las VIII Jornadas Argentinas de Estudios de la Población, <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B03/Arriaga.pdf>.
- Bocco, M. (1996). La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. *Notas de Población*, N° 63, 7-60.

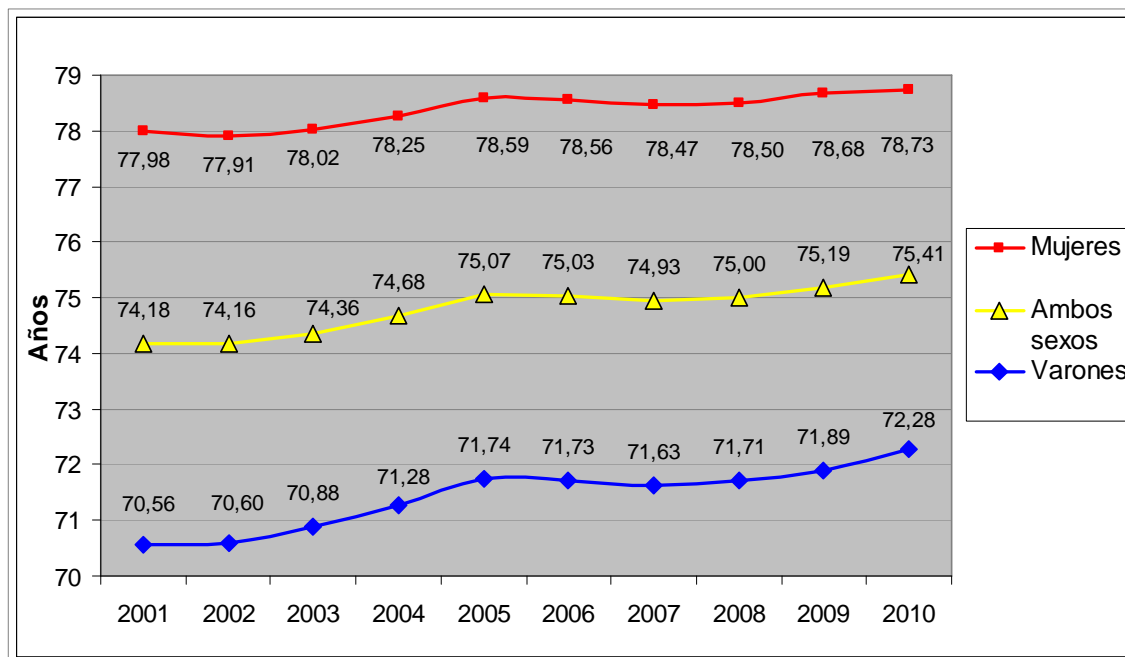
- Carbonetti, A. – Celton, D. (2007). La transición epidemiológica, en Susana Torrado (comp.), Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Buenos Aires: Edhasa, 369-98.
- Corral Martín, A., Castañeda Abascal, I., Santana Espinosa, M.C. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. Revista cubana de Salud Pública, 36 (1), 66-77.
- Dirección De Estadísticas E Información De Salud (DEIS). Estadísticas Vitales – Información Básica. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Serie 5 - Años 2000-2010, www.deis.gov.ar.
- Feijoó, M.C. (1992). Los gasoleros. Estrategias de consumo de los NUPO, en Alberto Minujin (coord.), Cuesta abajo. Buenos Aires: UNICEF / Losada, 229-54.
- Feijoó, M.C. (2001). Nuevo país, nueva pobreza. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- INDEC (2002a). Encuesta Permanente de Hogares. Indicadores socioeconómicos para los 28 aglomerados urbanos. Mayo 2002. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Información de Prensa, 21/8/02, www.indec.gov.ar.
- INDEC (2002b). Mercado del trabajo: principales indicadores de los aglomerados urbanos. Octubre 2002. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Información de Prensa, 27/12/02, www.indec.gov.ar.
- INDEC (2003). Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos. Octubre de 2002. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Información de Prensa, 31/01/03, www.indec.gov.ar.
- INDEC (2004). Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Serie Análisis Demográfico N° 30, www.indec.gov.ar.
- INDEC (2005): Metodologías aplicadas para estimar la cobertura de población en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Serie Análisis Demográfico N° 32, www.indec.gov.ar.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, www.indec.gov.ar.
- INE. (2006). Ganancias en años de vida y riesgo de muerte 1992-2002. Santiago, Instituto Nacional de Estadísticas, www.ine.cl/canales/chile_estadistico/...y.../ganancia_de_vida.pdf.
- Minujin, A. (1992). En la rodada, en Alberto Minujin (coord.), Cuesta abajo. Buenos Aires: UNICEF / Losada, págs. 15-44.

