

Distr.

LIMITADA

E/CEPAL/CELADE/L.3

8 de septiembre de 1983

ESPAÑOL

ORIGINAL: INGLES

MORTALIDAD Y POLITICAS DE SALUD \*/



\*/ Contribución del CELADE a la Reunión del Grupo de Expertos sobre Mortalidad y Políticas de Salud, Roma, 30 de mayo al 3 de junio de 1983.



1. Es difícil para el representante del CELADE preparar una contribución vigente y útil que sea adecuada a los puntos que figuran en el temario provisional anotado del simposio sobre mortalidad y políticas de salud. Sin duda alguna quienes elaboraron el temario y los encargados del programa de trabajo de la CEPAL y del CELADE se propusieron dos objetivos muy diferentes.

Los redactores del temario tuvieron antes sí interesantes y valiosos estudios que -si pudiesen llevarse a la práctica- deberían tenerse en cuenta por los planificadores de las políticas de desarrollo socioeconómico. Para quienes, como funcionarios de la CEPAL y del CELADE, prestamos servicios en los países en desarrollo de América Latina, la puesta en práctica de dichos estudios es algo ilusorio: por una parte, no hay información suficiente para llevar a cabo estudios confiables que apunten a establecer las interrelaciones (o simples asociaciones) que figuran en el temario, mientras que por la otra, la mayoría de nuestros países carecen de una política de desarrollo socioeconómico realista, más que nada por la inestabilidad política y económica predominante.

Estamos ciertos de que efectivamente hay interrelaciones entre el desarrollo socioeconómico y la mortalidad pero no podemos dar respuestas, cuantificadas con datos confiables, a preguntas tales como ¿cuál es el papel que corresponde al desarrollo para lograr o retrasar la disminución de la mortalidad?, ¿qué repercusiones tienen en la salud y la mortalidad las transformaciones relacionadas con el desarrollo del medio ambiente y los estilos de vida?, y otras que figuran en el punto 4 del temario.

2. El presente trabajo contiene lo que se sabe sobre la mortalidad en los países de América Latina en función de los niveles actuales, de las tendencias y de algunos diferenciales.

En algunos casos los conocimientos son confiables, en otros las estimaciones son factibles y en otros, por fin, si bien aún factibles su valor es dudoso. Nos parece que esta exposición es a la vez básica y útil para el estudio de interrelaciones tales como las mencionadas en el temario (que, insisto, son muy interesantes). La presente síntesis de lo que se sabe actualmente sobre la mortalidad podría interesar a quienes lleven a cabo estudios como los que sugiere el temario.

A nuestro juicio, es fundamental ofrecer una visión global sobre:

- a) La calidad de la información disponible en la mayoría de nuestros países;
- b) Los niveles de mortalidad (entendemos que se conoce el nivel si, por cualquier procedimiento que sea, se puede establecer una tabla de vida);
- c) La evolución de la mortalidad en función de indicadores seleccionados;
- d) Los diferenciales por sexo;
- e) Otras diferencias, en especial relacionadas con la mortalidad infantil; y
- f) Las causas de defunción, pese a que esta cuestión no se ha estudiado sistemáticamente (esto es, respecto de la mayoría de los países abarcados por el CELADE), como sucede con los demás puntos mencionados supra.

3. Cabe aquí formular algunas observaciones sobre el alcance y profundidad del trabajo:

i) Las deficiencias de la información disponible en la mayoría de los países latinoamericanos es un grave obstáculo para llevar a cabo un análisis serio de la mortalidad, aunque se limite a establecer algunos indicadores simples;

ii) Nuestro programa de trabajo asigna la máxima prioridad a prestar asistencia a los países para la evaluación de su situación demográfica. Por lo tanto, debemos elaborar estimaciones y proyecciones sobre los niveles y las tendencias en materia de mortalidad, fecundidad y migraciones de todos los países de América Latina. Esta labor entraña evaluar todas las fuentes de información, comprobar los distintos métodos y analizar las conclusiones, teniendo presentes otras variables sociales y económicas y evitando cualquier contradicción entre las variables demográficas. Esta es una actividad permanente del CELADE que permite mantener actualizadas las estimaciones demográficas relativas a los países de la región. Sin embargo, absorbe gran parte de nuestros recursos y por esta razón no hemos podido llevar a cabo estudios de acuerdo con los criterios reflejados en el temario.

a) La calidad de la información

Una vez más hay que insistir en las deficiencias de la base estadística de que disponen los países en desarrollo para realizar estimaciones confiables sobre los niveles, tendencias y mortalidad diferencial, y ello porque deseamos enfatizar cuán lejos estamos de poder realizar estudios sobre temas tales como "alternativas para llevar a cabo programas de intervención en la salud, desde programas selectivos relacionados con causas específicas hasta programas más amplios basados en causas múltiples", según señala el punto 5 del temario.

No obstante, cabe señalar que la situación varía según los países y en el tiempo. En realidad, en algunos países la situación resulta paradójica. Así, se da el caso de países que han avanzado muchísimo en el conocimiento de la mortalidad, en circunstancias que hasta los años setenta no se sabía prácticamente nada, y ello gracias a la aplicación de métodos demográficos indirectos, desarrollados en los últimos dos decenios, a los datos reunidos en los censos y encuestas de población (1, 2, 3). Por otra parte, en algunos períodos se ha deteriorado la calidad de las estadísticas de países cuyos registros de nacimientos y defunciones han sido tradicionalmente bastante aceptables y cuyos censos se consideran satisfactorios. A manera de ejemplo cabe señalar los casos de Argentina, México y Brasil.

Es difícil establecer criterios uniformes para clasificar los países según el grado de confiabilidad de sus datos. Los procedimientos para evaluar la información básica exige disponer de información de fuentes independientes. En la mayoría de nuestros países no pueden utilizarse ya porque no hay fuentes independientes de información disponibles o ya porque si las hay la información que ofrecen no es adecuada.

