

# Mortalidad adolescente por causas externas en la Argentina.

Hernán Manzelli, Edith Alejandra Pantelides, María Fernández y Adrián Santoro.

Cita:

Hernán Manzelli, Edith Alejandra Pantelides, María Fernández y Adrián Santoro (2017). *Mortalidad adolescente por causas externas en la Argentina*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/Tbe>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## **Mortalidad adolescente por causas externas en la Argentina<sup>1</sup>**

Hernán Manzelli CENEP, Email: hernan@cenep.org.ar

Edith Alejandra Pantelides, CENEP. Email: eap@cenep.org.ar

María de las Mercedes Fernández, DEIS. Email: mfernandez@deis.msal.gov.ar

Adrián Santoro, DEIS. Email: adrian.santoro@gmail.com

### **Introducción**

La importancia particular de estudiar la salud de los adolescentes radica en que, más allá de su bienestar durante esa fase de su vida, ella tendrá repercusiones en su salud y bienestar en la edad adulta. También influirá en el desarrollo de las sociedades de las cuales forman parte a través de la carga de enfermedad y sus efectos sobre el sistema productivo y el uso del sistema de salud. La evidencia indica que las desigualdades en la salud en la adolescencia se mantienen a lo largo del curso de vida (Dorling, Mitchell, Pearce, 2007 citado en Elgar, Pförtner, Moor y colaboradores, 2015) con lo que la salud futura de la población estará condicionada por la que tiene la población que hoy es menor de 20 años.

Las desigualdades en salud tienen una manifestación directa en la mortalidad, su nivel y su estructura por causas de muerte. Algunas de estas desigualdades tienen un origen biológico pero todas, incluso aquellas entre los sexos y las edades, pueden atribuirse parcial o totalmente, a diferencias sociales y culturales.

Las causas externas o comúnmente conocidas como “violentas” comprenden a un conjunto de acontecimientos o eventos tales como los accidentes, los suicidios, los homicidios, los eventos de intención no determinada y las complicaciones de la atención médica y quirúrgica. En Argentina las causas externas constituyen la primera causa de muerte entre adolescentes. En el análisis de la mortalidad por causas externas el factor biológico pierde peso ante los factores sociales y culturales.

El objetivo de este artículo es detectar, medir y documentar la existencia de desigualdades en la mortalidad por causas externas en la población adolescente (10-19 años) de Argentina, con la última información disponible (2014). Este artículo es producto de una investigación en colaboración entre el Centro de Estudios de Población (CENEP) y la Dirección de Estadística e Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación (DEIS), con el apoyo de UNICEF.

### **Antecedentes**

---

<sup>1</sup> Artículo para ser presentado en las XIV Jornadas de la Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe, 20-22 de septiembre de 2017.

La literatura sobre la salud adolescente no suele enfocarse en las desigualdades. Una revisión- posiblemente no exhaustiva- de publicaciones recientes ofrece algunos pocos ejemplos, la mayoría de ellos basados en una investigación hecha en 34 países de Norte América y Europa en 2002, 2006 y 2010<sup>2</sup>. De entre las investigaciones incluidas en esa revisión nos interesa especialmente la realizada por Elgar, Pfortner, Moor y colegas (2015), quienes encuentran un aumento en el tiempo en las desigualdades en la salud adolescente que contrasta con una disminución de las mismas en la salud de la niñez. Por otro lado, los autores de esta investigación encuentran que a mayor ingreso per cápita, menores las desigualdades en actividad física y en salud psicológica. Y que una mayor desigualdad en el ingreso (económico) se relaciona con menor actividad física y más síntomas físicos y psicológicos, así como a mayores desigualdades en salud (medida por los síntomas físicos y psicológicos) entre los grupos socioeconómicos

En un estudio sobre conductas alimentarias saludables en la adolescencia en estudiantes flamencos De Clercq, Abel, Moor et al. (2016), muestran que la desigual distribución de capital cultural, social y económico pueden modificar las desigualdades en la nutrición saludable.

En la Argentina algunos aspectos de la salud de la población adolescente ya han sido explorados, aunque no desde la perspectiva de las desigualdades. La fecundidad, por ejemplo, fue analizada por Binstock y Pantelides (2005) y otros componentes de la salud reproductiva ocupan varios capítulos en Gogna (2005). Mientras que Binstock y Pantelides (2015) se ocupan en particular de la iniciación sexual.

Una investigación que utiliza datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Pantelides, Binstock y Mario, 2007) encuentra que prácticamente todas las adolescentes embarazadas o madres tuvieron al menos un control prenatal, pero que es entre las adolescentes donde se observa un porcentaje mayor de controles prenatales insuficientes y tardíos. En esa investigación no se analizan otras desigualdades que podrían afectar diferencialmente a las adolescentes.

En una investigación no enfocada específicamente en la adolescencia pero sí en las desigualdades en salud y las desigualdades sociales Alazraqui, Mota, Spinelli y Guevel (2007), encuentran una relación inversa entre la tasa de embarazo adolescente y condiciones socioeconómicas en el Municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires.

Obsérvese que los estudios hasta ahora mencionados sólo se refieren a la población femenina. Una investigación en la que el objeto incluye también a los adolescentes varones es la que estudia las causas de muerte antes de los 20 años, en especial las debidas a causas externas, que son las más

---

<sup>2</sup> La investigación se conoce con la sigla HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children).

importantes durante la adolescencia (Pantelides, Govea, Bruno y Gaudio, inédito). Se observa allí que las causas externas tienen mayor peso entre los varones. Dentro de esas causas, los suicidios son más frecuentes entre las mujeres y los homicidios entre los varones. Tanto suicidios como homicidios aumentan con la edad, pero la tendencia es más clara y más notable entre los varones. El análisis provincial y dentro de la provincia de Buenos Aires muestra desigualdades en la intensidad de la mortalidad por homicidio según lugar de residencia: Chaco, Mendoza, Chubut y Buenos Aires, en ese orden, fueron las jurisdicciones en las que la tasa de mortalidad por homicidios fue más alta, mientras que, en Catamarca, La Rioja y Córdoba se registran las tasas más bajas. Como se ve, no se encontró una relación clara entre esa mortalidad y el nivel de desarrollo de las provincias.

En el trabajo arriba citado se especificó el análisis para la provincia de Buenos Aires. Se encontró que las tasas de mortalidad de adolescentes debidas a homicidios eran más elevadas en los partidos del GBA que en el resto de la provincia, diferencia que se va achicando con el tiempo. Dentro del Gran Buenos Aires y contrario a lo esperado en función de su desarrollo relativo, las tasas del primer cordón duplican a la del segundo cordón en el trienio 2000/2002, aunque allí también las diferencias van disminuyendo con el tiempo (Pantelides, Govea, Bruno y Gaudio, inédito). Las diferencias encontradas parecen tener más que ver con el grado de densidad urbana que con el nivel de desarrollo, pero esta es una hipótesis nuestra a indagar y no de los autores del trabajo citado.

