



ALAP 2020

IX Congreso de la Asociación
Latinoamericana de Población



9 a 11 diciembre

EL ROL DE LOS ESTUDIOS DE POBLACIÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19 Y
EL DESAFÍO DE LA IGUALDAD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Santomaso, Carla Agustina- Maestría Demografía Social UNLu

agustinasantomaso@gmail.com

Sobre-mortalidad masculina en la Ciudad de Buenos Aires: un análisis por grupos de edad y causas de muerte en el periodo de 2016-2018

Resumen

Actualmente la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los varones en todos los países del mundo; sin embargo, mientras en los países menos desarrollados la diferencia va en aumento, en los países más desarrollados la mortalidad por sexos muestra una tendencia a la convergencia (Naciones Unidas, 2020; Vallin y Meslé, 2004).

Este trabajo aborda la estructura de la mortalidad de la Ciudad de Buenos Aires enfocándose en los diferenciales por sexo. Si se compara con el total nacional, la Ciudad de Buenos Aires se caracteriza por presentar un perfil demográfico con fuerte envejecimiento poblacional, baja fecundidad y alta esperanza de vida al nacer. La pregunta que guía esta investigación es en qué grupos etarios y debido a qué causas mueren antes los varones en relación a las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo de este trabajo es estimar la sobre-mortalidad masculina en los distintos tramos etarios y por grupo de causas de muerte en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2016-2018 y su evolución respecto al periodo 2001-2003. Para alcanzar estos objetivos se trabajará con tasas de mortalidad específicas por grupo de edad y causa para cada sexo en la ciudad en dichos trienios. La sobremortalidad masculina se calculará como razón y diferencia de tasas de mortalidad específicas por edad.

Para la construcción de las tasas los datos del numerador fueron tomados de las defunciones de estadísticas vitales provistas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2020), se calculó como promedio de los trienios 2016-2018 y 2001-2003 como mecanismo de suavizamiento. Respecto a los denominadores, se tomaron las proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2013a) para el año 2017 y de la Dirección de Estadísticas y Censo de la Ciudad de Buenos Aires (DEyC, 2020) para el año 2002.

Los resultados muestran una estructura de mortalidad madura, con forma de J. La sobremortalidad masculina se registra en todos los grupos etarios. En el grupo de 15 a 34 años se registra la mayor sobremortalidad en términos relativos, con fuerte peso de mortalidad por causas externas. En las edades adultas, entre los 35 y los 64 años, las enfermedades del sistema circulatorio predominan entre varones y registran alta sobremortalidad masculina; mientras que el perfil de mortalidad femenina muestra mayor peso en tumores, con sobre-mortalidad femenina por esta causa en el tramo de 35 a 54 años. Entre los mayores de 75 años los diferenciales por sexo disminuyen, se observa un aumento de las enfermedades transmisibles, las demás causas y del sistema respiratorio junto con una disminución de los tumores.

Introducción

Desde sus inicios el campo demográfico observó que la mortalidad se comporta de manera diferencial según sexos. Fue con la aceleración del aumento de la esperanza de vida y el aumento de la brecha entre sexos en el siglo XX en los países desarrollados que el fenómeno de sobre-mortalidad masculina ganó la atención de investigadores.

En la actualidad se estima que todos los países de mundo registran esperanzas de vida mayores en mujeres que en varones. Esta tendencia parece evolucionar a la convergencia en países desarrollados. Sin embargo, la magnitud de los diferenciales por sexo, cómo se distribuyen por edad y sus causas son diferentes en distintas poblaciones y se modifican con distintos perfiles de mortalidad.

¿Cómo se presenta el fenómeno de sobre-mortalidad masculina en la Ciudad de Buenos Aires?, ¿en qué tramos de edad y debido a qué causas mueren antes los varones que las mujeres?, ¿cómo es la evolución de esta tendencia? Son las preguntas que guían este trabajo.¹ Para abordarlas se presenta en primer lugar algunos antecedentes en relación a los diferenciales de sexo en la mortalidad a nivel mundial, las particularidades de la región y la ciudad. Luego se

¹ Este trabajo forma parte de los avances preliminares de la Tesis de Maestría en Demografía Social de la Universidad Nacional de Luján.

presenta las fuentes y metodologías utilizadas. En cuanto a los resultados, en primer lugar, se presenta una descripción de la mortalidad en la ciudad por tramos de edad comparando varones y mujeres y se incluye el análisis por causas; en segundo lugar, se presentan los indicadores de sobre-mortalidad masculina, también por tramos de edad y grandes causas y su evolución en relación al periodo 2001-2003. Para concluir se dejan planteados algunos interrogantes para profundizar este análisis.

Antecedentes

En la actualidad en todos los países del mundo la esperanza de vida al nacer es mayor para mujeres que para varones (Naciones Unidas, 2020). Durante buena parte del siglo XX el aumento de la esperanza de vida fue acompañado por una ampliación de la brecha entre sexos, la esperanza de vida de mujeres crecía más rápido que la de los varones. En la última década del siglo XX algunos países desarrollados comenzaron a mostrar un estancamiento y disminución de la brecha entre sexos (Naciones Unidas, 2020; Vallin y Meslé, 2004).

En el campo demográfico se alegan componentes biológicos, culturales y sociales al fenómeno de sobre-mortalidad masculina. En cuanto al componente biológico, diversos estudios mencionan el rol de la genética, las hormonas y los sistemas inmunológicos en las diferencias entre sexos. Entre los componentes sociales y culturales se señalan: mayores riesgos de muerte de varones a causas externas, especialmente accidentes y muertes violentas; mayor exposición a conductas nocivas, sobre todo hábito tabáquico, pero también consumo de alcohol, dietas con alto contenido graso y mayor estrés; así como menor contacto con los sistemas de salud (Luy, 2003; Kruger y Nesse, 2006).

Lopez (2005) centrándose en los países industrializados observa que el fenómeno de ampliación de los diferenciales de mortalidad por sexos en el siglo XX fue el resultado de una combinación de tendencias: si el control de las enfermedades infecciosas implicó un aumento de la esperanza de vida para ambos sexos, la reducción de la mortalidad materna y el aumento de la mortalidad por accidentes y muertes violentas profundizó la brecha. Hacia la década del '60 la sobre-mortalidad masculina se profundizaba por un exceso de muertes de varones en enfermedades del sistema circulatorio, en parte cosechado por lo que se denominó la epidemia del tabaco.