Por lo tanto, para definir la confiabilidad de las estimaciones de la mortalidad se utilizarán criterios objetivos directos y otra clase de pruebas -que suelen ser de índole más bien subjetiva.

Para resolver respecto de la exactitud de una estimación se consideran dos factores:

i) Los métodos de estimación, que se establecen de acuerdo con la cantidad, calidad y oportunidad de la información disponible. Pueden ser directos, cuando la información disponible sobre los nacimientos, defunciones y población permite este enfoque, o indirectos, si se utiliza información no tradicional o modelos simples adoptados para una situación determinada.

Tenemos la firme convicción de que ningún método, con sus complejas hipótesis subyacentes, puede reemplazar la información original, si es exacta y se tiene acceso a ella. El sentido común deberá indicar cuál es el mejor método que habrá de aplicarse en cada caso.

ii) La compatibilidad de las estimaciones con otros indicadores (demográficos y socioeconómicos). Suele suceder que pese a basarse en información incompleta, las estimaciones de la mortalidad puedan proporcionar valores factibles para describir una tendencia e incluso para establecer algunos diferenciales aplicables.

A continuación, se verá cómo la utilización de los dos puntos anteriores permite clasificar los países en distintas categorías. Como se dijo, se parte de la base de que se conoce la mortalidad de un país (zona, región o subgrupo de una población) si se puede elaborar una tabla de vida o, lo que equivale a lo mismo, si se pueden derivar suficientes indicadores o parámetros para construir una tabla de vida. Las fuentes tradicionales de información para realizar estimaciones de la mortalidad son los registros de defunciones -como numeradores- y la población presente en un censo -como denominadores- ambos datos clasificados por edades y en lo posible por sexo.

La evaluación de los métodos de registro de los nacimientos y de las defunciones, así como de aquéllos que se aplican en los censos de población nos permite concluir que las estimaciones de la mortalidad correspondientes a Argentina, Chile, Uruguay, Venezuela, Costa Rica, Cuba y México (4) son razonablemente exactas. De acuerdo con las estimaciones del CELADE, en 1980 la población de estos siete países representó un 40% del total de la región.

Esta relativa exactitud no se ha mantenido necesariamente invariable a lo largo del tiempo. Por ejemplo, hay indicaciones de que en Argentina y México ha experimentado cierto deterioro, no existiendo información sobre el número de nacimientos y defunciones anuales durante algunos períodos. En otros casos, por ejemplo Chile y Costa Rica, no hay información censal reciente disponible (en Costa Rica aún no se ha llevado a cabo el censo de población) pero hay registros de las defunciones anuales. Para resolver estos problemas, en el primer caso se interpolaron las series sobre defunciones mientras que en el segundo se extrapolaron las estimaciones de población. De esta manera se obtuvieron estimaciones actualizadas sobre la mortalidad.

En síntesis, las tablas de vida de estos siete países se elaboraron utilizando métodos ortodoxos. Sin embargo, ello no quiere decir que estos procedimientos sean los mejores en todos los casos y para toda clase de investigaciones sobre la mortalidad. En realidad, en la mayoría de los demás países generalmente se emplean técnicas indirectas para analizar la mortalidad.

Las estimaciones de la mortalidad correspondientes a Brasil, Ecuador, Perú, Guatemala y Panamá, para las cuales se utilizaron procedimientos diferentes, pueden considerarse factibles. Ellas son compatibles con las estimaciones de la fecundidad y la distribución por sexo y edades de la población. En cierta medida, cuando se impone coherencia se introducen criterios discrecionales o juicios subjetivos, apoyados por el sentido común. La población de estos cinco países representó 44% del total de América Latina.

Las estimaciones de la mortalidad correspondientes a los demás países (Bolivia, Colombia, Haití, El Salvador, Nicaragua, República Dominicana, Honduras, Paraguay) son problemáticas, ya que se obtuvieron a partir de información deficiente. Comprenden una variedad de situaciones y esto debe tenerse presente cuando se examina cada caso.

b) El nivel de mortalidad

El cuadro 1 muestra la esperanza de vida al nacer ( $e_0^o$ ) y las tasas de mortalidad infantil (TMI), por países, para los tres grupos definidos según la confiabilidad de sus estimaciones. Se dan los valores de estos dos indicadores para los quinquenios comprendidos entre 1950-1955 y 1980-1985 (en términos generales una documentación de la evolución reciente) y para el quinquenio 1995-2000 (un conjunto de valores proyectados posibles).

A continuación se centrará la atención en las estimaciones más recientes, esto es, las que corresponden al período 1975-1980.

En el cuadro auxiliar 1-A, que sigue, se indican los años a que corresponde la información básica utilizada para derivar la estimación más reciente, la fuente de dicha información, y el método utilizado en cada país.

No es una casualidad que los valores más altos de  $e_0^o$ , y los valores más bajos de TMI correspondan al primer grupo de países, esto es, a aquellos cuya información se considera confiable. Hay una manifiesta relación entre el nivel de mortalidad y el desarrollo sociocultural y económico, y general y relativamente los países del primer grupo se encuentran en mejor situación que los demás.

El segundo grupo es más heterogéneo que el primero. Se observa una diferencia de 12.1 años entre los valores más alto y más bajo de  $e_0^o$  (en contraposición a 8.7 años en el primer grupo). Resulta sorprendente comprobar que Panamá figura en este grupo puesto que tiene un nivel de vida relativamente alto. No obstante, la última revisión de las estimaciones de mortalidad revelan que en los últimos años se ha producido un deterioro del registro de las defunciones.

La falta de certeza de las estimaciones del último grupo podría explicar en parte las enormes diferencias entre los niveles de mortalidad por países. A manera de ejemplo puede citarse el caso extremo de Bolivia, con 48.6%, y Paraguay, con 64.1% (la diferencia equivale a 15.5 años).

