

LA MORTALIDAD DE LOS ADOLESCENTES  
DE ARGENTINA Y BRASIL,  
¿UNA CUESTIÓN PENDIENTE?

*ADOLESCENT MORTALITY IN ARGENTINA AND BRAZIL,  
A PENDING ISSUE?*

ELEONORA SOLEDAD ROJAS CABRERA<sup>1</sup>, MARÍA MARTA SANTILLÁN PIZARRO<sup>2</sup>  
E CELINE JEANNE AURELIE PUJOL<sup>3</sup>

Recibido em: 31/07/2012  
Aprovado em: 14/02/2013

**RESUMEN**

Si bien el nivel de la mortalidad en la adolescencia es bajo comparado con el de las restantes edades, un estudio reciente de Viner y colaboradores (2011) revela que, en 50 países, en los últimos 50 años la tasa de mortalidad de los adolescentes experimenta una menor reducción con relación a la de los primeros años de vida. Ello resulta grave, al menos, por dos razones: primero, porque la mayor parte de las defunciones responden a causas evitables y; segundo, porque existen diferencias entre sectores sociales y geográficos, cuestiones que atentan contra la equidad ante el derecho a la vida. Dado que el citado trabajo no incluye a Argentina y Brasil, a partir del análisis de estadísticas oficiales disponibles, intentamos responder los siguientes interrogantes: ¿Cuál es la situación de la mortalidad adolescente en estos países? ¿Presenta diferencias con respecto a la señalada por Viner y colaboradores (2011)? Los resultados muestran similitudes con el estudio mencionado en cuanto al descenso en los niveles de mortalidad. Respecto a la estructura de la mortalidad por causas, las variaciones a lo largo del periodo difieren entre una y otra investigación. A pesar de ello, ambos trabajos coinciden en la falta de atención hacia los adolescentes y a las causas de muerte, en gran parte evitables, lo cual evidencia una expresión de injusticia social que compromete a los Estados como principales garantes de derechos.

**Palabras claves:** Mortalidad; Adolescentes; Causas de muerte; Argentina y Brasil.

**ABSTRACT**

*While adolescent death rate is low compared with those among other age groups, a recent study by Viner et al. (2011) reveals that in 50 countries, over the past 50 years, this rate reduces in a smaller proportion than in early years of life. This is a serious question, at least, for two reasons: first, because most of deaths are preventable; and second, because there are differences between social and geographic sectors that undermine equity in the exercise of the right to life. Since this research does not include Argentina and Brazil, from the analysis of official statistics, we try to answer the following questions: Which is the situation of adolescent mortality in these countries? Are there differences from the conclusions of Viner et al. (2011)? As for mortality trends, the results show similarities with the study mentioned. Regarding the evolution of structure of the mortality by causes, there are differences. However, both studies agree on the lack of attention to the adolescents and their causes of death, largely preventable. That is an expression of social injustice that commits the States as main guarantors of human rights.*

**Keywords:** Mortality, Adolescents, Causes of death; Argentina and Brazil.

<sup>1</sup> Doutora em Demografia pelo Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad (CIECS), Argentina. Professora da Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. E-mail: eleonorarojascabrera@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Demografia pelo Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad (CIECS), Argentina. Professora da Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. E-mail: mm\_santillan@yahoo.com.ar.

<sup>3</sup> Doutora em Demografia pelo Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Cultura y la Sociedad (CIECS), Argentina. Professora da Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. E-mail: celine.pupu@gmail.com.

## 1 Introducción

El cuidado de la salud de la primera infancia (0 a 4 años de edad) ha sido frecuentemente considerado una prioridad para la comunidad internacional. Entre las razones que motivan la atención especial se encuentra el mayor riesgo de mortalidad que experimentan las personas durante esta etapa. Al mismo tiempo, el estado de salud de los niños de esta edad sintetiza la calidad de vida de la comunidad a la que ellos pertenecen, como resultado de procesos sociales, ambientales y biológicos que inciden en sus posibilidades de supervivencia (ÁLVAREZ; GONZÁLEZ, 2007).

La preocupación por mitigar los problemas de salud de los niños menores de 5 años e incrementar sus probabilidades de sobrevivencia ha impulsado la implementación de políticas públicas dirigidas específicamente a este colectivo. En este sentido, se destacan aquellas centradas en la reducción del nivel de la mortalidad, la vacunación infantil y el descenso de la prevalencia de la insuficiencia ponderal, entendida en términos de proporción de niños cuyo peso es inferior al normal (UNICEF, 2011).

El énfasis puesto a la salud de los niños que transitan los primeros años de vida, ha conllevado a que, en ocasiones, los Estados descuiden otros grupos etarios igualmente vulnerables. Entre ellos, el de los adolescentes<sup>4</sup>, al argumentarse que éstos se encuentran amenazados por “pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas” (MADDALENO et al., 2003).

La insuficiente atención a la salud de los adolescentes es reflejada en los resultados de un estudio reciente realizado por Viner y colaboradores (2011), el cual revela que en América Central y del Sur (países seleccionados), entre los quinquenios 1955-1959 y 2000-2004, el nivel de la mortalidad desciende de manera considerable entre las personas menores de 20 años, aunque en menor

<sup>4</sup> De acuerdo a las Naciones Unidas, los adolescentes constituyen las personas de 10 a 19 años de edad (UNICEF, 2011: 10).

proporción en aquellas cuyas edades están comprendidas entre los 10 y los 19 años. Además, se observan diferencias en el nivel y la composición de la mortalidad en función del país y su categoría ingresos. Esto resulta grave, al menos, por dos razones: primero, porque la mayor parte de las defunciones que tienen lugar en este grupo etario responden a causas evitables, y; segundo, porque existen comportamientos diferenciales según sectores sociales y geográficos.

La existencia de muertes evitables y de disparidades al interior de la región contradice lo que postula el marco de los derechos humanos, el cual reconoce a la salud como un derecho fundamental cuyo ejercicio debe ser promovido con igualdad de oportunidades<sup>5</sup>. Más aún, atenta contra la realización equitativa del derecho esencial a la vida.

En este contexto, y dado que Argentina y Brasil no son incluidos en la investigación de Viner y colaboradores, este trabajo intenta, a partir del análisis de la información producida por las oficinas locales de estadísticas y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe), analizar la situación de la mortalidad adolescente en los mencionados países y detectar semejanzas y diferencias respecto de los resultados alcanzados en el estudio señalado.

Con base en el objetivo planteado, a continuación se exponen brevemente las características de la investigación llevada a cabo por Viner y colaboradores, así como las principales conclusiones obtenidas para América Central y del Sur (países seleccionados). Seguidamente, se comentan los resultados de algunas investigaciones previas sobre mortalidad adolescente en Argentina y Brasil<sup>6</sup>. Posteriormente, se

<sup>5</sup> Así lo expresan numerosos instrumentos de derechos humanos, entre ellos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1949, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

<sup>6</sup> Si bien el interés principal del presente trabajo consiste en efectuar una comparación entre la realidad observada en Argentina y Brasil (a partir de procesamientos propios sobre las estadísticas oficiales) y la detectada

detallan las fuentes de datos y los métodos utilizados en este trabajo a fin de comparar la situación de Argentina y Brasil con la observada a nivel regional en el texto de referencia. Finalmente, se presentan los resultados, la discusión y las respectivas conclusiones.

## 2 La situación de la mortalidad adolescente en América Central y del Sur. Algunos antecedentes de Argentina y Brasil

### 2.1 A nivel regional según Viner y colaboradores

Tal como se comentara en la introducción, los aportes realizados por Viner y colaboradores permiten confirmar que la mortalidad en la adolescencia ha sido, de alguna manera, “descuidada” en relación a la de los niños menores de 5 años, al argumentarse que se trata de “la etapa más saludable de la vida” (VINER et al., 2011). En este sentido, con base en información proveniente de la Organización Mundial de la Salud y de la División de Población de las Naciones Unidas<sup>7</sup> para 50 países seleccionados, los mencionados autores observan que, entre los quinquenios 1955-1959 y 2000-2004, dependiendo de la región a la cual se haga referencia<sup>8</sup>, el nivel de la mortalidad experimenta una reducción del 85-93% entre los niños de 1 a 4 años, 80-87% entre los niños de 5-9 años, 68-78% entre los adolescentes de 10-14 años y 41-73% entre los adolescentes de 15-19 años<sup>9</sup>.

a escala regional por Viner y colaboradores (2011) en lo que refiere a la mortalidad adolescente, se decide incorporar este apartado dada la importancia de las contribuciones anteriores al estudio de la problemática en los mencionados países. Asimismo, se reconoce que dichos antecedentes aportan elementos para la discusión de los resultados obtenidos, cuestión que enriquece el análisis y la interpretación de estos últimos.

<sup>7</sup> Concretamente, las fuentes de información utilizadas por Viner y colaboradores refieren a: a) la base de datos de mortalidad y de las proyecciones de población de la Organización Mundial de la Salud vigentes al 26 de marzo de 2010 y; b) la base de datos de las proyecciones mundiales de población revisadas en el año 2006 confeccionadas por la División de Población de las Naciones Unidas.

<sup>8</sup> Los 50 países incluidos en el estudio se agrupan en las siguientes regiones: países integrantes de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD, por sus siglas en inglés), países de América Central y del Sur, países de Europa del Este y ex Estados Soviéticos y otros países.

<sup>9</sup> Cabe destacar que la investigación desarrollada por Viner y colaboradores contempla, además, el estudio de la mortalidad de la población de 20 a 24 años de edad, que integra el grupo de los denominados “jóvenes”. Sin embargo, dado que en el presente apartado se pretende arrojar luz a la pro-

Asimismo, independientemente de la región, el nivel de la mortalidad experimenta una mayor reducción entre las mujeres, manifiestamente superior en la población adolescente<sup>10</sup>.

Cabe destacar que no obstante se registran coincidencias en la evolución de la mortalidad de la población entre 1 y 19 años de los países incluidos en la mencionada investigación, en la misma también se observa la existencia de diferenciales de acuerdo al nivel de ingresos que dichos países presentan<sup>11</sup>. En general, los niveles de mortalidad son superiores en los países de más bajos ingresos, con independencia del grupo de edad.

En correspondencia con la realidad analizada a nivel mundial, en el caso de América Central y del Sur<sup>12</sup>, los autores afirman que el nivel de la mortalidad, entre los quinquenios considerados, desciende el 92%, 84%, 71% y 47%, respectivamente, en los varones de 1-4, 5-9, 10-14 y 15-19 años; mientras que en las mujeres se reduce el 93%, 87%, 76% y 73%, si se tienen en cuenta los mismos tramos etarios. Al igual que el resto de las regiones, los resultados acusan la menor reducción de la mortalidad lograda en el caso de los adolescentes varones, sobre todo si se tienen en cuenta aquellos comprendidos entre los 15 y 19 años.

Con respecto a la composición y evolución de la mortalidad por causas<sup>13</sup> de la región, en los varones de 10-24 años<sup>14</sup>, en el quinquenio 1955-59, se destacan las enfermedades transmissi-

blemática de la mortalidad adolescente y a la insuficiente atención que ésta recibe en relación con la de los primeros años de vida, se omiten las conclusiones obtenidas para dicho tramo etario, a excepción de aquellos casos en los cuales los citados autores realizan afirmaciones para la población de 10 a 24 años, sin efectuar distinciones entre los adolescentes y los jóvenes.

