

# Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

ISSN 0255-6669

Vol. 8, No. 5-6, 1987

## Aspectos generales de la mortalidad en las Américas

INDEXED

### La esperanza de vida al nacer

Al adoptar el Plan de Acción para la instrumentación de las Estrategias Regionales, los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definieron una meta mínima que estipula que en el año 2000 la esperanza de vida al nacer no habrá de ser inferior a 70 años en ningún país de la Región.

La esperanza de vida es un indicador que se calcula con base en la tabla de vida preparada con las tasas de mortalidad específica según edad. La esperanza de vida al nacer representa la recíproca de la tasa bruta de mortalidad de la tabla de vida y resume en una sola cifra la experiencia de mortalidad de todos los grupos de edad de una población; es el número de años promedio que puede esperar vivir un recién nacido si durante su vida se mantuvieran constantes las tasas usadas para calcular la tabla de vida. Además de servir como indicador del nivel de mortalidad, se utiliza con mucha frecuencia para caracterizar el nivel de bienestar y, consecuentemente, el grado de desarrollo social de un país.

Las deficiencias en los datos de mortalidad y de población afectan la validez de las tasas de mortalidad, la tabla de vida y todos los indicadores que se derivan de ella, inclusive la esperanza de vida al nacer. No obstante, existen procedimientos de análisis demográfico que permiten construir tablas de vida basadas únicamente en datos del censo y en técnicas derivadas del cuerpo de teoría de población. Los análisis que aparecen a continuación se basan en los valores de esperanza de vida al

nacer preparados, proyectados y publicados por la División de Población de las Naciones Unidas.

Se espera que los países de América Latina y el Caribe alcancen en el período 2000-2005 el nivel de esperanza de vida al nacer que existía en los países de América del Norte en el período de 1950-1955. Asimismo, el promedio de 70 años, que estos últimos países alcanzaron en 1960, no se logrará hasta pasado el año 2010.

El cuadro I indica que existen grandes diferencias entre los países, algunos de los cuales ya habían sobrepasado los 70 años de esperanza de vida al nacer en el período 1980-1985. Según proyecciones recientes de la División de Población de las Naciones Unidas, otros países alcanzarán la meta mínima para fines de siglo, pero 11 países deberán hacer esfuerzos especiales para reducir sus niveles de mortalidad. Por otra parte, estos valores nacionales son promedios y no dan información respecto a las diferencias entre subgrupos de población dentro de un mismo país, así como los promedios regionales no reflejan las diferencias entre los países.

La esperanza de vida al nacer de las mujeres es consistentemente superior a la de los hombres, y llama la atención que esta diferencia es más marcada en los países de América del Norte, donde llega a ocho años aproximadamente, casi el doble de la diferencia observada en los países de América Latina y el Caribe (cuadro I).

Otro hecho evidente es que la ganancia progresiva en esperanza de vida al nacer se hace más lenta conforme aumenta el nivel de esta; es más difícil ganar un año para

### EN ESTE NUMERO...

- Aspectos generales de la mortalidad en las Américas
- Análisis de algunos aspectos de la mortalidad en el Canadá
- El SIDA: Tratamiento con medicamentos
- Vigilancia del SIDA en las Américas
- Naciones Unidas: Resolución para prevención y lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- El Centro Nacional de Estadísticas de Salud se incorpora a los Centros para el Control de Enfermedades
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional
- Publicaciones
- A nuestros lectores

**Cuadro 1. Esperanza de vida al nacer en el período 1980-1985 por sexo, y aumento porcentual a partir del período 1950-1955, en países seleccionados de las Américas.**