Numerosos estudios internacionales han demostrado el alto valor predictivo de la variable auto percepción de salud sobre el estado de salud de los individuos (ver revisión sobre el tema en Rogers, Hummer y Nam, 2000). En la Argentina, la salud de los jóvenes desde sus propias percepciones fue estudiada en una investigación realizada en 116 escuelas públicas secundarias de 81 ciudades de 23 provincias (se excluyó la Ciudad de Buenos Aires que había sido objeto de otro estudio) (Kornblit, Mendes Diz y Adaszko, 2006). Fueron encuestados 6.886 jóvenes con edades entre 13 y 21 años que pertenecían a los estratos socioeconómicos bajo y medio. Algunos resultados de ese estudio muestran diferencias según estrato social, edad o provincia de residencia. Así por ejemplo, los encuestados de estrato medio tienen una percepción de su salud algo más positiva que los de los estratos bajos. Y los de la región Noroeste del país perciben a su estado de salud en forma más negativa que los de las demás regiones. Los varones son algo más positivos que las mujeres evaluando su estado de salud, pero no se registran diferencias por grupo de edad. Al preguntar sobre problemas de salud padecidos frecuentemente, los que no mencionan ninguno son una proporción mayor en la clase media. Es interesante que el mal de Chagas, una enfermedad muy ligada a las condiciones habitacionales y sanitarias apenas es más frecuentemente mencionada en el estrato bajo (dentro de niveles inferiores al

1 %). En cuanto a la concurrencia a servicios de salud (considerada por los autores como una medida de accesibilidad), es más frecuente entre las mujeres que entre los varones (lo que es habitual aun cuando se trata de adultos), pero no se verifican diferencias significativas por edad o estrato social. Los jóvenes de estrato bajo utilizan en mayor medida los servicios públicos de salud y sólo algo más de la mitad no menciona ninguna dificultad en su utilización, en contraste con el 70% que no encuentra ninguna dificultad en la utilización del sistema privado o de obra social.

El análisis de las investigaciones más recientes sobre salud en población adolescente en Argentina muestra que si bien se han explorado diferentes dimensiones del tema y en algunos estudios se han registrado diferencias por estrato socioeconómico, región y/o género; el principal enfoque adoptado en estas investigaciones no fue el de la detección de desigualdades en salud.

### **Metodología y fuentes**

La investigación en que se basa este artículo adopta un abordaje metodológico cuantitativo utilizando fuentes secundarias oficiales: el último Censo Nacional de Población (2010) y Estadísticas Vitales (bases de defunciones)

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas uni, bi y multivariadas y técnicas de análisis demográfico (tasas específicas de mortalidad y razones de mortalidad).

El universo de análisis es la población de entre 10 y 19 años de ambos sexos residente en la Argentina. Las unidades de análisis es el individuo.

Este estudio describe las desigualdades en mortalidad adolescente entre varones y mujeres, entre distintas etapas de la adolescencia (indicadas por la edad) y entre contextos socioeconómicos (indicados por el lugar de residencia).

En este artículo se utilizan dos fuentes de datos oficiales que se describen a continuación.

#### **Base de Defunciones de las Estadísticas Vitales**

La base de datos de defunciones para el total del país se elabora a partir de la información proveniente del instrumento de recolección denominado Informe Estadístico de Defunción (IED) que constituye uno de los registros permanentes del Subsistema de Estadísticas Vitales y Registro Civil (SIEV) del Sistema de Estadísticas de Salud (SES). (DEIS 1984 y 2000).

Cada defunción ocurrida en el país supone que el Registro Civil asentará esa muerte en el Libro correspondiente, expedirá un Acta de defunción y, al mismo tiempo, el profesional de salud y el Registro Civil proporcionarán los datos para completar el IED.

## Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010

La otra principal fuente de información utilizada en esta investigación es el *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010*. Los censos argentinos son realizados cada diez años y en ellos se enumera el total de la población presente en el territorio nacional al momento del Censo. Para el Censo de 2010 la cobertura fue de 97.25%<sup>3</sup>. Los datos a nivel micro se procesaron utilizando el software Redatam, desarrollado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y se verificaron con las tablas publicadas por el INDEC (INDEC, 2012).

### **Resultados**

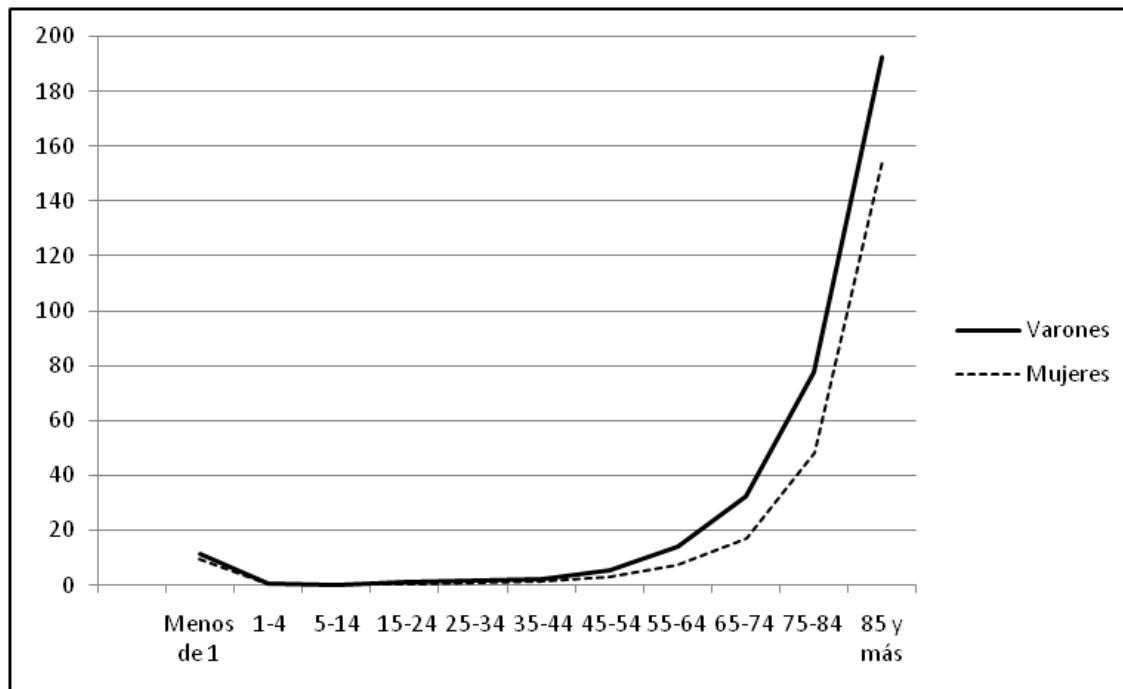
#### **Diferencias de mortalidad por sexo y edad**