Cuadro No.1: Esperanza de vida al nacimiento por sexo y año. Argentina, 2001-10.

| AÑO | Esperanza de vida al nacimiento | | | |
|------|---------------------------------|---------|---------|-------------------|
| | Total | Varones | Mujeres | Mujeres - varones |
| 2001 | 74,18 | 70,56 | 77,98 | 7,42 |
| 2002 | 74,16 | 70,60 | 77,91 | 7,31 |
| 2003 | 74,36 | 70,88 | 78,02 | 7,14 |
| 2004 | 74,68 | 71,28 | 78,25 | 6,97 |
| 2005 | 75,07 | 71,74 | 78,59 | 6,85 |
| 2006 | 75,03 | 71,73 | 78,56 | 6,83 |
| 2007 | 74,93 | 71,63 | 78,47 | 6,84 |
| 2008 | 75,00 | 71,71 | 78,50 | 6,79 |
| 2009 | 75,19 | 71,89 | 78,68 | 6,79 |
| 2010 | 75,41 | 72,28 | 78,73 | 6,45 |

Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Gráfico No.1: Esperanza de vida al nacimiento por sexo y año. Argentina, 2001-10.



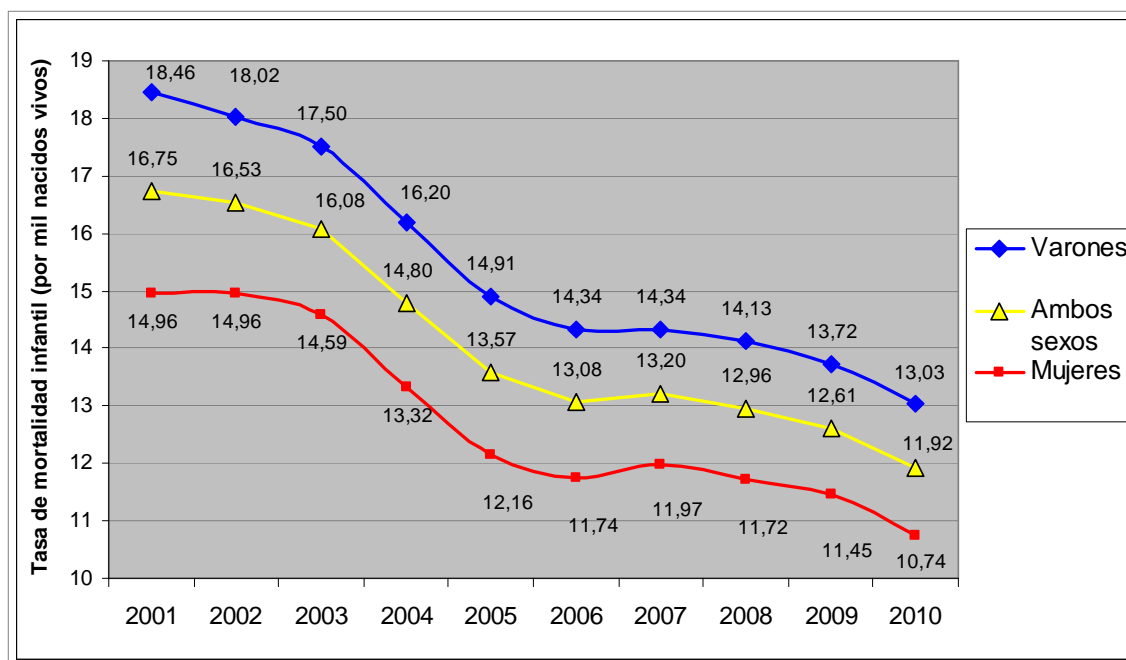
Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Cuadro No.2: Tasas de mortalidad infantil por sexo y año. Argentina, 2001-10. Por mil nacidos vivos. Promedios trianuales excepto 2010.