El estancamiento de esta tendencia en países desarrollados parece asociada a un mayor control de las enfermedades del sistema circulatorio en varones, en algunas poblaciones menor mortalidad por causas externas (especialmente la mortalidad ocupacional e incidentes viales);

así como un deterioro relativo de la mortalidad de las mujeres por hábitos históricamente asociado a varones, especialmente el consumo de tabaco (Lopez 2005; Vallin y Meslé, 2004). Sin embargo, tal como señala en el último informe de Naciones Unidas (2020), los diferenciales en la esperanza de vida por sexo evolucionan diferente en las distintas regiones del mundo. El retroceso en estos diferenciales en Europa, Norte América, Australia y Nueva Zelanda, convive con un aumento de los diferenciales en Asia y África Subsahariana. Cabe destacar que América Latina es la región con mayor diferencial por sexo, con tendencia al estancamiento en 6,5 años según las estimaciones de este organismo.

En algunos países de América Latina se observa un deterioro relativo de la mortalidad femenina: en el caso de México González-Peréz y otros (2017) registran un reciente aumento de las muertes violentas en los años de esperanza de vida perdidos de las mujeres. El aumento del tabaquismo también impacta en la mortalidad femenina en los países de la región, así lo señalan los trabajos de Corrales Martín y otros (2010) y Tumas y Pou (2017) para Cuba y Argentina respectivamente.

En Argentina los diferenciales por sexo muestran un retroceso en las últimas estimaciones del INDEC (2013b): desde la década del '80 los diferenciales estaban por encima de 7 años, en las últimas estimaciones disponibles, 2008-2010, la brecha retrocede levemente a 6,7 años. Las diferencias por sexo en los niveles de mortalidad se explican en primer lugar por el exceso de mortalidad por causas externas y, en segundo lugar, por enfermedades del sistema circulatorio (Battocchio, 2017; Santomaso, 2019).

Haciendo foco en la Ciudad de Buenos Aires esta se caracteriza por un avanzado proceso de transición demográfica respecto del total nacional. Sobre los diferenciales en la esperanza de vida de la ciudad Grushka (2010) señala que el temprano aumento de este indicador, se combinó con un aumento de la brecha entre sexos: a fines del siglo XIX la esperanza de vida de los varones era 3,6 años menor que las mujeres, a partir de la década del '70 del siglo XX se estabiliza la brecha por encima de los 7 años. Es interesante que el autor establece como hipótesis a futuro una brecha constante en 7,5 años. Según las tablas de mortalidad elaboradas por el INDEC (2013b) para el periodo 2008-2010 la brecha entre la esperanza de vida de varones y mujeres retrocede a 6,3 años. Caviezel (2008) agrega a este análisis que la razón de sobre-mortalidad masculina crece con la edad: se ensancha marcadamente a partir de los 50 años, cuando analiza su evolución en la ciudad entre 1947 y 2001.

Planteo del problema

Este trabajo aborda la estructura de la mortalidad de la Ciudad de Buenos Aires enfocándose en los diferenciales por sexo. Como se mencionó, la Ciudad de Buenos Aires se caracteriza por presentar un perfil demográfico y epidemiológico diferencial al resto de Argentina: registra un fuerte envejecimiento poblacional y baja fecundidad, con alta esperanza de vida al nacer. Es una jurisdicción netamente urbana y la más densamente poblada del país. Alberga fuerte concentración de recursos económicos y sanitarios y profundas desigualdades sociales y urbanas. El avanzado descenso de la mortalidad invita a pensar cómo se manifiestan las diferencias de sexo en este proceso. La pregunta que guía esta investigación es en qué grupos etarios y debido a qué causas mueren antes los varones en relación a las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2016-2018 y cómo evolucionó este fenómeno desde el inicio del siglo XXI.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es estimar la sobre-mortalidad masculina en los distintos tramos etarios y por grupo de causas de muerte en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2016-2018 y su evolución respecto al periodo 2001-2003.

Material y métodos

Para alcanzar este objetivo se presenta en primer lugar, un análisis de las tasas de mortalidad específicas por grupo de edad y por grandes grupos de causas para cada sexo en el periodo 2016-2018 y su evolución respecto a 2001-2003. Luego se describe la sobre-mortalidad masculina a través de la diferencia y la razón de tasas de mortalidad específicas por edad y por grupos de causas.

Debido a que la desagregación por edad, sexo y causa puede llevar a cambios anuales producto de la aleatoriedad del fenómeno se realizará un promedio trienal de las defunciones como mecanismo de suavizamiento. Para la construcción de tasas de mortalidad los datos del numerador fueron tomados de las defunciones de estadísticas vitales provistas por la DEIS (2020). Respecto a los denominadores se utilizaron las proyecciones de población elaboradas por el INDEC (2013a) para el año 2017 y las publicadas por la DEyC (s/ref) para el año 2002. Para calcular el denominador de los menores de un año se tomó un promedio de los nacidos vivos de cada año y el año anterior (2015 y 2016; 2001 y 2002) y se le aplicó la probabilidad de supervivencia del primer año de vida (${}_0P_b$) según la tabla de vida de cada sexo publicada por el INDEC para los años 2000-2001 y 2008-2010 (INDEC s/ref, 2013b). El grupo de 1 a 4 años se calculó como la diferencia entre las proyecciones de población del grupo de 0 a 4 años y la estimación propia de menores de 1 año.

Respecto al agrupamiento de causas de defunción se utiliza el listado de grandes causas de OPS 6/67 (OPS, 2002). Para el agrupamiento por tramos de edad se tomó como referencia un informe de la DEyC (2011), estos intervalos de edad facilitan el análisis y la presentación de resultados.

Resultados

Un primer acercamiento a la mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires a través de las tasas de mortalidad específicas por edad muestra un patrón de mortalidad con forma de J, con bajos niveles de mortalidad infantil, un descenso en la mortalidad en los grupos de 1 a 14 años y un aumento a partir de los 15 años. Entre los 15 y los 34 años este aumento es más pronunciado en varones que en mujeres. En todos los tramos de edad la mortalidad de los varones es más alta que las mujeres.

En el gráfico 1 se observa las tasas de mortalidad de varones y mujeres se los periodos 2001-2003 y 2016-2018 para la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 1. Tasas de mortalidad (m) por mil habitantes por grupos de edad en la Ciudad de Buenos Aires. Varones y Mujeres. Trienios 2001-2003 y 2016-2018.