<sup>10</sup> Las conclusiones vertidas en este párrafo son válidas para la mayoría de los países incorporados en el trabajo de Viner y colaboradores (2011), a excepción de algunos de muy bajos ingresos (tales como Azerbaiján, Tajikistán y Uzbekistán, todos ellos pertenecientes a la región Europa del Este y ex Estados Soviéticos) cuyos niveles de mortalidad en los primeros años de vida son manifiestamente superiores a los del resto de los grupos de edad analizados.

<sup>11</sup> La categoría de ingresos utilizada en la mencionada investigación (alta, media o baja) es establecida con base en el ingreso bruto nacional per cápita de cada país y los puntos de corte fijados por Banco Mundial. Para más información, consultar Viner y colaboradores 2011: 1163.

<sup>12</sup> El citado estudio considera los siguientes países integrantes de América Central y del Sur: Belice, Chile, Costa Rica, Cuba, Guatemala, México, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

<sup>13</sup> Las causas incluidas en cada categoría descripta se encuentran convenientemente detalladas en Viner et al., 2011: 1163.

<sup>14</sup> Ver Nota 6.

bles y la malnutrición y las causas externas no intencionales (excepto los accidentes de transporte), por presentar la mayor participación en el total de defunciones masculinas contabilizadas (aproximadamente 30% cada causa) y, a su vez, por contar con tasas asociadas que oscilan los 70 por 100.000. Continúan, en ese orden, las enfermedades no transmisibles, que inciden en alrededor del 25% de la mortalidad y que parten de una tasa vinculada cercana a 50 por 100.000. Con participaciones notablemente inferiores (que no superan el 5% del total de las defunciones registradas), se encuentran los accidentes de transporte, el suicidio y la violencia, cuyas tasas de mortalidad se aproximan a 15, 10 y 7 por 100.000, respectivamente. Hacia el quinquenio 2000-04, se observa un descenso en el nivel de defunciones ligado a todas las causas (más acelerado en algunos casos), con excepción de las vinculadas a la violencia, los accidentes de transporte (estas dos causas sufren incrementos considerables) y el suicidio<sup>15</sup>. Ello ocasiona que se presenten modificaciones en la estructura de mortalidad inicial, las que determinan una nueva composición: violencia (peso relativo aproximado: 30%; tasa de mortalidad asociada: cercana a 40 por 100.000), enfermedades no transmisibles (peso relativo aproximado: 25%; tasa de mortalidad asociada: alrededor de 35 por 100.000), accidentes de transporte (peso relativo aproximado: 20%; tasa de mortalidad asociada: cercana a 20 por 100.000), otras causas externas no intencionales (peso relativo aproximado: 15%; tasa de mortalidad asociada: alrededor de 17 por 100.000) y, por último, el suicidio y las enfermedades transmisibles y la malnutrición, con tasas de mortalidad que rondan los 5 por 100.000 habitantes y con una participación que se acerca al 5% del total de defunciones contabilizadas.

<sup>15</sup> El radio de variación del nivel de la mortalidad entre los quinquenios 1955-60 y 2000-04, de acuerdo a las distintas causas, es: violencia (1,87), suicidio (1,06), accidentes de transporte (1,86), otras causas externas no intencionales (0,34), enfermedades no transmisibles (0,59) y enfermedades transmisibles y malnutrición (0,06).

En lo que refiere a las mujeres de 10 a 24 años<sup>16</sup>, las enfermedades transmisibles y la malnutrición, conjuntamente con las enfermedades no transmisibles, figuran entre las causas más frecuentes de mortalidad en el quinquenio 1955-59, con participaciones cercanas al 45% y 30%, en ese orden y con tasas relacionadas próximas a 75 y 45 por 100.000, respectivamente. Les siguen las complicaciones maternas y las causas externas distintas de los accidentes de tránsito, con una incidencia relativa de alrededor del 10% en cada caso y con tasas de mortalidad que se acercan a 15 por 100.000. El resto de la estructura se completa con los accidentes de transporte, la violencia y el suicidio, con participaciones que no superan el 5% en cada caso y con tasas inferiores a 10 por 100.000. En el quinquenio 2000-04, se registra un descenso en el nivel de mortalidad relacionado con las cuatro primeras causas y el suicidio (más pronunciado en las dos primeras), en tanto que el resto experimenta un aumento<sup>17</sup>. Ello deriva en una nueva composición de la mortalidad por causas, la cual se conforma de la siguiente manera: enfermedades no transmisibles (peso relativo aproximado: 50%); accidentes de transporte (peso relativo aproximado: 10%), otras causas externas no intencionales y violencia (cada una con un peso relativo cercano al 8%), mientras que el resto de las causas comentadas presenta una participación que no supera el 5% cada caso. Con referencia a los valores de las tasas asociadas a cada causa, salvo en el caso de la mortalidad ligada a las enfermedades no transmisibles (cuya tasa es de alrededor de 25 por 100.000), éstos no superan 10 por 100.000, más allá de registrarse incrementos en algunos casos.

Los cambios en la estructura de la mortalidad por causas y la evolución de los niveles vinculados a cada una de ellas documentados en el trabajo de Viner y co-

<sup>16</sup> Ver Nota 6.

<sup>17</sup> El radio de variación del nivel de la mortalidad entre los quinquenios 1955-60 y 2000-04, de acuerdo a las distintas causas, es: violencia (1,6), suicidio (0,61), accidentes de transporte (1,35), otras causas externas no intencionales (0,33), enfermedades no transmisibles (0,47), enfermedades transmisibles y malnutrición (0,03) y complicaciones maternas (0,18).

laboradores (2011) evidencian lo que se conoce como el proceso de transición epidemiológica. De manera resumida, este proceso da cuenta del descenso del nivel de la mortalidad, fundamentalmente ligado a la reducción de las defunciones atribuidas a las enfermedades transmisibles en función de los avances de la medicina, la implementación de sistemas de salud más efectivos, la introducción de mejoras a las condiciones de vida y las transformaciones en los estilos de vida. En otras palabras, 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 (CELADE/CEPAL, 2007).

## 2.2 En Argentina y Brasil

En el caso de Argentina, Waisman (2002) destaca la participación de las lesiones no intencionales en la mortalidad durante la niñez, adolescencia y juventud, al referir que las mismas constituyen la primera causa de muerte entre el primer año y los 34 años de vida. De este modo, agrega después, que cualquier esfuerzo para reducir la mortalidad entre estas edades debe comprender necesariamente la reducción de los accidentes.

Por su parte, Serfaty et al. (2003) analizan el comportamiento de la mortalidad en adolescentes y jóvenes de 10-24 años en el periodo 1991-2000. A nivel país, y concretamente para la población comprendida en la adolescencia (10-19 años), los citados autores observan, en consonancia con las conclusiones de Viner et al. (2011), que el nivel de la mortalidad es siempre superior en el caso de los varones y que el mismo asciende conforme aumenta la edad de las personas. Adicionalmente, con relación a la tendencia que dicho nivel describe en el tiempo, evidencian que si bien éste

registra un comportamiento decreciente entre los adolescentes de 10-14 años (con independencia del sexo), no puede afirmarse lo mismo en aquellos de 15-19 años. En efecto, en estos últimos, el mismo consigue descender sólo entre las mujeres, en tanto que se incrementa en los varones.

Haciendo foco en el estudio de la mortalidad por causas violentas (la cual comprende aquella producida por accidentes de tránsito, otros accidentes, homicidios y suicidios), nuevamente más frecuente entre los varones según aumenta la edad en años cumplidos, Serfaty et al. (2003) también detectan que este tipo de defunciones incrementa su participación en la estructura de la mortalidad durante los años bajo estudio, al representar el 37,9% del total registrado en 1991 y el 49,5% del contabilizado en el año 2000<sup>18</sup>.

En un sentido más específico, durante el periodo analizado, el nivel de defunciones adolescentes producidas por accidentes de tránsito exhibe un incremento (con excepción del grupo de las mujeres de 15-19 años, en las cuales descende), en tanto que si refiere a otros accidentes, se reduce de manera general (SERFATY et al., 2003).

Más preocupante aún resulta la tendencia que experimenta la mortalidad por suicidios y homicidios cuyos niveles experimentan un crecimiento en la totalidad de los casos (salvo en los homicidios que se producen entre las mujeres de 10-14 años, donde se manifiesta un leve decrecimiento) (SERFATY et al., 2003 y 2006). Cabe comentar que esta realidad ya es destacada en trabajos anteriores, tales como el llevado a cabo por Yunes y Zubarew (1999), quienes analizan de manera puntual la tendencia de la mortalidad por causas violentas entre 1980 y mediados de la década de 1990 con base en datos provenientes del Sistema de Información Técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

Al igual que en el caso de Argen-

<sup>18</sup> Esta afirmación refiere al total de la población bajo estudio, es decir, al grupo de 10-24 años.

tina, y en función de la participación preponderante en el total de las defunciones contabilizadas, en Brasil, la mayoría de las investigaciones previas se centra en el análisis de la mortalidad adolescente por causas violentas. En este sentido, Yunes y Zubarew (1999), quienes estudian la tendencia que la misma describe entre los años 1980 y 1995, detectan un incremento del nivel de muertes atribuidos a accidentes de vehículo a motor y a homicidios para todo el grupo de interés, con independencia del sexo y el grupo de edad<sup>19</sup>. Diferente es lo que ocurre con la tasa asociada a las defunciones por suicidio la cual, aumenta entre los varones de 15-19 años y permanece constante entre aquellos de 10-14 años, en tanto que para las mujeres de ambos grupos etarios revela un descenso.

De la lectura de las conclusiones de Yunes y Zubarew (1999) se desprende que los varones de 15-19 años constituyen el grupo más afectado por la mortalidad debida a causas violentas, cuestión que deriva en un comportamiento creciente del nivel de mortalidad por causas externas a lo largo del periodo considerado. Esta situación ya es observada en trabajos precedentes, entre ellos, los confeccionados por Siqueira y Tanaka<sup>20</sup> (1986) y Lolio y colaboradores<sup>21</sup> (1990).

Aunque sin referir estrictamente al grupo de los adolescentes<sup>22</sup>, Freitez et al. (2010) abordan el comportamiento de la mortalidad por hechos violentos en el periodo 1997-2007. Entre las principales conclusiones obtenidas para Brasil<sup>23</sup>, las citadas autoras remarcan un cese de la tendencia ascendente de la mortalidad de-

<sup>19</sup> Cabe remarcar el notable incremento que los mencionados autores evidencian en el nivel de muertes por homicidio entre los varones de 15-19 años, al triplicarse el mismo respecto de su valor inicial (cuando pasa de 10,2 a 29,4 por 100.000 habitantes). Para una lectura más detallada de las tasas vinculadas a las tendencias se sugiere consultar Yunes y Zubarew, 1999: 139-141.

<sup>20</sup> El interés principal de la investigación conducida por los mencionados autores consiste en analizar el rol de la mortalidad atribuida a complicaciones maternas (en el embarazo, parto y puerperio) en el total de las defunciones relevadas, notablemente superior en aquellas adolescentes de 15-19 años de edad.