| AÑO | Tasa de mortalidad infantil (%) | | |
|------|---------------------------------|---------|---------|
| | Total | Varones | Mujeres |
| 2001 | 16,75 | 18,46 | 14,96 |
| 2002 | 16,53 | 18,02 | 14,96 |
| 2003 | 16,08 | 17,50 | 14,59 |
| 2004 | 14,80 | 16,20 | 13,32 |
| 2005 | 13,57 | 14,91 | 12,16 |
| 2006 | 13,08 | 14,34 | 11,74 |
| 2007 | 13,20 | 14,34 | 11,97 |
| 2008 | 12,96 | 14,13 | 11,72 |
| 2009 | 12,61 | 13,72 | 11,45 |
| 2010 | 11,92 | 13,03 | 10,74 |

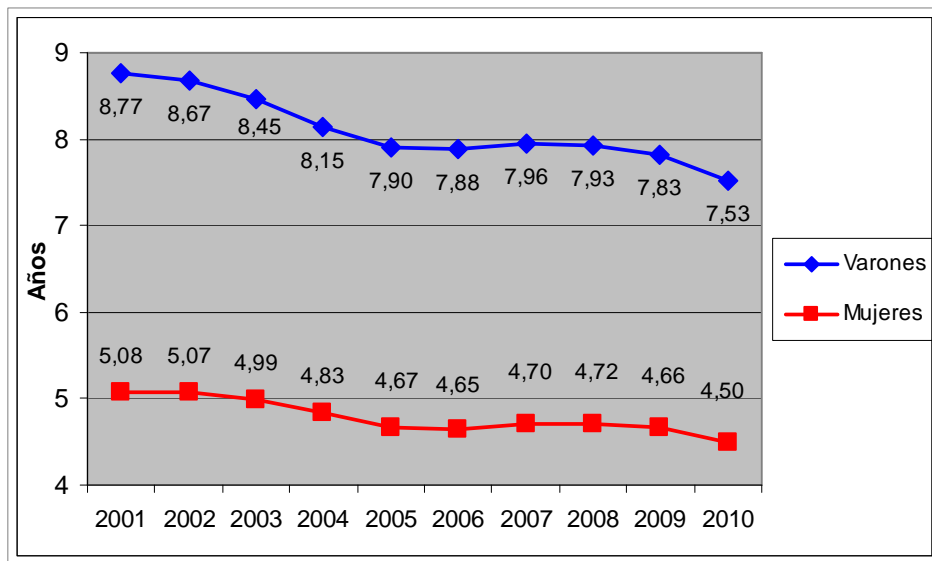
Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Gráfico No.2: Tasa de mortalidad infantil por sexo y año. Argentina, 2001-10. Promedios trianuales excepto 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Gráfico No.3: Años de esperanza de vida perdidos entre 0 y 75 años de edad, por sexo y año calendario. Argentina, 2001-10.