Fuente: DEIS (2020), INDEC (2013a); y DEyC GCBA (s/ref).

Desde el inicio del siglo la mortalidad ha descendido en ambos sexos. En el caso de las mujeres se registran descensos en la mortalidad de menores 5 años y entre los 15 y 54 años. Entre las

de 75 años y más la mortalidad ha aumentado, afectado por la estructura etaria al interior de este tramo etario. Entre los varones se registran descensos en todas las edades, los más profundos en la mortalidad infantil y en las edades adultas: entre los 35 y 74 años. Es interesante que en el caso de los varones menores de 15 años las reducciones en la mortalidad establecen una mortalidad en el periodo 2016-2018 menores a los valores que registran las mujeres en el periodo 2001-2003; en el caso de los grupos de edad mayores de 15 años las reducciones de mortalidad de los varones no alcanzan los valores de mortalidad de las mujeres a principio de siglo.

Avanzando en el análisis por causas, un primer indicador a analizar es la mortalidad proporcional por grupos de edad. Como se observa en el gráfico 2, en los menores de un año más de la mitad de las defunciones se explica por afecciones del periodo perinatal, tanto en varones como en mujeres. Entre el año y los 14 años, donde la mortalidad es baja, el grupo demás causas tiene el mayor peso en términos relativos representando cerca de la mitad de las muertes. En estos grupos etarios las diferencias por sexo son bajas.

En el grupo de 15 y los 34 años las muertes por causas externas son las de mayor porcentaje, representan la mitad de las defunciones en varones y el 27% en mujeres. En este grupo de edad un 20% de las muertes de mujeres son por tumores, frente el 10% de las defunciones de varones.

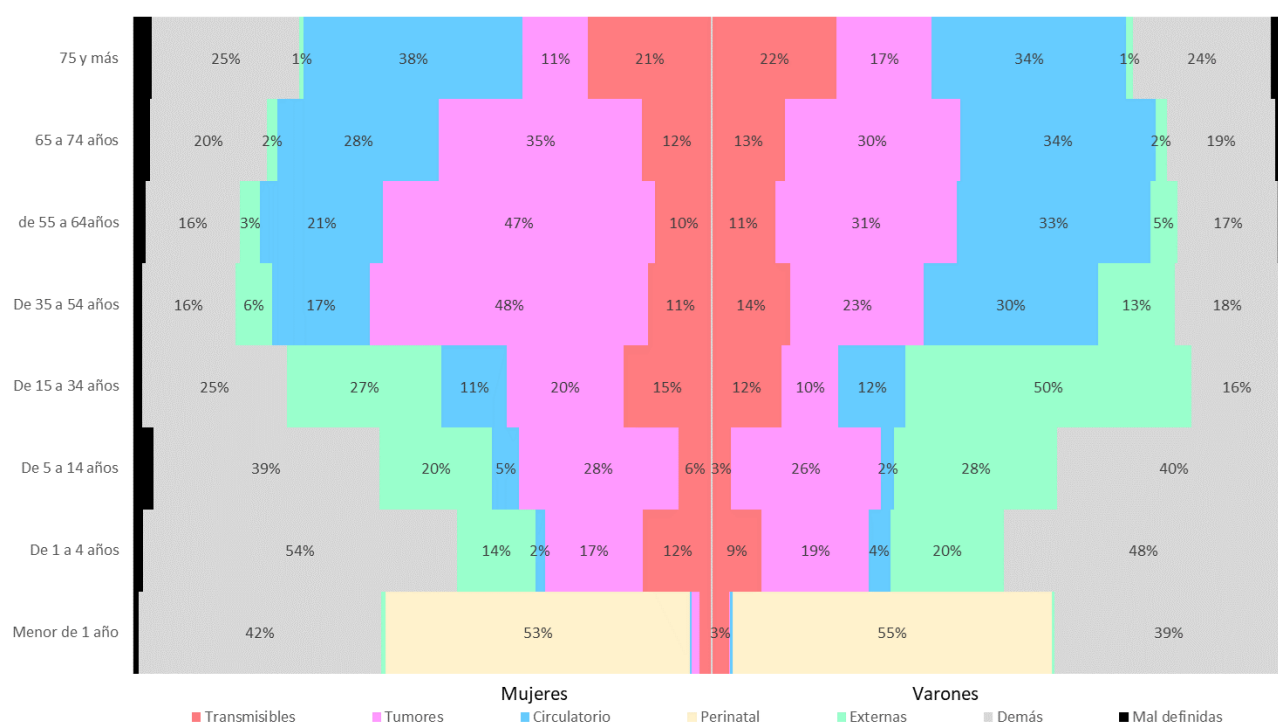
Entre los 35 y 64 años cerca de la mitad de las muertes de mujeres se explica por tumores, que entre los varones representa el 28%. El mayor porcentaje de muerte de varones se debe a enfermedades circulatorias (32%), que en las mujeres es más bajo (19%). Las causas externas se reducen en ambos sexos.

En el grupo de 65 a 74 años las mujeres registran más peso de los tumores que los varones; las enfermedades del sistema circulatorio crecen en peso relativo de las muertes femeninas, pero siguen siendo menores a la de los varones.

En el grupo más añoso aumenta el peso de las enfermedades del sistema circulatorio en ambos sexos. Se observa cierta inversión de las tendencias registradas en la adultez, el peso de las enfermedades circulatorias es mayor en mujeres que en varones; mientras que el peso relativo de los tumores decrece en ambos sexos, y es en varones superior al de las mujeres. Crecen, con similar peso relativo en ambos sexos, las demás causas y las enfermedades transmisibles².

² Téngase en cuenta que en el grupo de enfermedades transmisibles se incluyen las enfermedades infecciosas, vectoriales y parasitarias e incluye las enfermedades respiratorias agudas, como la influenza.