País	Esperanza de vida al nacer (años) 1980-1985			Porcentaje de aumento desde 1950-1955		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	69,7	66,4	73,1	11,1	9,9	12,3
Barbados	72,7	70,0	75,4	27,1	27,3	26,7
Bolivia	50,7	48,6	53,0	25,5	26,2	24,7
Brasil	63,4	60,9	66,0	24,4	23,6	25,1
Canadá	75,7	72,3	79,3	9,6	8,2	10,8
Colombia	63,6	61,4	66,0	25,6	25,8	25,5
Costa Rica	73,0	70,5	75,7	27,5	25,9	28,2
Cuba	73,4	71,8	75,2	24,8	26,6	23,3
Chile	69,7	66,7	72,9	29,8	28,5	30,9
Ecuador	64,3	62,3	66,4	33,0	32,3	33,9
El Salvador	64,8	62,6	67,1	43,3	42,0	44,5
Estados Unidos	74,3	70,6	78,1	7,7	6,6	8,5
Guatemala	59,0	56,8	61,3	40,1	35,6	44,6
Guyana	68,2	65,8	70,8	23,6	23,0	24,2
Haití	52,7	51,2	54,4	40,1	41,0	39,8
Honduras	59,9	58,2	61,7	42,1	42,3	41,8
Jamaica	73,0	70,3	75,7	27,6	26,2	29,0
México	65,7	63,5	68,1	29,6	29,1	30,0
Nicaragua	59,9	58,7	61,0	41,5	43,5	39,6
Panamá	71,0	69,2	72,9	28,4	27,2	29,7
Paraguay	65,1	62,8	67,5	25,4	25,6	25,1
Perú	58,6	56,8	60,5	33,5	32,5	34,5
República Dominicana	62,6	60,7	64,6	38,8	39,2	38,3
Suriname	68,0	65,6	70,6	21,4	20,6	22,4
Trinidad y Tabago	68,7	66,2	71,3	18,7	17,4	20,0
Uruguay	70,3	67,1	73,7	6,2	6,1	6,3
Venezuela	69,0	66,0	72,1	25,0	22,7	27,4

Fuente: Naciones Unidas. *World Population Prospects: Estimates and Projections as Assessed in 1984*. ST/ESA/SER.A/98; Nueva York, 1986.

los países que ya tienen una esperanza de vida elevada, debido a que han eliminado gran parte de los problemas para cuya solución existen el conocimiento y las tecnologías adecuadas. Dicho cambio porcentual es mucho mayor para países con baja esperanza de vida al nacer, algunos de los cuales lograron aumentos superiores al 30% en el período descrito. También es cierto que algunos países han incrementado su esperanza de vida más rápidamente de lo esperado y que otros lo han hecho mucho más lentamente.

### Mortalidad general y causas de defunción

La OPS solicita a los Países Miembros los datos sobre mortalidad en un cuestionario anual. Los datos de los formularios recibidos se cotejan, revisan y sistematizan. Se hace todo lo posible por presentar los datos oportunamente pero ese proceso entraña muchas demoras. Por ejemplo, las estadísticas definitivas de mortalidad más recientes de cualquier país de la Región de las Américas de que dispone la OPS corresponden a 1984. A menudo se dispone de estadísticas resumidas tales como la tasa de

mortalidad bruta, antes de que la OPS pueda obtener estadísticas más detalladas.

En el momento de preparar este análisis, la OPS disponía de datos de mortalidad por edad y por sexo codificados según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), provenientes de 39 de un total de 49 países y otras divisiones políticas de la Región. Los datos más recientes de 7 países corresponden a 1982, de 7 países a 1981, de 2 países a 1980 y de 2 países a 1979.

Cualquier análisis de mortalidad a nivel nacional, subregional o regional estará influido por muchas variables: la proporción de población cubierta por los registros de defunción, que son la fuente de las estadísticas; la integridad de los registros de defunción correspondientes a la población cubierta; la forma en que se acopian y se sistematizan los datos, inclusive la precisión de la codificación; la integridad del certificado médico de la causa de defunción y la precisión del diagnóstico definitivo. No se dispone de datos suficientes para evaluar plenamente la influencia de muchas de estas variables.

En la mayoría de los países es necesario disponer de un certificado de defunción para el entierro. Por tanto, el número total de defunciones registrado es de ordinario bastante completo (superior al 90% de todas las defunciones ocurridas). Según un estudio de las Naciones Unidas en el que se solicitó a los países que estimaran la integridad de sus datos,<sup>1</sup> de 43 países que respondieron, 12 (28%) declararon que la integridad era de menos del 90%, mientras que 6 (14%) no suministraron ninguna información al respecto. Puede ser incompleto el registro de las defunciones de los menores de 1 año, de las ocasionadas por conflicto armado y de las que ocurren en zonas remotas. En ese mismo estudio, 15 de 43 países (39%) notificaron una integridad inferior al 90% en el registro de las defunciones de lactantes. No se indica hasta qué punto se dejan de notificar esas muertes y quizá en muchos países no se sepa. Sin embargo, aunque las defunciones que ocurren en las zonas rurales remotas pueden pasar inadvertidas, su número quizá no influya en el total ya que la mayoría de la población (más de 70% en 1980) de la Región se encuentra en zonas urbanas donde el registro de defunción es más completo. Si bien dicho registro puede ser razonablemente completo, no puede decirse lo mismo de la precisión de la información registrada. Los registros de la edad en el momento de defunción, el lugar de residencia y la causa de defunción son a menudo incorrectos. Es posible que la edad se indique incorrectamente o se redondee y que se registre el lugar de residencia en el momento en que ocurrió la muerte y no el de residencia permanente.