Si se calcula un promedio ponderado para cada grupo, utilizando como factor de ponderación la población, se obtiene 66.2, 61.1 y 59.0 años para el primer, segundo y tercer grupos respectivamente. Estas diferencias entre los promedios

Cuadro 1

AMERICA LATINA: NIVELES DE MORTALIDAD EXPRESADOS EN FUNCION  
a) ESPERANZA DE VIDA AL NACER, EN AÑOS (AMBOS SEXOS);  
b) TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI) POR MIL  
(AMBOS SEXOS) PARA LOS QUINQUENIOS  
COMPREDIDOS ENTRE 1950-1955 Y  
1980-1985, Y 1995-2000

	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1995- 2000
a) <u>Esperanza de vida al nacer, en años</u>								
Argentina	62.7	64.7	65.5	66.0	67.3	68.7	69.7	72.0
Chile	54.1	56.1	57.6	60.5	64.2	65.6	67.0	70.6
Uruguay	66.3	67.2	68.4	68.6	68.8	69.6	70.3	72.1
Venezuela	52.3	55.7	58.9	61.8	64.5	66.2	67.8	70.9
Costa Rica	57.3	60.1	63.0	65.6	68.1	71.4	73.0	74.4
Cuba	58.8	61.8	65.1	68.5	70.9	72.7	73.4	74.7
México	50.8	55.4	58.6	60.3	62.2	64.0	65.7	69.6
Brasil	51.0	53.4	55.9	57.9	59.8	61.8	63.4	67.5
Ecuador	46.9	49.6	51.9	54.6	57.1	60.0	62.6	69.0
Perú	43.7	46.2	48.8	51.3	55.0	57.1	59.1	64.3
Guatemala	42.7	45.4	48.2	51.2	54.6	57.8	60.7	68.0
Panamá	55.3	59.3	62.0	64.3	66.4	69.2	70.7	73.2
Bolivia	40.4	41.9	43.4	45.1	46.7	48.6	50.7	59.4
Colombia	50.6	53.5	56.2	58.4	60.4	62.2	63.6	66.9
Paraguay	51.9	54.5	56.6	59.6	63.1	64.1	65.1	67.8
El Salvador	45.3	48.8	52.3	55.9	59.1	62.2	64.8	71.3
Haití	37.6	40.7	43.5	46.2	48.5	50.6	52.7	58.4
Honduras	42.2	45.0	47.9	50.9	54.1	57.1	59.9	67.8
Nicaragua	43.0	45.5	47.9	50.4	52.9	55.2	57.6	64.7
República Dominicana	45.1	49.1	52.6	55.3	57.9	60.3	62.6	68.1
b) <u>Tasas de mortalidad infantil (TMI), por mil</u>								
Argentina	65.9	60.3	59.7	57.4	49.0	40.5	36.0	26.1
Chile	127.2	117.0	107.0	89.8	72.0	62.3	54.0	35.1
Uruguay	57.4	53.6	47.9	47.1	46.3	41.6	37.5	28.9
Venezuela	110.9	92.2	76.9	64.9	52.4	44.8	38.6	27.7
Costa Rica	88.6 <sub>a</sub> /	81.6 <sub>a</sub> /	70.6 <sub>a</sub> /	60.3 <sub>a</sub> /	67.1 <sub>a</sub> /	29.6	20.2	16.3
Cuba	79.0 <sub>b</sub> /	34.0 <sub>b</sub> /	38.7 <sub>b</sub> /	39.2 <sub>b</sub> /	33.8	22.5	20.4	15.8 <sub>c</sub> /
México	113.9	97.7	86.3	78.5	69.3	60.5	53.0	36.7

Cuadro 1 (conclusión)

	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1995- 2000
Brasil	134.7	121.9	109.4	100.1	90.5	78.7	70.6	50.6
Ecuador	167.7	147.6	132.3	114.5	100.0	83.2	68.8	38.5
Perú	195.1	173.4	152.2	132.7	106.5	93.4	81.9	71.7
Guatemala	131.0a/	130.7a/	128.1a/	115.3a/	90.2	79.0	67.7	40.4
Panamá	70.2a/	61.3a/	55.5a/	46.7a/	43.8	36.2	32.5	25.3 }c/
Bolivia	175.7	169.7	163.6	157.5	151.3	138.2	124.4	74.4
Colombia	123.2	102.2	84.5	74.2	66.9	59.4	53.3	40.5
Paraguay	105.7	91.2	80.6	66.9	52.6	48.6	45.0	35.7
El Salvador	-	-	-	-	101.0	84.8	71.0	42.2c/
Haití	219.6	193.4	170.5	150.3	134.9	120.9	108.1	76.8
Honduras	-	-	-	-	110.7	95.4	81.5	46.3
Nicaragua	-	-	-	-	108.9	96.5	84.5	51.4 }c/
República Dominicana	-	-	-	-	83.6	73.1	63.5	41.8 }c/

a/ Los valores  $e_0$  y  $q_0$  provienen de las estimaciones elaboradas por el CELADE, salvo las señaladas con la nota a) cuyos valores corresponden a un trabajo titulado Infant mortality rates: estimates and projections by country and region, 1970-2000, elaborado por la División de Población de las Naciones Unidas.

b/ Feeney, G., J. Chackiel y E. Taucher, Mortalidad al comienzo de la vida, trabajo presentado al Panel de América Latina, Santiago de Chile, 16 al 20 de julio de 1979. Inédito.

c/ IMIAL, Cuba.