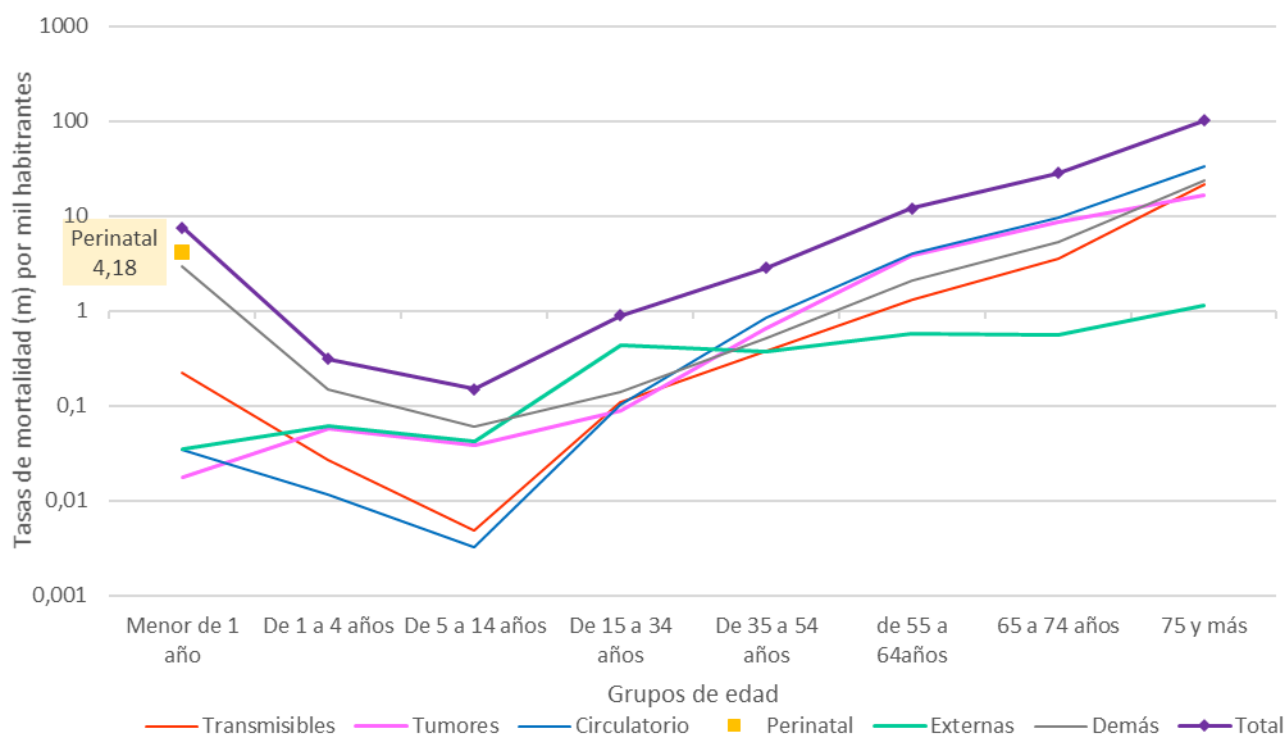
Gráfico 2. Mortalidad proporcional según grupos de edad y sexo. Ciudad de Buenos Aires. Trienio 2016-2018.



Fuente: DEIS (2020)

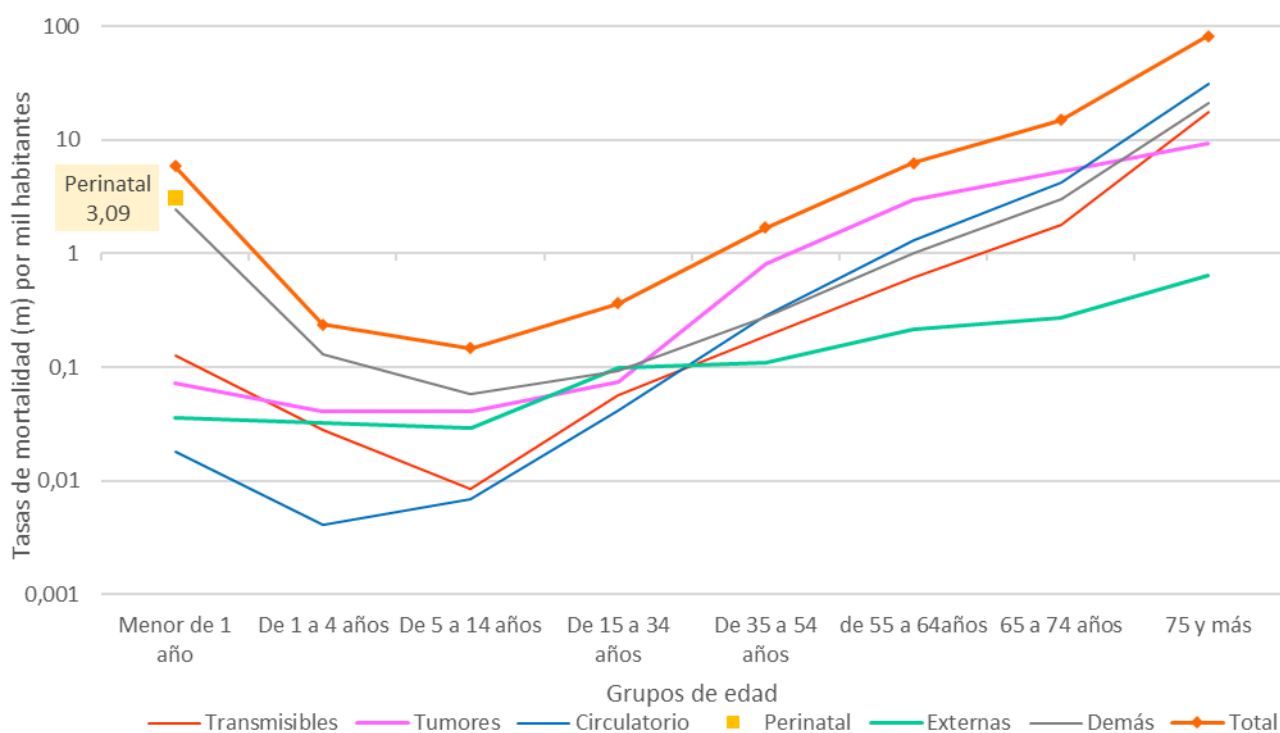
Si bien la mortalidad proporcional permite esbozar perfiles de mortalidad por edad, no dan cuenta del riesgo de mortalidad y la magnitud de las defunciones. Conviene agregar las tasas específicas de mortalidad al análisis de las causas. En los gráficos 3 y 4 se observa que no todas las curvas de tasas de mortalidad asumen un comportamiento en forma de J. En el caso de los varones, la mortalidad por causas externas muestra un comportamiento diferenciado: aumenta el riesgo de la mortalidad por causas externas entre los 15 y los 34 años, donde el riesgo es mucho mayor a otros grupos de causas; desciende levemente en el grupo de 35 a 54 años; y aumenta a un ritmo menor que la mortalidad general en los grupos etarios más añosos. El riesgo de muerte por enfermedades del sistema circulatorio es bajo hasta los 15 años cuando aumenta exponencialmente, a partir de los 35 años se convierte en el grupo con mayor mortalidad. La tasa de mortalidad por tumores se encuentra, a partir de los 15 años, con valores levemente inferiores y siguiendo el mismo comportamiento que las enfermedades del sistema circulatorio, y en el último tramo de edad desacelera el crecimiento. Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles ocupan el tercer lugar de la mortalidad en menores de un año, en el grupo de 15 a 34 años tiene valores similares a las muertes por enfermedades circulatorias y por tumores; entre los 35 y los 64 años el crecimiento de la tasa de mortalidad por estas causas es más lento que la mortalidad total, pero acelera su crecimiento en el último tramo de edad.

