

Mortalidad de los adultos mayores en Argentina y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

Older adult mortality in Argentina and the 2030 Agenda for Sustainable Development

ELEONORA ROJAS CABRERA,  <https://orcid.org/0000-0002-8195-3027>
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina,
eleonorarojascabrera@gmail.com

Abstract

This paper analyzed mortality trends among older adults in Argentina between 2005 and 2020, taking into account the commitments made in the context of the 2030 Agenda for Sustainable Development. Based on official data, specific mortality indicators were calculated and trends were analyzed by using joinpoint regression models. The results showed an overall reduction in mortality, but not for all preventable causes of death. This reduction was mainly observed in the Central region, where certain inequalities either persist or are becoming more acute.

Keywords: older adults, preventable causes of death, 2030 Agenda for Sustainable Development, Argentina.

Resumen

En este estudio se analizó el comportamiento de la mortalidad de los adultos mayores de Argentina en el periodo 2005-2020, teniendo en cuenta los compromisos derivados de la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Con base en información oficial, se calcularon indicadores específicos de mortalidad y se evaluó su tendencia mediante análisis de regresión *joinpoint*. Los resultados mostraron una reducción de la mortalidad en general, pero no así para todas las causas de muerte con posibilidad de evitarse. Esta reducción se trasladó mayormente a la región Centro, en cuyo territorio persisten o se agudizan ciertas desigualdades.

Palabras clave: adultos mayores, causas evitables de mortalidad, Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Argentina.

Recepción: 26 de enero de 2023/ Aceptación: 27 de noviembre de 2023 / Publicación: 5 de septiembre de 2025



Esta obra está protegida bajo la
Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-Sin
Derivadas 4.0 Internacional



CÓMO CITAR: Rojas Cabrera, Eleonora (2025). Mortalidad de los adultos mayores en Argentina y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Economía, Sociedad y Territorio*, 25: e2152. <http://dx.doi.org/10.22136/est20252152>

Introducción

Dada la persistencia de desigualdades en diversos órdenes de la vida, una vez concluido el plazo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) y de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994), la Organización de las Naciones Unidas (Onu) reafirma el compromiso de alcanzar el desarrollo de las poblaciones con igualdad de oportunidades (Onu, 2015). Es así que, en septiembre de 2015, los Estados parte se reúnen en asamblea general y establecen nuevos lineamientos para cumplir con este propósito, sintetizados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A2030) y el plan de acción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Onu, 2015).

Este plan incorpora un objetivo sobre salud, el ODS 3, el cual insta a los países a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” (Onu, 2015, p. 16), con la consecuente reducción de desigualdades en y entre los mismos (ODS 10) (Onu, 2015). Ello se traduce en la ejecución de acciones para todas las personas, con independencia de la edad, y muy especialmente para los sectores más desfavorecidos de la población, en virtud de la intervención de factores que potencian la desigualdad social, como el sexo y la ubicación geográfica, entre otros (Onu, 2022). Sin embargo, una lectura exhaustiva de las metas incluidas en el ODS 3 revela que, en su gran mayoría, son más bien amplias o refieren a salud materno-infantil y en edades reproductivas y/o económicamente activas, mientras que no se contemplan situaciones específicas de las personas mayores (PM) (Onu, 2022), una población especialmente vulnerable en razón de la edad y en constante crecimiento en todo el mundo (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal, 2013; Organización de los Estados Americanos, OEA, 2015; Huenchuan, 2018; Ministerio de Salud, 2021a).

Esto último resulta grave porque las PM –por definición, las personas de 60 años y más (OEA, 2015)– integran una población para la cual continúan igualmente vigentes los derechos a la salud y a la vida, en tanto puedan ser preservados. Estos derechos les son reconocidos por el solo hecho de ser personas en tratados internacionales de derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OHCHR, 2014) y, en particular, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDHPM) (OEA, 2015). Asimismo, porque existe una sinergia entre la A2030

y los derechos humanos, donde la concreción de la primera implica la realización de los segundos (para no dejar a nadie atrás) y porque, a su vez, la A2030 representa un medio operativo para avanzar en el ejercicio de los derechos humanos sin discriminación (Instituto Danés de Derechos Humanos, 2019).

El cuidado de la salud de las PM constituye un asunto prioritario en los países de América Latina y el Caribe, una región afectada particularmente por la desigualdad (Busso y Messina, 2020). Estos países tienen, además, su propia agenda de población y desarrollo, plasmada en el texto del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CM) de 2013, acuerdo alineado con la A2030 y orientado a la integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos. El CM incluye un capítulo exclusivo para las PM (Capítulo C) y otorga centralidad a la reducción de las desigualdades entre y al interior de los países (Cepal, 2013).

Para conocer en qué medida los Estados están procurando la salud de las PM y qué desafíos se presentan al respecto, puede recurrirse a los estudios de mortalidad, y más específicamente a aquellos sobre muertes consideradas evitables. Al corresponderse con muertes prematuras que podrían haberse evitado mediante acciones de prevención o tratamiento en cualquiera de los niveles de atención de la salud (Organización Panamericana de la Salud, Ops, 2019), su ocurrencia compromete el ejercicio de los derechos humanos y, por lo tanto, atenta contra la consecución de los ODS. No obstante, la importancia de estas muertes, con frecuencia las mismas suelen ser abordadas en estudios e informes sobre poblaciones jóvenes, mientras que rara vez aparecen en investigaciones sobre PM. Ello aun cuando existe un gran número de causas consideradas evitables, al menos hasta los 74 años de edad (Ops, 2019).

Sobre la base de una investigación anterior (Rojas *et al.*, 2021) y con miras a actualizarla y profundizarla, en este trabajo se ofrece una aproximación al tema en Argentina, un país que adopta formalmente la A2030, el CM y tratados de derechos humanos (incluida la CIPDHPM) y que, por lo tanto, se compromete a garantizar la salud de todas las personas más allá de la edad. A tal fin, se propone como objetivo analizar la tendencia temporal de la mortalidad de las PM en el periodo 2005-2020, con foco en las causas evitables, su participación en el total de muertes contabilizadas, su composición según causas más específicas y su expresión diferencial por sexo, edad y región geográfica. Para ello, se emplea información producida en el ámbito oficial.

1. Antecedentes

Esta investigación parte, fundamentalmente, de considerar los resultados de un estudio previo (Rojas Cabrera *et al.*, 2021), en el cual se analizó, comparativamente entre Argentina y Colombia, el comportamiento de la mortalidad de las PM por causas que podrían haberse evitado si hubiese mediado una atención de la salud oportuna y eficaz (Ops, 2019), entre los trienios 2000-2002 y 2013-2015. Los principales hallazgos revelaron una mayor mortalidad masculina para este grupo de causas, sobre todo entre los 60 y 74 años de edad, y con una trayectoria decreciente, principalmente en el caso colombiano (Rojas Cabrera *et al.*, 2021). Un análisis por causas más específicas mostró una dinámica similar. Sin embargo, para determinados grupos de causas (como, por ejemplo, las enfermedades respiratorias en Argentina), la mortalidad creció (Rojas Cabrera *et al.*, 2021).

Estas lecturas son consistentes con el descenso de la mortalidad para Argentina en su conjunto, observado entre 1869 y 2010, por Grushka (2014). El autor señala, además, marcadas diferencias en la intensidad de la reducción, según al tramo etario de la población, siendo la misma más pronunciada en la población de 0 a 60 años y con menos énfasis entre las personas de mayor edad.

Los progresos relacionados con la reducción de la mortalidad de las PM asociada a causas con posibilidad de ser contrarrestadas son igualmente retratados en un informe reciente del Ministerio de Salud de Argentina (2021a), donde se aborda la dinámica de las muertes entre 2010 y 2019, a nivel nacional y provincial. En este informe también se destaca la caída de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en tanto hubo un incremento de la relacionada con enfermedades respiratorias, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedades del sistema urinario (Ministerio de Salud, 2021a). No menos importante resultan las brechas detectadas en el nivel de muertes según la provincia de residencia de las personas fallecidas (Ministerio de Salud, 2021a).

Con la mirada especialmente puesta en la trayectoria de la mortalidad de las PM por causas externas, Peláez *et al.* (2021) concluyen, para el periodo 2000-2014, que dicha mortalidad disminuyó, al igual que en México (Dávila y Pardo, 2016). Aun así, Zunino *et al.* (2006) y Santoro (2020) discuten respecto de la calidad de los datos recopilados sobre la intencionalidad de las muertes violentas. En efecto, éstos remarcan la influencia de la proporción de muertes asociadas a eventos de intención no determinada y el posible impacto sobre el valor de la mortalidad atribuido a las restantes causas externas (Zunino *et al.*, 2006; Santoro, 2020).