Los errores relativos a la determinación de la causa de defunción constituyen un grave problema, principal-

<sup>1</sup> Naciones Unidas. *Demographic Yearbook 1983*, Nueva York, 1985, págs. 290, 344 y 373.

**Cuadro 2. Porcentaje de defunciones certificadas por un médico y de defunciones ocasionadas por signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, en países seleccionados.**

País (Año)	Defunciones certificadas por médico (%)	Defunciones por estados morbosos mal definidos (%)
Brasil (1980)	75.0	21.5
Colombia (1977)	75.2	8.6
Costa Rica (1979)	43.0	9.3
Chile (1979)	89.5	10.9
Ecuador (1978)	57.0	16.5
El Salvador (1983)	46.5	21.5 <sup>a</sup>
Guatemala (1981)	30.0	23.8
Honduras (1983)	11.0	85.4
Panamá (1978)	75.0	11.3 <sup>b</sup>
Paraguay <sup>c</sup> (1979)	43.0	37.1 <sup>d</sup>
Perú (1980)	62.7	8.3
República Dominicana (1979)	43.0	28.3 <sup>d</sup>
Suriname (1983)	88.6	30.2 <sup>a</sup>
Uruguay (1984)	100.0	13.2
Venezuela (1981)	85.5	14.5

<sup>a</sup> Datos correspondientes a 1982.

<sup>b</sup> Datos correspondientes a 1979.

<sup>c</sup> Area de información.

<sup>d</sup> Datos correspondientes a 1980.

mente por la falta de información completa en el certificado médico de defunción y la imprecisión del diagnóstico definitivo. Con o sin certificado médico, la causa de defunción puede ser oscura y clasificarse como "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos," mientras que en los casos en que se registra una causa definida, quizá sea dudosa la precisión del diagnóstico definitivo. La gravedad de este problema puede apreciarse determinando el porcentaje de defunciones certificadas por un médico. En el cuadro 2 se resumen los datos de varios países seleccionados. El porcentaje de defunciones certificadas por un médico oscila entre un mínimo del 11% en Honduras y un máximo del 100% en el Uruguay.

Aunque el acopio y el cotejo de los datos no sea oportuno, la codificación de la información según la Novena Revisión de la CIE-9 es bastante precisa y la tasa de error no es superior al 2-5%.

#### Tasas brutas de mortalidad y tasas ajustadas según la edad

Con el fin de comparar las tasas de mortalidad en los diversos países y en un mismo país con el transcurso del tiempo, se emplean tasas de mortalidad ajustadas según la edad que permiten efectuar comparaciones entre las tasas de poblaciones cuya composición por edad es diferente. Las tasas ajustadas según la edad representan la tasa de mortalidad que se esperaría en el país determinado si hubieran predominado sus tasas de mortalidad específicas según edad y si su población tuviera una composición por edad igual a la de una población estándar. Al

calcular las tasas ajustadas, la OPS emplea una población estándar derivada de una composición por edad aproximada de toda la población latinoamericana alrededor de 1960. En el cuadro 3 se muestran las tasas brutas y ajustadas por edad en 41 países.

**Cuadro 3. Número de defunciones y tasas de mortalidad bruta y ajustada según la edad, por 1.000 habitantes, alrededor de 1984.**

