

# **CIÊNCIAS DA SAÚDE**

# **ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO, SEGÚN SEXO, EN PARANÁ Y FOZ DE IGUAZÚ DE 1980 A 2013**

REY VARELA, Mariana  
Estudiante del Curso de Salud Colectiva - ILACVN – UNILA;  
E-mail: [mariana.varela@aluno.unila.edu.br](mailto:mariana.varela@aluno.unila.edu.br)

GAMARRA, Carmen Justina  
Docente/pesquisador del curso de Salud Colectiva – ILACVN – UNILA.  
E-mail: [carmen.gamarra@unila.edu.br](mailto:carmen.gamarra@unila.edu.br)

## **1 Introducción**

Como parte del proyecto “Enfermedades crónicas no transmisibles en Foz de Iguazú: factores de riesgo y mortalidad”, este plan pretendió discutir las principales tendencias de mortalidad y factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares - EC a nivel municipal y estatal, diferenciando los resultados para hombres y mujeres. El abordaje de dicho grupo de enfermedades se justifica dado que a pesar de haber tenido una disminución en los óbitos, aún son el grupo causal que más defunciones se cobra entre las enfermedades crónicas no transmisibles – ECNT (OMS, 2014; FARIAS, 2008).

El objetivo general fue analizar la mortalidad por ECNT en Foz de Iguazú - FI y Paraná - PR, comparando las realidades a modo de contribuir a subsidiar el planeamiento estratégico de las acciones para el mejoramiento de los indicadores de salud de la región. Los objetivos específicos fueron analizar la tendencia de la tasa de mortalidad y mortalidad proporcional - MP de las enfermedades del aparato circulatorio – EAP según sexo; describir la mortalidad según sexo para FI y PR y comparar los resultados con estudios realizados en otras regiones de Brasil y discutir su relación con variables sociodemográficas, así como con los factores de riesgo

## **2 Metodología**

Fue realizado un estudio descriptivo de valores agregados, serie temporal, donde se analizaron los datos de mortalidad por EAP en FI y PR. Las fuentes de los datos al respecto de los óbitos fueron obtenidos en el Sistema de Información sobre Mortalidade - SIM, a través del site Departamento de informática del Sistema Único de Salud – DATASUS; mientras que los correspondientes a las informaciones demográficas fueron obtenidas en el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. El análisis de los datos se realizó a partir de la inclusión en el estudio de todos los óbitos de la población residente en FI y PR, ocurridos entre 1980 a 2013, diferenciados por la variable sexo (femenino y masculino) y que tuvieron como causa básica de muerte alguna EAP. Los óbitos fueron clasificadas de acuerdo con el Código Internacional de

Enfermedades, en la versión 9 para el período 1980-1995 (CID-9) y 10 de 1996-2013 (CID-10). Las tasas de mortalidad específicas por EAP fueron calculadas en fajas etarias de 5 años, desde 0 a 80 años y más. La padronización de las tasas se realizó por método directo, conforme la metodología preconizada por la Organización Mundial de la Salud - OMS, población padrón de la OMS. La MP fue calculada por el cociente entre los óbitos por EAC dividido por el total de óbitos de cada año de la serie histórica analizada, multiplicado por cien.

### **3 Fundamentación teórica**

En América Latina desde hace más de cuarenta años se está viviendo una transición epidemiológica que, entre otros cambios en el estado de salud de las poblaciones, establece que tres de cada cuatro adultos mueren a edad prematura a causa de ECNT (FARIAS, 2008). Si bien en algunos países del mundo desarrollado existen tendencias que nos indican una disminución de las muertes por ECNT, en especial las del grupo correspondiente a las EC, la situación de los países de ingresos medios y bajos no ha podido ser revertida eficientemente. Estos países son altamente afectados por modos de vivir y condiciones socio-económicas dependientes que favorecen a la adopción de hábitos que constituyen importantes factores de riesgo para las EAC, e independientemente de diversos esfuerzos preventivos y/o implementación de políticas públicas (en casos como Brasil, con algunos resultados positivos), aún no consiguen obtener indicadores promisorios en la materia (ISHITANI et al, 2006; OLIVEIRA, 2005; OMS, 2014).

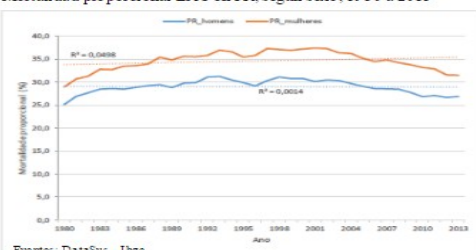
Tal es la emergencia de esta nueva epidemia, que desde el año 2011 los estados nacionales miembros de la OMS están trabajando en un plan de acción mundial que busca combatir a los principales factores de riesgo asociados a muertes por ECNT mediante el delineamiento de nueve metas de acción voluntaria para revertir los indicadores de mortalidad por dichas causas. Las que atañen a las EAC (aunque todas, en algún punto, afectan al tipo), son reducciones relativas al 2025 del 25% de mortalidad general por EC, cáncer, diabetes y respiratorias crónicas, 10% de prevalencia de la actividad física insuficiente, 30% de ingesta poblacional media de sal, 25% de prevalencia de hipertensión; detención del aumento de diabetes y obesidad; tratamiento farmacológico y asesoramiento de al menos 50% para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares (OMS, 2014).