<sup>21</sup> Este trabajo aborda la magnitud y las tendencias de la mortalidad adolescente brasilera en los años 1977, 1980 y 1985.

<sup>22</sup> El estudio señalado comprende el análisis de la mortalidad de los jóvenes de 15-29 años. Sin embargo, se decide considerarlo como antecedente del presente apartado en función de la relevancia de sus conclusiones.

<sup>23</sup> Dicho trabajo se plantea de modo comparativo con Venezuela.

bido a esta clase de causas, cuestión que atribuyen a los progresos del país en materia socio-económica y al fortalecimiento del marco institucional que ha propiciado dichos progresos.

Profundizando el análisis al interior de los tramos etarios, el *Mapa de la Violencia* confeccionado por Waiselfisz en el año 2011 revela la importancia de la edad en el abordaje de las tendencias de la mortalidad adolescente atribuida a causas violentas. En el caso de los homicidios, el citado autor comenta que, hasta los 12 años inclusive, el nivel de víctimas por esta causa resulta relativamente bajo en tanto que, a partir de los 13 años, el mismo registra un progresivo crecimiento hasta alcanzar el máximo valor al final de la adolescencia (cuando las personas cumplen 20 años). Posteriormente, comienza a decrecer lenta y gradualmente.

En lo referente al nivel de defunciones ocasionadas por accidentes de transporte, Waiselfisz (2011) observa que, entre los años 1998 y 2008, el mismo exhibe una caída entre los adolescentes de 10-14 años pero se incrementa entre aquellos que integran el grupo quinquenal de 15-19 años.

En cuanto al nivel de muertes por suicidio, según el citado informe, se infiere que éste es mayor en los adolescentes de 15-19 años con relación al de aquellos cuyas edades están comprendidas entre 10 y 14. Asimismo, su evolución entre los años considerados denota un incremento en ambos grupos etarios, más acelerado en el caso de estos últimos, cuestión que agudiza la preocupación por el tema (WAISELFISZ, 2011).

Por último, más allá de la causa concreta (homicidio, accidente de transporte o suicidio), Waiselfisz (2011) coincide con los estudios precedentes al apuntar que el nivel de la mortalidad es casi siempre superior en los varones<sup>24</sup>.

<sup>24</sup> Se debe resaltar que este autor analiza de manera separada el nivel y la estructura de la mortalidad de acuerdo a las variables sexo y edad, limitación que impide obtener conclusiones específicas acerca del solapamiento de las mismas.

### 3 Datos y métodos

Una primera cuestión que merece ser aclarada se relaciona con la delimitación del interés que persigue el presente trabajo. Como fuera mencionado, el mismo se centra en comparar las tendencias de la mortalidad de Argentina y Brasil con las observadas por Viner et al. (2011) para América Central y del Sur, agregado regional que dichos estudios conforman a partir de una muestra de países que excluye a los mencionados en primera instancia. De manera que no se realizan comparaciones de resultados entre uno y otro país.

Asimismo, cabe agregar que el hecho de intentar comparar conclusiones propias con aquellas reflejadas en la bibliografía de referencia, no implica, en este caso, la utilización de las mismas fuentes de información o la aplicación estricta de la metodología empleada en la misma. Esta decisión encuentra su razón en que las bases de datos empleadas en la investigación que le da origen (*Ver Nota al pie 4*) no incluyen información acerca de Argentina y Brasil para todos los años contemplados en la misma.

Por último, en correspondencia con el citado trabajo, se omite el análisis de la mortalidad de los niños menores de 1 año. En opinión de los mencionados autores, éste constituye un tema extensamente abordado<sup>25</sup>, cuestión que es compartida por quienes participamos de la presente investigación, en la cual se pretende hacer foco en la situación de mortalidad adolescente.

Consideradas las anteriores aclaraciones, en este trabajo se recurre fundamentalmente a datos de mortalidad provenientes de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) de Argentina y del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud (DATASUS) de Brasil. La razón de su elección radica en que se trata de oficinas nacionales que tienen a su cargo la recopilación y sistematización de la totalidad de los datos re-

feridos a las defunciones ocurridas en ambos países. Adicionalmente, dado que se calculan tasas específicas de mortalidad adolescente (por grupo de edad<sup>26</sup>, sexo, región de residencia<sup>27</sup> y causa), se emplean, además, las proyecciones oficiales de población confeccionadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de Argentina y el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE).

Si bien la mayor parte de la información que se utiliza es producida al interior de Argentina y Brasil, para la comparación inicial de las tendencias de mortalidad adolescente entre los países citados y la región de América Central y del Sur (con base en la investigación de referencia), se consideran las tasas de mortalidad de los periodos 1955-60 y 2000-05<sup>28</sup> estimadas por Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (CELADE/CEPAL, 2004). El motivo de la incorporación de esta fuente estriba en que las fuentes nacionales seleccionadas no publican en sus sitios digitales datos de mortalidad correspondientes al periodo 1955-60.

A su vez, en virtud de su relevancia en el total de las defunciones adolescentes, se hace especial énfasis en el análisis de las muertes evitables. Al respecto, dado que Argentina no dispone de una clasificación oficial que permita desagregar las causas de muerte ocurridas en la adolescencia en evitables y no evitables<sup>29</sup>, dicha desagregación se realiza, en todos los casos, con base en la clasificación propuesta en el ámbito del Sistema Único de Sa-

<sup>26</sup> La desagregación en grupos de edad, se realiza según las etapas de la adolescencia definidas en UNICEF (2011: 6), a saber: adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15 a 19 años).

<sup>27</sup> Debido a que los países considerados en este estudio no publican las defunciones según el nivel de ingresos (tal como son abordadas en el estudio de Viner y colaboradores) el análisis al interior de dichos países, considera, de manera análoga, el sector geográfico de pertenencia. En Argentina y Brasil, esta variable puede constituir una fuente de desigualdades, como es el caso de los niveles de ingreso.

<sup>28</sup> No obstante la investigación desarrollada por Viner y colaboradores analiza la evolución de la mortalidad adolescente entre los quinquenios 1955-59 y 2000-04, con base en la información disponible, en este documento, se emplean datos de Argentina y Brasil referidos a los periodos: 1955-60 y 2000-05.

<sup>29</sup> En rigor, dicho país dispone de una clasificación de muertes según criterios de evitabilidad sólo en el caso de aquellas defunciones que ocurren entre los niños menores de 1 año de edad.

<sup>25</sup> Ver Viner et al., 2011: 1163.

lud (SUS) de Brasil<sup>30</sup>.

Cabe tener en cuenta que la lista de causas de muerte según condición de evitabilidad del SUS se basa en la codificación de las defunciones establecida de acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (conocida como CIE 10), incorporada en Brasil recién en 1996. Argentina, por su parte, comienza a catalogar las muertes según la mencionada codificación al año siguiente. En consecuencia, y a los fines de unificar los periodos de referencia del estudio en ambos países, el análisis de la mortalidad adolescente por causas evitables se realiza desde 1997. Asimismo, éste abarca hasta el año 2009, en función de la disponibilidad de información referida a años más recientes<sup>31</sup> con respecto a 2004, último año considerado en el trabajo de Viner y colaboradores.

Por último, la desagregación de las defunciones según la causa se construye a partir de asignar las muertes consideradas evitables según los criterios del SUS a los grupos de causas utilizados en el trabajo de Viner y colaboradores<sup>32</sup>, a saber: violencia, suicidio, accidentes de transporte, otras causas externas no intencionales, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles<sup>33</sup> y complicaciones maternas. Esta tarea se apoya, además, en la clasificación de enfermedades publi-

cada por Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés, 2008) igualmente tenida en cuenta por los autores señalados.

## 4 Resultados y discusión

### 4.1 Comparación de la reducción del nivel de la mortalidad por sexo y grupo de edad

Como se comentara en el apartado N° 2, Viner y colaboradores observan, en términos generales, una tendencia decreciente de la mortalidad de la población menor de 20 años en América Central y del Sur (países seleccionados) entre los quinquenios 1955-59 y 2000-04. A su vez, los mencionados los autores evidencian que el ritmo al que se produce este descenso disminuye a medida que aumenta la edad de las personas, que la reducción del nivel de las defunciones es mayor en el caso de las mujeres con independencia del grupo de edad y que la brecha varones-mujeres se amplía a medida que se incrementa este último. Estos resultados se presentan en la Tabla 1, la cual se complementa con variaciones en el nivel de la mortalidad experimentadas en Argentina y Brasil.

Una primera lectura de la Tabla 1 permite inferir que la tendencia de la mortalidad de los países considerados en este estudio coincide, en gran parte, con el análisis realizado a nivel regional. En efecto, en estos países también se observa que el nivel de las defunciones manifiesta un comportamiento descendente entre los quinquenios estudiados (más pronunciado en las mujeres), a la vez que la reducción lograda es menor conforme se incrementa la edad. De igual manera que en la región, esto último ofrece indicios de una menor atención dirigida a los adolescentes con relación a la que reciben los niños durante los primeros años de vida, cuestión que, al mismo tiempo, revela una mayor necesidad de emprender acciones que tiendan a contrarrestar estas inequidades.

<sup>30</sup> La lista detallada de causas de muerte incluida en cada una de las categorías mencionadas se encuentra disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtcid10evit5a74.htm>. Sitio accedido el 10 de abril de 2012.

<sup>31</sup> No obstante el empleo de información más actualizada, se debe aclarar que esta investigación excluye el análisis de las estadísticas de mortalidad del año 2010 puesto que, si bien a la fecha de efectuar los procesamientos (mes de abril del año 2012) éstas estaban disponibles en ambos países, no incorporaban la desagregación de las muertes según la condición de evitabilidad en el caso de Brasil. A su vez, el detalle de las causas básicas publicadas en este último país en ese momento, se integraba con un código de la CIE 10 conformado por una letra y dos dígitos, en tanto que la clasificación de muertes evitables que utiliza el SUS exige, en algunos casos, mayor especificación de la causa básica según dicha clasificación (concretamente, una letra precedida de tres dígitos). De este modo, si se optaba por clasificar a las defunciones de Brasil en evitables y no evitables, tal y como se encontraban publicadas en ese momento, esta información no hubiese sido estrictamente comparable con la correspondientes a años anteriores, igualmente disponibles las publicaciones del SUS.

<sup>32</sup> El detalle de las causas de defunción incluidas en cada categoría puede ser consultado en el Anexo ubicado al final del documento.

<sup>33</sup> A diferencia de la categoría empleada en la publicación de referencia (Enfermedades transmisibles y malnutrición) la categoría que se considera en este trabajo omite "Malnutrición", dadas las dificultades que se presentan para identificar las muertes atribuidas a esta causa entre las muertes evitables tal y como están definidas las causas que las provocaron en la lista aplicada en el ámbito del SUS.



No obstante las coincidencias comentadas, si se lleva a cabo un análisis más detallado, surgen diferencias que merecen ser destacadas. Así, la variación de la mortalidad evidenciada entre los niños de 1-4 años en América Central y del Sur a lo largo del periodo analizado (92% en varones y 93% en mujeres) supera a la de Brasil (88% y 89% en varones y mujeres, respectivamente) y más aún, a la de Argentina (85% en varones y el 87% en mujeres) (Tabla 1).