País (Año)	Número de defunciones <sup>a</sup>	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad
<b>América Latina</b>			
<i>Area Andina</i>			
Colombia (1981)	167.293	6.3	...
Ecuador (1980)	57.020	7.0	7.6
Perú (1982)	85.441	4.7	4.4
Venezuela (1983)	76.725	4.7	4.9
<i>Cono Sur</i>			
Argentina (1981)	241.904	8.4	5.2
Chile (1983)	74.428	6.4	5.0
Paraguay <sup>b</sup> (1984)	14.106	6.2	5.8
Uruguay (1984)	30.011	10.0	4.9
Brasil <sup>b</sup> (1983)	768.608	...	...
<i>América Central</i>			
Belice (1984)	785	5.0	4.9
Costa Rica (1983)	9.432	3.9	3.9
El Salvador (1984)	28.870	5.4	5.7
Guatemala (1981)	71.748	10.1	10.0
Honduras (1983)	19.304	4.7	5.8
Nicaragua (1984)	13.541	9.7	...
Panamá (1984)	8.250	3.9	3.6
México (1982)	412.345	5.6	5.7
<i>Caribe Latinoamericano</i>			
Cuba (1983)	58.348	5.9	3.9
Puerto Rico (1983)	21.400	6.6	4.0
República Dominicana (1981)	24.743	4.4	4.8
<i>Caribe</i>			
Antigua y Barbuda (1983)	352	4.5	...
Bahamas (1981)	1.207	5.7	4.9
Barbados (1984)	2.027	8.0	3.9
Dominica (1984)	432	5.6	5.0
Grenada (1984)*	729	6.5	...
Guadalupe (1981)*	2.091	6.3	...
Guayana Francesa (1983)	455	5.7	6.1
Guyana (1979)	5.410	6.4	6.7
Islas Caimán (1983)	105	5.5	...
Islas Turcas y Caicos (1979)	34	5.6	4.1
Islas Vírgenes (EUA) (1980)	540	5.5	4.8
Islas Vírgenes (RU) (1982)	68	5.7	5.1
Jamaica (1982)*	10.861	4.9	...
San Cristóbal y Nieves (1983)	478	9.5	...
San Vicente y las Granadinas (1983)	700	6.8	5.2
Santa Lucía (1984)	736	5.5	6.1
Suriname (1982)	2.377	6.6	6.4
Trinidad y Tabago (1979)	7.060	6.5	6.0
<i>América del Norte</i>			
Bermuda (1978)	362	7.3	4.6
Canadá (1984)	175.727	7.0	3.2
Estados Unidos (1983)	2.019.201	8.6	3.7

<sup>a</sup> Incluye defunciones de personas de sexo desconocido.

<sup>b</sup> Area de información.

\* Datos provisionales.

... Datos no disponibles.

No existen datos sobre Bolivia ni Haití. Las tasas de mortalidad ajustadas según la edad oscilan entre un mínimo de 3,2 por 1.000 personas en el Canadá y un máximo de 10,0 en Guatemala. En la mayoría de los países (19), hay tasas ajustadas que oscilan entre 4 y 5,99 por 1.000 habitantes, mientras que en siete (Ecuador, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago) las tasas son más elevadas.

#### Tasas de mortalidad por sexo y edad

En el cuadro 4 se resumen los datos más recientes sobre el número de defunciones y la tasa de mortalidad por sexo por 1.000 habitantes en todos los países, excepto Antigua y Barbuda, Bolivia, Haití y Martinica. En el caso de los hombres, las tasas de mortalidad oscilan entre un mínimo de 3,2 por 1.000 habitantes en las Islas Turcas y Caicos y un máximo de 11,9 en Guatemala. En la Argentina, Barbados, Bermuda, los Estados Unidos, la Guayana Francesa, San Cristóbal y Nieves y Uruguay la tasa de mortalidad entre los hombres fue también relativamente elevada, 8,0 por 1.000 habitantes o más. Las tasas de mortalidad femenina son de ordinario mucho menores y oscilan entre un mínimo de 3,4 por 1.000 habitantes en Costa Rica y Panamá y un máximo de 11,0 en San Cristóbal y Nieves.

A continuación se analizan las tasas de mortalidad por edad y sexo de seis grupos clasificados según la edad (1-4, 5-14, 15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más) en 36 países. Las tasas de mortalidad se dibujaron frente a la edad de la población total y por separado para hombres y mujeres. Surgieron cuatro patrones generales de mortalidad basados en la tasa correspondiente al grupo de 1 a 4 años y diferencias en las tasas de mortalidad por sexo.

Argentina, Bahamas, Canadá, Chile, Estados Unidos y Puerto Rico tuvieron patrones similares en los que la mortalidad infantil es baja. La mortalidad de adolescentes y adultos jóvenes es igual y baja en ambos sexos hasta llegar al grupo de los 45 a los 64 años en que ocurre un número excesivo de muertes de hombres, tendencia que sigue hasta los 65 años y más.

Barbados, Costa Rica, Cuba, Panamá, San Cristóbal y Nieves, y Santa Lucía presentaron otro patrón. En este perfil, la mortalidad infantil es también baja y las tasas de mortalidad de hombres y mujeres son aproximadamente paralelas en todos los grupos, registrándose solo un pequeño incremento en las tasas de mortalidad masculina entre los 45 y los 64 años, que continúa hasta los 65 años y más. San Cristóbal y Nieves fue bastante singular en el sentido de que la tasa de mortalidad del grupo de 65 años y más (112/1.000) fue mayor que en todos los otros países en este o cualquier otro grupo de edad.