2. Estrategia metodológica

2.1. Características generales del estudio, materiales empleados y adaptaciones realizadas a los fines del trabajo

Este estudio se corresponde con una investigación de carácter cuantitativo, exploratorio y descriptivo, realizada desde una perspectiva sociodemográfica. Se utilizaron las bases de datos con registros de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información sobre Salud (Deis) de Argentina, correspondientes a la población de 65 años y más, desde 2005 hasta 2020, desglosadas por sexo, edad, causa básica de muerte (según la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión, CIE 10, Ops, 1995) y provincia de residencia (Deis, 2022a). La elección de población (desde los 65 y no desde los 60 años) y del periodo bajo estudio obedeció a la disponibilidad de información de acceso público y sus posibilidades de desagregación al momento de llevarse a cabo la investigación.

Asimismo, se empleó la población relevada en los censos de 2001 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Indec, s.f.a) y 2010 (Indec, s.f.b), y la proyectada por el Indec para el período 2010-2020, desglosada por sexo, edad y provincia (Indec, s.f.c). Para el periodo 2005-2009, la población fue obtenida por interpolación de la población de los censos mencionados, con apoyo de la planilla *Ageint* del paquete informático PAS (United States Census Bureau, 2014).

Atendiendo a la causa básica de muerte, las defunciones fueron reagrupadas según condición de evitabilidad (sí o no) y, en el caso de las muertes evitables, criterio de evitabilidad (prevenible o tratable) y grupos de causas seleccionados. Todos los reagrupamientos, adaptados a la población de 65 años y más, surgieron de la integración de las listas de causas de muerte evitable disponibles en Gómez Arias *et al.* (2009), Dávila y Pardo (2016) y Ops (2019). La información contenida en los dos primeros textos permitió conformar la lista de causas de defunción prevenibles, es decir, aquellas cuya incidencia puede ser reducida mediante acciones de prevención (Ops, 2019). Por su parte, el texto de la Ops aportó la lista de causas de defunción tratables, esto es, aquellas cuya tasa de letalidad puede ser reducida con el debido tratamiento, una vez que se diagnostica la enfermedad asociada (Ops, 2019). Los resultados de este ejercicio se presentan en las tablas 1 y 2.

Tabla 1
Lista de causas prevenibles

<i>Grupo de causas</i>	<i>Subgrupo de causas</i>	<i>Códigos de la CIE-10</i>
Causas externas	Accidentes de tránsito	V00-V99
	Otros accidentes	W00-X59
	Agresiones	X85-Y09
	Suicidios	X60-X84
	Eventos de intención no determinada	Y10-Y34
	Otras causas externas prevenibles	Y35, Y59, Y86, Y89

Fuente: elaboración propia con base en información difundida en Gómez Arias *et al.* (2009) y Dávila y Pardo (2016).

Tabla 2
Lista de causas tratables adaptada a la población de 65 años y más

<i>Grupo de causas</i>	<i>Subgrupo de causas</i>	<i>Edad</i>	<i>Códigos de la CIE-10</i>
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Tuberculosis	65-74	A15-A19, B90
	Ciertas zoonosis bacterianas (tularemia, carbunco, brucelosis, muermo, melioidosis, fiebres por mordedura de rata, otras enfermedades zoonóticas bacterianas)	65-74	A21-A26, A28
	Leptra, infecciones debidas a otras micobacterias, listeriosis, tétanos neonatal, tétanos obstétrico, septicemia estreptocócica, otras septicemias, otras enfermedades bacterianas	65-74	A30-A34, A40-A41, A48
	Otras enfermedades infecciosas (difteria, tétanos, poliomielitis)	65-74	A35-A36, A80
	Escarlatina, erisipela, otras enfermedades bacterianas	65-74	A38, A46
	Linfogranuloma (venéreo) por clamidias, chancro blando, granuloma inguinal, enfermedad de transmisión sexual no especificada	65-74	A55, A57-A58, A64
	Fiebres recurrentes	65-74	A68
	Hepatitis aguda tipo A, hepatitis aguda tipo B, otras hepatitis virales agudas (C), hepatitis viral crónica, hepatitis viral sin otra especificación, infección por VIH/sida	65-74	B15-B19, B20-B24
	Malaria debida a <i>Plasmodium falciparum</i> , malaria debida a <i>Plasmodium vivax</i> , malaria debida a <i>Plasmodium malariae</i> , otra malaria confirmada parasitológicamente, malaria no especificada	65-74	B50-B54
Esquistosomiasis, otras infecciones debidas a trematodos, equinocosis, teniasis, cisticercosis, otras infecciones debidas a cestodos, oncocercosis, filariasis, triquinosis, anquilostomiasis, ascariasis, entrongiloidiasis, tricuriasis, enterobiasis, otras helmintiasis intestinales, parasitosis intestinales sin otra especificación, otras helmintiasis, celulitis	65-74	B65-B69, B71, B73-B83, L03	

Tabla 2 (continuación)

<i>Grupo de causas</i>	<i>Subgrupo de causas</i>	<i>Edad</i>	<i>Códigos de la CIE-10</i>
Tumores (neoplasias)	Tumor maligno del labio	65-74	C00
	Tumor maligno del estómago, tumor maligno del colon, tumor maligno de la unión rectosigmoidea, tumor maligno del recto, tumor maligno del ano y del conducto anal, tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	65-74	C16, C18-C21, C22
	Melanoma maligno de la piel, otros tumores malignos de la piel	65-74	C43-C44
	Tumor maligno de la mama (solo mujeres)	65-74	C50
	Tumor maligno del cuello del útero	65-74	C53
	Tumor maligno del útero y del cuerpo del útero	65-74	C54-C55
	Tumor maligno del testículo	65-74	C62
	Tumor maligno de la vejiga urinaria	65-74	C67
	Tumor maligno de la glándula tiroides	65-74	C73
	Enfermedad de Hodgkin	65-74	C81
	Leucemia	65-74	C91- C95
	Tumores <i>in situ</i>	65-74	D00-D09
	Tumores benignos	65-74	D10-D36
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos de la glándula tiroides	65-74	E00-E07
Enfermedades del sistema nervioso	Meningitis bacteriana, no clasificada en otra parte; meningitis debida a otras causas y a las no especificadas; encefalitis, mielitis y encefalomielitis; absceso y granuloma intracranial e intrarraquídeo (excepto la meningitis apiógena)	65-74	G00, G03, G04, G06
	Epilepsia	65-74	G40-G41
Enfermedades del sistema circulatorio	Fiebre reumática sin mención de complicación cardíaca, fiebre reumática con complicación cardíaca, corea reumática	65-74	I00-I02
	Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	65-74	I05-I09
	Enfermedades hipertensivas	65-74	I10-I13, I15
	Enfermedades isquémicas del corazón	65-74	I20-I25
	Enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis, enfermedad vascular periférica, no especificada	65-74	I60-I70
Enfermedades del sistema respiratorio	Gripe	65-74	J10-J11
	Neumonía, asma	65-74	J12-J18, J45-J46
Enfermedades del sistema digestivo	Úlcera gástrica, úlcera duodenal, úlcera péptica de sitio no especificado, úlcera gastroyeyunal, gastritis y duodenitis	65-74	K25-K29
	Enfermedades del apéndice	65-74	K35-K38

Tabla 2 (continuación)

<i>Grupo de causas</i>	<i>Subgrupo de causas</i>	<i>Edad</i>	<i>Códigos de la CIE-10</i>
Enfermedades del sistema digestivo	Hernia	65-74	K40-K46
	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	65-74	K56
	Colelitiasis, colecistitis, otras enfermedades de la vesícula biliar, otras enfermedades de las vías biliares, pancreatitis aguda, otras enfermedades del páncreas	65-74	K80-K86
	Trastornos del sistema digestivo consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra parte	65-74	K91
Enfermedades del sistema genitourinario	Enfermedades glomerulares, uropatía obstructiva y por reflujo, insuficiencia renal, cálculo de riñón, cálculo de las vías urinarias inferiores, cólico renal no especificado, trastornos resultantes de la función tubular renal alterada, riñón contraído no especificado, riñón pequeño de causa desconocida, uretritis no específica, estrechez uretral	65-74	N00-N08, N13, N17-N21, N23, N25-N27, N35
	Hiperplasia de la próstata	65-74	N40
	Salpingitis y ooforitis, enfermedad inflamatoria del útero (excepto del cuello uterino), enfermedad inflamatoria del cuello uterino, otras enfermedades pélvicas inflamatorias femeninas, enfermedades de la glándula de Bartholin, otras infecciones inflamatorias de la vagina y de la vulva	65-74	N70-N73, N75-N76
	Displasia de cuello uterino, otros trastornos no inflamatorios del cuello del útero, otros trastornos no inflamatorios de la vulva y del perineo	65-74	N87-N88, N90
Maternas y perinatales	Embarazo, parto y puerperio	65 y más	O00-O99
	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	65-74	P00-P96
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	65 y más	Q00-Q99
Causas externas	Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	65 y más	Y60-Y69, Y83-Y84

Fuente: elaboración propia con base en información difundida en Ops (2019).

En vista de que la mayor parte de las causas evitables abarcan a la población de hasta 74 años (Ops, 2019), las defunciones también fueron reagrupadas según grupo de edad (es decir, “65 a 74 años” y “75 y más años”) y otros grupos de causas (en función de los capítulos de la CIE 10). Además, fueron reagrupadas por región, siguiendo el criterio establecido en la serie *Indicadores Básicos* que publica anualmente, desde 1996, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina en conjunto con la Ops (Ministerio de Salud y Ops, 2020). A saber: Región Centro (integrada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe), Región Cuyo (provincias de La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis), Región Noroeste (Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán), Región Noreste (Corrientes, Chaco,

Formosa y Misiones) y Región Patagónica (Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego).