Las desigualdades en salud tienen una manifestación directa en la mortalidad, su nivel y su estructura por causas de muerte. Algunas de estas desigualdades tienen un origen biológico pero todas, incluso aquellas entre los sexos y las edades, pueden atribuirse parcial o totalmente, a diferencias sociales y culturales. El determinante biológico parece ser el más importante en la existencia de una sobre-mortalidad masculina ya que ésta se observa en todas las edades (Gráfico 1)

---

<sup>3</sup> El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) está revisando los datos del Censo Nacional de Población del 2010 y ha informado de la existencia de problemas, por lo cual los datos de esa fuente deben ser considerados provisorios.

Gráfico 1. Argentina. Tasas de mortalidad (por mil) por grupos de edad y sexo. Año 2014



Nota: Las tasas de mortalidad de menos de 1 año (mortalidad infantil) se calculan por 1000 nacidos vivos.  
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

Durante la adolescencia la mortalidad es baja en comparación con la de la infancia y la de la edad adulta (Gráfico 1). Una primera mirada a los valores absolutos (Cuadro 1) muestra que en la Argentina el número de defunciones de varones entre 10 y 19 años más que duplica al de las mujeres. Esta diferencia no puede ser atribuida a una diferencia en el tamaño de las cohortes, que es similar<sup>4</sup>, sino a una diferencia en la intensidad de la mortalidad de cada sexo, la que se observa claramente en las tasas respectivas (cuadro 3).

<sup>4</sup> La población de 10 a 19 años estimada para el año 2010 es de 3.511.000 varones y 3.666.000 mujeres (CEPAL, *Observatorio Demográfico, Proyecciones de población, 2015*).

Cuadro 1. Argentina. Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años por grandes grupos de causas de muerte, según sexo. Años 2012 a 2014

Grandes grupos de causas de muerte	Total	Varones	Mujeres
<b>Todas las causas</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,8	2,2	4,1
Tumores	9,4	7,8	13,0
Enfermedades del sistema nervioso central	5,7	5,1	7,2
Enfermedades del sistema circulatorio	4,7	4,0	6,1
Enfermedades del sistema respiratorio	5,5	4,3	8,0
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1,0	0,0	3,3
Causas externas	60,1	68,1	41,9
Demás causas definidas	7,2	5,1	12,0
Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos	3,6	3,4	4,3
<b>N</b>	<b>11.484</b>	<b>7.966</b>	<b>3.494</b>

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales. Los grandes grupos de causas fueron seleccionadas por tener un número de casos suficientes para el análisis. Las que tenían pocos casos se sumaron a la categoría “demás causas definidas”.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

No sólo el nivel de la mortalidad es diferente entre varones y mujeres adolescentes, sino que las causas por las cuales mueren son disímiles: si bien en ambos sexos las causas de mortalidad más frecuentes son las externas, éstas explican el 68 por ciento de las muertes masculinas y sólo el 42 por ciento de las femeninas (cuadro 1). En esta diferencia de la mortalidad por causas externas<sup>5</sup> -no relacionadas con las diferencias biológicas- vemos una manifestación clara de la influencia de conductas distintas entre varones y mujeres. Varios autores (Courtenay, 2000; De Keijzer, 1995; Tuñón Pablos y Bobadilla Bernal, 2005) han señalado que la socialización masculina valora la toma de riesgos y por lo tanto los varones son más propensos a adoptar conductas que pueden conducir a la muerte. De Keijzer, retomando el concepto de tríada de violencia (Kaufman, 1987) sostiene que los valores asignados

<sup>5</sup> Las causas externas o comúnmente conocidas como “violentas” comprenden a un conjunto de acontecimientos o eventos tales como los accidentes, los suicidios, los homicidios, los eventos de intención no determinada y las complicaciones de la atención médica y quirúrgica.

socialmente al varón los predisponen a conductas temerarias que los constituyen en un riesgo para sí mismos, hacia las mujeres y niños y hacia otros hombres (citado por Rivas Sánchez, 2005: 33).

Una vez eliminadas las causas externas las demás causas de mortalidad tienen escaso impacto; entre ellas los tumores son la causa más frecuente. Se puede señalar, por su alto grado de evitabilidad, la mortalidad materna que da cuenta de algo más del 3% de las muertes entre las mujeres (cuadro 1). Sumando los años 2012 a 2014 se trata de 117 muertes atribuibles a complicaciones del embarazo, parto o puerperio (un promedio de alrededor de 40 muertes anuales) entre jóvenes que se embarazaron y fallecieron durante la adolescencia.

Tomando como ejemplo el último año sobre el que se dispone de estadísticas, el 2014, la tasa de mortalidad materna de la Argentina fue de 3,7 mujeres por cada 10.000 nacidos vivos. Se trataba de 290 defunciones, de las cuales 39 correspondieron a mujeres de menos de 20 años: 2 de menores de 15 años y 37 de entre 15 y 19 años. Las defunciones de adolescentes por causas maternas representan ese año el 13,4 % de todas las muertes maternas, porcentaje algo inferior a su peso en la fecundidad, que en el año indicado era de 15% (ver Pantelides et al. 2017).

De las muertes maternas de adolescentes 10 ocurrieron en la provincia de Buenos Aires, la mayoría en el Conurbano. En el resto de las jurisdicciones se registraron entre 0 y 3 muertes maternas, excepto en Salta, donde ocurrieron 6.

Las causas obstétricas directas son responsables de la mayor parte de las defunciones de embarazadas adolescentes (21), 13 son debidas a causas obstétricas indirectas y 5 a embarazos terminados en aborto. Dos muertes adicionales entraron en la categoría de muertes maternas tardías<sup>6</sup>.

La mortalidad en la adolescencia no tiene la misma intensidad en las distintas edades. Tampoco su estructura es la misma. Si bien las causas externas son las más importantes en toda la adolescencia, su peso es mucho mayor entre los adolescentes de más edad. Los tumores son la segunda causa de mortalidad en importancia en ambas edades. Entre los más jóvenes le siguen en importancia las enfermedades del sistema nervioso central y luego las del sistema respiratorio. Mientras que en el grupo de 15 a 19 años a estos dos grupos de enfermedades se suman, con un peso solo levemente menor, las del sistema circulatorio (cuadro 2).