A su vez, mientras que la variación de la mortalidad de los niños de 5-9 años y de los adolescentes de 10-14 años calculada para Brasil entre los quinquenios estudiados (86 y 87% en el primer caso y 72% y 77%, en el segundo, en varones y mujeres, respectivamente) reproduce a la de los países seleccionados de América Central y del Sur (84% y 87% en los niños de 5-9 años y 71% y 76% en los adolescentes 10-14 años, en varones y mujeres, en ese orden), no puede concluirse lo mismo para Argenti-

na. En este país, la reducción del nivel de la mortalidad se produce en menor proporción (66% entre los niños, 87% entre las niñas, 63% tanto en varones como en mujeres adolescentes) (Tabla 1).

Por último, a pesar de que la reducción de la mortalidad en la población de 1-14 años es menor en Argentina con respecto a la que se manifiesta en América Central y del Sur (países seleccionados) y Brasil, si se analiza el comportamiento de las defunciones entre 1955-59 y 2000-04 entre los adolescentes de 15-19 años, la lectura difiere. En este sentido, si bien la reducción lograda en la mortalidad de las mujeres de este grupo es similar en los tres casos (73% en América Central y del Sur, 74% en Argentina y 76% en Brasil), no sucede lo mismo entre los varones. Para estos últimos, las defunciones en Argentina decrecen de manera similar a las de la región (50% y 47%, respectivamente), en tanto que en Brasil su descenso es notablemente inferior (34%) (Tabla 1).

Tabla 1 - América Central y del Sur (países seleccionados), Argentina y Brasil. Tasas de mortalidad de la población de 1 a 19 años por sexo y grupo de edad. Por 100.000 habitantes. Quinquenios 1955-59 y 2000-04. Variación porcentual en el periodo 1955-59/2000-04.

Grupo de edad	América Central y del Sur (*)(**)		Argentina (***)						Brasil (***)					
	Var. en el nivel de la mortalidad 1955-59/2000-04		Varones			Mujeres			Varones			Mujeres		
	Varones	Mujeres	TM		Var.	TM		Var.	TM		Var.	TM		Var.
			1955-59	2000-04		1955-59	2000-04		1955-59	2000-04		1955-59	2000-04	
1-4	92%	93%	462	69	85%	443	58	87%	1540	181	88%	1268	144	89%
5-9	84%	87%	101	34	66%	87	25	71%	324	45	86%	268	34	87%
10-14	71%	76%	88	33	63%	63	23	63%	187	52	72%	155	35	77%
15-19	47%	73%	159	80	50%	136	36	74%	291	191	34%	242	59	76%

Fuente: (\*) Viner et al. (2011). (\*\*) Se omiten los valores de las tasas de mortalidad dado que éstos no se encuentran publicados en Viner et al. (2011). (\*\*\*) Elaboración propia con base en información publicada por el CELADE/CEPAL (2004).

Si bien el trabajo de Viner y colaboradores (2011) se centra en la lectura de los cambios en el nivel de la mortalidad, en esta investigación dicho análisis se acompaña con la exposición de las tasas asociadas a dichos cambios. Estas últimas permiten hallar una posible explicación a la menor reducción que experimentan, en general, los niveles de mortalidad en el caso argentino. En efecto, tal y como se desprende de la Tabla 1, Argentina parte de menores tasas con respecto a Brasil, hecho que se relaciona con la etapa del proceso de transición demográfica por la que atraviesan los mencionados países, la cual da cuenta de la mayor dificultad para disminuir las defunciones a medida que dicho proceso se completa<sup>34</sup>. En ese sentido, en la actualidad, mientras que Argentina se encuentra en un estadio avanzado de este último, Brasil está en la etapa plena<sup>35</sup> (BID/CEPAL/CELADE, 2000). Al mismo tiempo, guarda relación con la transición epidemiológica, brevemente explicada al final del apartado N° 2, que refiere a que menores niveles de mortalidad conllevan a una menor participación de las causas evitables, lo que determina que la reducción de los mismos se produzca a un ritmo más lento.

Otra cuestión relevante a resaltar, también vinculada a los niveles de la mortalidad y a las variaciones que éstos acusan en el tiempo, refiere a los cambios que se producen en la importancia relativa de las tasas asociadas a los diferentes tramos etarios. En efecto, en el periodo inicial, el nivel de mortalidad de los niños de 1-4 años supera al de los adolescentes de 15-19 años en 3 veces en el caso de Argentina y en alrededor de 5 veces, en el de Brasil. Sin

<sup>34</sup> La transición demográfica ha sido descrita como un proceso de larga duración (iniciado en el siglo XVIII), que transcurre entre dos situaciones o regímenes extremos: uno, inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y otro, final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas (BID/CEPAL/CELADE, 2000).

<sup>35</sup> De acuerdo a BID/CEPAL/CELADE (2000), gran parte de los países de América Latina y el Caribe se encuentra en la fase plena del proceso de transición demográfica, e incluso, en etapas más incipientes. De allí las diferencias que se presentan, también, en las variaciones del nivel de la mortalidad de Argentina y de la región de América Central y del Sur, tal y como está conformada en la investigación de Viner y colaboradores (2011).

embargo, en ambos países, tanto mayor es la reducción de la mortalidad entre los niños de 1-4 años en relación a la que se manifiesta entre los adolescentes de 15-19 años que, al final del periodo, las tasas de mortalidad de estos últimos son mayores a las de los primeros. Con respecto a las mujeres, si bien la relación se reduce, todavía las tasas de mortalidad de las niñas de 1-4 años duplican a las de las adolescentes de 15-19 años.

Resulta igualmente interesante comentar la tendencia que describe la brecha varón/mujer en el nivel de la mortalidad<sup>36</sup> a lo largo del periodo referido y para cada uno de los grupos de edad considerados. Concretamente en el caso argentino, ésta aumenta en la mayoría de los tramos etarios, al pasar de 1 a 1,2 en los niños de 1-4 años, de 1,2 a 1,4 en aquellos de 5-9 años y de 1,2 a 2,2 en los adolescentes de 15-19 años. La excepción a este incremento, que se agudiza conforme aumenta la edad de las personas y que acentúa las diferencias entre sexos, la constituye el grupo de los adolescentes de 10-14 años, cuya brecha varón/mujer en el nivel de mortalidad permanece constante en un valor cercano 1,4 (Tabla 1).

Brasil, por su parte, experimenta un incremento de la brecha entre sexos en todos los grupos de edad, al registrar que la misma asciende de 1,2 a 1,3 en el caso de los niños de 1-4 años y de 5-9 años, de 1,2 a 1,5 en aquellos cuyas edades están comprendidas entre 10 y 14 años y, finalmente, de 1,2 a 3,2 en los que tienen entre 15 y 19 años. Esta lectura evidencia, al igual que en Argentina, que el aumento de la brecha se intensifica a medida que aumenta la edad de la población bajo estudio (Tabla 1).

Las modificaciones que se presentan en la estructura y el nivel de la mortalidad tienen implicancias en lo concerniente a las prioridades que de-

<sup>36</sup> Definida a partir del cociente entre la tasa de mortalidad masculina y la femenina para cada grupo etario en un momento dado e interpretada como el número de veces que el nivel de la mortalidad que se registra entre varones comprende al de mujeres. De este modo, cuando la brecha vale 1 equivale a la igualdad entre sexos en tanto que valores distintos de 1 denotan diferencias entre los mismos.

ben fijarse en las políticas tendientes a la reducción de la mortalidad (de los niños). A su vez, refuerzan la necesidad de focalizar en el estudio de las causas de la mortalidad en la adolescencia, cuestión que se aborda seguidamente.

#### 4.2 Mortalidad adolescente: evolución y participación de las causas evitables

En los apartados anteriores se destaca la considerable participación de las defunciones evitables en el total de las defunciones adolescentes contabilizadas en América Central y del Sur. Los países incluidos en el presente estudio no resultan ajenos a esta realidad, tal como surge de la lectura de los gráficos 1 y 2. Al respecto, en Argentina, en el trienio 1997-99, las muertes evitables participan

en un 70,1% en el total de la mortalidad adolescente (cuando la tasa de mortalidad general equivale a 55,3 por 100.000 habitantes y la evitable es igual a 38,8 por 100.000 habitantes). Posteriormente y hasta el trienio 2000-2002, dicha participación se incrementa a un valor cercano a 77% (cuando la tasa de mortalidad general se reduce a 53,3 y la evitable asciende a 40,7 por 100.000, respectivamente). A partir de allí, la misma se mantiene relativamente constante (alrededor del 74%), a pesar que las tasas de mortalidad general y evitable exhiben un comportamiento decreciente hasta el trienio 2004-06, periodo en el que comienzan a aumentar nuevamente hasta valer 54 y 39,8 por 100.000, respectivamente, en el trienio 2007-09.

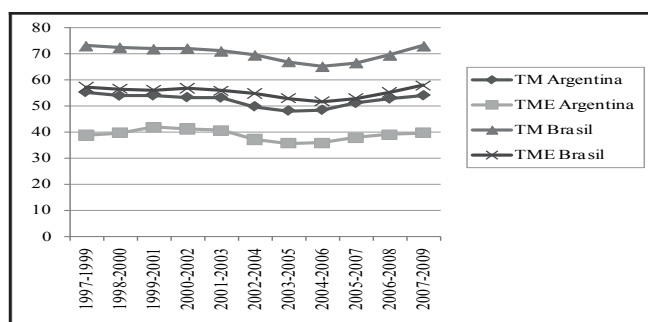


Figura 1 - Argentina y Brasil. Evolución del nivel de la mortalidad adolescente general y por causas evitables. Por 100.000 habitantes. Periodo 1997-2009  
Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el INDEC, el DATASUS y el IBGE.

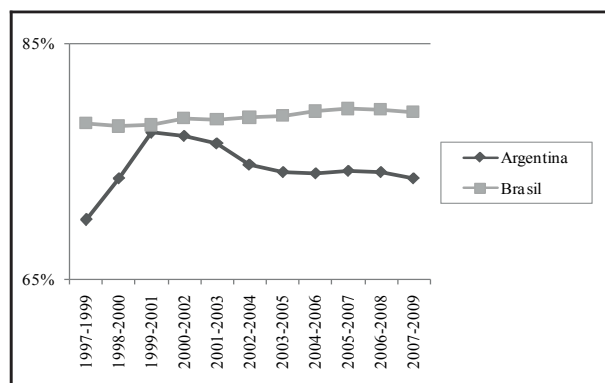


Figura 2 - Argentina y Brasil. Participación de las muertes evitables en el total de muertes adolescentes. Periodo 1997-2009  
Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el DATASUS.

En Brasil, la participación de las defunciones evitables en el total de las defunciones supera a la de Argentina en todo el periodo considerado. Esta parte de un valor cercano al 78% en el trienio 1997-99 (cuando la tasa de mortalidad es igual a 73,1 por 100.000 y la evitable equivale a 57,2 por 100.000), el cual se mantiene casi sin alteraciones hasta el trienio 2004-2006, cuando se incrementa al 79%. Debe tenerse en cuenta que los niveles de mortalidad general y evitable, si bien acusan una tendencia al descenso desde el trienio 1997-2009, a partir del trienio 2004-2006, experimentan un aumento. Esta tendencia deriva en que, en el trienio 2007-09, se presenten valores similares a lo que evidencian al inicio del periodo analizado (al equivaler la tasa de mortalidad general a 73 por 100.000 y la evitable a 57,9 por 100.000) (Figuras 1 y 2).