Los totales de defunciones y población a nivel de país y región para cada uno de los años especificados se exhiben en la tabla 3.

Tabla 3
Defunciones registradas y población estimada por año calendario. Argentina y regiones, 2005-2020

Año	Total país	Región				
		Centro	Cuyo	Noroeste	Noreste	Patagónica
<i>Defunciones</i>						
2005	202,855	155,900	13,435	14,837	11,448	7235
2006	201,732	153,754	13,944	14,822	11,934	7278
2007	220,888	168,788	14,668	16,655	12,656	8121
2008	208,097	157,482	14,365	15,894	12,516	7840
2009	208,762	156,661	14,652	16,919	12,654	7876
2010	224,477	168,867	15,194	17,876	13,839	8701
2011	224,732	169,779	15,667	17,120	13,234	8932
2012	224,735	167,942	15,733	18,147	13,901	9012
2013	230,450	171,654	16,218	18,615	14,607	9356
2014	231,512	172,012	16,344	18,592	14,812	9752
2015	238,905	176,263	17,279	19,964	15,200	10,199
2016	254,875	186,854	18,399	21,627	17,229	10,766
2017	248,401	181,159	18,591	21,287	16,328	11,036
2018	243,848	176,435	18,296	21,531	16,734	10,852
2019	249,250	180,268	18,787	22,056	16,953	11,186
2020	273,952	196,480	21,309	25,802	17,113	13,248
<i>Población</i>						
2005	3,782,788	2,834,847	265,206	306,179	224,101	152,455
2006	3,839,920	2,867,566	271,199	313,243	230,070	157,842
2007	3,898,528	2,901,046	277,363	320,490	236,202	163,427
2008	3,958,826	2,935,400	283,722	327,951	242,521	169,232
2009	4,020,525	2,970,462	290,242	335,587	249,000	175,234
2010	4,143,127	3,037,324	305,117	351,497	262,885	186,304
2011	4,228,548	3,088,266	314,193	361,988	270,492	193,609
2012	4,321,424	3,144,338	323,771	373,325	278,641	201,349
2013	4,420,825	3,204,630	333,787	385,502	287,404	209,502
2014	4,525,553	3,267,961	344,175	398,517	296,853	218,047
2015	4,634,654	3,333,442	354,868	412,344	307,039	226,961
2016	4,747,432	3,400,547	365,793	426,902	317,951	236,239

Tabla 3 (continuación)

Año	Total país	Región				
		Centro	Cuyo	Noroeste	Noreste	Patagónica
Población						
2017	4,863,479	3,469,176	376,858	442,057	329,549	245,839
2018	4,982,425	3,539,281	387,989	457,653	341,739	255,763
2019	5,103,968	3,610,917	399,111	473,537	354,424	265,979
2020	5,227,722	3,684,038	410,127	489,579	367,515	276,463

Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de DEIS (2022a); Indec (s.f.a); Indec (s.f.b); Indec (s.f.c) y el software PAS (United States Census Bureau, s.f.).

2.2. Técnicas aplicadas

Para alcanzar el objetivo establecido en el marco de la investigación, se recurrió a diversas técnicas. En primer lugar, se calcularon tasas de mortalidad (TM) específicas y proporciones de muertes según causas para cada año, según las desagregaciones especificadas en el subapartado anterior (Ops, 2017).

Seguidamente, con la intención de medir la desigualdad en la distribución geográfica de la mortalidad, se calculó el coeficiente de Gini (G) a nivel regional (Schneider *et al.*, 2002). Este coeficiente, que varía entre 0 (situación de máxima igualdad, en la cual todas las regiones acumulan el mismo nivel de muertes) y 1 (situación de máxima desigualdad, es decir cuando una región concentra todas las muertes), resultó de aplicar la fórmula de Brown (Brown, 1994), expresada en la ecuación 1:

$$G = 1 - \sum_{i=1}^{k-1} (Y_{i+1} + Y_i)(X_{i+1} - X_i) \quad (1)$$

Siendo Y_i la proporción acumulada de la variable de salud (en este caso, las muertes) comprende el grupo i (en este caso, cada región), y X_i la proporción acumulada de la variable población abarca hasta el grupo i .

Por último, se aplicaron modelos de regresión *joinpoint* para detectar cambios estadísticamente significativos en las TM y el G en el tiempo y la velocidad de éstos. La variable independiente fue el año y las variables dependientes fueron las TM y el G obtenidos. Se utilizó la prueba de permutación. Entre los resultados obtenidos, se consideró especialmente el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA) de cada indicador en dos periodos preestablecidos (2005-2015 y 2015-2050, respectivamente), considerando como punto de corte el año de entrada en vigencia de la A2030. Se utilizó la aplicación

Joinpoint Regression Program 4.9.1.0 (abril 2022) (United States Surveillance Research Program, 2022).

En todos los casos, se desestimaron las defunciones de sexo y/o edad ignorados y las de personas residentes en otro país o lugar indeterminado. Adicionalmente, en virtud de diferencias en la calidad de los datos recopilados sobre mortalidad a nivel de provincias (Ribotta, 2016), las muertes asignadas a causas mal definidas y desconocidas (correspondientes al capítulo R de la CIE 10) fueron redistribuidas proporcionalmente entre las restantes causas, siguiendo un criterio aplicado en trabajos anteriores sobre mortalidad (Hernández y Macías, 2017; Rojas Cabrera *et al.*, 2021).

3. Resultados

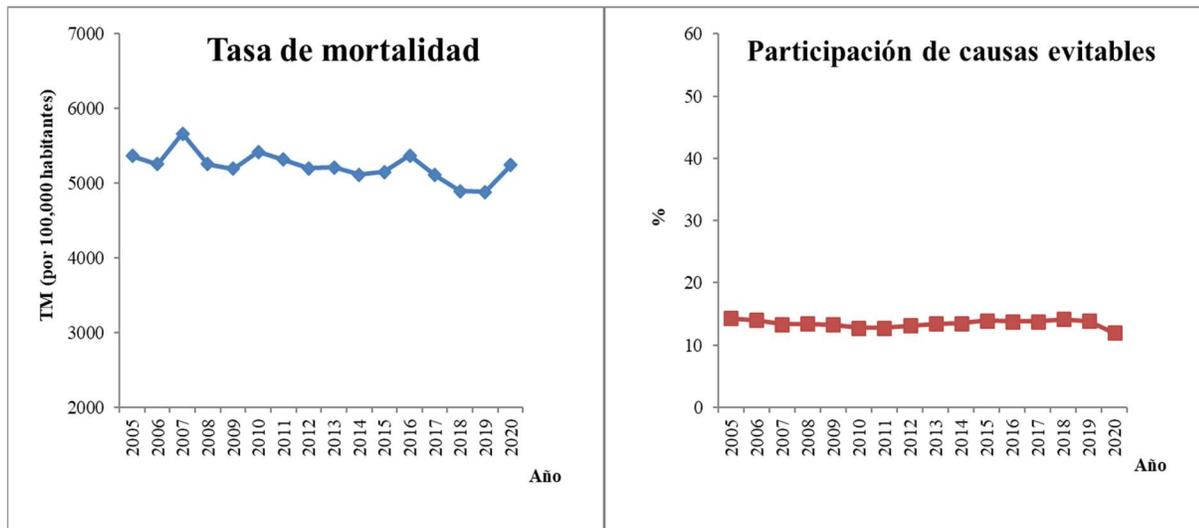
3.1. Primeros resultados

Las gráficas 1 y 2 exhiben, respectivamente, la TM y la participación relativa de las causas evitables en el total de muertes relevadas para la población de 65 años y más de Argentina en el periodo 2005-2020. La gráfica 1 da cuenta de cierta inestabilidad en el comportamiento de la TM a lo largo tiempo, con la existencia de periodos donde el indicador (que varió de 5362.6 a 5154.8 por 100,000 habitantes entre los extremos del periodo referido) registró descensos con relación a años anteriores y periodos donde el mismo, por el contrario, aumentó. Esta dinámica continuó incluso después de la adopción de la A2030. Aun así, en la gráfica 2 se aprecia que la participación relativa de las muertes evitables se mantuvo relativamente estable durante casi todo el periodo investigado, rondando 13.5% entre 2005 y 2019. Excepcionalmente, en 2020 se evidenció una caída más pronunciada, en comparación con años anteriores, cuando alcanzó 12% (gráfica 2).

La TM fue mayor en hombres (TM Hombres 2005=6343.7 por 100,000 habitantes; TM Hombres 2020=6168 por 100,000 habitantes; TM Mujeres 2005=4689.4 por 100,000 habitantes; TM Mujeres 2020=4584.4 por 100,000 habitantes). Además, aumentó con la edad (TM 65-74 años 2005=2645 por 100,000 habitantes; TM 65-74 años 2020 = 2668.1 por 100,000 habitantes; TM 65 años y más 2005=9073.8 por 100,000 habitantes; TM 65 años y más 2020=8721.1 por 100,000 habitantes). Este patrón se mantuvo en el tiempo, aunque presentó dinámicas diferenciadas en algunos casos, tal y como se detalla más adelante.