---

<sup>6</sup> En la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Problemas Relacionados con la Salud - (CIE-10) se incorporó la categoría “muerte materna tardía”, entendiéndose por tal “la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación de un embarazo”. No entran en el cálculo de la mortalidad materna.

Cuadro 2. Argentina. Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años por grandes grupos de causas de muerte, según grupos de edad. Años 2012 a 2014

Grandes grupos de causas de muerte	Grupos de edad		
	Total	10 a 14	15 a 19
<b>Todas las causas</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,8	3,7	2,5
Tumores	9,4	15,3	7,5
Enfermedades del sistema nervioso central	5,7	9,6	4,5
Enfermedades del sistema circulatorio	4,7	5,9	4,3
Enfermedades del sistema respiratorio	5,5	7,9	4,7
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1,0	0,1	1,3
Causas externas	60,1	40,3	66,2
Demás causas definidas	7,2	12,9	5,5
Signos, síntomas y afecciones mas definidos y desconocidos	3,6	4,3	3,4
<b>N</b>	<b>11.484</b>	<b>2.717</b>	<b>8.767</b>

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales. Los grandes grupos de causas fueron seleccionadas por tener un número de casos suficientes para el análisis. Las que tenían pocos casos se sumaron a la categoría "demás causas definidas".  
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

El análisis de las tasas de mortalidad de la población adolescente por grandes grupos de causas permite observar más claramente las diferencias por edad. A pesar de que la mortalidad en la población adolescente es muy inferior que el de otros grupos poblacionales, se observa un importante incremento de las tasas a la que ello sucede en el segundo grupo etario analizado (15 a 19 años), varias veces mayor que en el primer grupo etario (0,830 vs. 0,261 respectivamente) (cuadro 3).

Cuadro 3. Argentina. Tasas de mortalidad por grandes grupos de causas de muerte en población de 10 a 19 años por grupos etarios. Años 2012-2014

Grandes grupos de causas de muerte	Tasas de mortalidad por mil		
	Grupos etarios quinquenales		
	Total	10 a 14	15 a 19
<b>Todas las causas</b>	<b>0,548</b>	<b>0,261</b>	<b>0,830</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,015	0,010	0,021
Tumores	0,051	0,040	0,063
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,007	0,006	0,008
Enfermedades del sistema nervioso central	0,031	0,025	0,038
Enfermedades del sistema circulatorio	0,026	0,015	0,036
Enfermedades del sistema respiratorio	0,030	0,021	0,039
Enfermedades del hígado	0,003	0,001	0,004
Enfermedades del sistema urinario	0,004	0,003	0,006
Embarazo, parto y puerperio*	0,011	0,001	0,022
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	0,011	0,013	0,008
Causas externas	0,329	0,105	0,549
Demás causas definidas	0,015	0,010	0,020
Signos, síntomas y afecciones mal definidas y desconocidas	0,020	0,011	0,029

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales. Los grandes grupos de causas fueron seleccionadas por tener un número de casos suficientes para el análisis. Las que tenían pocos casos se sumaron a la categoría “demás causas definidas”.  
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud e INDEC, proyecciones de población.

También cobra diferente significación el análisis de las grandes causas de muerte cuando se compara el peso de esas muertes sobre la población total en las edades analizadas con la intensidad medida a través de las tasas de mortalidad. Mientras que el peso relativo de las muertes por tumores, enfermedades del sistema nervioso central, del sistema respiratorio o del sistema circulatorio era mayor en el primer grupo etario cuando se observaba la distribución porcentual sobre el total de muertes (cuadro 2), el panorama cambia bastante cuando analizamos – a través de las tasas- la intensidad de la mortalidad en la población en esas edades (cuadro 3): en casi todos los grandes grupos de causas de muerte las tasas de mortalidad cada 1.000 adolescentes específicas por edad son mayores en los

adolescentes de mayor edad. Este patrón cobra especial magnitud en el caso de las muertes por causas externas, donde la tasa específica de mortalidad es de 0,105 cada 1.000 adolescentes de 10 a 14 años en comparación con una tasa de 0,549 cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (cuadro 3).

El único grupo de causas de muerte en el que la tasa específica de mortalidad es mayor para los adolescentes de 10 a 14 que para los adolescentes de 15 a 19 es el de “Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas”, donde claramente es mayor el peso de factores genéticos (cuadro 3).

El análisis de las tasas específicas de mortalidad por grandes grupos de causa de muerte por sexo ilustra la sobre-mortalidad masculina en este grupo poblacional (0,747 muertes cada 1.000 adolescentes varones vs. 0,339 muertes cada 1.000 adolescentes mujeres) (cuadro 4).

Cuadro 4. Argentina. Tasas de mortalidad por grandes causas de muerte en población de 10 a 19 años por sexo. Años 2012-2014

Grandes grupos de causas de muerte	Tasas de mortalidad por mil		
	Total	Varones	Mujeres
<b>Todas las causas</b>	<b>0,548</b>	<b>0,747</b>	<b>0,339</b>
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0,015	0,016	0,014
Tumores	0,051	0,058	0,044
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,007	0,008	0,006
Enfermedades del sistema nervioso central	0,031	0,038	0,024
Enfermedades del sistema circulatorio	0,026	0,030	0,021
Enfermedades del sistema respiratorio	0,030	0,032	0,027
Enfermedades del hígado	0,003	0,002	0,003
Enfermedades del sistema urinario	0,004	0,004	0,004
Embarazo, parto y puerperio	*	*	0,011
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	0,011	0,011	0,010
Causas externas	0,329	0,509	0,142
Demás causas definidas	0,015	0,013	0,017
Signos, síntomas y afecciones mal definidas y desconocidas	0,020	0,025	0,015

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud e INDEC, proyecciones de población.

El análisis específico de las tasas por causas muestra que si bien en casi todos los grupos de causas de muerte las tasas de mortalidad son algo superiores en varones que en mujeres, estas

diferencias no parecen ser muy significativas, con la excepción de las tasas de mortalidad por causas externas en la que las diferencias cobran mayor relieve (0,509 muertes cada 1.000 adolescentes varones vs 0,142 muertes cada 1.000 adolescentes mujeres) y explican en gran parte la sobre-mortalidad masculina en general. Es decir, el perfil de mortalidad es bastante similar en varones y mujeres adolescentes, pero es la mortalidad por causas externas la que genera las mayores diferencias entre tasas específicas (cuadro 8.4). Otro aporte muy significativo que nos brinda el análisis específico de las tasas de mortalidad por sexo es el impacto que tienen las causas externas también sobre la mortalidad femenina, que aunque menor que entre los varones, sigue siendo el grupo de causas con la mayor tasa de mortalidad específica (cuadro 4).