Cuadro 1-A

Países	Años a que corresponde la información más reciente sobre las defunciones a partir de las estadísticas vitales	Base censal de la estimación de la población por edades	Métodos utilizados
<u>Grupo 1</u>			
Argentina	1976-1979	1980	Directo
Chile	1971-1974	1970	Directo
Uruguay	1974-1976	1975	Directo
Venezuela	1969-1971	1971	Directo
Costa Rica	1979-1981	1973	Directo
Cuba	1977-1978	1980	Directo
México	1969-1970	1970	Directo
<u>Grupo 2</u>			
Brasil	1976-1980	1980	Ecuación de equilibrio del crecimiento (EEC) para la mortalidad de adultos. Proporción de niños fallecidos para la mortalidad infantil.
Ecuador	1970-1975	1972	EEC para la mortalidad de adultos. Proporción de niños fallecidos para la mortalidad infantil.
Perú	1970-1975	1972	EEC, proporción de niños fallecidos y otros procedimientos indirectos aplicados a los resultados de la Encuesta Demográfica Nacional (prospectiva y retrospectiva) 1974-1976 y de la Encuesta nacional de fecundidad, 1977-1978.
Guatemala	1972-1973	1973	EEC para la mortalidad de adultos. Proporción de niños fallecidos para la mortalidad infantil.
Panamá	1975-1980	1980	Directo
<u>Grupo 3</u>			

En los demás países se utilizaron medios indirectos a las distintas informaciones proporcionadas por los censos y por algunas encuestas.

/pudieron haberse

podieron haberse previsto, ya que, según se dijo, hay una clara relación entre la confiabilidad de la información y el desarrollo económico y sociocultural. No obstante, hay que tener presente que los valores promedios de los dos últimos grupos tienen un margen de error más amplio.

Si se lleva a cabo el mismo ejercicio con la TMI se obtienen promedios ponderados de 51.3, 80.0 y 80.3 por mil para el primer, segundo y tercer grupos, respectivamente.

Como la TMI es un indicador demográfico más sensible a las condiciones socio-económicas que el valor  $e_0$ , las diferencias entre el primero y segundo grupo de países podría reflejar una diferencia real. Lo más probable es que la falta de diferencia entre el segundo y tercer grupo sea falsa y se deba simplemente a que los niveles de TMI del último grupo están muy subestimados.

### c) La evolución de la mortalidad

El cuadro 1 supra muestra la evolución de la mortalidad en función de  $e_0$  y TMI, para ambos sexos. Los valores se explican por sí mismos.

Al observar los gráficos 1, 2 y 3 se obtiene un panorama global de la evolución de la mortalidad. Dichos gráficos muestran la esperanza de vida al nacer, para ambos sexos, por separado, para cada uno de los tres grupos de países.

Se observa que la tendencia histórica del primer grupo de países es más irregular que aquella de los demás. Esto se explica fácilmente, ya que en estos países las estimaciones se aproximan más a la realidad que en los demás y por esta razón, reflejan modalidades que probablemente son reales. En los países del grupo 2, las tendencias reflejan más bien ajustes por concepto de datos defectuosos que la tendencia histórica real. La misma razón explica la extraordinaria regularidad que presentan los países que figuran en el tercer grupo.

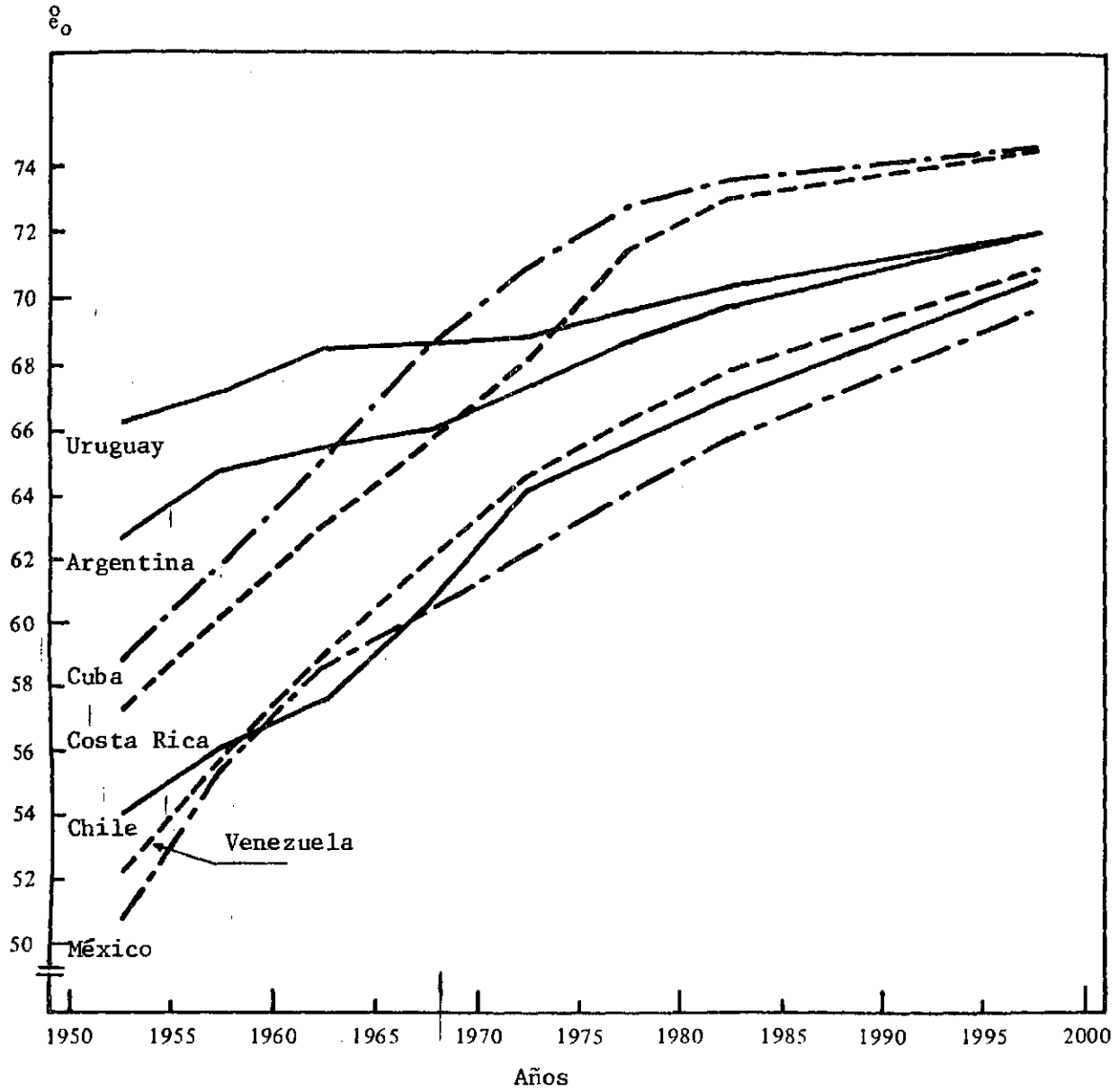
¿Qué cabe esperar de los niveles de mortalidad en los países de América Latina a fines de siglo? Las proyecciones deben considerarse con cautela, en especial aquellas que corresponden a países cuyos niveles actuales de mortalidad son dudosos.