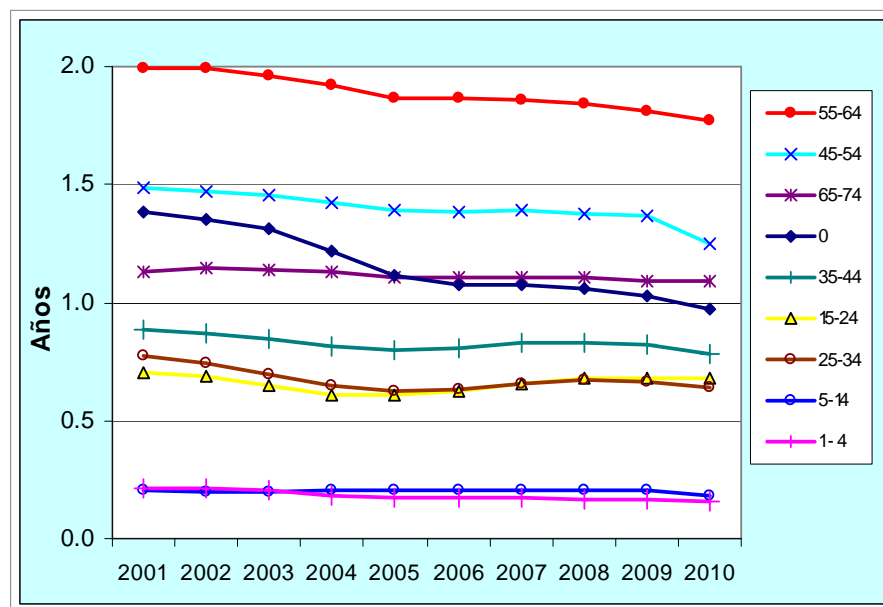


Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Cuadro No.3: Años de esperanza de vida perdidos en la población masculina por grupos etarios y año. Argentina, 2001-10.

| | Total | 0 | 1-4 | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 |
|------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2001 | 8,77 | 1,38 | 0,21 | 0,20 | 0,70 | 0,77 | 0,89 | 1,49 | 1,99 | 1,13 |
| 2002 | 8,67 | 1,35 | 0,21 | 0,20 | 0,69 | 0,74 | 0,87 | 1,47 | 1,99 | 1,14 |
| 2003 | 8,45 | 1,31 | 0,20 | 0,20 | 0,65 | 0,70 | 0,84 | 1,45 | 1,96 | 1,14 |
| 2004 | 8,15 | 1,21 | 0,18 | 0,20 | 0,61 | 0,65 | 0,81 | 1,42 | 1,92 | 1,13 |
| 2005 | 7,90 | 1,12 | 0,17 | 0,21 | 0,61 | 0,63 | 0,80 | 1,39 | 1,87 | 1,11 |
| 2006 | 7,88 | 1,07 | 0,17 | 0,21 | 0,62 | 0,63 | 0,81 | 1,38 | 1,87 | 1,11 |
| 2007 | 7,96 | 1,07 | 0,17 | 0,21 | 0,66 | 0,66 | 0,83 | 1,39 | 1,86 | 1,11 |
| 2008 | 7,93 | 1,06 | 0,17 | 0,20 | 0,68 | 0,67 | 0,83 | 1,37 | 1,84 | 1,10 |
| 2009 | 7,83 | 1,03 | 0,17 | 0,20 | 0,68 | 0,66 | 0,82 | 1,36 | 1,81 | 1,09 |
| 2010 | 7,53 | 0,98 | 0,16 | 0,18 | 0,68 | 0,64 | 0,78 | 1,25 | 1,77 | 1,09 |

Gráfico No.4: Años de esperanza de vida perdidos en la población masculina por grupos etarios y año. Argentina, 2001-10.