### **Mortalidad por causas externas**

Dada su importancia como causales de mortalidad en la adolescencia, amerita un tratamiento especial la mortalidad por causas externas. Como se observa en el cuadro 5 entre las causas externas, la más frecuente es la debida a accidentes. Todos los tipos de accidentes sumados (incluida "exposición a factores no identificados) representan el 48% de las causas externas. Le siguen en importancia los suicidios, los eventos de intención no determinada y finalmente los homicidios. El peso relativo de los accidentes entre las mujeres es algo más elevado. Lo mismo ocurre con los suicidios, mientras que las defunciones por agresiones u homicidios son más típicas de los varones. Tanto entre varones como entre mujeres los accidentes más frecuentes se relacionan con el transporte automotor o en motocicleta.

Cuadro 5. Argentina. Distribución de las defunciones por causas externas de la población de 10 a 19 años, por tipo de causa, según sexo. Años 2012 a 2014

Grupos de causas externas de mortalidad	Total	Varones	Mujeres
<b>Total causas externas</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Eventos accidentales o no intencionales</b>	<b>48,0</b>	<b>46,9</b>	<b>52,0</b>
Accidentes de transporte/peatón	2,1	1,8	3,3
Accidentes de transporte/ciclista	0,6	0,6	0,7
Accidentes de transporte/motociclista	10,3	11,0	7,8
Accidentes de transporte/automóvil	10,2	9,5	12,4
Otros accidentes de transporte y secuelas	5,3	5,1	6,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	3,9	4,4	2,0
Exposición a corriente eléctrica	3,0	2,5	4,9
Otros accidentes especificados y secuelas	4,3	3,5	7,4
Exposición a factores no identificados	8,3	8,5	7,5
<b>Suicidios</b>	<b>22,1</b>	<b>20,3</b>	<b>29,0</b>
Suicidios/ahorcamiento/estrangulamiento o sofocación	19,4	17,7	25,9
Resto de suicidios y secuelas	2,7	2,6	3,1
<b>Homicidios o agresiones</b>	<b>14,1</b>	<b>16,4</b>	<b>6,1</b>
Agresiones/disparo de armas de fuego	9,0	10,6	3,0
Agresiones/objeto cortante	3,0	3,7	0,6
Resto de homicidios y secuelas	2,1	2,1	2,5
<b>Eventos de intención no determinada y secuelas</b>	<b>15,2</b>	<b>16,0</b>	<b>11,9</b>
<b>Otras violencias</b>	<b>0,6</b>	<b>0,4</b>	<b>1,0</b>
<b>N</b>	<b>6.901</b>	<b>5.424</b>	<b>1.465</b>

Nota. El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

Las muertes por eventos accidentales o no intencionales son predominantes tanto entre los adolescentes de 10 a 14 años como entre los de 15 a 19, pero en mayor medida entre los primeros (cuadro 8.6). En el grupo más joven el tipo de accidente más frecuente es el relacionado con el transporte automotor y el automóvil. Se trataría de muertes debidas a atropellamientos o por ser

pasajeros en algún transporte. En el grupo de mayor edad los accidentes más frecuentes son los relacionados a motocicletas. Quizás en este grupo, además de los acompañantes, se encuentren adolescentes que fueron conductores de motocicletas. En ambos grupos de edad, los suicidios ocupan el segundo lugar en importancia. Entre los homicidios y agresiones los más frecuentes son los perpetrados con armas de fuego<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Resultados similares son reportados en Pantelides, Govea, Bruno y Gaudio (inédito) para otras fechas.

Cuadro 6. Argentina. Distribución de las defunciones por causas externas de la población de 10 a 19 años, por tipo de causa de muerte, según grupos de edad. Años 2012 a 2014

Grupos de causas externas de mortalidad	Total	Grupos de edad	
		10 a 14	15 a 19
<b>Total causas externas</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Eventos accidentales o no intencionales</b>	<b>48,0</b>	<b>62,1</b>	<b>45,3</b>
Accidentes de transporte/peatón	2,1	3,3	1,9
Accidentes de transporte/ciclista	0,6	1,7	0,4
Accidentes de transporte/motociclista	10,3	6,4	11,1
Accidentes de transporte/automóvil	10,2	12,4	9,7
Otros accidentes de transporte y secuelas	5,3	5,7	5,2
Ahogamiento y sumersión accidentales	3,9	8,4	3,1
Exposición a corriente eléctrica	3,0	7,7	2,1
Otros accidentes especificados y secuelas	4,3	9,6	3,3
Exposición a factores no identificados	8,3	7,0	8,5
<b>Suicidios</b>	<b>22,1</b>	<b>16,4</b>	<b>23,2</b>
Suicidios/ahorcamiento/estrangulamiento o sofocación	19,4	15,1	20,2
Resto de suicidios y secuelas	2,7	1,3	3,0
<b>Homicidios o agresiones</b>	<b>14,1</b>	<b>7,8</b>	<b>15,3</b>
Agresiones/disparo de armas de fuego	9,0	4,7	9,8
Agresiones/objeto cortante	3,0	0,8	3,4
Resto de homicidios y secuelas	2,1	2,3	2,1
<b>Eventos de intención no determinada</b>	<b>15,2</b>	<b>12,0</b>	<b>15,8</b>
<b>Otras violencias</b>	<b>0,6</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>
<b>N</b>	<b>6901</b>	<b>1096</b>	<b>5805</b>

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

El análisis se ve algo relativizado por la existencia de un porcentaje no desdeñable (15,2%) de eventos de intención no determinada.

Cuadro 7. Argentina. Distribución de las defunciones por causas externas de la población de 10 a 19 años por tipo de causa de muerte, según sexo y grupos de edad. Años 2012 a 2014

Grupos de causas externas de mortalidad	Total	de 10 a 14 años			de 15 a 19 años		
		Subtotal	Varones	Mujeres	Subtotal	Varones	Mujeres
<b>Total causas externas</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Eventos accidentales o no intencionales	48,0	62,1	62,5	61,4	45,3	44,5	48,9
Suicidios	22,1	16,4	13,1	22,9	23,2	21,4	31,0
Homicidios o agresiones	14,1	7,8	9,1	5,6	15,3	17,4	6,2
Eventos de intención no determinada	15,2	12,0	13,9	8,0	15,8	16,4	13,2
Otras violencias	0,6	1,6	1,4	2,1	0,3	0,3	0,6

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

El efecto conjunto de la edad y el sexo en las muertes por causas externas se observa en el cuadro 7. En el grupo de 10 a 14 años no existe diferencia por sexo en la proporción de fallecidos por accidentes, primera causa de muerte violenta, con algo más de las tres quintas partes de los casos. La segunda causa de muerte es el suicidio, notablemente con mayor proporción entre las mujeres, así como el homicidio lo es entre los varones.