Para proyectar la mortalidad se parte de la base de que:

- en los países que actualmente acusan una tasa de mortalidad moderada se mantendrá la tendencia declinante a un ritmo más pausado que antes;
- en los países cuyo nivel de mortalidad actual es elevado o moderadamente alto la reducción será más acelerada que en los del otro grupo.

Por lo tanto, prevé que hacia fines del presente siglo la esperanza de vida al nacer acusará menos dispersión entre países. Por ejemplo, el valor más bajo es 58.4 años y corresponde a Haití, mientras que el valor más alto es 74.7 y corresponde a Cuba. Esto significa una diferencia de 16.3 en vez de 24.1 años, valor estimado para el quinquenio 1975-1980 en los mismos países.

Gráfico 1  
Grupo 1  
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AMBOS SEXOS)

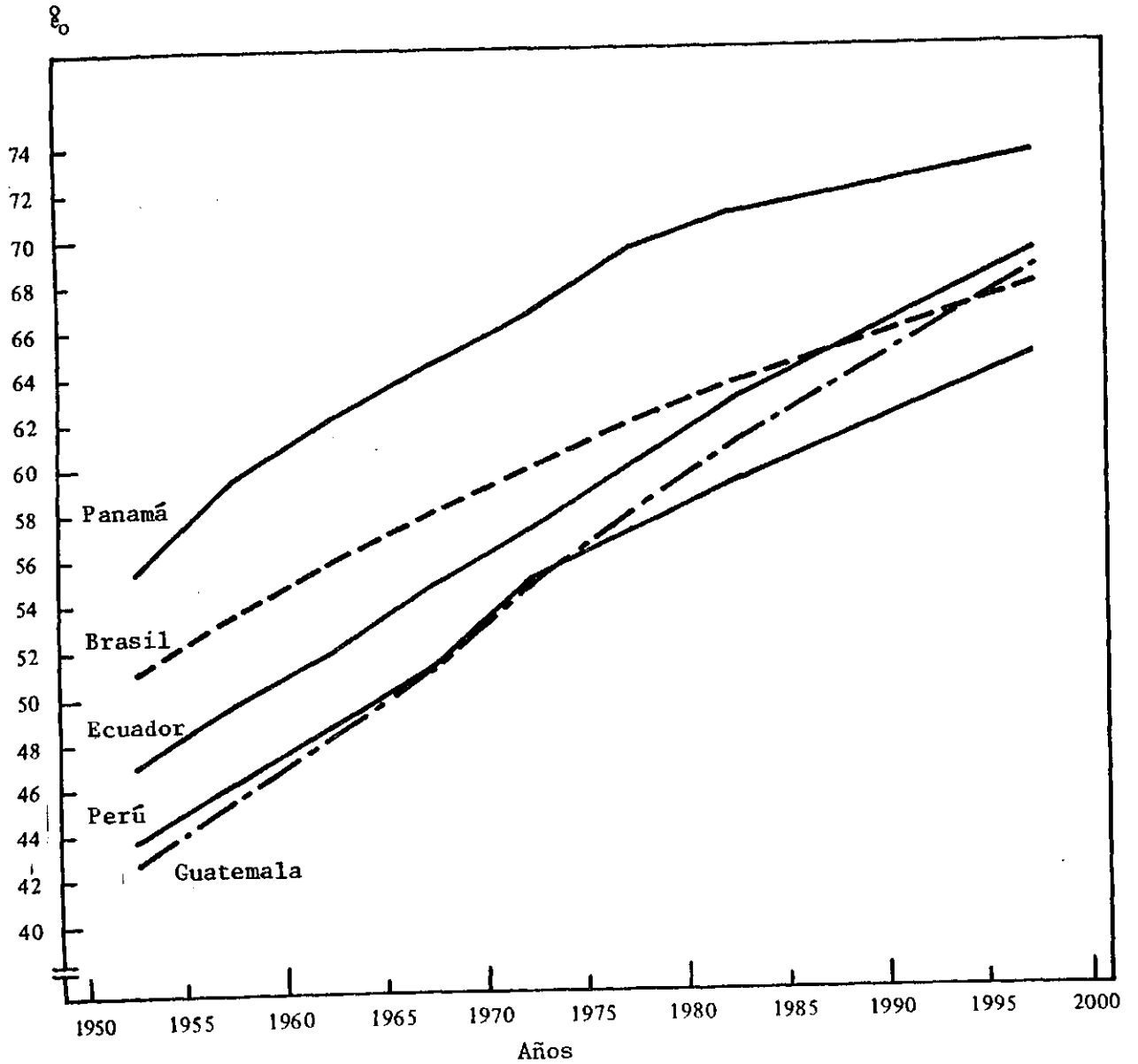


/Gráfico 2

Gráfico 2

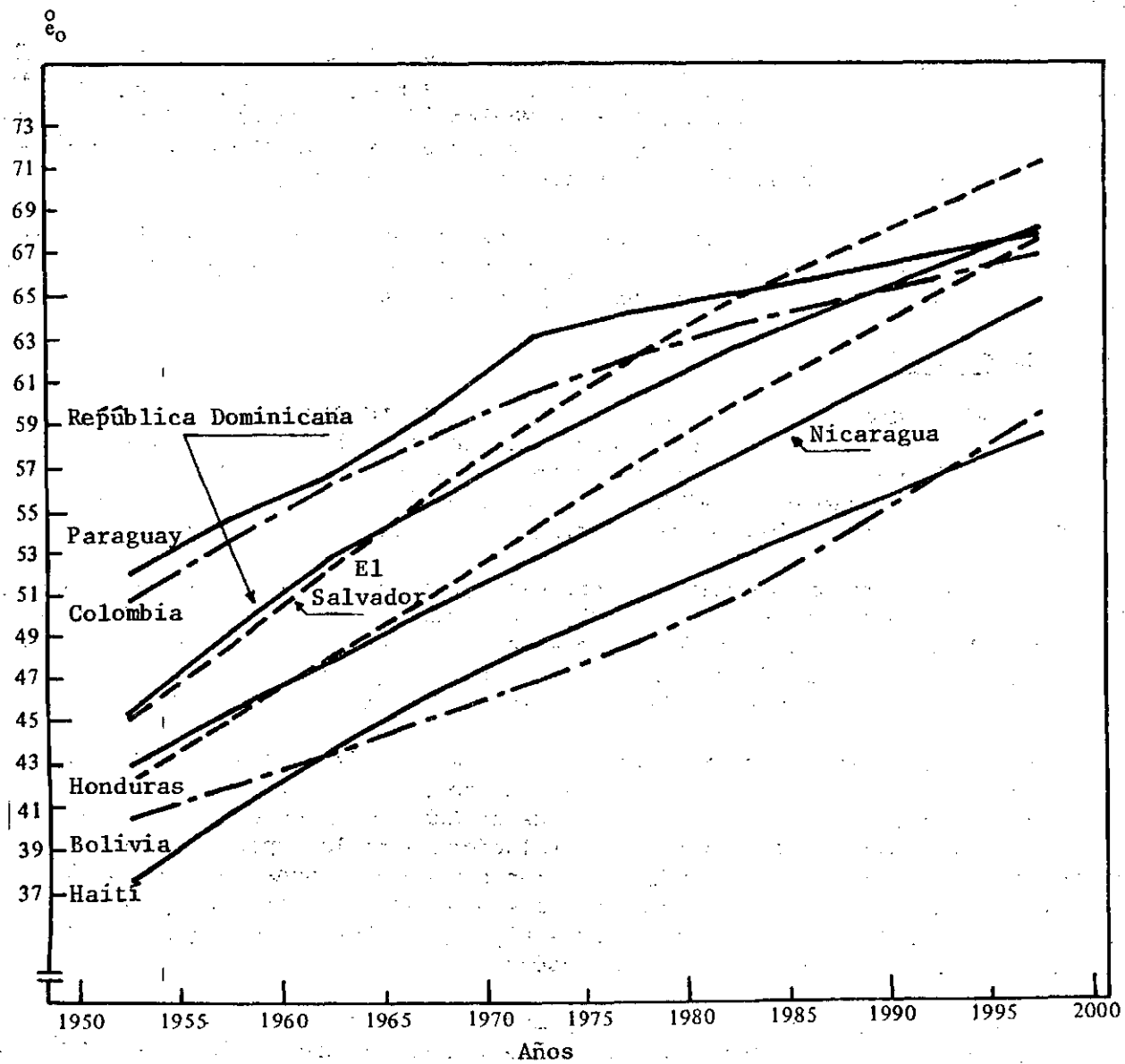
Grupo 2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AMBOS SEXOS)



/Gráfico 3

Gráfico 3  
Grupo 3  
ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AMBOS SEXOS)



En lo que toca a la TMI los valores proyectados para el quinquenio 1995-2000 reflejan importantes bajas, en especial en países como Ecuador (54% del valor actual), Honduras (51%) y El Salvador (50%). Sin embargo, la información básica relativa a estos países es más bien deficiente y lo mismo puede decirse de los valores proyectados.

Si se limita la atención al primer grupo de países, el descenso de la TMI fluctuará entre 30% (para Cuba) y 45% (para Costa Rica). En el mismo grupo de países la diferencia mayor se dará entre México (36.7 por mil) y Cuba (15.8 por mil), esto es, casi 21 por mil. En la actualidad (esto es el quinquenio 1975-1980) la diferencia entre estos países se sitúa en torno a 38 por mil.