Cabe destacar que, tanto en Argentina como en Brasil, los niveles de mortalidad general y evitable hacia el final del periodo analizado son similares a los que se presentan al inicio del mismo, a la vez que muestran un comportamiento creciente. Al respecto, resulta importante comentar que esta lectura presenta diferencias con respecto a la realizada para el caso brasilero por Freitez et al. (2010), quienes observan que el nivel de defunciones en la población de 15-29 años experimenta un descenso entre los años 1990 y 2007. Dichas diferencias deben ser examinadas con cautela ya que, por una parte, las mencionadas autoras analizan la tendencia de la mortalidad de un grupo cuyas edades no coinciden enteramente con las de los adolescentes (que se conforman con la población de 10-19 años); y, por la otra, proceden el cálculo de tasas por años simples, mientras que en este trabajo se aplican promedios trienales, tal como se expresa en el apartado metodológico.

Efectuada la anterior aclaración, cabe agregar que el aumento de las tasas de mortalidad evitable con posterioridad

al trienio 2003-2005 implica, de alguna manera, que los logros alcanzados hasta dicho periodo se pierden. Ello se traduce en un retroceso en materia de políticas públicas tendientes a mitigar las defunciones susceptibles de ser contrarrestadas y, en consecuencia, a mejorar el estado de salud de los adolescentes.

#### 4.3 Mortalidad adolescente evitable

A fin de identificar los adolescentes más afectados por las defunciones ligadas a las causas evitables, tanto en Argentina como en Brasil, se presenta la Figura 3, el cual exhibe la evolución de la mortalidad atribuida a dichas causas a partir del quinquenio 1997-99 según sexo y grupos de edad. Como primera conclusión, el gráfico muestra en ambos países que la mortalidad masculina supera a la femenina, lectura que se corresponde tanto con los resultados alcanzados por Viner y colaboradores (2011) como con los que se publican en el resto de la bibliografía revisada (SIQUEIRA y TANAKA (1986), LOLIO et al. (1990), YUNES y ZUBAREW (1999), SERFATY et al., (2003) y WAISELFISZ (2011)).

Adicionalmente, y en consonancia con lo expuesto por Serfaty et al. (2003) para Argentina, puede inferirse, en ambos países y a lo largo de todo el periodo considerado, que el nivel de mortalidad de la población de varones de 15-19 años es significativamente superior al de las de mujeres de 15-19 años y al de los adolescentes de 10-14 años, independientemente del sexo. En este sentido, en Argentina se observa, en el trienio 2007-09, que el nivel de la mortalidad de los varones de 15-19 años equivale a 2,7 veces al calculado para mujeres del mismo tramo etario, en tanto que para mujeres y varones de 10-14 años, es igual a 5,9 y 3,8 veces, respectivamente. En el caso de Brasil, las diferencias encontradas a partir de los datos observados en el mencionado trienio son aún mayores, al revelar los mismos que el nivel de mortalidad de

los adolescentes varones de 15-19 años comprende 4,7 veces al de mujeres de igual edad, y 5,3 y 9,5 veces al de mujeres y varones de 10-14 años, en ese orden (Figura 3).

La Figura 3 revela además que, en

los dos países las tendencias en el grupo de 10-14 años (ambos sexos) y en las mujeres de 15-19 años se mantienen relativamente constantes en el tiempo, oscilando entre valores que, en general, no superan los 35 por 100.000 habitantes.

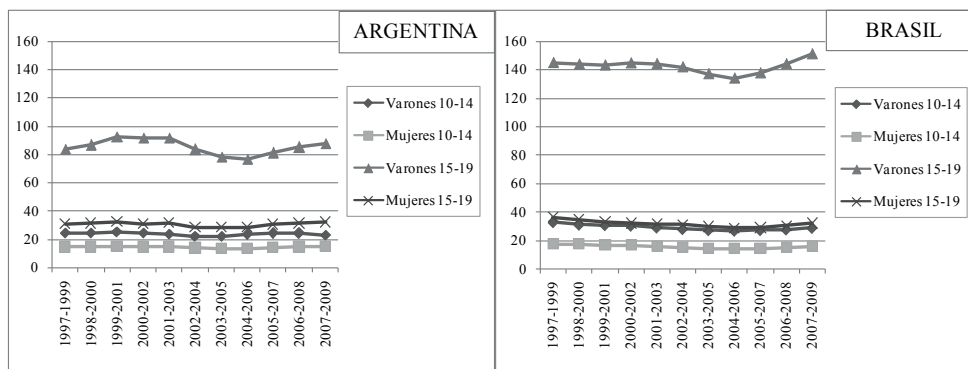


Figura 3 - Argentina y Brasil. Evolución del nivel de la mortalidad adolescente por causas evitables según sexo y grupo de edad. Por 100.000 habitantes. Periodo 1997-2009

Aclaraciones: 1. Los fallecidos cuyo sexo se ignora no superan el 2,5% de los casos en ningún año analizado. Por tal motivo, se los distribuye proporcionalmente en función del sexo y la edad de los restantes. 2. En el caso de Argentina, dada su escasa participación en el total de las defunciones, se incluyen las defunciones de adolescentes residentes en otros países ocurridas en el país.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el INDEC, el DATASUS y el IBGE.

Diferente es el caso de la mortalidad evitable masculina de 15-19 años en ambos países. En efecto, entre los varones argentinos comprendidos entre estas edades, la tasa parte de 83,9 por 100.000 en el trienio 1997-99, para llegar, en el trienio 2007-09, a 87,9 por 100.000, previo experimentar variaciones positivas y negativas en la tendencia. Por su parte, en Brasil, la tasa de mortalidad evitable equivale a 144,9 por 100.000 en el trienio 1997-99 y, posteriormente, inicia un ciclo de aumentos y reducciones que derivan a que asuma un valor igual a 151 por 100.000 en el trienio 2007-09 (Figura 3).

Con motivo de detectar si existen diferencias en la evolución de las muertes evitables a nivel geográfico, el Figura 4 presenta la evolución de la tasa de mortalidad adolescente asociada a dichas defunciones según la región de residencia. En Argentina, al inicio del periodo analizado, las tasas vinculadas

a las distintas regiones presentan notables disparidades: Cuyo evidencia el nivel más bajo de mortalidad evitable (23 por 100.000), en tanto que el Noreste y la región Centro exhiben las tasas más altas (43 y 42,1 por 100.000, respectivamente), y las restantes regiones (Noroeste y Sur) se sitúan en valores aproximados 31 por 100.000. Sin embargo, hacia los últimos trienios, la brecha se reduce como consecuencia del incremento del nivel de mortalidad evitable en todas las regiones, con excepción de la región Centro: concretamente, en el trienio 2007-09, dicha tasa asume valores iguales a 45,4; 42,6; 41,3; 39,8 y 37,5 en las regiones Noreste, Noroeste, Sur, Cuyo y Centro, en ese orden.

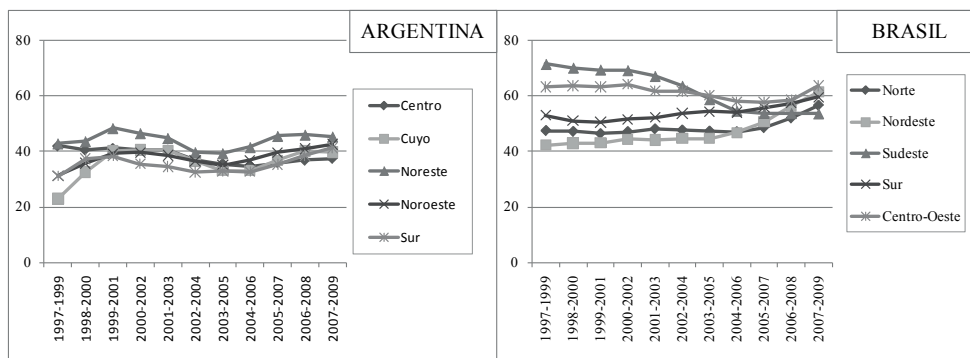


Figura 4 - Argentina y Brasil. Evolución del nivel de la mortalidad adolescente por causas evitables según región geográfica de residencia. Por 100.000 habitantes. Periodo 1997-2009

Aclaraciones: 1. Excluye el total de defunciones de adolescentes residentes en otros países. 2. Las defunciones de residentes en el país cuya región de residencia se ignora, son distribuidas proporcionalmente entre los fallecidos cuya región de residencia se conoce.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el INDEC, el DATASUS y el IBGE.

En consonancia con las lecturas anteriores, Brasil manifiesta tasas de mortalidad evitable superiores a las de Argentina, independientemente de la región de residencia. A pesar de ello, el comportamiento que exhiben las tasas en las distintas áreas territoriales, presenta algunas similitudes con el caso argentino, las cuales merecen ser comentadas. En efecto, de la misma manera que Argentina, existen marcadas disparidades en los niveles de mortalidad evitable en el trienio 1997-99, cuando la tasa equivale a 71,5; 63,2; 53; 47,5 y 42,4 por 100.000 en las regiones Sudeste, Centro-oeste, Sur, Norte y Nordeste, respectivamente. Posteriormente, con excepción de la región Sudeste, dichas tasas comienzan a registrar un comportamiento ascendente, lo que deriva en que las mismas tiendan a converger hacia un punto en común en el trienio 2007-09, cuando registran valores iguales a 63,7 (Centro-oeste), 61,5 (Nordeste), 59,6 (Sur), 56,6 (Norte) y 53,6 (Sudeste) por 100.000<sup>37</sup> (Figura 4).

<sup>37</sup> Aunque no ha sido mencionado en el apartado 2, en este punto se considera conveniente citar un trabajo elaborado por Waiselfisz (2008), a partir del cual se constata que el nivel de violencia está más asociado al grado de desigualdad que al nivel de pobreza en sí mismo.

#### 4.4 Composición y evolución de la mortalidad adolescente evitable según causas

**Varones argentinos de 10-14 años:** En el trienio 1997-99, y de acuerdo a las conclusiones obtenidas previamente por Waisman (2002) ocupan el primer lugar las causas externas no intencionales (exceptuando los accidentes de transporte), que representan el 47% en el total de defunciones susceptibles de ser contrarrestadas. Continúan, de acuerdo a la intensidad de la participación en las defunciones evitables, los accidentes de transporte (20%) y las enfermedades no transmisibles (17%); mientras la incidencia del resto de las causas (enfermedades transmisibles, violencia y suicidio) no supera el 10% en cada caso. Hacia el trienio 2007-09, a diferencia de los niveles de mortalidad ligados a las otras causas evitables que logran reducirse, las tasas de mortalidad asociadas al suicidio (cuestión que se corresponde con lo detectado por Serfaty et al. (2003 y 2006)) y a las enfermedades transmisibles sufren un incremento<sup>38</sup>, lo que determina cambios en la estructura de la mortalidad por

<sup>38</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 0,72 (violencia), 2,37 (suicidio), 0,96 (accidentes de transporte), 0,75 (otras causas externas no intencionales), 0,94 (enfermedades no transmisibles) y 1,4 (enfermedades transmisibles).

causas evitables: las causas externas no intencionales (salvo los accidentes de transporte) participan en un 37% de la misma (igualmente observado por Waisman (2002)), seguidas de los accidentes de transporte (cuya incidencia se mantiene relativamente constante (21%)), las enfermedades no transmisibles (17%), aquellas transmisibles (12%), el suicidio (10%) y por último, la violencia (3%) (Figura 5).