Gráficas 1 y 2

Tasa de mortalidad (TM) de la población de 65 años y más (por 100,000 habitantes) y participación relativa de las causas evitables en el total de muertes relevadas (en porcentajes). Argentina, 2005-2020



Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de Deis (2022a); Indec (s.f.a); Indec (s.f.b); Indec (s.f.c) e información contenida en Gómez Arias *et al.* (2009); Dávila y Pardo (2016); Ops (2019).

Asimismo, el peso relativo de las muertes evitables fue manifiestamente superior en la población de 65-74 años. Este fue de 44.4% en promedio y no experimentó mayores oscilaciones entre 2005 y 2019, en tanto cayó a 37.3% en 2020. En la población de 65 años y más, este indicador no superó 3% en ninguno de los años analizados.

Con referencia a la población de 65-74 años, la mayor parte de las muertes evitables se atribuyeron a causas tratables. Éstas representaron, en promedio, 96.2% y 92% de las muertes evitables del periodo 2005-2020, en hombres y mujeres, respectivamente, y manifestaron un comportamiento creciente. Complementariamente, el resto de las muertes se asoció a causas prevenibles y su participación relativa en el total de muertes evitables (3.8% y 8%, en promedio, en el mismo periodo y en hombres y mujeres, en ese orden) evidenció una tendencia a la baja.

La tabla 4 ofrece un panorama más detallado de la composición de las muertes por causas tratables y prevenibles según grupos de causas seleccionadas para la población de 65-74 años en los extremos del periodo investigado. En 2005, las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores malignos y las patologías del sistema respiratorio, en ese orden, representaron conjuntamente cerca de 80% de las muertes masculinas por causas tratables (tabla 4). En las mujeres, prevalecieron los

dos primeros grupos de causas, pero el peso relativo de los tumores malignos fue considerablemente más elevado (tabla 4).

En 2020, esta distribución se mantuvo, aunque con diferentes intensidades según el grupo de causas: el peso relativo de las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores malignos disminuyó y el de las enfermedades respiratorias prácticamente se duplicó (tabla 4).

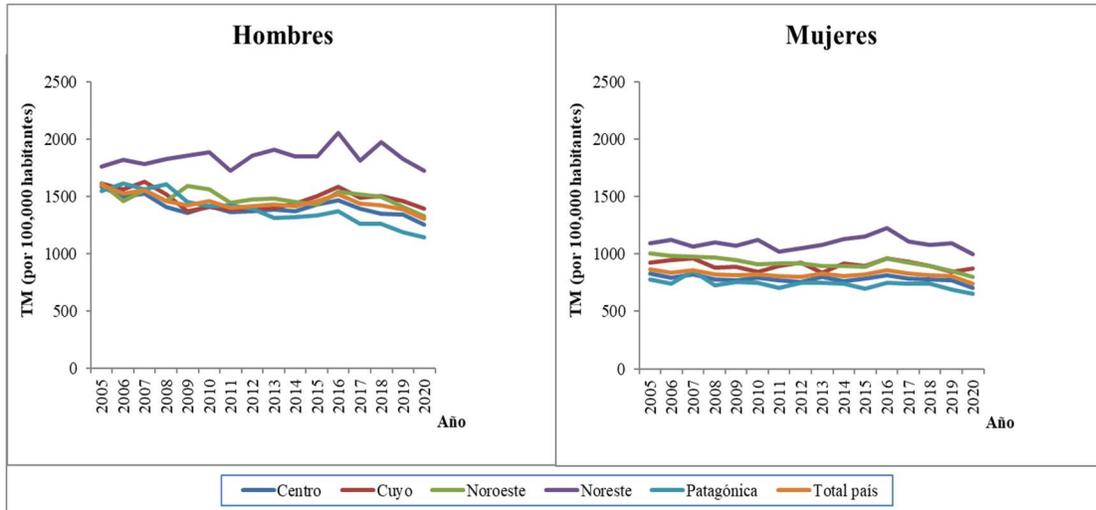
Entre las muertes prevenibles, en 2005, predominaron los accidentes en general (sobre todo los no vinculados a accidentes de tránsito) y los suicidios con independencia del sexo. Posteriormente, esta estructura se vio alterada debido al aumento de la participación relativa de los eventos de intención no determinada (tabla 4).

Tabla 4
Distribución de las muertes evitables de la población de 65-74 años por criterio de evitabilidad y grupo de causas seleccionadas (en porcentajes). Argentina, años 2005 y 2020

<i>Grupo de causas</i>	<i>2005</i>		<i>2020</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Causas tratables</i>				
Todas las causas tratables	100.0	100.0	100.0	100.0
Enfermedades infecciosas y parasitarias (Capítulo A de la CIE 10)	10.1	10.2	8.2	9.0
Tumores malignos	17.8	31.1	16.7	30.0
Enfermedades del sistema circulatorio	49.7	38,2	43.6	32.9
Enfermedades del sistema respiratorio	11.0	9.1	20.1	17.8
Enfermedades del sistema genitourinario	6.9	6.4	6.8	5.9
Restantes causas tratables	4.5	5.0	4.5	4.3
<i>Causas prevenibles</i>				
Todas las causas prevenibles	100.0	100.0	100.0	100.0
Accidentes de tránsito	18.9	19.9	13.0	13.0
Otros accidentes	34.7	42.5	26.9	43.5
Agresiones	6.3	5.0	5.8	4.4
Suicidios	17.6	15.5	18.8	9.7
Eventos de intención no determinada	10.4	11.9	27.8	26.0
Trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de psicotrópicos	11.5	4.0	7.0	2.4
Restantes causas prevenibles	0.7	1.1	0.7	1.0

Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de Deis (2022a); e información contenida en Gómez Arias *et al.* (2009); Dávila y Pardo (2016); Ops (2019).

Gráficas 3 y 4

Tasa de mortalidad (TM) de la población de 65-74 años por causas evitables según sexo (por 100,000 habitantes). Argentina y regiones, 2005-2020

Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de Deis (2022a); Indec (s.f.a); Indec (s.f.b); Indec (s.f.c); e información contenida en Gómez Arias *et al.* (2009); Dávila y Pardo (2016); Ops (2019).

Las gráficas 3 y 4 muestran la TM por causas evitables en las regiones según sexo. Las mayores TM se registraron en la región Noreste y las menores en la Patagónica. Las TM de la región Centro, por su parte, fueron similares a las del país en su conjunto, mientras que las de las restantes regiones fluctuaron casi siempre por encima de las primeras (gráficas 3 y 4). Más allá de estas diferencias, en todos los casos la TM siguió una trayectoria irregular (gráficas 3 y 4).

3.2. Análisis de regresión joinpoint y situación de Argentina frente a los compromisos derivados de la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en relación con la salud de las personas mayores

En las tablas 5 y 6 se presentan los resultados del análisis de regresión *joinpoint*, para evaluar, respectivamente, las tendencias de la TM de hombres y mujeres de 65-74 años para las causas consideradas evitables de conjunto y por grupos de causas seleccionadas. Se incluyen, además, los resultados relativos al comportamiento del *G* para los mismos grupos de causas a nivel regional, a fin de analizar la dinámica de la disparidad en la distribución territorial de las muertes de las poblaciones señaladas (tablas 5 y 6).

Tabla 5
Resultados del análisis de regresión *joinpoint* para la TM de hombres de 65-74 años por causas evitables, según grupo de causas seleccionadas; y para el *G* asociado a nivel de regiones. Argentina y regiones, 2005-2020