En síntesis, se parte de la base de que al finalizar el presente siglo, las diferencias en la tasa de mortalidad de los países de América Latina serán menores, aun que persistirán disparidades apreciables entre países.

d) Mortalidad por sexo

En el cuadro 2 se presenta, por sexo, la información correspondiente al quinquenio 1975-1980 en materia de esperanza de vida al nacer y probabilidades de morir entre los 35 y 40 años de edad y entre los 60 y 65 años de edad, para los tres grupos de países antes definidos. Con fines de comparación se han incluido también los valores de indicadores similares para Francia, Suecia y el Reino Unido.

Cuando se preparó el presente documento, no se disponía de tablas de mortalidad correspondientes al período 1975-1980 para Guatemala, Panamá, El Salvador, Honduras, Nicaragua y la República Dominicana. Afortunadamente, sin embargo, todos esos países están incluidos en el segundo o en el tercer grupo y nosotros concentramos el análisis del diferencial por sexo en el primer grupo de países.

En general, los elevados valores de  $e_0$  implican mayores diferencias de mortalidad por sexo, y esto es en realidad lo que se puede observar en el cuadro 2. La diferencia excepcionalmente baja observada en Cuba -que posee el nivel más bajo de mortalidad en América Latina- se puede relacionar con la rápida declinación de la mortalidad y los cambios registrados en las pautas de causas de muerte. En la mayoría de los países del primer grupo, las diferencias entre la esperanza de vida al nacer de los hombres y de las mujeres alcanzan valores semejantes a los presentados por los países europeos seleccionados.