Un tercer patrón puede observarse con los datos de Belice, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Venezuela. En este las tasas de mortalidad de hombres y mujeres fueron casi idénticas hasta los 65 años y más pero

la mortalidad infantil fue relativamente elevada. Las Antillas Neerlandesas y San Cristóbal y Nieves fueron los únicos países de este o de cualquier otro grupo en el que la mortalidad de las mujeres excedió la de los hombres en el grupo de 65 años y más.

**Cuadro 4. Número de defunciones y tasas por 1.000 habitantes por sexo y país, alrededor de 1984.**

País (Año)	Número de defunciones <sup>a</sup>		Tasa	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>América Latina</b>				
<i>Area Andina</i>				
Colombia (1981)	94.646	72.647	7,1	5,5
Ecuador (1980)	30.663	26.357	7,5	6,5
Perú (1982)	44.841	40.600	4,9	4,5
Venezuela (1983)	44.101	32.624	5,4	4,0
<i>Cono Sur</i>				
Argentina (1981)	138.504	103.400	8,0	9,0
Chile (1983)	42.135	32.293	7,3	5,5
Paraguay <sup>b</sup> (1984)	7.368	6.738	6,5	6,0
Uruguay (1984)	16.589	13.401	11,3	8,8
Brasil <sup>b</sup> (1983)	449.054	319.083	...	...
<i>América Central</i>				
Belice (1984)	454	331	5,8	4,3
Costa Rica (1983)	5.313	4.119	4,3	3,4
El Salvador (1984)	17.320	11.550	6,4	4,3
Guatemala (1981)	42.929	28.819	11,9	8,2
Honduras (1983)	10.877	8.427	5,3	4,1
Nicaragua (1977)	7.012	5.480	6,2	4,7
Panamá (1984)	4.674	3.376	4,3	3,4
México (1982)	236.592	173.185	6,5	4,7
<i>Caribe Latinoamericano</i>				
Cuba (1983)	33.161	25.187	6,6	5,2
Puerto Rico (1983)	12.418	8.982	7,8	5,4
República Dominicana (1981)	13.725	11.018	4,9	4,0
<i>Caribe</i>				
Bahamas (1981)	662	545	6,4	5,1
Barbados (1984)	963	1.064	8,0	8,1
Dominica (1984)	205	222	5,4	5,6
Grenada (1984)	328	401	6,0	7,0
Guadalupe (1983)*	1.186	967	7,3	5,8
Guayana Francesa (1983)	287	168	8,2	4,8
Guyana (1979)	3.016	2.394	7,1	5,6
Islas Caimán (1983)	62	43	6,6	4,5
Islas Turcas y Caicos (1979)	11	23	3,2	6,5
Islas Vírgenes (EUA) (1980)	304	236	6,3	4,8
Islas Vírgenes (RU) (1982)	47	21	7,9	3,5
Jamaica (1982)*	5.417	5.444	4,9	4,8
San Cristóbal y Nieves (1983)	228	250	10,2	11,0
San Vicente y las Granadinas (1983)	341	359	6,9	6,8
Santa Lucía (1981)	405	438	6,4	6,6
Suriname (1982)	1.303	1.074	6,6	5,9
Trinidad y Tabago (1979)	3.867	3.193	7,1	5,9
<i>América del Norte</i>				
Bermuda (1978)	205	157	8,2	6,3
Canadá (1984)	97.872	77.855	7,9	6,1
Estados Unidos (1983)	1.071.923	947.278	9,4	7,9

<sup>a</sup> La suma de defunciones de hombres y mujeres puede ser distinta del total de defunciones dadas en otros cuadros, debido a que en algunas defunciones anteriormente notificadas se desconocía el sexo.

<sup>b</sup> Area de información.

\* Datos provisionales

Los datos sobre El Salvador, Guatemala y Suriname muestran un patrón diferente. Las tasas de mortalidad de los hombres fueron mucho mayores que las de las mujeres a partir de los 15 años en todos los grupos de edad, independientemente de que la mortalidad infantil fuera elevada o no.

### Mortalidad según causa

En 1976 la 29a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9); algunos países la pusieron en práctica a partir del 1 de enero de 1979, mientras que otros no comenzaron a usarla sino hasta 1980.

La falta de integridad del certificado médico de defunción ya citada y la imprecisión del diagnóstico definitivo tienen graves consecuencias para el análisis de cualquier causa de defunción. En muchos países una gran parte de las defunciones se clasifican como ocasionadas por "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos". Existe una correlación inversa entre el porcentaje de defunciones certificadas por un médico y el porcentaje de defunciones registradas como ocasionadas por "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" (CIE-9, código 780-799). Cuando la certificación por médico es más o menos completa, es menor el número de las defunciones codificadas en esa categoría. Por tanto, la clasificación de un gran número de defunciones en ese grupo refleja hasta cierto grado el nivel de la cobertura de la población por los servicios de atención de salud.