Gráfico 3. Tasas de mortalidad (m) específica por grupos de edad según grandes causas cada mil habitantes. Varones. Ciudad de Buenos Aires. Trienio 2016-2018.



Fuente: DEIS (2020) – INDEC (2013a)

Gráfico 4. Tasas de mortalidad (m) específica por grupos de edad según grandes causas cada mil habitantes. Mujeres. Ciudad de Buenos Aires. Trienio 2016-2018.



Fuente: DEIS (2020) – INDEC (2013a)

En el caso de las mujeres las curvas por causas también asumen comportamientos diferentes a la curva de mortalidad total. Los tumores muestran un comportamiento amesetado hasta los 34 años. A partir de los 35 años el riesgo crece a un ritmo mayor que la mortalidad total siendo el grupo de causas que mayor mortalidad acumula entre los 35 y los 74 años, en el grupo final vuelve a desacelerar su ritmo de crecimiento. En el caso de la mortalidad por causas externas, crece aceleradamente en el grupo de 15 a 34 años, donde ocupa el primer lugar como causa de mortalidad y mantiene similares valores en el grupo de 35 a 54 años y luego crece más lentamente. La mortalidad por enfermedades circulatorias muestra un comportamiento paralelo a la mortalidad general, de crecimiento exponencial a partir de los 15 años y con una leve aceleración en el tramo final de la curva, donde ocupa el primer lugar respecto al resto de las causas. La mortalidad por enfermedades transmisibles también acompaña este recorrido, aunque con valores por debajo de las enfermedades del sistema circulatorio a partir de los 35 años.

Sobre-mortalidad masculina

Con el objetivo de describir las diferencias en la mortalidad entre los sexos se presenta a continuación un análisis de las diferencias y las razones de las tasas de mortalidad específicas en cada sexo. En el gráfico 5 se muestran las curvas de diferencias de tasas y razones de mortalidad en la ciudad en el periodo 2001-2003 y 2016-2018.

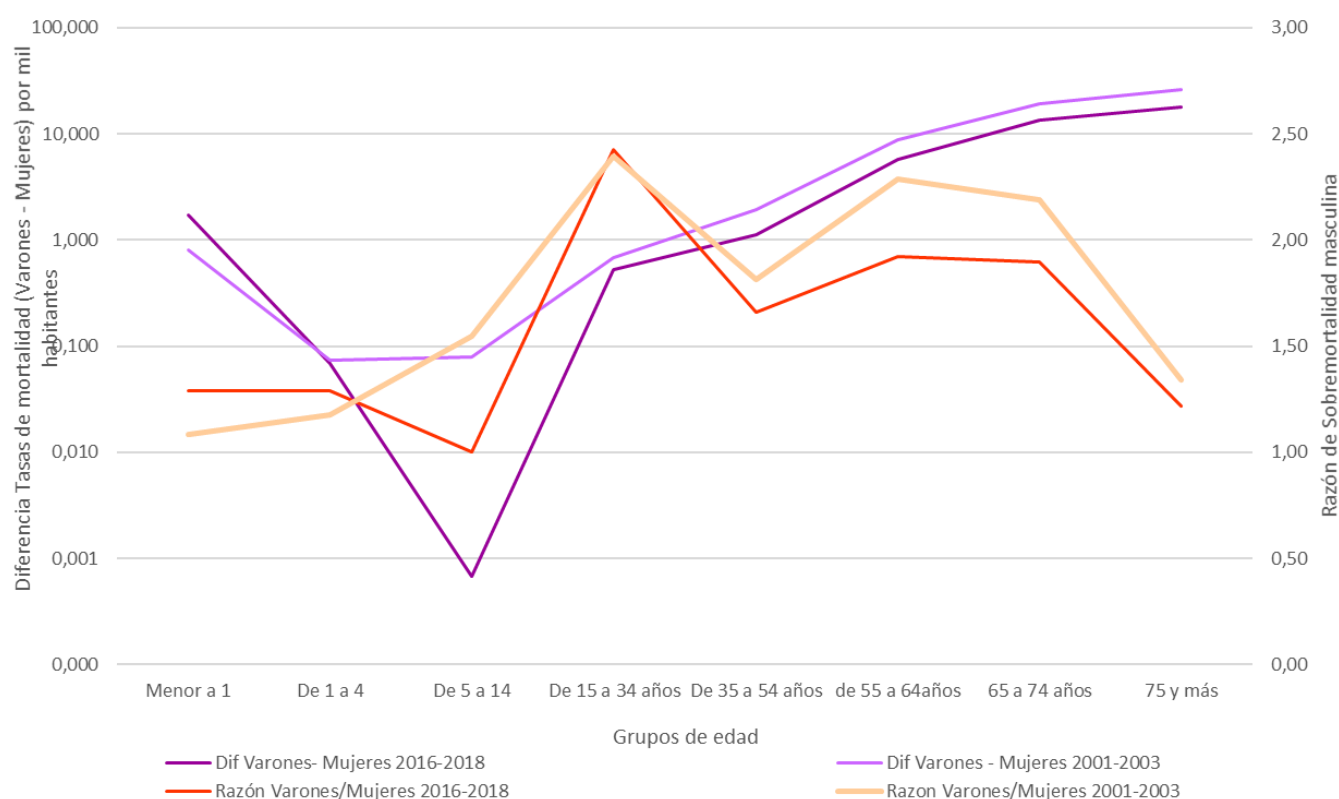
En la actualidad, las diferencias absolutas en las tasas de mortalidad por edad entre varones y mujeres son en todos los grupos de edad positivas. La magnitud de las diferencias sigue la curva de las tasas de mortalidad, es decir, se registra cierta diferencia en la mortalidad infantil (1,7 por mil) y es muy baja la diferencia hasta los 15 años. Entre los 15 y los 34 años en términos absolutos la diferencia es de 0,52 por mil; aumenta a 5,7 por mil habitantes entre los 55 y los 64 años y trepa a 17,9 por mil en mayores de 75.