En cuanto a las probabilidades de morir entre los 35 y los 40 años de edad (lapso elegido arbitrariamente como representativo de la mortalidad adulta), se ha calculado un índice de supermortalidad masculina como el cociente entre el 5935 masculino y femenino. Las mayores diferencias, con más supermortalidad masculina, se observan en países del primer grupo (así como en los tres países europeos seleccionados), en comparación con el resto de los países latinoamericanos.

La explicación de este hecho puede encontrarse, quizás, en las diferentes pautas de causas de muerte que afectan a las poblaciones masculinas y femeninas. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, no existen suficientes estudios comparables en la mayoría de los países latinoamericanos para dar una respuesta satisfactoria a esta cuestión.

Cuadro 2

AMERICA LATINA: MORTALIDAD POR SEXO, 1975-1980, EN LO RELATIVO A:  
 i) ESPERANZA DE VIDA AL NACER; ii) PROBABILIDAD DE MORIR  
 ENTRE LOS 30 Y LOS 40 AÑOS DE EDAD (5<sup>9</sup>35);  
 iii) PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE LOS  
 60 Y LOS 65 AÑOS DE EDAD (5<sup>9</sup>60)

	e <sub>0</sub>		Δ	5 <sup>9</sup> 35		H/M	5 <sup>9</sup> 60		H/M
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
Argentina	65.4	72.1	6.7	17.4	10.9	1.6	121.6	58.6	2.1
Chile	62.4	69.0	6.6	23.0	12.8	1.8	126.2	77.3	1.6
Uruguay	66.4	73.0	6.6	13.4	8.5	1.6	118.9	63.7	1.9
Venezuela	63.6	69.0	5.4	19.0	13.1	1.5	138.2	98.8	1.4
Costa Rica	69.0	74.0	5.0	13.1	7.3	1.8	86.3	57.4	1.5
Cuba	71.1	74.4	3.3	10.9	7.9	1.4	81.4	61.9	1.3
México	61.9	66.3	4.4	25.2	18.0	1.4	109.2	82.8	1.3
Brasil	59.5	64.2	4.7	26.9	21.2	1.3	102.7	89.9	1.1
Ecuador	58.0	62.0	4.0	25.8	21.3	1.2	108.7	94.5	1.2
Perú	55.7	58.6	2.9	24.9	22.0	1.1	121.4	111.5	1.1
Guatemala	56.8	58.8	2.0	-	-	-	-	-	-
Panamá	67.5	71.0	3.5	-	-	-	-	-	-
Bolivia	46.5	50.9	4.4	37.5	30.7	1.2	150.7	126.5	1.2
Colombia	60.0	64.5	4.5	22.0	18.0	1.2	113.5	81.8	1.4
Paraguay	61.9	66.4	4.5	23.0	18.4	1.3	110.8	84.5	1.3
El Salvador	60.0	64.5	4.5	-	-	-	-	-	-
Haití	49.1	52.2	3.1	40.7	36.5	1.1	159.3	148.6	1.1
Honduras	55.3	58.9	3.6	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	53.5	57.0	3.5	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	58.4	62.2	3.8	-	-	-	-	-	-
Francia									
(1977-1979)a/	69.9	78.0	8.1	11.8	5.9	2.0	104.0	42.6	2.4
Suecia (1979)a/	72.5	78.7	6.2	9.7	4.6	2.1	83.4	46.4	1.8
Reino Unido									
(1976-1978)a/	70.0	76.2	6.2	7.6	5.3	1.4	114.2	59.4	1.9

a/ Demographic Yearbook, 1980.

/Se podrían

Se podrían formular observaciones parecidas en el caso de las probabilidades de morir entre los 60 y los 65 años de edad. Además, la calidad de la estimación de este indicador es probablemente menos confiable: los errores más grandes que entre las personas de menor edad, que afectan tanto a los fallecimientos como a la población, pueden introducir graves deficiencias. Los errores de declaración de la edad, tanto en el caso de los fallecimientos como en el de la población, y posiblemente con magnitud y dirección diferentes, podrían entregar mediciones variables de la mortalidad.

¿Qué podemos esperar en el futuro en relación con la mortalidad por sexo? En general, podemos suponer diferencias cada vez mayores al proyectar la mortalidad por sexo. Para toda la región, se estima que hacia fines del siglo habrá una diferencia de alrededor de seis años como promedio.

#### e) Otros diferenciales en mortalidad

Siempre se ha creído, a veces sobre la base de información fragmentaria pero en otros casos sobre la base de fuentes relativamente fidedignas, que la tasa de mortalidad infantil ha sido y es todavía muy elevada en los países latinoamericanos y que prevalecen enormes diferencias entre subgrupos de población definidos de acuerdo con las zonas geográficas o las variables socioeconómicas, o ambas.

La inclusión en los cuestionarios censales (principalmente a partir de 1970) de preguntas sobre todos los hijos que habían nacido y sobre los hijos sobrevivientes (o fallecidos) permitió la utilización de un procedimiento, originalmente ideado por William Brass,<sup>(5)</sup> que condujo a estimaciones de la mortalidad en los primeros años de vida que han documentado, en muchos casos por primera vez, lo que anteriormente sólo se había sospechado o supuesto. En efecto, la mortalidad en los primeros años de vida es muy elevada en la región (nos referimos principalmente a los períodos anteriores a la ronda de censos de los años 1970), y existen tremendas diferencias en los índices de mortalidad dentro de cada país.

Se han realizado más de 15 estudios de países con arreglo al proyecto "IMIAL",<sup>(3)</sup> dirigido por el Dr. Hugo Behm.

Los métodos indirectos utilizados para estimar la mortalidad en los primeros años de vida proporcionan valores que se refieren más bien al tramo de edades 0-2 o 0-3, etc., y no al tramo 0-1, es decir, la tasa de mortalidad infantil (TMI). Por esta razón, en los cuadros que figuran a continuación se presentan estimaciones del riesgo de que un recién nacido muera antes de que cumpla los dos años de edad.