Por otra parte, y según Haddad y cols (2000), se ha ido registrando una tendencia paulatina de crecimiento en las causas de morbilidad y mortalidad en mujeres por EC, sobre todo en aquellas en edad posmenopáusica, lo cual otorgaría nuevos desafíos para el combate de las EAC, y esto se debería, entre otros factores, a nuevos modos de vivir de las sociedades actuales, cambios significativo de roles por género, fundamentalmente en lo que atañe a la división sexual del trabajo. Dado que las ECNT son consideradas como variables de gran incidencia en los indicadores de desarrollo sostenible por su naturaleza degenerativa, es interesante ver cuales son las principales tendencias según sexo para las EAC de aquí para adelante, buscando implementar políticas públicas diferentes según las necesidades de cada grupo. Es por ello, que entre otras observaciones realizadas por el Informe sobre la situación mundial de las ECNT de la OMS en 2014, aparece la importancia de establecer metas ajustadas a cada país con perspectivas propias y basadas en investigaciones locales de tendencias. (OMS, 2014)

#### **4 Resultados**

De acuerdo a la comparación de la tendencia de MP por EAC, tanto en PR como en FI, podemos constatar que las mujeres presentan mayor proporción de óbitos por estas enfermedades que los hombres, en todo el periodo analizado, se observa también, en las últimas décadas, que la diferencia entre sexos es más marcada, afectando claramente más a las mujeres que a los hombres. Si bien, en PR, la magnitud de la MP por EAC es mayor a la observada en FI, en el Estado existe tendencia estable (con una leve tendencia de mejora en los últimos años) y ya en FI, podemos constatar que existen indicios claros de aumento de la MP a lo largo del período analizado **(Gráficos 1 y 2)**. Los gráficos 3 y 4 muestran la tendencia de la tasa de mortalidad por EAC, en PR y FI, donde podemos observar que el riesgo de muerte por esas enfermedades es mayor para los hombres, con tendencia clara de disminución de las tasas para ambos sexos en el Estado, mientras que la situación municipal registra oscilaciones de las tasas, con tendencia estable.

Gráfico 1 - Mortalidad proporcional EAC en PR, según sexo, 1980 a 2013



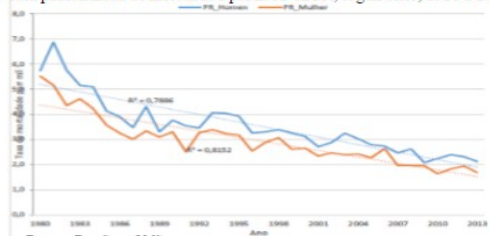
Fuentes: DataSus - Ibge

Gráfico 2 - Mortalidad proporcional EAC en FI, según sexo, 1980 a 2013



Fuentes: DataSus - Ibge

Gráfico 3- Tasa padronizada de mortalidad por EAC en PR, según sexo, 1980 a 2013



Fuentes: DataSus - OMS

Gráfico 4- Tasa padronizada de mortalidad por EAC en FI, según sexo, 1980 a 2013



Fuentes: DataSus - OMS

## 5 Conclusiones

De acuerdo a los resultados pudimos observar que los objetivos fueron alcanzados y pertinentes al estudio, se tuvo la oportunidad de confirmar que la variable sexo en cuanto ECNT aporta un enfoque de análisis que ayuda a ampliar los puntos que deben ser llevados en cuenta al realizar un planeamiento estratégico de acciones preventivas y promotoras que ayuden a combatir a los principales factores de riesgo.

## 6 Principales referencias bibliográficas

FARIAS, N. et al. **Mortalidade cardiovascular por sexo e faixa etária em São Paulo, Brasil: 1996 a 1998 e 2003 a 2005.** Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 93,n.5,p. 498-505, 2009.

HADDAD, N.; SILVA, M. **Mortalidade por Doenças Cardiovasculares em Mulheres em Idade Reprodutiva (15 a 49 anos), no Estado de São Paulo, Brasil, 1991 a 1995.** Arq Bras Cardiol, volume 75 (nº 5), 369-374, 2000.

ISHITANI, L.H. et al. **Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40,n. 4,p. 684-691, 2006.

OLIVEIRA, G.M.M. et al. **Mortalidade compensada por doenças cardiovasculares no período de 1980 a 1999 – Brasil.** Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 85,n. 5,p. 305-313, 2005.

OMS. **Informe mundial sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014.** Organización Mundial de la Salud, 2014