Entre los adolescentes de 15 a 19 años los accidentes, que siguen siendo la primera causa de muerte, dan cuenta de algo menos de la mitad de los casos, nuevamente con poca diferencia entre varones y mujeres. También en este grupo de edad la proporción de suicidios es más alta entre las mujeres y la de homicidios entre los varones.

### **Diferencias de mortalidad por jurisdicción**

Las jurisdicciones contribuyen a la mortalidad adolescente total del país en proporción aproximada al tamaño de su población en relación a la del total del país. Así, el 35% de las muertes de adolescentes ocurren en la provincia de Buenos Aires y le siguen en importancia Santa Fe (9,3%) y Córdoba (6,6%).

Cuadro 8. Argentina. Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años, según grandes grupos de causas de muerte, por jurisdicción de residencia. Años 2012 a 2014

Jurisdicción de residencia	Grandes grupos de causas de muerte										N
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Total	
<b>Total país</b>	<b>2,8</b>	<b>9,4</b>	<b>5,7</b>	<b>4,7</b>	<b>5,5</b>	<b>1,0</b>	<b>60,1</b>	<b>7,2</b>	<b>3,6</b>	<b>100,0</b>	<b>11484</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2,1	16,5	6,9	6,4	7,5	0,8	47,5	10,9	1,3	100,0	375
Buenos Aires	3,6	10,0	5,5	6,1	7,2	0,8	56,3	7,1	3,5	100,0	4.033
Catamarca	4,8	10,3	3,4	1,4	4,1	0,7	59,3	11,0	4,8	100,0	145
Córdoba	1,6	11,6	8,1	4,4	3,7	0,5	56,4	5,9	7,8	100,0	757
Corrientes	2,3	8,5	6,8	3,1	7,7	2,3	55,8	8,3	5,1	100,0	351
Chaco	4,0	8,3	5,6	2,5	3,7	1,9	59,9	9,8	4,4	100,0	481
Chubut	1,2	7,5	3,1	3,7	3,1	1,2	75,2	2,5	2,5	100,0	161
Entre Ríos	2,8	10,1	7,3	3,8	3,3	0,8	59,5	4,3	8,1	100,0	395
Formosa	3,2	8,1	6,0	2,1	4,2	3,5	60,8	8,8	3,2	100,0	283
Jujuy	3,2	5,4	5,4	3,2	2,5	0,7	68,5	8,6	2,5	100,0	279
La Pampa	0,0	16,2	0,0	5,4	12,2	0,0	60,8	5,4	0,0	100,0	74
La Rioja	0,0	5,9	3,4	4,2	5,9	1,7	63,6	5,9	9,3	100,0	118
Mendoza	0,7	9,5	7,1	3,8	1,0	1,2	64,6	10,5	1,7	100,0	421
Misiones	3,0	7,2	5,8	4,2	5,1	1,2	62,9	9,3	1,2	100,0	428
Neuquén	2,2	14,7	5,9	2,2	0,0	1,5	66,9	5,9	0,7	100,0	136
Río Negro	0,0	8,1	8,8	4,1	2,7	0,7	63,5	6,8	5,4	100,0	148
Salta	3,1	9,3	6,5	3,8	7,4	2,0	61,7	5,6	0,5	100,0	551
San Juan	1,1	6,1	3,3	6,1	7,7	1,7	66,9	6,1	1,1	100,0	181
San Luis	0,8	8,9	8,1	4,0	3,2	0,8	61,3	12,9	0,0	100,0	124
Santa Cruz	0,0	10,3	1,3	5,1	3,8	2,6	66,7	9,0	1,3	100,0	78
Santa Fe	2,5	7,5	5,0	3,3	2,6	0,2	68,8	5,5	4,5	100,0	1.065
Santiago del Estero	2,7	6,3	3,9	4,8	5,4	0,6	61,1	8,7	6,3	100,0	332
Tucumán	2,2	7,7	5,5	5,7	7,1	0,8	63,6	5,7	1,8	100,0	494
Tierra del Fuego	0,0	4,5	0,0	4,5	4,5	0,0	72,7	9,1	4,5	100,0	22

Notas: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales. Los grandes grupos de causas fueron seleccionadas por tener un número de casos suficientes para el análisis. Las que tenían pocos casos se sumaron a la categoría "demás causas definidas". Los grupos de causas de muerte que aparecen en el cuadro son:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Enfermedades infecciosas y parasitarias   | 6. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio |
| 2. Tumores                                   | 7. Causas externas                                |
| 3. Enfermedades del sistema nervioso central | 8. Demás causas definidas                         |
| 4. Enfermedades del sistema circulatorio     | 9. Signos, síntomas y afecciones mal definidas    |
| 5. Enfermedades del sistema respiratorio     |   |

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

En todas las jurisdicciones las causas externas son la que explican la mayor parte de las muertes, en un rango que va del 47% en la Ciudad de Buenos Aires al 75% en Chubut. El porcentaje correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires se destaca por ser claramente distante de los de las demás jurisdicciones: el valor siguiente es el de la provincia de Corrientes con 55,8% (cuadro 8).

Salvo Río Negro y San Juan, donde la segunda causa de muerte está constituida por las enfermedades del sistema nervioso central y las enfermedades del sistema respiratorio respectivamente, en el resto de las jurisdicciones los tumores representan la segunda causa de muerte. Como se puede observar en el cuadro 8.8 (columna N) el número de muertes de adolescentes en algunas de las jurisdicciones no alcanzan el centenar, aun sumando las ocurridas en tres años, por lo cual cambios pequeños en el número de fallecidos por algunas de las causas menos frecuentes pueden resultar en cambios porcentuales importantes pero que deben ser interpretados con cuidado y una visión de largo plazo. Además, debe destacarse que se observa cierta heterogeneidad en la frecuencia de muertes por causas mal definidas entre las jurisdicciones. Este aspecto debe tenerse en cuenta debido a que altos porcentajes de causas mal definidas puede constituir un sesgo en la identificación de las principales causas de muerte.

El análisis de las razones de mortalidad (Molla, Madans y Wagener, 2004; Manzelli, 2014) por jurisdicción brinda un interesante panorama de las diferencias geográficas en la mortalidad. Las razones de mortalidad se basan en el cálculo de la razón de momios (*odds ratios*) entre las tasas de mortalidad específicas y la tasa de mortalidad de una categoría de referencia, y puede ser interpretado como un indicador próximo de las desigualdades en mortalidad. En este caso particular se utilizó como categoría de referencia la Ciudad de Buenos Aires<sup>8</sup>.