**Varones brasileños de 10-14 años:** Si bien las causas externas no intencionales (salvo los accidentes de transporte) también representan la primera causa de mortalidad evitable, su participación en el total de dichas defunciones es menor con respecto a Argentina. En efecto, éstas inciden en un 36% de las defunciones evitables en el trienio 1997-99. Continúan, los accidentes de transporte (26%), las enfermedades transmisibles (13%), la violencia (12%), las patologías no transmisibles (11%) y el suicidio (con un participación de tan sólo el 2%). En el trienio 2007-09, se incrementan las tasas de mortalidad asociadas a la violencia, el suicidio (dos cuestiones que también se destacan en Wasiselfiz (2011)) y las enfermedades no transmisibles y decrecen aquellas vinculadas a las restantes causas<sup>39</sup>, lo que determina transformaciones en la estructura de las defunciones: por un lado, las causas externas no intencionales, aunque continúan liderando el ranking de la mortalidad evitable, participan en menor proporción (28%); les siguen, las muertes asociadas a los accidentes de transporte (cuya participación también decrece al 23%), la violencia (que inciden en un 19%), las enfermedades transmisibles y no transmisibles (cada una, con una participación relativa del 14%) y por último, el suicidio nuevamente (causa que, a pesar del incremento en el nivel, mantiene constante su peso en el total

de las defunciones evitables) (Figura 5).

**Varones argentinos de 15-19 años:** En el trienio 1997-99, y en concordancia con lo resaltado por Waisman (2002), figuran entre las más frecuentes, aquellas atribuidas a las causas externas no intencionales (excepto los accidentes de transporte) (44%). Las defunciones producidas por esta causa son seguidas por los accidentes de transporte (13%), la violencia (13%), las enfermedades no transmisibles (10%), el suicidio (9%) y las dolencias transmisibles (4%). Contrario a lo que sucede entre los adolescentes de 10-14 años, en el periodo 2007-09, el nivel de mortalidad asociado a cada una de estas causas asciende en todos los casos (situación igualmente observada por Serfaty et al., 2003), salvo en la categoría “otras causas externas no intencionales”, cuya mortalidad asociada manifiesta un descenso<sup>40</sup>. Estos comportamientos acusan modificaciones en la estructura mencionada, la cual queda configurada de la siguiente manera: otras causas externas no intencionales (salvo los accidentes de transporte) (35%), accidentes de transporte (21%), suicidio (18%), violencia (la cual, más allá del incremento en el nivel asociado, mantiene constante su participación del 13% en el total de muertes evitables) y, por último, las enfermedades transmisibles y no transmisibles (con una incidencia relativa que no supera en 10% en ninguno de los dos casos) (Figura 5).

**Varones brasileños de 15-19 años:** A diferencia de los casos anteriores (en los cuales las muertes ligadas a las causas externas no intencionales (excepto los accidentes de transporte) ocupan el primer lugar en el ranking de las causas), en Brasil, la composición de las muertes masculinas de 15-19 años señala a la violencia como la primera causa de muerte evitable, lectura que se corresponde con la realizada en Yunes y Zubarew (1999). En 1997-99, ésta incide en el 46% de

<sup>39</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,46 (violencia), 1,24 (suicidio), 0,76 (accidentes de transporte), 0,68 (otras causas externas no intencionales), 1,11 (enfermedades no transmisibles) y 0,89 (enfermedades transmisibles).

<sup>40</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,05 (violencia), 2,05 (suicidio), 1,11 (accidentes de transporte), 0,84 (otras causas externas no intencionales), 1,01 (enfermedades no transmisibles) y 1,12 (enfermedades transmisibles).

las defunciones con capacidad de ser contrarrestadas. El resto de la estructura de muertes evitables, se compone del siguiente modo: causas externas no intencionales (salvo accidentes de tránsito) (22%), accidentes de transporte (18%) y el resto de las causas (con una participación relativa que no supera el 5%). En el trienio 2007-09, tanto la tasa de mortalidad ligada a las causas violentas como a los accidentes de transporte y al suicidio registran un ascenso (también coincidente con el detectado por Yunes y Zubarew (1999)), mientras que las relacionadas con las otras causas disminuyen<sup>41</sup>, por lo que la estructura por causas denota variaciones: violencia (54%), accidentes de transporte (19%), causas externas no intencionales (excepto accidentes de transporte) (15%) y las restantes causas, nuevamente, por una incidencia inferior al 5% cada causa en el total de defunciones evitables (Figura 5).

**Mujeres argentinas de 10-14 años:** Nuevamente, del mismo modo que Waisman (2002), las causas externas no evitables (salvo los accidentes de transporte), constituyen la primera causa de muerte en este grupo, al igual que los varones que transitan la denominada "adolescencia temprana". En el periodo 1997-99, éstas inciden en el 31% de las defunciones evitables, seguidas de las dolencias no transmisibles (25%), los accidentes de transporte (20%), las enfermedades transmisibles (13%) y el resto de las causas (con una participación relativa inferior al 10%). Con posterioridad a dicho trienio, la tendencia de la mortalidad por suicidio, complicaciones maternas y violencia acusa un incremento (que también es resaltado por Serfaty et al. (2003 y 2006)), aquella ligada a los accidentes de transporte y las causas externas no intencionales (exceptuando los accidentes de transporte) denota una reducción, en tanto que el nivel de la mortalidad asociada a las enfermedades

no transmisibles permanece constante<sup>42</sup> (Figura 5). Aunque estas variaciones en el nivel de mortalidad según causas derivan en cambios en la participación relativa de cada una de ellas respecto de la primera parte del periodo analizado, de la lectura de la Figura 5 puede inferirse que estos últimos no son significativos (salvo en el caso del suicidio, el cual prácticamente duplica su participación en el total de defunciones evitables, al pasar de 6% a 11%).

**Mujeres brasileñas de 10-14 años:** Tanto al inicio como al final del periodo analizado, la estructura de la mortalidad por causas de este grupo presenta similitudes con relación a la de Argentina, tal como se desprende de la Figura 5. Así, en el trienio 1997-99, ocupan el primer lugar las causas externas no intencionales (salvo accidentes de transporte) (25%), seguidas de los accidentes de transporte (23%), las enfermedades transmisibles (21%), aquellas catalogadas como no transmisibles (19%) y el resto de las causas (cuya participación no supera el 10% en ningún caso). En el trienio 2007-09, dados los cambios producidos en el nivel de la mortalidad asociado a las distintas causas<sup>43</sup> (que coinciden, en parte, con las conclusiones del trabajo de Waiselfisz (2011) y que se traducen en el incremento de las tasas de mortalidad vinculadas al suicidio, a la violencia y a las enfermedades no transmisibles y en la reducción de las relacionadas con el resto de las causas evitables), la estructura relativa se ve levemente modificada (accidentes de transporte (23%), enfermedades no transmisibles (22%), otras causas externas no intencionales (21%), enfermedades transmisibles (21%), enfermedades no transmisibles (19%), violencia (10%) y las demás causas (menos del 5%).

Como puede inferirse a partir de las

<sup>42</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,11 (violencia), 1,80 (suicidio), 0,96 (accidentes de transporte), 0,89 (otras causas externas no intencionales), 1 (enfermedades no transmisibles), 1,01 (enfermedades transmisibles) y 1,38 (complicaciones maternas).

<sup>43</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,03 (violencia), 1,21 (suicidio), 0,88 (accidentes de transporte), 0,75 (otras causas externas no intencionales), 1,08 (enfermedades no transmisibles), 0,84 (enfermedades transmisibles) y 0,83 (complicaciones maternas).

<sup>41</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,22 (violencia), 1,05 (suicidio), 1,12 (accidentes de transporte), 0,7 (otras causas externas no intencionales), 0,92 (enfermedades no transmisibles) y 0,73 (enfermedades transmisibles).



conclusiones vertidas en los dos párrafos anteriores, la participación de las muertes atribuidas a las complicaciones maternas no supera en ningún trienio el 1%, ni en Argentina ni en Brasil. Sin embargo, se debe destacar que, en el primer caso, la tasa asociada a las mismas sí experimenta un incremento entre los trienios analizados, a diferencia del segundo, en el cual evidencia una reducción (Figura 5).

**Mujeres argentinas de 15-19 años:** Aunque con algunas similitudes respecto de las comprendidas entre los 10 y 14 años de edad, la composición de las defunciones según las causas revela algunas diferencias que merecen ser comentadas. En el trienio 1997-99, las causas externas no intencionales (salvo los accidentes de tránsito) constituyen la primera causa de mortalidad evitable (30%) (lectura que se corresponde una vez más con la conclusión plasmada en Waisman (2002)). Continúan, de mayor a menor frecuencia de aparición, los accidentes de transporte (21%), las enfermedades no transmisibles (17%), el suicidio (12%) y las restantes causas (cuya participación no supera el 10%). Después de dicho trienio, con excepción de las categorías “enfermedades transmisibles” y “otras causas externas no intencionales” (cuyo nivel de mortalidad asociado experimenta una reducción), las tasas de mortalidad evidencian un aumento<sup>41</sup>, lo que determina que en el trienio 2007-09 se manifiesten algunas modificaciones respecto de la estructura inicial: las causas externas no intencionales (excepto accidentes de transporte) pasan a com-

partir el primer lugar del ranking con los accidentes de transporte, con una participación equivalente al 22% en cada caso; el suicidio y las enfermedades no transmisibles, por su parte, inciden, cada una, en el 17% de las muertes evitables; en tanto que el resto de las causas mantiene una participación inferior al 10% de las muertes evitables (Figura 5).

**Mujeres brasileñas de 15-19 años:** En este caso, en el trienio 1997-99, los accidentes de transporte constituyen la primera causa de muerte entre las mujeres de 15-19 años, con un peso relativo del 22%. Continúan, en ese orden, las enfermedades no transmisibles (18%), la violencia (17%), las demás causas externas no intencionales y las enfermedades transmisibles (ambas con una participación del 15% en el total de defunciones evitables). La incidencia de las restantes causas, en cambio, es inferior al 10% en cada caso. Entre el mencionado trienio y 2007-09, se registra un leve incremento (inferior al 5%) en el nivel de las defunciones ligadas a la violencia, al suicidio y a los accidentes de transporte (observado previamente por Waiselfisz (2011)), mientras que las tasas asociadas al resto de las causas logran decrecer<sup>42</sup>, cuestión que ocasiona una nueva estructura de la mortalidad por causas conformada del siguiente modo: accidentes de transporte (26%), violencia (19%), enfermedades no transmisibles (16%), enfermedades transmisibles (14%), otras causas externas no intencionales (10%) y resto de los causas (con una incidencia relativa inferior al 10% en cada caso) (Figura 5).