En el cuadro 5 se resume el número total de defunciones por todas las causas y el número y porcentaje de defunciones por "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" en 35 países. Los países con el menor porcentaje de defunciones atribuidas a "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" fueron Cuba, 0,3%; Puerto Rico, 0,8%, y Canadá y los Estados Unidos, con 1,2% y 1,5%, respectivamente. Los países con el mayor porcentaje fueron Honduras, 48,1%, República Dominicana, 25,5% y Paraguay, 23,5%. Menos del 5% del total de defunciones por todas las causas fueron ocasionadas por "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" en diez países: Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Islas Vírgenes (EUA), Puerto Rico, Trinidad y Tabago y Venezuela. Ese porcentaje osciló entre el 5 y 9,9% en un grupo de 10 países formado por las Bahamas, Colombia, Chile, Dominica, Grenada, Guadalupe, México, Panamá, Perú y Uruguay y entre el 10 y 14,9% en otro grupo de 6 países: Belice, Guatemala, Guayana Francesa, Guyana, San Vicente y las Granadinas y San Cristóbal y Nieves. En el Ecuador, Santa Lucía y Suriname ese porcentaje fue de 15 a 19,9% mientras que en Brasil, El Salvador, Honduras, Islas Vírgenes (RU), Paraguay y República Dominicana ascendió al 20% o más el número de defunciones ocasionadas por causas mal definidas.

**Cuadro 5. Número de defunciones por todas las causas y número y porcentaje de defunciones atribuidas a signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, por país, alrededor de 1984.**

País (Año)	Todas las causas	Defunciones por estados morbosos mal definidos (CIE-9, 780-799)	
		Número	%
<b><i>América Latina</i></b>			
<b><i>Area Andina</i></b>			
Colombia (1981)	167.293	12.664	7.6
Ecuador (1980)	57.020	9.526	16.7
Perú (1982)	85.441	6.302	7.4
Venezuela (1983)	76.725	2.601	3.4
<b><i>Cono Sur</i></b>			
Argentina (1981)	241.904	7.733	3.2
Chile (1983)	74.428	6.733	9.0
Paraguay <sup>a</sup> (1984)	14.106	3.315	23.5
Uruguay (1984)	30.011	2.197	7.3
Brasil <sup>a</sup> (1983)	768.608	163.527	21.3
<b><i>América Central</i></b>			
Belice (1984)	785	92	11.7
Costa Rica (1983)	9.432	362	3.8
El Salvador (1984)	28.870	6.727	23.3
Guatemala (1981)	71.748	10.217	14.2
Honduras (1983)	19.304	9.294	48.1
Panamá (1984)	8.250	774	9.4
México (1982)	412.345	22.203	5.4
<b><i>Caribe Latinoamericano</i></b>			
Cuba (1983)	58.348	183	0.3
Puerto Rico (1983)	21.400	167	0.8
República Dominicana (1981)	24.743	6.305	25.5
<b><i>Caribe</i></b>			
Bahamas (1981)	1.207	76	6.3
Barbados (1984)	2.027	88	4.3
Dominica (1984)	432	37	8.6
Grenada (1984)	729	63	8.6
Guadalupe (1981)*	2.091	203	9.7
Guayana Francesa (1983)	455	59	13.0
Guyana (1979)	5.410	709	13.1
Islas Vírgenes (EU) (1980)	540	4	0.7
Islas Vírgenes (RU) (1982)	68	10	20.3
San Cristóbal y Nieves (1983)	478	63	13.2
San Vicente y las Granadinas (1983)	700	70	10.1
Santa Lucía (1981)	843	153	18.1
Suriname (1982)	2.377	394	16.6
Trinidad y Tabago (1979)	7.060	155	2.2
<b><i>América del Norte</i></b>			
Canadá (1983)	175.727	2.021	1.2
Estados Unidos (1983)	2.019.201	29.628	1.5

<sup>a</sup> Area de información.

\* Datos provisionales.

Cualquier análisis de las causas de mortalidad debe interpretarse con extremo cuidado en los países que codifican un elevado porcentaje del total de defunciones bajo "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos". Por ejemplo, si en El Salvador se incluyeran los "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" al ordenar las principales causas de defunción, se citarían

como la primera "causa de defunción" de todos los grupos de edad en conjunto, en primer lugar entre los de 1 a 4 años, en segundo lugar entre los de 5 a 14 años, en cuarto lugar entre los de 15 a 24, en tercer lugar entre los de 25 a 44 años y de nuevo en primer lugar entre los de 45-64 años y entre los de 65 años y más. El patrón es similar en Guatemala, Honduras y Paraguay. En la República Dominicana, los "signos, síntomas y estados morbosos mal definidos" constituirían la primera o segunda "causa de defunción" en todos los grupos de edad excepto en el grupo de edad de menores de un año, en donde constituye la tercera. Por ende, si la mayoría de esos estados morbosos mal definidos se debieran a unas pocas causas, podría surgir una estructura de mortalidad totalmente diferente.