<i>Grupo de causas</i>	<i>TM</i>	<i>Total país</i>	<i>Centro</i>	<i>Cuyo</i>	<i>Noroeste</i>	<i>Noreste</i>	<i>Patagónica</i>	<i>G regional</i>
Total causas evitables	Valor 2005	1599.4	1584.1	1615.7	1611.5	1761.9	1550.1	0.01
	PPCA 2005-2015	-0.7 (-1.7; 0.2)	-1.1* (-2.1; -0.1)	-0.8 (-2.2; 0.6)	-0.6* (-1.1; -0.1)	0.2 (0.2; 0.8)	-2.1* (-2.4; -1.7)	12.5* (4.7; 20.9)
	PPCA 2015-2020	-2.1* (-3.6; -0.6)	-2.1* (-3.7; -0.5)	-1.3 (-3.5; 0.9)				3.3* (0.2; 6.5)
Total causas tratables	Valor 2005	1465.1	1463.2	1465.2	1459	1567.6	1354.9	0.008
	PPCA 2005-2015	-0.6 (-1.6; 0.3)	-1 (-2.1; 0.1)	-0.8 (-2.1; 0.5)	-0.3 (-0.9; 0.3)	0.5* (0; 1)	-2.1* (-2.4; -1.7)	12.5* (4.7; 20.9)
	PPCA 2015-2020	-1.8* (-3.3; -0.3)	-1.8* (-3.4; -0.1)	-1.1 (-3.2; 1)				3.3* (0.2; 6.5)
Ciertas enf. infecc. y parasit. (cap. A. CIE 10)	Valor 2005	147.5	141.9	40.2	298.1	165	90.6	0.155
	PPCA 2005-2015	-2.2* (-2.7; -1.6)	-2.1* (-3; -1.2)	3.2* (0.4; 6.1)	-5.1 (-10; 0)	-5.1 (-11.3; 1.4)	-2.8* (-5.2; -0.4)	-4.0* (-6.4; -1.6)
	PPCA 2015-2020				2.1 (-0.9; 5.2)	-1.1 (-5.2; 3.2)		1.9 (-16.5; 24.3)
Tumores malignos	Valor 2005	260.9	268	244.4	217.8	202.8	346.3	0.047
	PPCA 2005-2015	-1.1* (-1.6; -0.5)	-1.3* (-2.2; -0.4)	0 (-0.8; 0.7)	-0.9 (-1.9; 0.2)	-0.5 (-1.4; 0.5)	-1.4* (-2.1; -0.8)	-0.9 (-3.3; 1.6)
	PPCA 2015-2020	-2.8* (-3.6; -1.9)	-3.1* (-4.3; -1.8)					
Enfermedades del sistema circulatorio	Valor 2005	727.9	729.8	770.6	631.5	825.1	673.9	0.025
	PPCA 2005-2015	-1.4* (-2.5; -0.3)	-2.1* (-3.4; -0.8)	-1 (-2.5; 0.6)	-0.8 (-1.5; 0)	0.7 (-0.2; 1.5)	-3.0* (-3.9; -2)	7.0* (4.7; 9.3)
	PPCA 2015-2020	-2.8* (-4.6; -1.1)	-3.0* (-5; -0.9)	-1.5 (-3.9; 0.8)				
Enfermedades del sistema respiratorio	Valor 2005	161.5	166.4	217.6	95.3	180.5	95.3	0.078
	PPCA 2005-2015	3.5* (1; 6.2)	3.6* (1; 6.2)	-2.2 (-5; 0.6)	7.3* (2.8; 11.9)	5.7* (3.9; 7.5)	5.7* (1; 10.6)	-2.4 (-6.7; 2.2)
	PPCA 2015-2020	1.6 (-2.1; 5.5)	1.9 (-1.9; 5.9)	2.4* (0.7; 4.1)	0.7 (-1.7; 3.2)	2.9 (-8.5; 15.6)	-5.7 (-13.6; 3)	11.0* (6.3; 16)
Enfermedades del sistema genitourinario	Valor 2005	101.1	96.9	96.9	144.3	118.6	65.1	0.063
	PPCA 2005-2015	-0.4 (-1.1; 0.2)	-1.4 (-3.4; 0.7)	0 (-1.5; 1.4)	-1.3 (-2.6; 0)	-1.4* (-2.6; -0.1)	0.2 (-1.5; 2)	-2.6 (-5.7; 0.6)
	PPCA 2015-2020		0.8 (-0.4; 1.9)					
Total causas prevenibles	Valor 2005	134.4	120.9	150.5	152.4	194.2	195.2	0.079
	PPCA 2005-2015	-2.4* (-3.2; -1.6)	-2.0* (-3.1; -0.8)	-1.8* (-3; -0.6)	-3.2* (-4.2; -2.1)	-1.2 (-2.8; 0.4)	-5.0* (-6.7; -3.3)	0 (-2.3; 2.4)
	PPCA 2015-2020	-6.5* (-11.5; -1.2)	-6.9* (-10.6; -3.1)			-10.8* (-20.1; -0.5)		
Accidentes de tránsito	Valor 2005	25.4	19.4	68.6	15	51.6	30.2	0.229
	PPCA 2005-2015	-4.2* (-6.6; -1.8)	-0.2 (-1.6; 1.1)	-5.4* (-7; -3.8)	3.1 (-1.7; 8.2)	-2.7 (-6; 0.6)	-4.5* (-6.9; -2.1)	-2.3 (-6.8; 2.5)
	PPCA 2015-2020		-17.2* (-21.7; -12.5)		-29.6* (-49.3; -2.2)			10.0* (3.7; 16.6)

Tabla 5 (continuación)

Grupo de causas	TM	Total país	Centro	Cuyo	Noroeste	Noreste	Patagónica	G regional
Otros accidentes	Valor 2005	46.6	44	35.8	49	65.3	72	0.072
	PPCA 2005-2015	-5.1* (-6.2; -3.9)	-6.0* (-7.3; -4.7)	-3.0* (-4.8; -1.1)	-3.3* (-5.4; -1.1)	-4.2* (-6; -2.4)	-5.4* (-7.5; -3.3)	4.3* (0.6; 8.2)
	PPCA 2015-2020							
Agresiones	Valor 2005	8.4	9.1	6	6.8	8.6	4.6	0.065
	PPCA 2005-2015	-4.0* (-5.9; -2.1)	-4.5* (-7.2; -1.8)	-3.1 (-8.5; 2.6)	-1.6 (-6.4; 3.6)	-6.7* (-11.4; -1.8)	0.1 (-5; 5.3)	2 (-2.5; 6.6)
	PPCA 2015-2020							
Suicidio	Valor 2005	23.6	22.4	23.8	32.7	18.9	30.2	0.06
	PPCA 2005-2015	-2.8* (-3.4; -2.2)	-3.7* (-4.7; -2.8)	-1.6 (-4.9; 1.8)	-0.6 (-3.3; 2.1)	-0.9 (-4.3; 2.7)	-3.7* (-7.1; -0.1)	3.3 (-0.5; 7.2)
	PPCA 2015-2020							
Eventos de intención no determinada	Valor 2005	14	14.9	6	20.4	1.7	18.6	0.139
	PPCA 2005-2015	3.5* (2.2; 4.7)	5.1* (3.7; 6.5)	17.6* (9.1; 26.8)	-11.3* (-15.1; -7.4)	23.7* (14.2; 34)	-11.5* (-16.7; -6.1)	-0.4 (-4; 3.3)
	PPCA 2015-2020					-15.2* (-25.7; -3.3)	21.1* (2; 43.7)	
Trastornos ment. y de comport. por cons. de psicotrópicos	Valor 2005	15.4	10.1	10.4	27.2	48.1	34.9	0.285
	PPCA 2005-2015	-8.2* (-10.8; -5.5)	-26.6* (-39.6; -10.9)	-20.7* (-36; -1.7)	-2.5* (-4.8; -0.1)	-3.8* (-6.5; -1.1)	-8.8* (-12.8; -4.5)	4.1 (-0.2; 8.6)
	PPCA 2015-2020							

PPCA: porcentaje promedio de cambio anual. Cuando el PPCA está acompañado de un * significa que su valor es significativamente distinto de cero al nivel de $\alpha = 0.05$. Los números expresados entre paréntesis se corresponden con el intervalo de confianza para cada PPCA presentado.

Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de Deis (2022a); Indec (s.f.a); Indec (s.f.b); Indec (s.f.c); e información contenida en Gómez Arias *et al.* (2009); Dávila y Pardo (2016); Ops (2019).

La tabla 7 resume, analíticamente, los resultados plasmados en las tablas 5 y 6. A nivel país, se evidencia una reducción significativa de la TM por causas evitables en general y según criterio de evitabilidad (prevenible o tratable). Esta reducción se trasladó a la mayor parte de los grupos de causas analizados. Sin embargo, cuando el análisis se extendió a las regiones, el descenso de la TM alcanzó sólo a algunas de ellas y, en ocasiones, dentro de una misma región, sólo a hombres o mujeres. Asimismo, se observaron situaciones donde la TM no varió significativamente o, bien, tendió al ascenso (tabla 7).

Dentro de este caso, se destacó el incremento significativo de la TM por enfermedades respiratorias con independencia del ámbito geográfico. Además, el de la TM por eventos intención no determinada, en contraste con la tendencia de la TM para las restantes causas prevenibles (tabla 7). Este último abarcó a dos regiones en su totalidad (Centro y Cuyo) y a otras dos parcialmente (Noreste y Patagónica) (tabla 7).