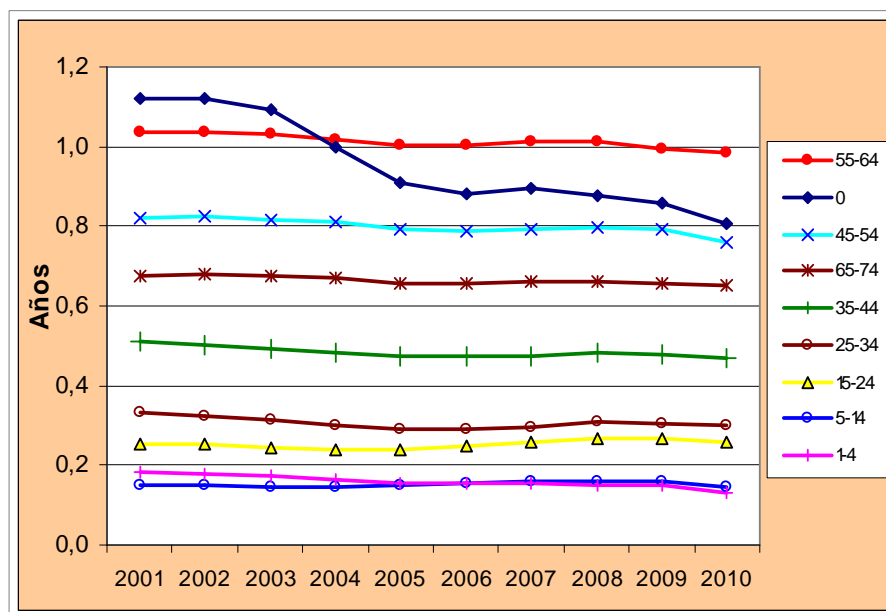


Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Cuadro No.4: Años de esperanza de vida perdidos en la población femenina por grupos etarios y año. Argentina, 2001-10.

| | Total | 0 | 1-4 | 5-14 | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 |
|------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 2001 | 5,08 | 1,12 | 0,18 | 0,15 | 0,25 | 0,33 | 0,51 | 0,82 | 1,03 | 0,68 |
| 2002 | 5,07 | 1,12 | 0,18 | 0,15 | 0,25 | 0,32 | 0,50 | 0,82 | 1,03 | 0,68 |
| 2003 | 4,99 | 1,09 | 0,17 | 0,15 | 0,24 | 0,32 | 0,49 | 0,82 | 1,03 | 0,68 |
| 2004 | 4,83 | 1,00 | 0,17 | 0,14 | 0,24 | 0,30 | 0,48 | 0,81 | 1,02 | 0,67 |
| 2005 | 4,67 | 0,91 | 0,16 | 0,15 | 0,24 | 0,29 | 0,47 | 0,79 | 1,00 | 0,65 |
| 2006 | 4,65 | 0,88 | 0,15 | 0,15 | 0,25 | 0,29 | 0,47 | 0,79 | 1,00 | 0,66 |
| 2007 | 4,70 | 0,90 | 0,15 | 0,16 | 0,26 | 0,30 | 0,47 | 0,79 | 1,01 | 0,66 |
| 2008 | 4,72 | 0,88 | 0,15 | 0,16 | 0,27 | 0,31 | 0,48 | 0,80 | 1,01 | 0,66 |
| 2009 | 4,66 | 0,86 | 0,15 | 0,16 | 0,27 | 0,31 | 0,48 | 0,79 | 0,99 | 0,66 |
| 2010 | 4,50 | 0,80 | 0,13 | 0,14 | 0,26 | 0,30 | 0,47 | 0,76 | 0,99 | 0,65 |

Gráfico No.5: Años de esperanza de vida perdidos en la población femenina por grupos etarios y año. Argentina, 2001-10.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Gráfico No.6: Años de esperanza de vida perdidos en la población masculina por grupos etarios y años seleccionados. Argentina, 2001 y 2010.