Las principales causas de mortalidad reflejan de manera general el perfil de salud de la población y la gama de problemas sanitarios que cada población debe afrontar. En cada uno de los 35 países, se examinaron las cinco causas de mortalidad más importantes entre la población en general y en grupos de hombres y mujeres por separado en cinco grupos de edades específicas, a saber, de 5 a 14 años, de 15 a 24, de 25 a 44, de 45 a 64 y de 65 años y más. Las cinco primeras causas de mortalidad incluyen por lo general del 30 al 65% de todas las defunciones por todas las causas en todas las edades.

Obviamente, la propia naturaleza de las agrupaciones contribuye a determinar si los problemas relativos a enfermedades específicas se pueden identificar como "causas principales de defunción" o no. Por ejemplo, mientras que las enfermedades infecciosas como grupo siguen causando una mortalidad y morbilidad elevadas en América Latina, las enfermedades infecciosas individuales raramente aparecen entre las cinco causas más importantes. En algunos países ni siquiera aparecen entre las 20 causas más importantes de mortalidad. Pocas enfermedades infecciosas específicas se manifestaron entre las cinco primeras causas registradas en los países analizados. En Ecuador, la tuberculosis es la segunda causa de defunción tanto en el grupo de 15 a 24 años como en el de 25 a 44 años. En Guatemala, el sarampión ocupa el tercer lugar entre las causas más importantes de defunción en el grupo de 5 a 14 años.

En las pequeñas islas del Caribe, el análisis de mortalidad por causa se vio obstaculizado por el reducido número total de defunciones. Variaciones muy pequeñas en el número de defunciones por cualquier causa podrían afectar mucho el ordenamiento de causas en ciertos grupos de edad. Por ejemplo, en Dominica se registró un total de 414 defunciones en 1982. De estas, 3 ocurrieron en el grupo de 5 a 14 años y 7 en el de 15 a 24. Una defunción adicional por cualquier causa particular podría modificar mucho el orden de importancia.

En general, independientemente del estado de desarrollo o de progreso en materia de atención de salud de un determinado país, la muerte violenta de una forma u otra

domina el perfil de mortalidad de los grupos de 5 a 24 años de ambos sexos. Esas defunciones fueron ocasionadas por accidentes de vehículos de motor, todos los accidentes considerados en conjunto, suicidio y homicidio. De igual modo, e independientemente del estado de desarrollo de un país, en el grupo de 45 a 64 años y en el de 65 años y más predominan las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y los tumores malignos.

En el grupo de 5 a 14 años, los accidentes de vehículos de motor, los accidentes generales y los traumatismos dominan el perfil de mortalidad de ambos sexos en conjunto. A veces los países notifican leucemia en el cuarto o el quinto lugar entre las principales causas de defunción. En los países menos desarrollados pueden presentarse otras afecciones relacionadas con las enfermedades infecciosas que se clasifican entre las cinco causas principales de defunción. Por ejemplo, en El Salvador, Guatemala y Perú se incluyen las infecciones intestinales, la neumonía e influenza y el sarampión entre esas cinco causas principales. En los Estados Unidos las anomalías congénitas ocupan el tercer lugar entre las causas de defunción de este grupo.

El grupo de 15 a 24 años de edad también está dominado por la muerte accidental y violenta. El suicidio y el homicidio aparecen como causas de mortalidad importantes en este grupo. En Suriname, por ejemplo, el suicidio es la segunda causa de defunción y ocasiona el 25,5% del total de defunciones; entre las mujeres, el suicidio representa el 33% de todas las defunciones. En los Estados Unidos el 36,7% de todas las defunciones de este grupo de edad fueron ocasionadas por accidentes de vehículos de motor. Al combinarlas con todos los demás accidentes, homicidios y suicidios, la muerte violenta representa el 78,7% del total. En algunos países, las causas maternas de defunción son muy importantes entre la población femenina. Constituyen la causa principal de defunción en el Paraguay, ocupan el segundo lugar en Ecuador, México y Suriname y el tercero en El Salvador, Guyana, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

En las personas de 25 a 44 años no se observó ningún patrón definido. En cierta forma este es un grupo que está en edad de transición y tiene un perfil variable y algunas veces singular. Los accidentes de vehículos de motor y los accidentes en general son una causa de defunción menos destacada y ocupan a veces el cuarto o quinto lugar. Las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón comienzan a aparecer con mayor frecuencia en esa etapa. Sin embargo, algunos países tienen patrones propios. Por ejemplo, en Chile, la causa de defunción en tercer lugar de importancia para este grupo de edad es la enfermedad crónica del hígado y la cirrosis.