Tabla 6
Resultados del análisis de regresión *joinpoint* para la TM de mujeres de 65-74 años por causas evitables, según grupo de causas seleccionadas; y para el *G* asociado a nivel de regiones. Argentina y regiones, 2005-2020

Grupo de causas	TM	Total país	Centro	Cuyo	Noroeste	Noreste	Patagónica	G regional
Total causas prevenibles	Valor 2005	40	39.6	35.8	40.6	39.6	52.5	0.021
	PPCA 2005-2015	-1.9* (-3.1; -0.6)	-2.1* (-3.5; -0.6)	-1 (-3; 0.9)	-3.2* (-5.1; -1.3)	-2.6* (-4.2; -0.9)	-2.8 (-5.6; 0.1)	5.9* (1.4; 10.6)
	PPCA 2015-2020	-8.7* (-16.4; -0.3)	-10.2* (-18.8; -0.8)					
Accidentes de tránsito	Valor 2005	8	6.9	16	8.1	4.6	18.9	0.154
	PPCA 2005-2015	-1.7 (-3.4; 0.1)	-1.8 (-4.1; 0.6)	-4.4* (-7.5; -1.2)	0.6 (-3.7; 5)	1.6 (-4.3; 7.9)	-2.9 (-7.7; 2.1)	4.7* (0.7; 8.9)
	PPCA 2015-2020	-20.0* (-29.1; -9.7)	-22.9* (-30.8; -14.1)		-21.6 (-41.5; 5.1)	-26.5 (-51.2; 10.6)		
Otros accidentes	Valor 2005	17	17.6	9.9	16.3	19.8	16.8	0.044
	PPCA 2005-2015	-3.5* (-4.9; -2.1)	-4.6* (-6.4; -2.9)	1 (-2.1; 4.1)	-1.1 (-4; 1.9)	-3.9* (-6.5; -1.1)	-3 (-8.5; 2.8)	6.8* (2.8; 11)
	PPCA 2015-2020							
Agresiones	Valor 2005	2	1.7	3.7	0	3	6.3	0.206
	PPCA 2005-2015	-2.2 (-5; 0.7)	-2.4 (-4.8; 0.1)	-3.6 (-10.1; 3.2)	6.0* (0.7; 11.5)	-1.5 (-7.7; 5)	-7.5 (-14.9; 0.6)	2.3 (-1.4; 6.1)
	PPCA 2015-2020							
Suicidio	Valor 2005	6.2	7.1	4.9	2.3	4.6	2.1	0.115
	PPCA 2005-2015	-5.4* (-7.7; -3)	-6.7* (-9.7; -3.6)	-3.9 (-9.3; 1.8)	-2 (-7.6; 3.8)	-0.3 (-6.3; 6.1)	3.9 (-8.6; 18)	0.4 (-4.4; 5.3)
	PPCA 2015-2020						10.8 (-34.3; 87)	
Eventos de intención no determinada	Valor 2005	4.7	5	1.2	8.1	1.5	4.2	0.143
	PPCA 2005-2015	2.6* (0.1; 5.1)	4.6* (1.9; 7.4)	9.1* (2; 16.7)	-11.5* (-18.5; -4)	18.1* (3.4; 34.9)	-12.3 (-26.3; 4.3)	-2.4 (-7.3; 2.7)
	PPCA 2015-2020					-21.1 (-41.6; 6.6)	7.6 (-2.5; 18.8)	
Trastornos ment. y de comport. por cons. de psicotrópicos	Valor 2005	1.6	1	0	4.6	6.1	2.1	0.4
	PPCA 2005-2015	-2.1* (-3.9; -0.2)	-0.2 (-0.6; 0.2)	-0.6 (-7.4; 6.6)	-2.3 (-7.2; 2.8)	-8.8* (-15; -2.1)	-1.8 (-8; 4.9)	3.5 (-1.4; 8.5)
	PPCA 2015-2020							

PPCA: porcentaje promedio de cambio anual. Cuando el PPCA está acompañado de un * significa que su valor es significativamente distinto de cero al nivel de $\alpha = 0.05$. Los números expresados entre paréntesis se corresponden con el intervalo de confianza para cada PPCA presentado.

Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de Deis (2022a); Indec (s.f.a); Indec (s.f.b); Indec (s.f.c); e información contenida en Gómez Arias *et al.* (2009); Dávila y Pardo (2016); Ops (2019).

El análisis *joinpoint* también acusó un descenso parcial del *G* para la totalidad de las causas evitables (éste alcanzó sólo a hombres) (tabla 7). Al desagregar al indicador según criterio y grupos de causas, aparecieron situaciones donde éste no varió significativamente o, lo que es más grave, aumentó (tabla 7).

Tabla 7

Síntesis del análisis de regresión *joinpoint* para evaluar la tendencia de la tasa de mortalidad (TM) de la población de 65-74 años por causas evitables, según sexo y grupo de causas seleccionadas. Argentina y regiones, 2005-2020. Tendencia del coeficiente de Gini (*G*) asociado en cada caso a nivel regional

<i>Grupo de causas</i>	<i>Tendencia de la TM a nivel nacional</i>	<i>Regiones cuya TM presenta tendencia decreciente</i>	<i>Regiones cuya TM no manifiesta cambios</i>	<i>Regiones cuya TM presenta tendencia creciente</i>	<i>Tendencia del G a nivel de regiones</i>
Total causas evitables	Decreciente	1, 3, 4 (M), 5	2, 4 (H)	-	Decreciente (H), Sin cambios (M)
Total causas tratables	Decreciente	1 (H), 3 (M), 4 (M), 5	1 (M), 2, 3 (H)	4(H)	Creciente (H), Sin cambios(M)
Enf. infecc. y parasit. (cap. A de la CIE 10)	Decreciente	1, 4 (M), 5 (H)	3, 4 (H), 5 (M)	2	Creciente (H), Sin cambios (M)
Tumores malignos	Decreciente	1, 3 (M), 4 (M), 5 (H)	2, 3 (H), 4 (H), 5 (M)	-	Sin cambios (H), Creciente (M)
Enf. del sistema circulatorio	Decreciente	1, 3 (M), 5	2, 3 (H), 4 (H)	-	Creciente
Enf. del sistema respiratorio	Creciente	-	-	01-may	Creciente (H), Sin cambios(M)
Enf. del sistema genitourinario	Sin cambios (H), Decreciente (M)	3 (M), 4 (H)	1, 2, 3 (H), 4 (M), 5 (M)	-	Sin cambios
Total causas prevenibles	Decreciente	1, 2 (H), 3, 4, 5 (H)	2 (M), 5 (M)	-	Sin cambios (H), Creciente (M)
Acc. de tránsito	Decreciente	1, 2, 3 (H), 5 (H)	3 (M), 4, 5 (M)	-	Creciente
Otros accidentes	Decreciente	1, 2 (H), 3 (H), 4, 5 (H)	2 (M), 3 (M), 5 (M)	-	Creciente

Tabla 7 (continuación)

Agresiones	Decreciente (H), Sin cambios (M)	1 (H), 4 (H)	1 (M), 2, 3 (H), 4 (M), 5 (M)	3 (M)	Sin cambios
Grupo de causas	<i>Tendencia de la TM a nivel nacional</i>	<i>Regiones cuya TM presenta tendencia decreciente</i>	<i>Regiones cuya TM no manifiesta cambios</i>	<i>Regiones cuya TM presenta tendencia creciente</i>	<i>Tendencia del G a nivel de regiones</i>
Suicidio	Decreciente	1, 5 (H)	2-4, 5 (M)	-	Sin cambios
Eventos de int. no determinada	Creciente	3, 4 (H)	5 (M)	1, 2, 4 (M), 5 (H)	Sin cambios
Trast. ment. y de comport. por cons. de psicotrópicos	Decreciente	1 (H), 2 (H), 3 (H), 4, 5 (H)	1 (M), 2 (M), 3 (M), 5 (M)	-	Sin cambios

Referencias: Regiones: 1. Centro; 2. Cuyo; 3. Noroeste; 4. Noreste; 5. Patagónica. H: refiere a la tendencia de la TM de Hombres; M: refiere a la tendencia de la TM de mujeres. Cuando no se especifica el sexo, corresponde a la tendencia de las TM de hombres y mujeres. **La TM / el G presentó tendencia decreciente** cuando el porcentaje promedio de cambio anual (PPCA) de la TM / del G: *a.* se redujo significativa y constantemente en todo el periodo 2005-2020; *b.* no presentó cambios significativos hasta 2015, pero se redujo significativamente desde ese año; *c.* se redujo significativamente en el período 2005-2020, con más énfasis desde 2015; *d.* se redujo significativamente en el periodo 2005-2020, con menos énfasis desde 2015; y *e.* aumentó significativamente hasta 2015 y se redujo significativamente desde ese año. **La TM / el G no presentó cambios** cuando el PPCA de la TM / del G: *a.* no presentó cambios significativos en todo el periodo 2005-2020; y *b.* se redujo significativamente hasta 2015 y no presentó cambios sustanciales posteriormente (situación que se asocia a un estancamiento en la evolución del indicador). Finalmente, **la TM / el G presentó tendencia creciente** cuando el PPCA de la TM / del G: *a.* aumentó significativa y constantemente en el periodo 2005-2020; *b.* aumentó significativamente hasta 2015 y no presentó cambios significativos después; *c.* no presentó cambios significativos hasta 2015 y aumentó significativamente desde ese año; y *d.* se redujo significativamente hasta 2015 y aumentó significativamente desde ese año.

Fuente: elaboración propia con base en resultados detallados en las tablas 5 y 6.