En el cuadro 9 se observa que los adolescentes que viven en la provincia de Formosa tienen una tasa de mortalidad a 2.4 veces mayor que los adolescentes que viven en la ciudad de Buenos Aires. Hay cuatro jurisdicciones que presentan razones de mortalidad superiores a 2: Formosa, Jujuy, Salta y Santa Fe, indicando jurisdicciones con una mayor vulnerabilidad de esta población (cuadro 9).

---

<sup>8</sup> La selección de la ciudad de Buenos Aires como categoría de referencia es arbitraria y puede seleccionarse cualquier jurisdicción como punto de comparación. Se seleccionó esta jurisdicción por estar entre las jurisdicciones con las tasas específicas de mortalidad más bajas y por tener una cantidad de casos suficientes para permitir el cálculo específico por la causa de muerte. Las provincias de Tierra del Fuego y La Pampa presentan tasas de mortalidad específicas inferiores a la ciudad de Buenos Aires pero la baja cantidad de casos dificulta el análisis comparativo por grandes grupos de causa de muerte.

Cuadro 9. Argentina. Razones de mortalidad por grandes causas de muerte en población de 10 a 19 años por jurisdicción. Años 2012 a 2014

Jurisdicción de residencia	Razones de mortalidad				
	Grupos seleccionados de causas de muerte				
	Todas las causas	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Embarazo, parto y puerperio	Externas
<b>CABA</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
Buenos Aires	1,6	2,7	1,0	1,6	1,9
Catamarca	1,9	4,2	1,2	1,6	2,3
Córdoba	1,4	1,0	1,0	0,9	1,6
Corrientes	1,7	1,9	0,9	5,0	2,0
Chaco	2,2	4,0	1,1	5,1	2,7
Chubut	1,8	1,0	0,8	*	2,8
Entre Ríos	1,8	2,3	1,1	1,7	2,2
Formosa	2,4	3,5	1,2	10,6	3,0
Jujuy	2,0	3,0	0,7	1,8	2,9
La Pampa	0,8	*	*	*	*
La Rioja	1,7	*	0,6	*	2,3
Mendoza	1,4	0,5	0,8	2,1	1,9
Misiones	1,8	2,5	0,8	2,6	2,4
Neuquén	1,3	1,4	1,2	2,5	1,9
Río Negro	1,3	0,0	0,6	1,1	1,8
Salta	2,1	3,1	1,2	5,3	2,7
San Juan	1,4	0,7	0,5	2,9	2,0
San Luis	1,5	0,6	0,8	*	1,9
Santa Cruz	1,0	*	*	*	*
Santa Fe	2,1	2,5	0,9	0,5	3,0
Santiago del Estero	1,8	2,2	0,7	1,3	2,3
Tucumán	1,7	1,8	0,8	0,8	2,3
Tierra del Fuego	0,5	*	*	*	*

Nota: \* Por la baja cantidad de casos no es posible calcular las razones de mortalidad para estas jurisdicciones.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud e INDEC, proyecciones de población.

El análisis de las razones de mortalidad para cuatro causas seleccionadas también muestra un interesante panorama de las desigualdades en salud de la población adolescente en las diferentes provincias. Las provincias de Catamarca, Chaco, Formosa, Jujuy y Salta presentan tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias más de tres veces mayores que las de la ciudad de Buenos Aires. El panorama es completamente diferente cuando analizamos la mortalidad por tumores, donde una gran parte de las jurisdicciones presentan tasas de mortalidad específicas inferiores a las de la Ciudad de Buenos Aires (cuadro 9).

En el análisis de la mortalidad por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio se destaca la provincia de Formosa, donde la tasa de mortalidad entre mujeres adolescentes por esas causas es diez veces mayor que la de las adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Hay otras tres provincias que también presentan diferencias relativas alarmantes: Chaco, Corrientes y Salta tienen tasas de mortalidad por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio cinco veces superiores a las observadas entre las adolescentes de la ciudad de Buenos Aires. Chaco y Salta se encuentran entre las provincias especialmente enfocadas en este trabajo. La mortalidad que estamos observando es entre 2,5 y 3 veces mayor que en la Ciudad de Buenos Aires en Misiones, Neuquén y San Juan. En Jujuy la relación es de 1,8 veces los valores de la Capital (cuadro 9).

Como se señaló anteriormente las muertes por causas externas tienen un importante peso relativo y absoluto en la mortalidad adolescente, tanto entre varones como entre mujeres. En las provincias de Chaco, Chubut, Formosa, Jujuy, Salta y Santa Fe es donde se observa el mayor peso relativo de esta causa de muerte en población adolescente, acercándose o alcanzando hasta tres veces las tasas de mortalidad por esta causa de la población adolescente de la ciudad de Buenos Aires (cuadro 9).

### **Nivel educativo y causas de muerte**

El análisis de la relación entre nivel educativo y causas de muerte se ve obstaculizado porque en una proporción extremadamente alta de defunciones (70%) no se registró el nivel educativo del fallecido<sup>9</sup>(cuadro 10, línea N).

Entre los fallecidos de todos los niveles educativos – excepto quienes no poseen instrucción alguna- predominan las muertes por causas externas. Este predominio es más notable entre los fallecidos con estudios primarios completos y secundarios incompletos y de menor grado entre los fallecidos con estudios primarios incompletos (Cuadro 10).

---

<sup>9</sup> Las muertes con educación del fallecido desconocida se distribuyen según causa en forma similar a las de los fallecidos con educación primaria incompleta.

Cuadro 10. Argentina. Distribución de las defunciones de la población de 10 a 19 años, según grandes grupos de causas de muerte, por nivel educativo alcanzado. Años 2010 a 2012

Agrupamiento de causas de muerte	Total	Máximo nivel de instrucción alcanzado					
		Sin instrucción	Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo y más	No especificado
<b>Todas las causas</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Infecciosas y parasitarias	2,8	4	4	2,1	1,8	2,2	3
Tumores	9,4	1	9,2	5,9	10	11,7	9,8
Enfermedades del sistema nervioso central	5,7	38,8	6,2	1,9	2	2,2	6,2
Enfermedades del sistema circulatorio	4,7	5,5	4,2	3,1	4,2	4,6	4,9
Enfermedades del sistema respiratorio	5,5	22,4	5,5	3	2,7	2,2	6
Embarazo, parto y puerperio	1	0	2,2	1,3	1,6	1,2	0,8
Causas externas	60,1	6,5	58,7	74,4	70,8	66,2	57,6
Demás causas definidas	7,2	14,4	4,5	4,2	4,9	6,8	8
Signos, síntomas y afecciones mal definidos y desconocidos	3,6	7,5	5,5	4,1	2,2	3,1	3,7
N	11.484	201	402	969	1.480	325	8.130

Nota: El número de casos (N) corresponde a los años 2012, 2013 y 2014 sumados para suavizar las diferencias atribuibles a situaciones coyunturales. Los grandes grupos de causas fueron seleccionadas por tener un número de casos suficientes para el análisis. Las que tenían pocos casos se sumaron a la categoría “demás causas definidas”.  
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Nación, DEIS, Sistema Estadístico de Salud.