Si se observa como evolucionaron las diferencias a lo largo de las últimas dos décadas las mismas se redujeron a partir de los 15 años. En los menores de 15 años se registraron tendencias diversas: en la mortalidad infantil la diferencia se profundizó, debido a una mayor reducción de la mortalidad infantil de las mujeres. En el caso de la mortalidad de 1 a 4 años las brechas entre sexos se mantuvieron y en el grupo de 5 a 14 años la diferencia entre sexos prácticamente desapareció.

Como puede deducirse, la razón de sobre-mortalidad masculina en la ciudad para el periodo 2016-2018 es, en todos los grupos de edad, mayor a 1. Las razones más bajas se registran en el grupo de 5 a 14 años. La mayor sobre-mortalidad se registra en el grupo de 15 a 34 años con

valores de 2,43. Este indicador desciende a 1,62 en el grupo de 35 a 54 años y vuelve a ascender entre los 55 y con valores cercanos a 2. Entre los mayores de 75 años la razón de sobre-mortalidad masculina es relativamente baja: 1,22.

Gráfico 3. Diferencia (Varones- Mujeres) y Razón (Varones/Mujeres) de tasa de mortalidad (m) por mil habitantes según grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Trienio 2016-2018 y 2001-2003.



Fuente: DEIS (2020); INDEC (2013a); y DEyC GCBA (s/ref)

Si se pretende analizar cómo evolucionaron estas razones a lo largo del periodo es clara su reducción en los grupos de edad adultos: a partir de los 35 años, con fuerte descenso en el grupo de 55 a 74 años. El grupo de los jóvenes se registra un leve aumento: 2,40 en 2001-2003 y 2,43 en 2016-2018.

Para dar cuenta debido a qué causas mueren antes los varones que las mujeres se presenta la Tabla 1 con las tasas de mortalidad específicas por edad y grandes causas para cada sexo y sus diferencias.

En cada grupo etario las causas que producen las brechas entre varones y mujeres son diferentes. En la mortalidad infantil la sobre-mortalidad masculina se explica por la mortalidad perinatal y las demás causas. Entre el año y los 14 años la mortalidad es baja y la sobre-mortalidad masculina es también baja. Entre los 15 y los 34 años el mayor riesgo de muerte que enfrentan los varones a la muerte por causas externas explican parte de la mayor parte de

la sobremortalidad. Entre los 35 y los 54 años los varones siguen registrando mayor riesgo de muerte, especialmente por el mayor riesgo a morir por enfermedades del aparato circulatorio. En este grupo las mujeres presentan mayor riesgo que los varones a morir por tumores. Entre los 55 y los 74 años las muertes por enfermedades circulatorias son la causa con mayor la sobremortalidad masculina, el peso de los tumores aumenta a partir de los 65 años y en los mayores de 75 años los tumores son la causa que más contribuye a la brecha entre sexos.

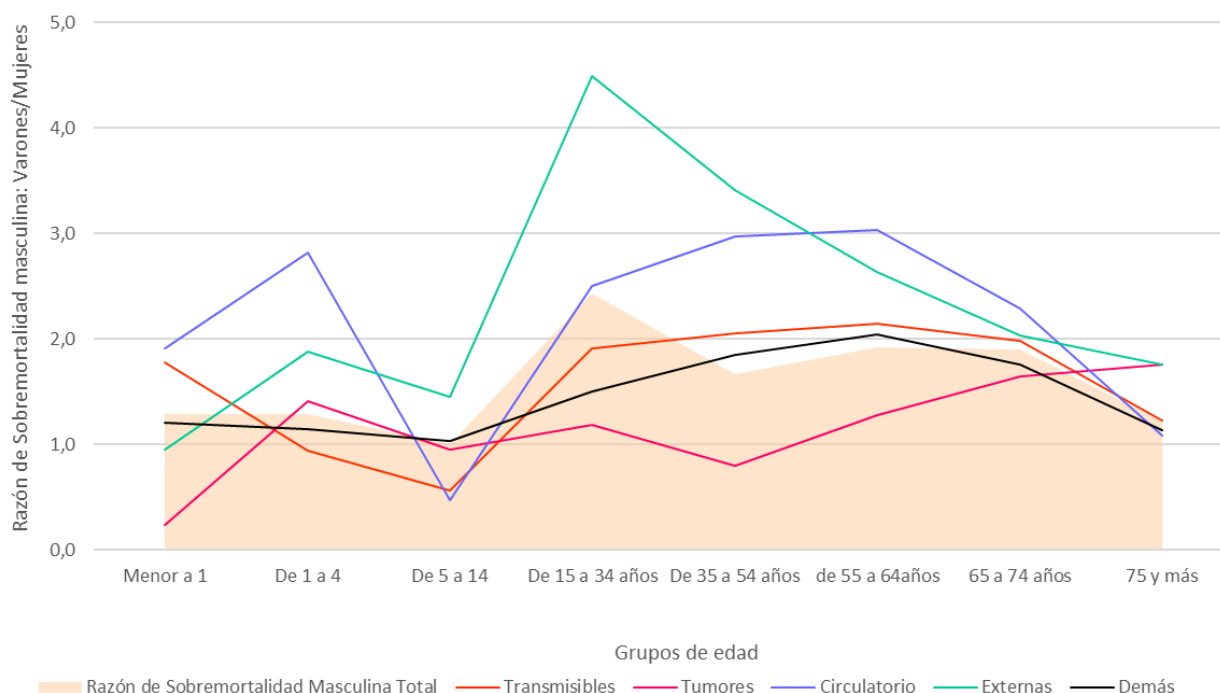
Tabla 1. Tasas de mortalidad por grupos de edad según grandes causas (m) por 1.000 habitantes. Varones, Mujeres y Diferencia Varones – Mujeres. CABA. 2016-2018.