Con base en los resultados de la tabla 7, la tabla 8 sintetiza la situación de Argentina frente al cumplimiento de los compromisos que emanan de la adopción del plan de los ODS y, más específicamente del ODS 3. Puede inferirse que el país está avanzando plenamente en la reducción de la TM por causas evitables de la población de 65-74 años en 10 de los 14 grupos de causas presentados. Sin embargo, en el periodo analizado, los logros se trasladaron fundamentalmente a la región Centro (en ocho oportunidades), mientras que en las regiones Noroeste, Noreste y Patagónica prevalecieron situaciones de avance parcial (en siete, cinco y siete grupos de causas, respectivamente) (tabla 8). Finalmente, Cuyo fue la región más estancada con TM sin variaciones significativas para siete grupos de causas y tres situaciones de desafíos plenos en lo concerniente a la reducción de las TM (tabla 8).

Completando este panorama, y sumado a la tendencia creciente de la TM por enfermedades respiratorias y, en ocasiones, de la atribuida a eventos de intención no determinada, algunas regiones manifestaron desafíos en relación con la reducción de la TM para otros grupos de causas (tabla 8).

Tal fue el caso de Cuyo, donde la TM por enfermedades infecciosas y parasitarias correspondientes al capítulo A de la CIE 10 aumentó, en disonancia con el descenso de la TM respectiva a nivel nacional; y el del Noreste para las causas tratables en general (tabla 8).

En cuanto a la dinámica de la desigualdad, se registraron situaciones de estancamiento o de crecimiento. Excepcionalmente, se observó un avance parcial al considerar las muertes evitables en su totalidad (tabla 8).

Tabla 8

Situación de Argentina frente al cumplimiento del ODS 3 en relación con la reducción de la mortalidad por causas evitables en la población de 65-74 años, según sexo y grupo de causas seleccionadas, y la evolución de la desigualdad respectiva a nivel de regiones

Grupo de causas	Situación respecto de la reducción de la TM						Situación respecto de la reducción de la desigualdad regional
	Argentina	Regiones según registraron					
		Avance pleno	Avance parcial	Estancamiento	Desafíos parciales	Desafíos plenos	
Total causas evitables	Avance pleno	1, 3, 5	4	2	-	-	Avance parcial
Total causas tratables	Avance pleno	5	1, 3	2	4	-	Desafío parcial
Enf. infecc. y parasit. (cap. A de la CIE 10)	Avance pleno	1	4, 5	3	-	2	Estancamiento
Tumores malignos	Avance pleno	1	3-5	2	-	-	Desafío parcial
Enf. del sistema circulatorio	Avance pleno	1, 5	3	2, 4	-	-	Desafío pleno
Enf. del sistema respiratorio	Desafío pleno	-	-	-	-	1-5	Desafío parcial
Enf. del sistema genitourinario	Avance parcial	-	3, 4	1, 2, 5	-	-	Estancamiento
Total causas prevenibles	Avance pleno	1, 3, 4	2, 5	-	-	-	Desafío parcial
Acc. de tránsito	Avance pleno	1, 2	3, 5	4	-	-	Desafío pleno
Otros accidentes	Avance pleno	1, 4	2, 3, 5	-	-	-	Desafío pleno
Agresiones	Avance parcial	-	1, 4	2, 5	3	-	Estancamiento

Tabla 8 (continuación)

Grupo de causas	Situación respecto de la reducción de la TM						Situación respecto de la reducción de la desigualdad regional
	Argentina	Regiones según registraron					
		Avance pleno	Avance parcial	Estancamiento	Desafíos parciales	Desafíos plenos	
Suicidio	Avance pleno	1	5	2-4	-	-	Estancamiento
Eventos de int. no determinada	Desafío pleno	3	-	-	4, 5	1, 2	Estancamiento
Trast. ment. y de comport. por cons. de psicotrópicos	Avance pleno	4	1, 2, 3, 5	-	-	-	Estancamiento

Referencias: Regiones: 1. Centro; 2. Cuyo; 3. Noroeste; 4. Noreste; 5. Patagónica. **Avance pleno:** la TM de hombres y la TM de mujeres presentaron tendencia decreciente. **Avance parcial:** la TM (o el G) de hombres presentó tendencia decreciente (o no manifestó cambios) y la TM (o el G) de mujeres no manifestó cambios (o presentó tendencia decreciente). **Estancamiento:** la TM de hombres y de mujeres (o el G) no manifestaron cambios significativos en su evolución temporal. **Desafío parcial:** una TM (de hombres o mujeres) o el G (de hombres o mujeres) presentó tendencia al crecimiento. **Desafío pleno:** la TM (G) de hombres y la TM (G) de mujeres presentaron tendencia al crecimiento.

Fuente: elaboración propia con base en resultados detallados en las tablas 5, 6 y 7.

4. Discusión

Los resultados de este estudio mostraron que, en Argentina, la TM de la población de 65 años y más experimentó fluctuaciones en el periodo 2005-2020. Aun así, la participación relativa de las causas evitables en el total de muertes relevadas manifestó cierta estabilidad y en niveles que no superaron 15% (Rojas *et al.*, 2021). Incluso, en 2020 ésta descendió marcadamente en comparación con años anteriores, lo que podría atribuirse a la pandemia de Covid-19, una enfermedad cuya tasa de letalidad fue superior en las personas de edad más avanzada (Ministerio de Salud, 2021b) y que no integra la lista de causas evitables contemplada en esta investigación. Estos valores podrían ser considerados bajos en comparación con los asociados a poblaciones más jóvenes (Rojas, 2015; Deis, 2022b) o las relativos a las personas mayores de países como Colombia (Rojas *et al.*, 2021). Sin embargo, atentan contra la plena realización de los derechos humanos en la medida en que se corresponden con muertes que podrían haberse evitado, una cuestión inaceptable en el marco de la adopción de la A2030 y otros compromisos sobre derechos asumidos por el país en el ámbito internacional.

Los resultados también revelaron que la TM fue superior en hombres y que la misma aumentó con la edad (Grushka, 2014; Ministerio de Salud, 2021a, Rojas *et al.*, 2021). Sin embargo,

el peso relativo de las causas evitables tuvo una relación inversamente proporcional con esta última, alcanzando valores muy bajos (no más de 3%) en las personas de 75 años y más. Asimismo, en la población de 65 a 74 años, la TM por causas tratables fue considerablemente mayor a la TM vinculada a las causas prevenibles.

La aplicación del modelo de regresión *joinpoint* para analizar la tendencia de la TM para el conjunto de causas evitables y según criterio de evitabilidad (tratable o prevenible) en la población de 65 a 74 años reveló avances significativos en cuanto a la reducción de la mortalidad en el total del país. Sin embargo, al replicar el procedimiento para grupos de causas más específicas, los avances se relativizaron: entre las principales causas tratables (y, por ende, principales causas de muerte evitable), la tendencia significativamente decreciente de las TM por enfermedades del sistema circulatorio y por tumores contrastó con el aumento significativo de la TM por enfermedades respiratorias (Ministerio de Salud, 2021a). Esta situación (donde la neumonía y la influenza aparecen como las causas de muerte más frecuentes, Deis, 2022b), exige contar con un conocimiento más integral de los factores que propician su ocurrencia (crecimiento poblacional, urbanización, industrialización, contaminación ambiental, pobreza, entre otros; World Health Organization, 2008) y reforzar el despliegue de estrategias que, de manera comprobada, contribuyan con la reducción de la mortalidad (principalmente, la vacunación) (Carro *et al.*, 2021).

Por su parte, la TM ligada a causas prevenibles disminuyó significativamente durante los años estudiados (Peláez *et al.*, 2021), situación igualmente observada en otros contextos (Dávila y Pardo, 2016). Excepcionalmente, TM por eventos de intención no determinada tendió significativamente al ascenso, lo que, de alguna manera, pone en duda los logros concretados respecto de las restantes causas. De acuerdo con los antecedentes considerados, ello se asociaría a un proceso de deterioro de la calidad de los datos sobre defunción recopilados, fundamentalmente en lo concerniente al registro de intencionalidad de las muertes por causas violentas (Zunino *et al.*, 2006; Santoro, 2020).

La incorporación de la dimensión geográfica al análisis de las tendencias temporales de la mortalidad por causas evitables en la población de 65 a 74 años dejó en evidencia la persistencia de disparidades entre las distintas jurisdicciones que integran el país (Ministerio de Salud, 2021a). En particular, los logros se correspondieron mayormente con la dinámica de las TM de la región Centro, posiblemente en razón de constituir el territorio más poblado del país y albergar a 71.9% de la población del tramo etario en cuestión (Indec, s.f.b). Esta sobrerrepresentación a nivel regional implicó que la

situación de las restantes regiones quedara invisibilizada en el valor promedio nacional, con regiones donde el descenso de las TM se produjo con menor intensidad (Patagónica, Noroeste y Noreste, esta última con las TM máximas), o bien se presentarán situaciones de estancamiento (Cuyo), de cara a la reducción de la mortalidad que puede ser contrarrestada, en disonancia con el espíritu del ODS 3.

En este contexto, la tendencia decreciente de algunas TM se contradijo con la dinámica de la desigualdad interregional, la cual consiguió reducirse sólo al considerar la totalidad de las muertes evitables. Por el contrario, para los restantes grupos de causas, la magnitud de la desigualdad no manifestó cambios significativos en su tendencia o, peor aún, se incrementó.