Entre los fallecidos que no poseían instrucción las causas más importantes fueron las del sistema nervioso central, seguidas por las del sistema circulatorio. No tenemos una explicación sobre las razones de esta distribución de causas de muerte tan distinta a la de los fallecidos de todos los demás niveles educativos, salvo que en el grupo sin instrucción hay un mayor predominio de adolescentes de menor edad que, como se vio en el cuadro 8.3, son menos afectados por las causas externas.

### Conclusiones

Entre los principales resultados del estudio se observa que no sólo el nivel de la mortalidad es diferente entre varones y mujeres adolescentes sino que las causas por las cuales mueren son disímiles: si bien en ambos sexos las causas de mortalidad más frecuentes son las externas, éstas explican el 68% de las muertes masculinas y sólo el 42% de las femeninas. En esta diferencia de la mortalidad por causas

externas -no relacionadas con las diferencias biológicas- vemos una manifestación clara de la influencia de conductas distintas entre varones y mujeres.

En el análisis de la estructura de las causas de mortalidad se observa que los accidentes son la causa externa predominante en ambos sexos, pero algo más entre las mujeres, como así también los suicidios, mientras que los homicidios o agresiones cobran mayor peso entre los varones.

Una proporción menor de las defunciones, pero casi todas ellas evitables, afecta solamente a las mujeres: las debidas a complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En la adolescencia tardía (15-19 años) la tasa de mortalidad es tres veces la de la adolescencia temprana (10-14 años). En ambos grupos de edad predominan las causas externas, pero en mayor medida entre los de mayor edad. La mayor mortalidad en el grupo de 15 a 19 años se repite para todos los tipos de causas (excepto para las malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas), pero es más notable en el grupo de causas externas en que la tasa de mortalidad de los mayores quintuplica la de los menores. Entre las causas externas de mortalidad los accidentes son la causa más frecuente en ambos grupos de edad, pero más notablemente entre los más jóvenes.

Tomando como referencia la mortalidad de la Ciudad de Buenos Aires, puede observarse que la probabilidad de morir en la adolescencia y de morir en la adolescencia por determinadas causas varía según las jurisdicciones. Esta variación no muestra un patrón claro, aunque parece observarse algún grado de relación entre nivel de desarrollo socioeconómico y la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y por tumores. En este punto las especificidades locales parecen tener una influencia destacada sobre los patrones generales.

## Referencias bibliográficas

Alazraqui M, Mota E, Spinelli H, Guevel C, 2007. Desigualdades en salud y desigualdades sociales: un abordaje epidemiológico en un municipio urbano de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(1):1-10.

De Clercq B, Abel T, Moor I, Elgar FJ, Lievens J, Sioen I, Braeckman L, Deforche B, 2016. Social inequality in adolescents' healthy food intake: the interplay between economic, social and cultural capital. *The European Journal of Public Health*.

Binstock G, Gogna M. 2015. La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, 20: 113-140.

Binstock G, Pantelides EA, 2005. La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. En Gogna M (coordinadora) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencia y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: 77-112.

Binstock G, Pantelides EA, 2015. *Las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes: la iniciación sexual. Resultados de la ENSSyR 2013*. Ponencia presentada a las XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, Argentina.

Courtenay WH, 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50 (10): 1385-1401.

De Keijzer B., 1995. Masculinity as a risk factor. Ponencia presentada en el Seminar on fertility and the male life cycle in the era of fertility decline. IUSSP, Zacatecas, México.

DEIS, 1984. *Manual de Adiestramiento de Agentes de Registros Civiles. Estadísticas Vitales y de Salud. Material de Enseñanza. Serie 9, Nro. 2*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Subsecretaría de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud.

DEIS, 2000. *Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

Dorling D, Mitchell R, Pearce J, 2007. The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ* 335: 873.

Elgar FJ, Pförtner TK, Moor I, De Clercq B, Stevens GW, Currie C, 2015. Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002 - 2010: a time – series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School – aged Children study. *Lancet*, Feb 3.

Gogna M (coordinadora), 2005. *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencia y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF, CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

INDEC, 2012. *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 : Censo del bicentenario : resultados definitivos*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Kaufman M , 1987. The construction of masculinity and the triad of male's violence. Kaufman M (coordinador), *Beyond patriarchy. Essays by men on pleasure, power, and change*. Toronto: Oxford University Press: 1-29.

Kornblit AL, Mendes Diz AM, Adaszko D, 2006. *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio de jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país*. Buenos Aires: Documento de Trabajo Nº 47, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Manzelli H, 2014. The Relationship between Adult Mortality and Educational Attainment in Argentina. Dissertation presented to the University of Texas at Austin for the Degree of Doctor of Philosophy. Austin, Texas, Estados Unidos de Norteamérica: University of Texas at Austin.

Molla MT, Madans JH, Wagener DK, 2004. Differentials in adult mortality and activity limitation by years of education in the United States at the end of the 1990s, *Population and Development Review* 30(4): 625-646.

Naciones Unidas, 2001. *Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales. Revisión 2. ST/ESA/STAT/SER.M/19/Rev.2*. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División Estadísticas.

OPS, 1995. *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, 1992*. Publicación Científica Nro.554. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Pantelides EA, Binstock G, Mario S, 2007. *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Pantelides EA, Govea J, Bruno M, Gaudio M, inédito. *Mortalidad por homicidio y suicidio en la adolescencia: magnitud, características y circunstancias*. Provincia de Buenos Aires. Informe de investigación.

Pantelides EA, Manzelli H, Fernández MM, Santoro A, 2017. Desigualdades en salud de la población adolescente en Argentina. Informe de investigación.

Rogers R, Hummer R, Nam C., 2000. *Living and dying in the USA: behavioral, health, and social differentials of adult mortality*. San Diego: Academic Press.

Rivas Sánchez HE, 2005. ¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora. *Estudios Sociales* 13 (26): 27-65.

Tuñón Pablos E, Bobadilla Bernal EJ, 2005. Mortalidad en varones jóvenes de México. *Estudios Sociales* 13 (26): 69-84.