Grupo de edad	Tasa de mortalidad por mil habitantes según grandes causas- Varones - CABA 2016-2018							
	Transmisibles	Tumores	Circulatorio	Perinatal	Externas	Demás	Mal definidas	Total
Menor a 1	0,22	0,02	0,03	4,18	0,03	2,98	0,10	7,58
De 1 a 4	0,03	0,06	0,01		0,06	0,15	0,00	0,31
De 5 a 14	0,00	0,04	0,00		0,04	0,06	0,00	0,15
De 15 a 34 años	0,11	0,09	0,10		0,44	0,14	0,01	0,89
De 35 a 54 años	0,38	0,65	0,85		0,37	0,51	0,05	2,81
de 55 a 64años	1,31	3,77	4,00		0,56	2,09	0,24	11,98
65 a 74 años	3,58	8,63	9,56		0,55	5,31	0,75	28,38
75 y más	21,66	16,61	33,76		1,14	23,95	3,36	100,48
Grupo de edad	Tasa de mortalidad por mil habitantes según grandes causas- Mujeres - CABA 2016-2018							
	Transmisibles	Tumores	Circulatorio	Perinatal	Externas	Demás	Mal definidas	Total
Menor a 1	0,13	0,07	0,02	3,09	0,04	2,46	0,05	5,86
De 1 a 4	0,03	0,04	0,00		0,03	0,13	0,00	0,24
De 5 a 14	0,01	0,04	0,01		0,03	0,06	0,01	0,15
De 15 a 34 años	0,06	0,07	0,04		0,10	0,09	0,01	0,37
De 35 a 54 años	0,19	0,81	0,29		0,11	0,27	0,02	1,69
de 55 a 64años	0,61	2,94	1,32		0,21	1,02	0,13	6,23
65 a 74 años	1,81	5,24	4,19		0,27	3,01	0,43	14,95
75 y más	17,65	9,43	31,18		0,65	21,02	2,69	82,62
Grupo de edad	Diferencia Varones - Mujeres							
	Transmisibles	Tumores	Circulatorio	Perinatal	Externas	Demás	Mal definidas	Total
Menor de 1 año	0,10	-0,06	0,02	1,09	0,00	0,51	0,05	1,71
De 1 a 4 años	0,00	0,02	0,01		0,03	0,02	0,00	0,07
De 5 a 14 años	0,00	0,00	0,00		0,01	0,00	-0,01	0,00
De 15 a 34 años	0,05	0,01	0,06		0,34	0,05	0,01	0,52
De 35 a 54 años	0,20	-0,16	0,56		0,26	0,23	0,03	1,12
de 55 a 64años	0,70	0,83	2,68		0,35	1,07	0,11	5,75
65 a 74 años	1,77	3,39	5,38		0,28	2,30	0,31	13,43
75 y más	4,01	7,18	2,58		0,49	2,93	0,67	17,87

Fuente: DEIS (2020) e INDEC (2013a)

En el siguiente gráfico se observa la razón de sobre-mortalidad masculina total y desagregada por grandes grupos de causa.

Gráfico 4. Razón de sobre-mortalidad masculina por grandes causas según grupos de edad. Ciudad de Buenos Aires. Trienio 2016-2018.



Fuente: DEIS (2020) e INDEC (2013a)

Si se desagrega el análisis por causas es destacable que las muertes por causas externas es el grupo donde la diferencia de sexo tiene mayor peso, entre los 15 y los 34 años el riesgo de morir por causas externas siendo varón es 4,5 veces el de las mujeres; 3,4 entre los 35 y 54 años y 2,6 entre los 55 y los 64 años. Las enfermedades del sistema circulatorio también registran mayor sobre-mortalidad masculina que el total de las muertes: especialmente entre los 35 y los 64 años, tramo en que la mortalidad de varones es tres veces la de mujeres, muy por encima de la razón de sobre-mortalidad por todas las causas que se ubica por debajo de 2. Tumores es sin duda el grupo de causas que menos sobre-mortalidad masculina registra, incluso entre los 34 y 54 años el valor de la razón de es menor a 1. Entre los mayores de 75 años la sobre-mortalidad masculina por tumores crece a 1,8, por encima del total.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se presentó una descripción del patrón de mortalidad que registra la Ciudad de Buenos Aires con datos actualizados al trienio 2016-2018, haciendo énfasis en las diferencias entre sexos. Se utilizaron tasas específicas de mortalidad, un indicador de sencilla construcción que permite trabajar con datos actualizados.

La ciudad muestra un patrón de mortalidad maduro con forma de J y predominancia de las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores. Llama la atención el aumento de las

enfermedades transmisibles en los grupos más añosos; junto con la resistencia al descenso de las causas externas en las edades jóvenes.

Retomando la pregunta ¿en qué edades y debido a qué causas mueren antes los varones respecto a las mujeres? es destacable que la sobre-mortalidad se registra en todos los grupos etarios. En la mortalidad infantil la sobre-mortalidad masculina se explica por las defunciones a causa de enfermedades vinculadas al periodo perinatal y las demás causas; a pesar de que la mortalidad es baja, el riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio y transmisibles es casi 2 veces el de las mujeres. Entre el año y los 14 años la mortalidad es baja y la sobre-mortalidad masculina es también baja, se observan fuertes oscilaciones que exigirían un análisis más focalizado en las particularidades de la muerte en la niñez. En el grupo de 15 a 34 años se registran los mayores valores de la razón de sobre-mortalidad masculina, que es de 2,4 por todas las causas y se explica por las causas externas donde este indicador alcanza a 4,5. Entre los 35 y los 54 años los varones siguen registrando mayor riesgo de muerte, aunque la sobre-mortalidad masculina decrece en términos relativos (razón) y crece más lento en términos absolutos (diferencias). Este comportamiento se explica porque las mujeres registran mayores tasas que los varones en la mortalidad por tumores en este tramo de edad. En el tramo de edad de 55 a 64 años las muertes por enfermedades circulatorias explican la mitad de las diferencias entre los sexos; en esta causa la razón de sobre-mortalidad masculina es de 3. En los mayores de 75 años los tumores explican la mayor parte de la brecha entre los sexos, las enfermedades transmisibles también ganan importancia en este grupo de edad.

Si se analiza la evolución respecto al inicio de siglo las tasas de mortalidad de varones y mujeres muestran tendencia a la convergencia en los grupos de 15 años y más, es decir si se analiza la diferencia entre tasas. Llama la atención la resistencia a la baja de la sobremortalidad masculina en las edades jóvenes, que aumenta levemente respecto al inicio de siglo.