Al margen de los resultados alcanzados, se reiteran las limitaciones propias del estudio en cuanto al recorte poblacional y temporal realizado con base en las posibilidades de los datos utilizados y los problemas de calidad que éstos presentan (Ribotta, 2016). Así también, las asociadas a los estudios de índole regional, los cuales continúan ocultando las diferencias presentes en territorios más acotados.

Conclusiones

En términos generales, Argentina está concretando avances en relación con la reducción de la mortalidad en general y para el conjunto de causas evitables en las PM, en consonancia con los lineamientos establecidos en el marco de la A2030. Sin embargo, estos avances se van perdiendo a medida que se desglosa la información y más aún al considerar la dinámica de la desigualdad por sexo y entre sectores geográficos.

En un sentido más específico, la mortalidad atribuida a algunas causas, como las enfermedades del sistema respiratorio y los eventos de intención no determinada, evidenció una tendencia al incremento. Asimismo, los logros se concentraron mayormente en la región Centro, la más poblada a nivel nacional. Finalmente, se detectaron situaciones de estancamiento o, peor aún, de incremento en las disparidades en la distribución de las muertes a nivel regional. Ello atenta enteramente contra el espíritu mismo del plan de los ODS, el cual postula que los países deben garantizar el acceso a la salud universalmente y sin discriminación.

De lo anterior se desprende la necesidad de implementar políticas focalizadas en las demandas y problemas de salud de cada región. En definitiva, la necesidad de llevar adelante una A2030 más territorial, con acciones más inclusivas e iguales oportunidades para todas las personas con independencia del lugar de residencia.

Fuentes consultadas

- Brown, Malcom C. (1994). Using gini-style indices to evaluate the spatial patterns of health practitioners: Theoretical considerations and an application based on Alberta data. *Social Science & Medicine*, 38(9), 1243-1256. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90189-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90189-9)
- Busso, Matías y Messina, Julián (2020). *La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://acortar.link/2lq82O>
- Carro Hevia, Amelia; Sanz Hernández, Francisco; Álvarez, Aldeán Javier; García Cenoz, Manuel; Jimeno Sanz, Isabel; Redondo Margüello, Esther; Vidán Astiz, María Teresa y García Rojas, Amós (2021). Gripe y eventos cardiorrespiratorios: una revisión clínico-epidemiológica multidisciplinar. *Revista Española de Quimioterapia*, 34(6), 556-568. <https://doi.org/10.37201/req/065.2021>
- Cepal (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Cepal. <https://acortar.link/AAuEuS>
- Dávila Cervantes, Claudio Alberto y Pardo Montaña, Ana Melisa (2016). Análisis de la tendencia e impacto de la mortalidad por causas externas: México, 2000-2013. *Salud Colectiva*, 12(2), 251-264. <https://acortar.link/BwbMQj>
- Deis (Dirección de Estadísticas e Información en Salud) (2022a). *Defunciones ocurridas y registradas en la República Argentina*. Ministerio de Salud Argentina [Conjunto de datos]. <https://acortar.link/c8YHGZ>
- Deis (Dirección de Estadísticas e Información en Salud) (2022b). *Estadísticas vitales. Información Básica. Argentina—Año 2020*. Ministerio de Salud Argentina. <https://acortar.link/wvX96s>
- Gómez Arias, Rubén Darío; Nolasco Bonmatí, Andreu; Pereyra Zamora, Pamela; Arias Valencia, Samuel; Rodríguez Ospina, Fabio León y Aguirre, Daniel Camilo (2009). Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(5), 385-97. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9753>
- Grushka, Carlos (2014). Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 8(15), 93-118. <https://acortar.link/8tlJUl>

- Hernández, Hernán y Macías, Guillermo (2017). Análisis de la tendencia temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Argentina, 1990-2013. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41 (e73). <https://acortar.link/tK7Sal>
- Huenchuan, Sandra (Ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). <https://acortar.link/mgZ4PO>
- Indec (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) (s.f.a). *Censo 2001* [Conjunto de datos]. Indec. <https://acortar.link/GFvlzi>
- Indec (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) (s.f.b). *Censo 2010* [Conjunto de datos]. Indec. <https://acortar.link/zdd3CU>
- Indec (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) (s.f.c). *Proyecciones nacionales*. Indec. <https://acortar.link/eP6dK>
- Instituto Danés de Derechos Humanos (2019). *Los derechos humanos y la Agenda 2030. Lecciones aprendidas y próximos pasos*. Instituto Danés de Derechos Humanos. <https://acortar.link/6TgPCy>
- Ministerio de Salud (2021a). *Análisis de la mortalidad en personas mayores. Argentina. Años 2010-2019*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://acortar.link/6jkbo3>
- Ministerio de Salud (2021b). *Sala de Situación Nacional COVID-19 - Nuevo Coronavirus 2019 SE 22 Año 2021*. Ministerio de Salud Argentina. <https://acortar.link/n8QIYn>
- Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud (2020). *Indicadores básicos. Argentina 2020*. Ministerio de Salud Argentina, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. <https://acortar.link/dRwwZd>
- OHCHR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2014). *Los principales tratados de derechos humanos*. Onu. <https://acortar.link/PCWXOP>
- Onu (Organización de las Naciones Unidas) (2022). *Marco de indicadores mundiales para los Objetivos de Desarrollo Sostenible y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. (Resolución 68/261). Onu. <https://acortar.link/Wd254P>
- Onu (Organización de las Naciones Unidas) (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Onu. <https://acortar.link/CzXt6l>

- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. OEA. <https://acortar.link/Nr7Amz>
- Ops (Organización Panamericana de la Salud) (2019). *Plan Estratégico de la OPS 2020-2025. "La equidad, el corazón de la salud". Compendio de indicadores a nivel del impacto*. Ops. <https://acortar.link/MpYhWj>
- Ops (Organización Panamericana de la Salud) (2017). *Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad*. PAHO. <https://acortar.link/UVjmE4>
- Ops (Organización Panamericana de la Salud) (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. - 10a. revisión (volumen 1)*. Ops. <https://acortar.link/q6kJcf>
- Peláez, Enrique; Acosta Laura y Molinatti, Florencia (2021). Mortalidad por causas externas en personas mayores. Tendencias en Argentina, 2000-2014. *Astrolabio*, 26, 182-201. <https://acortar.link/bblwEy>
- Ribotta, Bruno Sebastián (2016). Causas de defunción mal definidas en las provincias de Argentina, 2001-2013. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 14(3), 86-95. <https://acortar.link/do94K3>
- Rojas Cabrera, Eleonora Soledad (2015). Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de dos ciudades del Cono Sur: Córdoba (Argentina) y Porto Alegre (Brasil), 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 29-37. <https://acortar.link/voFjNZ>
- Rojas Cabrera, Eleonora; Peranovich, Andrés; Cardona Arango, Doris y Lizcano Cardona, Douglas (2021). El ejercicio del derecho a la salud en personas mayores en Argentina y Colombia: una aproximación a partir del análisis de la mortalidad por causas sensibles a la atención de la salud en el siglo XXI. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 38, 1-22. <https://acortar.link/ySt36z>
- Santoro, Adrián (2020). Recálculo de las tendencias de mortalidad por accidentes, suicidios y homicidios en Argentina, 1997-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e74. <https://acortar.link/i3IwGG>

- Schneider, María Cristina; Castillo Salgado, Carlos; Bacallao, Jorge; Loyola, Enrique; Mujica, Oscar J., Vidaurre, Manuel y Roca, Anne (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(6), 398-414. <https://acortar.link/YG4vhe>
- United States Census Bureau (2014). *Population Analysis System (PAS) Software* (versión 1994). [Software]. United States Census Bureau. <https://acortar.link/yvDG7T>
- United States Surveillance Research Program (2022). Joinpoint Trend Analysis Software (version 4.9.1.0). [Software]. National Cancer Institute. <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
- WHO (World Health Organization) (2008). *Practical Approach to Lung Health-Manual on initiating PAL implementation*. WHO. <https://acortar.link/U9h1K5>
- Zunino, María Gabriela; Spinelli, Hugo y Alazraqui, Marcio (2006). Muertes por armas de fuego: un eclipse en los sistemas de información en salud. *Salud Colectiva*, 2(3), 259-267. <https://acortar.link/zQ2WDr>

Reseña curricular

Eleonora Rojas Cabrera. Doctora en Demografía por la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Actualmente es Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), con sede de trabajo en el Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, dependiente del Conicet y la Universidad Nacional de Córdoba. Su principal línea de investigación es población, salud y derechos humanos. Entre sus últimas publicaciones destacan: como autora, Impacto de la inactividad física en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Argentina y sus regiones. Período 2017-2019. *Folia Histórica del Nordeste*, 51, 43-60 (2024); en coautoría, Suicidio en las personas mayores: una comparación entre los países del Cono Sur y de la Península Ibérica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 60(5), 101660 (2025); y Mortalidad juvenil por causas evitables en las provincias de la Región Centro (Argentina), período 2005-2020. *Revista Universitaria de Geografía*, 33(1), 79-108 (2024). Correo-e: eleonorarojascabrera@gmail.com