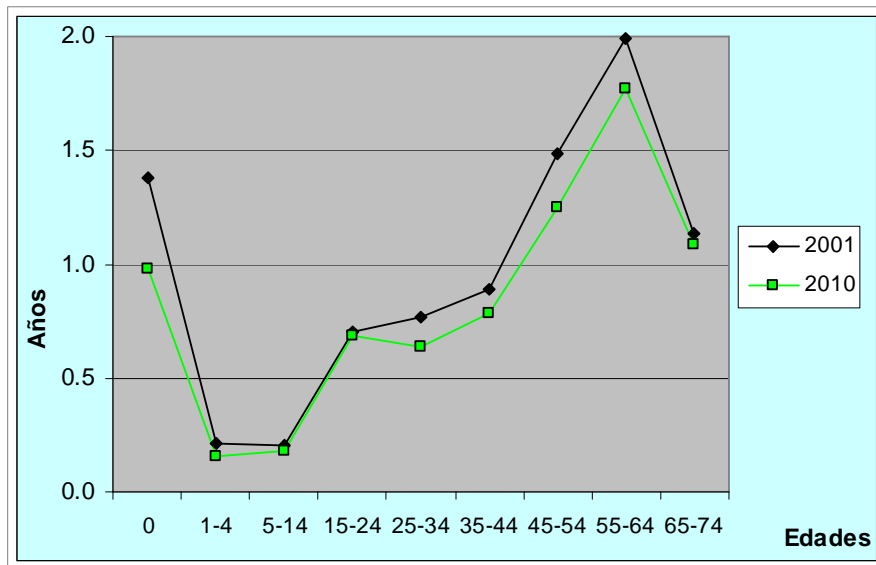
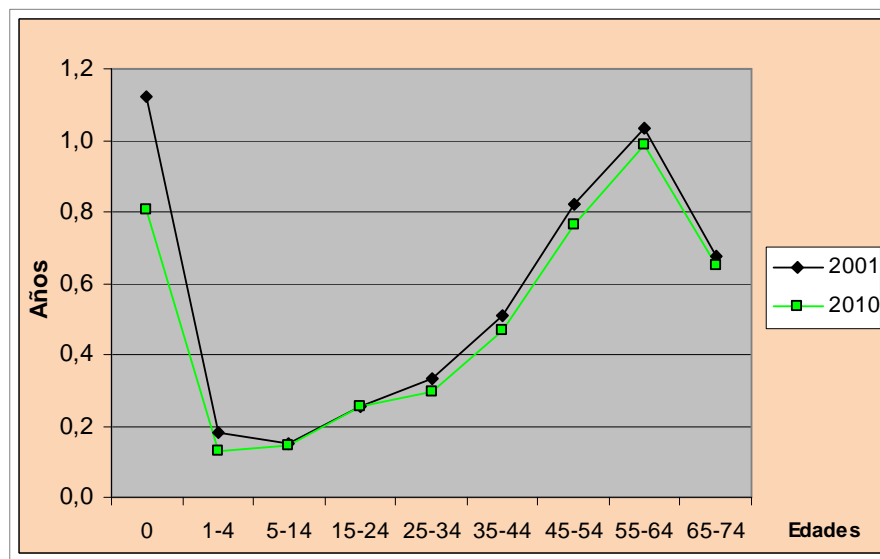


Gráfico No.7: Años de esperanza de vida perdidos en la población femenina por grupos etarios y años seleccionados. Argentina, 2001 y 2010.

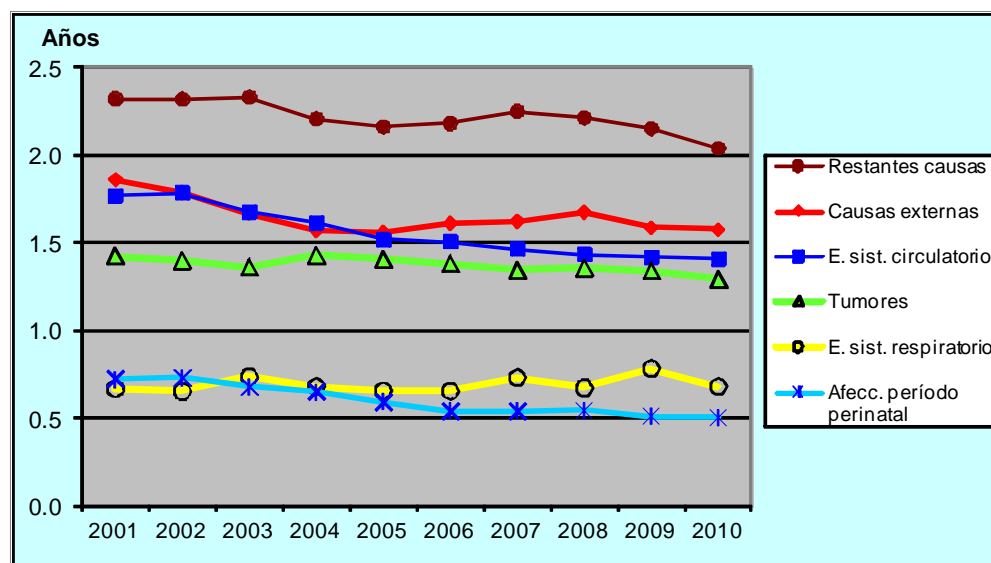


Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Cuadro No.5: Años de esperanza de vida perdidos en la población masculina por año y causas de defunciones agrupadas. Argentina, 2001-10.