<sup>41</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,63 (violencia), 1,51 (suicidio), 1,1 (accidentes de transporte), 0,79 (otras causas externas no intencionales), 1,01 (enfermedades no transmisibles), 0,98 (enfermedades transmisibles) y 1,17 (complicaciones maternas).

<sup>42</sup> El rango de variación de las tasas asociadas a cada causa entre 1997-99 y 2007-09 es igual a: 1,63 (violencia), 1,51 (suicidio), 1,1 (accidentes de transporte), 0,79 (otras causas externas no intencionales), 1,01 (enfermedades no transmisibles), 0,98 (enfermedades transmisibles) y 1,17 (complicaciones maternas).

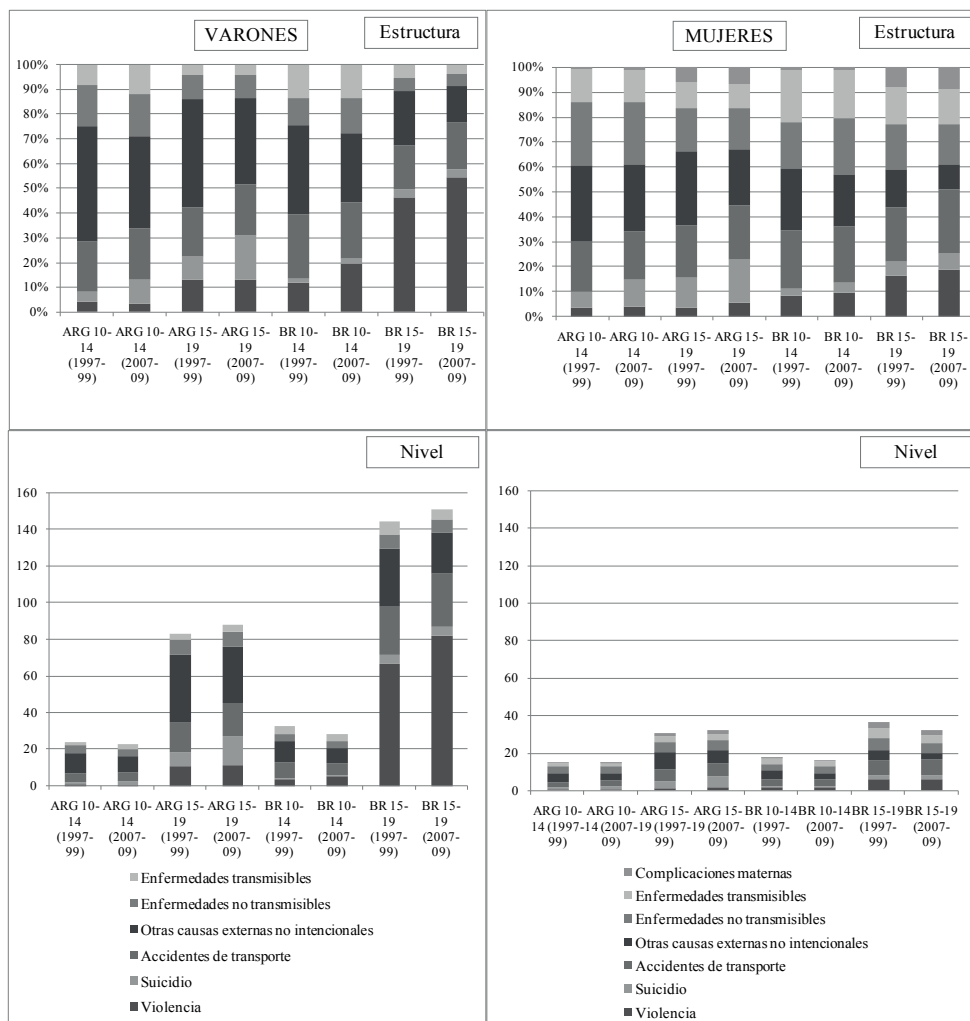


Figura 5 - Argentina y Brasil. Estructura y nivel de la mortalidad adolescente evitable por causas seleccionadas según sexo y grupo de edad. Periodo 1997-2009

Aclaraciones: 1. Las causas incluidas dentro de cada categoría se encuentran detalladas en el anexo al final del documento. 2. Las tasas de mortalidad se encuentran expresadas por 100.000 habitantes. 3. Se excluyen los fallecidos de sexo ignorado.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el INDEC, el DATASUS y el IBGE.

Una vez más, cabe resaltar el comportamiento de las muertes ligadas a las complicaciones maternas entre las mujeres de 15-19 años. En ambos países, dichas muertes coinciden en acusar una participación superior a la que se registra entre las mujeres de 10-14 años (1997-99: Argentina, 6%; Brasil, 8%; 2007-09: Argentina, 7%; Brasil: 9%)<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Según los resultados presentados en el trabajo de Siqueira y Tanaka (1986), similar participación registran en 1980 las defunciones debidas a complicaciones maternas. En efecto, éstas representan el 6,14% de muertes contabilizadas entre las mujeres de 15-19 años.

No obstante dicha coincidencia, la tendencia que la tasa de mortalidad ligada a esta causa describe entre los trienios estudiados difiere entre uno y otro país: en efecto, mientras que en Argentina dicha tasa denota un incremento, en Brasil consigue reducirse (Figura 5).

Finalmente, dada la importancia de las muertes vinculadas a causas externas no intencionales distintas a los accidentes de transporte, se presenta la Figura 6, a partir del cual se intenta

identificarlas, tanto en Argentina como Brasil. En el primer caso, en 1997-99, figuran, como más frecuentes, los eventos de intención indeterminada (43,3%), los que se ven desplazados posteriormente hacia el segundo lugar en el trienio 2007-09 (27,9%), cuando el ahogamiento y la sumersión accidentales, que ocupan el tercer lugar en el comienzo

del periodo analizado (13,8%), pasan liderar este grupo de causas (35,3%). El resto de la estructura se completa con la exposición accidental a factores no especificados (que ocupan el segundo lugar en el trienio 1997-99); la exposición a fuerzas mecánicas inanimadas; la exposición al humo, al fuego y a las llamas y las restantes causas.

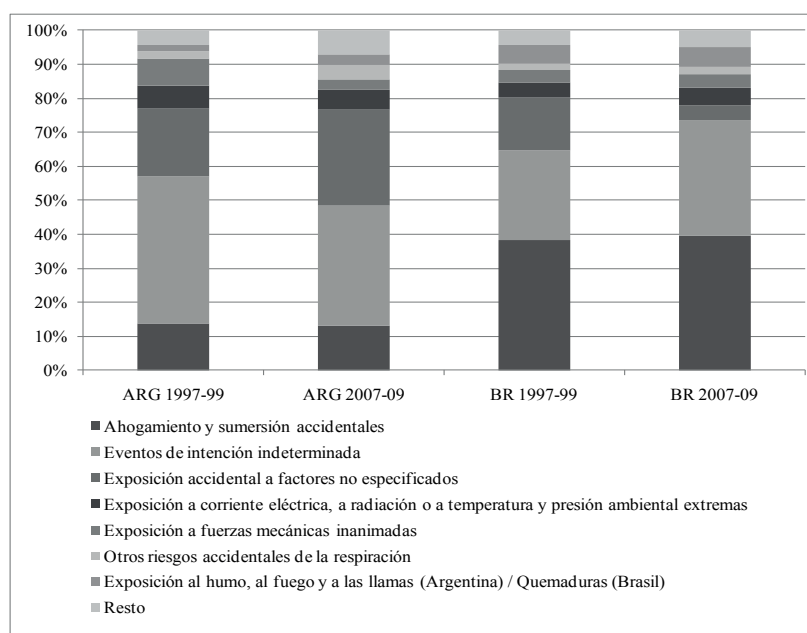


Figura 6 - Argentina y Brasil. Estructura de la mortalidad adolescente evitable según otras causas externas no intencionales. Periodo 1997-2009

Aclaración: Se excluyen los fallecidos de sexo ignorado.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el DATASUS.

Por el contrario, en Brasil, el ahogamiento y la sumersión accidentales ocupan el primer lugar entre las causas externas no intencionales (sin considerar los accidentes de tránsito) en los dos trienios analizados, representando el 38,3% y el 39,6% al inicio y fin del periodo estudiado, respectivamente. El segundo lugar corresponde a los eventos de intención indeterminada (26,4% y 34,2% en las distintas mediciones), seguidos, en el periodo 1997-99, de la exposición accidental a factores no especificados (15,6%) (la cual logra reducir considerablemente su participación en el trienio 2007-09, al descender al

4,1%). La estructura se completa con las restantes causas, cuya incidencia no excede el 6% en ninguno de los casos (Figura 6).

## 5 Consideraciones finales

Al igual que las conclusiones obtenidas por Viner y colaboradores para América Central y del Sur, los resultados de este trabajo revelan que, en los últimos decenios, la mortalidad de los adolescentes de Argentina y Brasil ha sido, en cierta forma, “desatendida” en relación a la de las primeras edades. En efecto, si bien el nivel de mortalidad

experimenta una tendencia al descenso, con independencia de la edad, en este grupo lo hace a un ritmo más lento que en el resto de la niñez, especialmente en el caso de los varones. Estas coincidencias son más evidentes en el caso brasileño, ya que en Argentina, las variaciones se producen generalmente con menor intensidad, hecho que guarda estrecha relación con la etapa de los procesos de transición demográfica y epidemiológica por que la que atraviesan los mencionados países.

Otra cuestión importante señalada en la presente investigación refiere a que, al final del periodo analizado, si bien las tasas de mortalidad del grupo de varones de 15-19 años no llegan al valor de 1 por 1000 habitantes, al compararlas con las correspondientes a la población de 1-4 años, se observa que las primeras superan a las segundas. Sin dudas, este cambio en la estructura de la mortalidad obedece a los esfuerzos sanitarios realizados por ambos países en la reducción de las defunciones en los primeros años de vida, los cuales han derivado en logros trascendentales que ponen en evidencia la eficiencia de las políticas públicas implementadas, aún en contextos socioeconómicos adversos. Sin embargo, como contracara de estos avances, dicho cambio revela también un insuficiente cuidado de la salud de los adolescentes.