Esta evolución y el análisis de la mortalidad por causas invita a pensar sobre la tendencia futura de las reducciones de la mortalidad en cada sexo. Sin duda, futuras reducciones en la mortalidad y en la sobremortalidad masculina deberán vincularse al control de las causas externas en los varones jóvenes; y las enfermedades del sistema circulatorio en la adultez. La reducción de la mortalidad por tumores en las mujeres de 35 a 54 años podría aumentar la sobremortalidad masculina. En los grupos más añosos llama la atención el aumento de las enfermedades transmisibles y demás causas; así como la persistencia de tumores entre los varones.

Para terminar, se mencionan algunas cuestiones que exceden a los fines de este trabajo, pero sería conveniente profundizar en futuros análisis. En primer lugar, este análisis debe ser

completado con indicadores de mortalidad de resumen que permitan mensurar el impacto de cada tramo etario en la esperanza de vida.³

En segundo lugar, sería oportuno profundizar en el desagregado de grandes causas. Por ejemplo, determinar si en las causas externas pesan más las muertes violentas o los incidentes viales o las lesiones no intencionales laborales. Del mismo modo desagregar los tipos de tumores permitiría evaluar qué capacidad existe actualmente para controlarlos y el impacto diferencial según sexos, por ejemplo, evaluar tumores vinculados al hábito tabáquico y su evolución por sexo; o el peso del cáncer de mama o cuello uterino, que impactan a mujeres, y donde las estrategias de prevención y la capacidad de controlarlos también son diferentes. En el caso de las enfermedades transmisibles, que en esta clasificación incluye las respiratorias agudas, conviene también mostrar mayor desagregación lo que también permitirá evaluar si se trata de enfermedades infecciosas, parasitarias o si predominan las enfermedades respiratorias. También es necesario explorar las demás causas, categoría que gana peso en las edades adultas, este aumento fue observado por Meslé (2006) para el caso francés, el autor lo vincula a la mayor mortalidad por enfermedades degenerativas, en un escenario de avanzada transición epidemiológica con control de las enfermedades cardíacas y descenso de los tumores en las edades más añosas.

Por último, el contexto actual sin duda cabe preguntarse cómo alterará la pandemia por coronavirus los perfiles de mortalidad por edad y causas; y qué impacto tendrá en la sobre-mortalidad masculina.

³ Un análisis a partir de esperanza de vida y años de esperanza de vida perdidos en CABA y Argentina en el periodo 2008-2010 se presentó en las jornadas de AEPA 2019 (Santomaso, 2019).

Referencias bibliográficas

Battocchio, M. (2017). *Diferenciales de mortalidad adulta por sexo en Argentina (2008-2010). Un estudio de causas*. [Tesis no publicada] Tesis de licenciatura. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.

Caviezel, P. (2008). La mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires entre 1947 y 2001. *Revista Población de Buenos Aires*. Dirección General de Estadísticas y Censos, GCBA. 5(7), 75-97
https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/poblacion_2008_007.pdf

Corral Martín, A. y otros (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100008

Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación (2020). Defunciones de Argentina periodo 2000-2018. Solicitud de procesamiento con variables específicas.

Dirección de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (s/ref) Proyección de la población por sexo y grupo quinquenal de edad. Ciudad de Buenos Aires. Años 2001/2020. Banco de datos. <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28017>

Dirección de Estadísticas y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2011). *La mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires. Sus diferenciales por grupo de edad, sexo y comunas. Informe de resultados 479*. Dirección de Estadísticas y Censos GCBA.
https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2011_479.pdf

González-Peréz, G. y otros (2017). Mortalidad por violencia y su impacto en la esperanza de vida: una comparación entre México y Brasil. *Ciência & Saude Colectiva*. 22 (9), 2797-2809.
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2797.pdf>

Gruska, C. (2010). ¿Cuánto vivimos? ¿Cuánto viviremos? Lattes, E (coord.) *Dinámica de una ciudad: Buenos Aires, 1810-2010*. Dirección General de Estadísticas y Censos, GCBA,
https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/09/dinamica_de_una_ciudad_2010.pdf

INDEC (s.f.). *Tablas abreviadas de mortalidad por sexo 2000-2001. Total país y provincias. Serie de análisis demográfico N°33*.
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/tablas_mortalidad_2000_2001.pdf

- INDEC, (2013a). *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. Serie de análisis demográfico N° 36.*
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/proyecciones_prov_2010_2040.pdf
- INDEC (2013b). *Tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010. Total del país y provincias. Serie de análisis demográfico N° 37.*
https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/tablas_mortalidad_2008_2010.pdf
- Kruger, D. y Nesse, R. (2006). An Evolutionary Life-History. Framework for Understanding Sex Differences in Human. *Human Nature*, 17(1), 74-97. DOI: [10.1007/s12110-006-1021-z](https://doi.org/10.1007/s12110-006-1021-z)
- Lopez, A. (2005). Morbidity and Mortality, Changing Patterns in the Twentieth Century. *Encyclopedia of Biostatistics*. John Wiley & Sons, Ltd. DOI: 10.1002/0470011815.b2a02032
- Luy, M. (2003). Causes of Male Excess Mortality: Insights from Cloistered Populations. *Population and Development Review*, 29 (4), 647-676 <http://www.jstor.org/stable/1519702>
- Meslé, F. (2006). Recent improvements in life expectancy in France: men are starting to catch-up. *Population*, english edition. 61(4), 365-387. DOI: [10.3917/pope.604.0365](https://doi.org/10.3917/pope.604.0365)
- Naciones Unidas (2020). *World Mortality 2019*. Population Division, Nueva York, https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/WMR2019/World_Mortality_2019.pdf
- OPS (2002). From basic data to composite indices: a re-examination of mortality analysis. *Epidemiological Bulletin*. PAHO. 23(4), 1-6
- Santomaso, C.A. (2019). Sobre-mortalidad masculina: años de vida perdido según causas y sexo. Argentina y Ciudad de Buenos Aires 2008-2010. *XV Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. AEPA. San Luis, Argentina.
- Tumas, N. y Pou, S. (2017). La esperanza de vida perdida por cáncer: tendencias y diferenciales por sexo en Córdoba, Argentina, periodo 2000-2009. *SaberEs*. 9(1). <https://www.saberes.fcecon.unr.edu.ar/index.php/revista/article/view/151/376>
- Vallin, J. y Meslé, F. (2004). Convergence and divergence in mortality. A new approach to health transition. *Demographic research*. Special Colletion 2, 11-44. <https://www.demographic-research.org/special/2/2/s2-2.pdf>