| CAUSA | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| TOTAL | 8,77 | 8,67 | 8,45 | 8,15 | 7,90 | 7,88 | 7,96 | 7,93 | 7,83 | 7,53 |
| Causas externas | 1,86 | 1,79 | 1,67 | 1,57 | 1,56 | 1,61 | 1,63 | 1,68 | 1,59 | 1,58 |
| Enf. sistema circulatorio | 1,77 | 1,79 | 1,68 | 1,61 | 1,52 | 1,51 | 1,47 | 1,43 | 1,42 | 1,41 |
| Tumores | 1,43 | 1,40 | 1,36 | 1,43 | 1,41 | 1,38 | 1,35 | 1,36 | 1,34 | 1,29 |
| Enf. sistema respiratorio | 0,67 | 0,65 | 0,73 | 0,68 | 0,66 | 0,65 | 0,73 | 0,67 | 0,78 | 0,68 |
| Causas mal definidas | 0,51 | 0,55 | 0,56 | 0,53 | 0,52 | 0,50 | 0,56 | 0,56 | 0,55 | 0,51 |
| Afecc. período perinatal | 0,72 | 0,73 | 0,68 | 0,65 | 0,59 | 0,54 | 0,54 | 0,54 | 0,51 | 0,50 |
| Enf. infecciosas-parasitarias | 0,49 | 0,47 | 0,48 | 0,44 | 0,42 | 0,43 | 0,42 | 0,41 | 0,40 | 0,38 |
| Restantes causas definidas | 0,41 | 0,42 | 0,40 | 0,38 | 0,40 | 0,40 | 0,42 | 0,33 | 0,32 | 0,32 |
| Malformaciones congénitas | 0,32 | 0,30 | 0,29 | 0,30 | 0,28 | 0,29 | 0,27 | 0,30 | 0,29 | 0,28 |
| Enf. sistema digestivo | 0,17 | 0,16 | 0,16 | 0,15 | 0,16 | 0,18 | 0,19 | 0,27 | 0,24 | 0,23 |
| Diabetes mellitus | 0,19 | 0,17 | 0,18 | 0,17 | 0,17 | 0,16 | 0,16 | 0,14 | 0,14 | 0,13 |
| Enf. sistema urinario | 0,12 | 0,13 | 0,13 | 0,13 | 0,11 | 0,12 | 0,13 | 0,12 | 0,12 | 0,11 |
| Trast. mentales y del comport. | 0,06 | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | 0,04 |
| Meningitis | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |
| Desnutrición | 0,04 | 0,06 | 0,05 | 0,04 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 |

Gráfico No.8: Años de esperanza de vida perdidos en la población masculina por año y principales causas de defunciones agrupadas. Argentina, 2001-10.