En el grupo de 45 a 64 años de edad y en el de 65 años y más, en la mayoría de los países de la Región comienza a presentarse un patrón dominado por las enfermedades

crónicas degenerativas. Los 28 países con más de 100 defunciones en el grupo de 45 a 64 años de edad registraron tumores malignos y enfermedades del corazón entre las cinco causas principales de defunción; 23 registraron entre las cinco primeras causas enfermedad cerebrovascular y accidentes, 12 enfermedades crónicas del hígado y cirrosis y 10 informaron diabetes mellitus. Las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar entre las causas de defunción en 16 países y ocasionaron alrededor del 30% de las muertes en Antillas Neerlandesas (29,5); Argentina (30,0); Barbados (29,7); Belice (31,2); Canadá (31,0); Costa Rica (33,0); Cuba (29,6); Estados Unidos (34,9); Puerto Rico (29,8); Trinidad y Tabago (34,7) y Venezuela (29,8).

En el grupo de 65 años de edad y más, el patrón es muy similar al anterior; en todos los 33 países con más de 100 defunciones en este grupo de edad los tumores malignos y las enfermedades del corazón se situaron entre las cinco principales causas de defunción; en 32 aparece la enfermedad cerebrovascular, en 17 la diabetes mellitus, y en 12

las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis. Una diferencia importante con respecto al grupo de edad anterior es la presencia de influenza y neumonía que, en el grupo de 65 años y más aparece entre las cinco primeras causas de defunción en 27 países, mientras que en el de 45 a 64 años solamente aparece en tres.

Pese a las limitaciones implícitas en los datos, es claro que la mortalidad en esta Región ya no está dominada exclusivamente por las enfermedades infecciosas. En la actualidad, se da un mosaico epidemiológico en el que se incluye también a las enfermedades degenerativas crónicas, la muerte violenta y otras consecuencias del medio ambiente y ciertos estilos de vida. Un análisis más detallado y amplio de la mortalidad a nivel local proporcionará información valiosa para los epidemiólogos, administradores, planificadores y autoridades encargadas de adoptar decisiones.

(Fuente: Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, OPS.)

## Análisis de algunos aspectos de la mortalidad en Canadá

### Nota editorial

*Los artículos "Mortalidad prematura por lesiones no intencionales en Canadá, 1985" y "Esperanza de vida por sexo, edad y nivel de ingreso" se presentan a continuación porque ilustran las posibilidades que brinda el análisis de los datos de mortalidad para lograr un cuadro más informativo que el que se obtiene del análisis tradicional de tasas y proporciones. El primer artículo muestra una aplicación del indicador de años de vida perdidos prematuramente, que se está usando cada vez más para considerar la importancia de la edad al momento de la muerte en el análisis de las causas principales de defunción. El segundo artículo muestra el uso de otro indicador de mortalidad, la esperanza de vida al nacer, para relacionar el nivel general de mortalidad con el nivel de ingreso, como un medio para obtener una aproximación de la influencia de las condiciones sociales y económicas sobre la salud.*

*Esperamos que estos dos ejemplos de análisis epidemiológico estimulen intentos similares en los países de las Américas, con el fin de que los datos de mortalidad, que son los más accesibles en los países de la Región, sean más ampliamente utilizados en la formulación de prioridades y políticas y para la obtención del consenso necesario para la acción y la asignación de recursos.*

## Mortalidad prematura por lesiones no intencionales en Canadá, 1985

### Introducción

Las defunciones que ocurren antes de los 65 años de edad constituyen uno de los problemas principales que enfrenta nuestro sistema de atención de la salud. Al ir perdiendo importancia las enfermedades infecciosas, las lesiones accidentales se han convertido en la causa

principal de muerte durante más de la mitad de la vida humana, vale decir, en los grupos de edad de 1-44 años(1). Las tasas convencionales de mortalidad, que tratan a todas las defunciones por igual independientemente de la edad, no proporcionan una medida adecuada de estas muertes prematuras. Una medición del número de años económicamente productivos de vida perdidos es el índice de los