Del mismo modo que las políticas públicas hacen foco en la atención de los niños durante las primeras edades, la realidad observada sugiere incorporar además planes y programas cuyo interés principal consista en la reducción de la mortalidad en la adolescencia. ¿Cuáles son las cuestiones detectadas en el presente trabajo que colaborarían con la consecución de este objetivo? Un repaso por el mismo permite sintetizarlas de la siguiente manera:

- Una alta proporción de muertes evitables en el periodo 1997-2009, que, si bien logra cierta reducción a lo largo del tiempo, hacia el trienio 2007-09 arroja los mismos valores iniciales, y peor aún, con una tendencia al ascenso, lo que implica un retroceso en términos de salud pública, especialmente en Brasil.
- Los niveles de la mortalidad evitable son de magnitud considerable entre los varones de 15-19 años, sobre todo en Brasil.
- Una tendencia a reducir las inequidades geográficas en el nivel de la mortalidad por causas evitables. No obstante, contrario a lo que se esperaría (la disminución de las diferencias en función de la reducción de la mortalidad en las regiones más afectadas, producto de una focalización de las acciones) ocurre exactamente lo contrario: un aumento en las tasas de mortalidad en las regiones que exhiben inicialmente los menores niveles de defunciones, lo que resulta en un país más “homogéneo en muertes evitables” hacia el final del periodo estudiado.
- Respecto a las causas de muerte, algunas de ellas pierden peso relativo en tanto que otras lo incrementan:
  - Entre los varones de Argentina, se registra un aumento en la participación relativa de la mortalidad debida al suicidio, particularmente en el grupo 15-19 años. Las enfermedades no transmisibles muestran, igualmente, un incremento relativo.
  - Entre los varones de Brasil, el aumento se observa en las muertes por causas violentas, las cuales llegan a representar más del 50% de las defunciones en el grupo de 15-19 años. Aumentan también, como en el caso de Argentina, las muertes por enfermedades no transmisibles.
  - Entre las mujeres argentinas, del mismo modo que en el caso de los varones, aumenta la incidencia relativa del suicidio, especialmente

en el grupo 15-19, además de los accidentes de transporte. Simultáneamente, entre las de 10-14 años, asciende el nivel de la mortalidad vinculada a las enfermedades transmisibles y a las complicaciones maternas.

- Entre las brasileras de 10-14 años, aumenta la mortalidad por violencia, suicidio y enfermedades no transmisibles, en tanto que la relacionada con el resto de las causas disminuye.
- Entre las brasileras de 15-19 años, se registran incrementos en la tasa de mortalidad ligada a las causas violentas, el suicidio y los accidentes de tránsito.
- Por último, en los dos países, las muertes por causas externas no intencionales manifiestan una participación importante. Entre las de más frecuente ocurrencia, figuran aquellas producidas por ahogamiento y sumersión accidentales y las que deben su origen a “eventos de intención indeterminada”.

En resumen, y consonancia con las conclusiones de investigaciones precedentes, los resultados de este trabajo indican que las causas externas constituyen las causas de mayor peso en el total de muertes registradas entre los adolescentes, destacándose aquellas vinculadas con los hechos violentos, los suicidios y los accidentes de transporte, todas ellas consideradas un tema central en materia de salud pública según la Organización Mundial de la Salud. Se reconoce además, que si bien responden a causas de muerte prevenibles, las mismas se producen como consecuencia de la interacción de diversos factores (individuales y colectivos, psicológicos, socioeconómicos, culturales y ambientales), por lo que las acciones dirigidas a contrarrestarlas son manifiestamente más complejas que aquellas que buscan la reducción de enfermedades.

Asimismo, deben considerarse las limitaciones que presenta la información disponible. En este sentido, si bien en cada país es posible realizar estimaciones de los niveles de omisión de las defunciones como un único agregado nacional, no resulta sencillo aproximar estos niveles si dichas defunciones son desagregadas según la causa que las produce, o bien, de acuerdo al sexo, la edad, el nivel socioeconómico, la etnia o la región de residencia de los fallecidos. Esta realidad dificulta el cálculo de medidas más precisas (acompañadas por sus respectivos intervalos de confianza) susceptibles de posibilitar un mayor acercamiento a la realidad que se pretende investigar.

A pesar que las cuestiones comentadas justificarían las dificultades que enfrentan Argentina y Brasil para reducir las muertes atribuidas a las causas externas, ellas no les restan responsabilidad, ya que ambos países se han comprometido a combatir todas las defunciones que, susceptibles de ser evitadas, impiden el efectivo goce de los derechos humanos. De manera que la falta de atención hacia los adolescentes, y en especial, a las causas que producen la mayoría de las muertes que tienen lugar en este grupo atenta contra la igualdad de oportunidades en el ejercicio de tales derechos, y configura, por lo tanto, una expresión de injusticia social pendiente de ser suprimida mediante acciones integrales originadas en el seno de los Estados que se comprometen a respetarlos, protegerlos y garantizarlos en contextos de equidad.

## Referencias

ÁLVAREZ, M. y GONZÁLEZ, L. **Curso de Mortalidad**. Notas de Cátedra de Mortalidad en el marco de la Maestría en Demografía. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.

Argentina. 2007.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) y COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) - CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE). **La transición demográfica en América Latina**. Santiago. Chile. 2000. Disponible en: [http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE\\_SitDemTransDemDoc00e.html](http://www.eclac.org/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html). Acceso 10 de septiembre de 2010.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) - CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) - División de Población de la CEPAL. **Observatorio Demográfico N° 4**. Santiago. Chile. 2007.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) - CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) - División de Población de la CEPAL. **Boletín Demográfico N° 74**. Santiago. Chile. 2004.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS) DE BRASIL. **Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de 5 a 74 anos**. Disponible en: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>. Acceso 10 de abril de 2012.

FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF, por sus siglas en inglés). **Estado Mundial de la Infancia 2011**. Nueva York. 2011.

LOLIO, C., SANTO, A. y BUCHALLA, C. Mortalidad de adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985. Magnitude e tendências. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 24: 481-9, 1990.

MADDALENO, M., MORELLO, P., INFANTE ESPÍNDOLA, F. Salud y

desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. **Salud Pública de México**, 45 suplemento 1: S132-S139, 2003. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15454.pdf>. Acceso 12 de abril de 2012.

SERFATY, E., ANDRADE, J., FOGLIA, V., MASAÚTIS, A. y NEGRI, G. Suicidio en Adolescentes y Jóvenes de 10-24 años. Argentina, 1991-2000. **Revista APSA Sinopsis**, 22 (42): 16-21, 2006.

SERFATY, E., FOGLIA, V., MASAÚTIS, A. y NEGRI, G. Mortalidad por causas violentas en adolescents y jóvenes de Argentina, 1991-2000. **Vertex**, 14 (2): 40-8, 2003.

SIQUEIRA, A. de y TANAKA, A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 20: 274-9, 1986.

VINER, R., COFFEY, C., COLIN, M., BLOEM, P., COSTELLO, A., SANTELLI, J. y PATTON, G.. 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. **Lancet**, 377: 1162-74, 2011. Disponible en: <http://www.thelancet.com/>. Acceso 17 de abril de 2012.

WAISELFISZ, J. **Mapa da violência 2011: Os jovens do Brasil**. Instituto Sangari, Ministério da Justiça. 2011. Disponible en: <http://www.mapadaviolencia.org.br>. Acceso 21 de diciembre de 2012.

\_\_\_\_\_. **Mapa da violência 2008: Os jovens da América Latina**. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana (RITLA), Instituto Sangari, Ministério da Justiça a. 2008. Disponible en: <http://www.mapadaviolencia.org.br>. Acceso 2 de enero de 2013.

WAISMAN, I. Los pediatras argentinos y las lesiones no intencionales en la

infancia. **Archivos argentinos de pediatría**, 100 (4): 275-7, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The global burden of disease: 2004 update**. Suiza. 2008.

YUNES, J. y ZUBAREW, T. Mortalidad por causas violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2 (3), 1999.

## Anexo

Grupos de causas según Viner et al.	Causas incluidas consideradas evitables según el SUS de Brasil
Violencia	Agresiones; Intervenciones legales y operaciones de guerra
Suicidio	Lesiones autoprovocadas intencionalmente
Accidentes de transporte	Accidentes de transporte
Otras causas externas no intencionales	Quemaduras; Ahogamiento y sumersión accidentales; Exposición al humo, al fuego y a las llamas; Envenenamiento (intoxicación) accidental por exposición a sustancias nocivas; Accidentes ocurridos en pacientes durante la prestación de cuidados médicos o quirúrgicos, reacción anormal en pacientes o complicación tardía causadas por procedimientos quirúrgicos y otros procedimientos médicos sin mención del accidente al tiempo del procedimiento; Incidentes adversos durante los diagnósticos o terapias asociadas al uso de dispositivos médicos; Exposición a fuerzas mecánicas inanimadas; Exposición a fuerzas mecánicas animadas; Otros riesgos accidentales de la respiración; Exposición a corriente eléctrica, a radiación y a temperatura y presión extremas del ambiente; Contacto con una fuente de calor y con sustancias calientes; Contacto con animales y plantas venenosas; Exposición a fuerzas de la naturaleza; Exposición accidental a otros factores no especificados; Efectos adversos de drogas, medicamentos o sustancias biológicas usadas con finalidad terapéutica; Eventos (o actos) cuya intención es indeterminada
Enfermedades no transmisibles	Neoplasia maligna del labio, melanoma maligno de la piel u otras neoplasias malignas de la piel; Neoplasia maligna del hígado y de las vías biliares intra-hepáticas; Neoplasia maligna del estómago; Neoplasia maligna del colon, de la unión retosigmoidea, del recto, del ano o del canal anal; Neoplasia maligna de la boca, de la faringe y de la laringe; Neoplasia maligna del esófago; Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y de los pulmones; Neoplasia maligna de la mama; Neoplasia maligna del cuello del útero; Neoplasia maligna de los testículos; Neoplasia maligna de la glándula tiroideas; Dolencia del Hodkin; Leucemia linfóide; Leucemia mieloide; Tirotoxicosis, hipertiroidismo y deficiencias de yodo; Diabetes mellitus; Obesidad; Psicosis alcohólica y otros trastornos del alcohol; Epilepsia y estado de mal epiléptico; Dolencias hipertensivas, excepto hipertensión secundaria; Dolencias isquémicas del corazón; Aterosclerosis; Insuficiencia cardíaca; Dolencias cerebrovasculares; Dolencias crónicas de las vías aéreas inferiores y edema pulmonar, no especificado de otra forma; Úlcera gástrica, duodenal; péptica de localización no especificada y gastroyenal; Apendicitis aguda; Dolencias pulmonares debidas a agentes externos; Hernias, ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia; Trastornos de la vesícula biliar y de las vías biliares; Insuficiencia renal crónica
Enfermedades transmisibles	Tuberculosis miliar; Tétanos obstétrico; Tétano; Difteria; Coqueluche; Poliomieltis aguda; Sarampión; Rubeola; Hepatitis aguda B; Meningitis por Hemofilos; Tuberculosis respiratoria, con confirmación bacteriológica e histológica; Tuberculosis de las vías respiratorias, sin confirmación bacteriológica o histológica; Tuberculosis de otros órganos; Secuelas de tuberculosis; Dolencias infecciosas intestinales; Dolencias por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), Hepatitis virales (excepto Hepatitis aguda B); Sífilis, gonorreas y otras dolencias sexualmente transmisibles; Dolencias inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos; Fiebre reumática aguda y dolencias reumáticas crónicas del corazón; Infecciones respiratorias, inclusive neumonía e influenza; Infecciones de la piel o del tejido subcutáneo, excepto síndrome de la piel escaldada estafilocócica del recién nacido e impetigo; Infección del tracto urinario de localización no especificada; Otras dolencias de notificación compulsiva; Otras infecciones
Complicaciones maternas	Complicaciones del embarazo, parto o puerperio, excepto las vinculadas a la asistencia materna por otras complicaciones ligadas predominantemente al embarazo

Causas evitables del SUS de Brasil según grupos de causas utilizados en Viner y colaboradores (2011)  
Fuente: Elaboración propia con base en Viner et al. (2011), OMS (2008) y lista de causas de muertes evitables útil