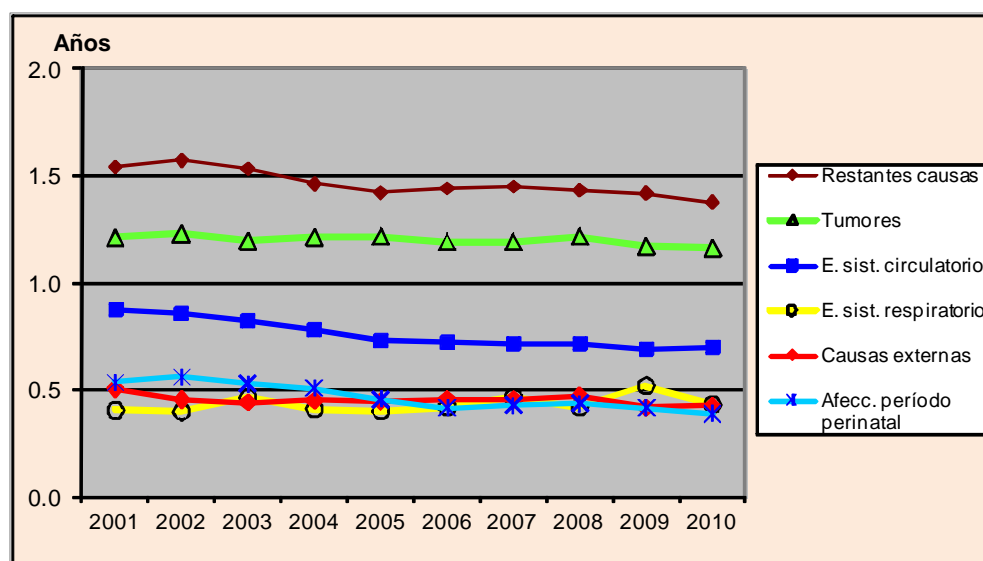


Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).

Cuadro No.6: Años de esperanza de vida perdidos en la población femenina por año y causas de defunciones agrupadas. Argentina, 2001-10.

| CAUSA | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| TOTAL | 5,08 | 5,07 | 4,99 | 4,83 | 4,67 | 4,65 | 4,70 | 4,72 | 4,66 | 4,50 |
| Tumores | 1,21 | 1,23 | 1,20 | 1,21 | 1,22 | 1,19 | 1,19 | 1,22 | 1,17 | 1,16 |
| Enf. sistema circulatorio | 0,88 | 0,85 | 0,82 | 0,78 | 0,73 | 0,72 | 0,71 | 0,72 | 0,69 | 0,70 |
| Enf. sistema respiratorio | 0,40 | 0,40 | 0,46 | 0,41 | 0,40 | 0,42 | 0,46 | 0,42 | 0,52 | 0,43 |
| Causas externas | 0,51 | 0,45 | 0,44 | 0,45 | 0,45 | 0,46 | 0,46 | 0,47 | 0,42 | 0,42 |
| Afecc. período perinatal | 0,54 | 0,56 | 0,53 | 0,51 | 0,46 | 0,42 | 0,43 | 0,44 | 0,42 | 0,39 |
| Causas mal definidas | 0,27 | 0,29 | 0,29 | 0,27 | 0,26 | 0,25 | 0,28 | 0,29 | 0,29 | 0,28 |
| Restantes causas definidas | 0,29 | 0,29 | 0,29 | 0,29 | 0,29 | 0,30 | 0,30 | 0,26 | 0,24 | 0,25 |
| Malformaciones congénitas | 0,31 | 0,29 | 0,29 | 0,28 | 0,27 | 0,27 | 0,25 | 0,26 | 0,26 | 0,25 |
| Enf. Infecciosas-parasitarias | 0,30 | 0,31 | 0,28 | 0,26 | 0,25 | 0,26 | 0,26 | 0,25 | 0,25 | 0,24 |
| Diabetes mellitus | 0,12 | 0,12 | 0,12 | 0,12 | 0,12 | 0,11 | 0,11 | 0,10 | 0,10 | 0,10 |
| Enf. sistema urinario | 0,09 | 0,10 | 0,09 | 0,09 | 0,09 | 0,09 | 0,10 | 0,09 | 0,09 | 0,09 |
| Enf. sistema digestivo | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,06 | 0,05 | 0,09 | 0,08 | 0,08 |
| Embarazo, parto y puerperio | 0,05 | 0,06 | 0,05 | 0,05 | 0,04 | 0,05 | 0,05 | 0,05 | 0,06 | 0,05 |
| Meningitis | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,02 |
| Desnutrición | 0,03 | 0,05 | 0,04 | 0,03 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,02 | 0,01 | 0,01 |
| Trast. mentales y del comport. | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,01 |

Gráfico No.9: Años de esperanza de vida perdidos en la población femenina por año y principales causas de defunciones agrupadas. Argentina, 2001-10.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación (2000-10) y del censo de población 2001 (INDEC).