Se han seleccionado dos cuadros de un resumen publicado en Notas de Población Nº 16.

Los valores presentados en los cuadros 3 y 4 se explican por sí mismos. Proporcionan información útil que deberían tener en cuenta los planificadores de los servicios de salud pública y los formuladores de políticas,



Cuadro 3

PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA: PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD EN LAS POBLACIONES URBANAS Y RURALES, 1965-1970

País	Probabilidad de morir (por mil)		Porcentaje de: Sobre morta- lidad rural	Porcentaje de analfabetismo		
	Población urbana	Población rural		Población rural	Urbano	Rural
Bolivia, 1971-1972	166	224	34.9	62	-	-
Perú, 1966-1967	132	213	61.4	40	16.8	50.7
Nicaragua, 1966-1967	143	152	6.3	65	24.1	69.7
Guatemala, 1968-1969	119	161	35.3	64	52.8	63.6
El Salvador, 1966-1967	139	148	6.5	60.5	29.0	58.6
Honduras, 1969-1970	113	150	32.7	69	19.7	51.7
Ecuador, 1969-1970	98	145	48.0	58.7	9.3	36.3
República Dominicana, 1970-1971	115	130	13.0	60	27.9	41.1
Chile, 1965-1966	84	112	33.3	24.9	7.4	27.0
Colombia, 1968-1969	75	109	45.3	36.4	18.2	42.2
Costa Rica, 1968-1969	60	92	53.3	59.4	7.5	18.0
Paraguay, 1967-1968	69	77	11.6	62.6	11.2	25.2

Fuente: Dr. Behm y colaboradores, Mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina, San José, Costa Rica, CELADE, Serie A, N°s 1024 a 1032, 1036 y 1037. Los datos sobre ruralidad y analfabetismo fueron tomados de los respectivos censos de población.

Cuadro 4

PAISES SELECCIONADOS DE AMERICA LATINA: PROBABILIDAD DE MORIR ENTRE EL NACIMIENTO Y LOS DOS AÑOS DE EDAD, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE, 1966-1970

País	Probabilidad de morir (por mil)						Mortalidad: grupo "Ninguno"/ "10 y más"
	Total	Años de estudio de la madre					
		Nin- guno	1-3	4-6	7-9	10 y más	
Cuba <u>a/</u>	41	46	45	34	29	-	-
Paraguay	75	104	80	61	45	27	3.9
Costa Rica	81	125	98	70	51	33	3.8
Colombia <u>b/</u>	88	126	95	63	42	32	3.9
Chile	91	131	108	92	66	46	2.0
República Dominicana	123	172	130	106	81	54	3.2
Ecuador	127	176	134	101	61	46	3.8
Honduras	140	171	129	99	60	35	4.9
El Salvador	145	158	142	111	58	30	5.3
Guatemala	149	169	135	85	58	44	3.8
Nicaragua	149	168	142	115	73	48	3.5
Perú <u>c/</u>	169	207	136	102	77	70	-
Bolivia	202	245	209	176	110 <u>d/</u>	-	-

a/ Sobre la base de datos provisionales de un estudio preliminar efectuado con la Encuesta Nacional de Ingresos y Egresos de la Población, 1974. Los tramos de educación son: 0, 1-5, 6 y 7 años o más de escolaridad.

b/ Los tramos de educación son: 0, 1-3, 4-5, 6-8, 9 años o más de escolaridad.

c/ Los tramos de educación son: 0-2, 3-4, 5, 6-9, 10 años o más de escolaridad.

d/ Corresponde a 7 años o más de escolaridad.

f) Causas de muerte

El estudio de la mortalidad en los primeros años de vida examinado en la sección anterior proporciona un buen ejemplo de la labor realizada sobre una base comparativa en varios países latinoamericanos. En todos los casos la información reunida fue la misma, aunque probablemente de diferente calidad; en todos los casos la metodología empleada fue la misma.

En contraste con esa situación, no se ha hecho nada semejante en lo que se refiere a las causas de muerte, aunque se han efectuado más de 20 estudios sobre el tema general de las causas de muerte en el CELADE o bajo la supervisión del Centro.

La calidad de los datos básicos, que es muy desigual entre los distintos países, constituye probablemente la primera razón para la falta de dicho estudio sistemático. Otra razón es que no existe una metodología ampliamente aceptada para estudiar la mortalidad por causas de muerte. Algunos autores han adoptado un método mientras que otros demógrafos han adoptado otro. El CELADE no ha elaborado un método propio que pueda recomendar, como ocurre en otras esferas.

Se han llevado a cabo recientemente algunos estudios en Chile (6) y el Uruguay (7) donde se dispone de datos fidedignos provenientes de los registros vitales. Sin embargo, no podemos repetir este tipo de estudio en un típico país latinoamericano, puesto que, como ya se ha mencionado en el presente documento, la deficiente calidad de la información es un obstáculo incluso para los estudios simples, como los que tienen por finalidad establecer estimaciones sobre niveles y tendencias de la mortalidad.

En consecuencia, es necesario elaborar un nuevo método para resolver el problema utilizando fuentes de datos distintas de los tradicionales libros registros de defunciones. Es casi imposible lograr mejoramientos a corto plazo en el registro de defunciones para que proporcione buena información.

Se han sugerido algunas ideas para recabar de legos información sobre causas de muerte. Sin embargo, nuestra posición es más bien escéptica y tenemos más confianza en otros métodos para abordar este asunto. Si se lleva a cabo un estudio demográfico y se incluye una pregunta sobre las defunciones ocurridas durante, por ejemplo, los últimos 24 meses, sería posible investigar a fondo las circunstancias y específicamente, aunque posiblemente sólo a grandes rasgos, la causa de cada defunción. Esta operación puede considerarse como una empresa conjunta de los demógrafos y los trabajadores de los servicios de salud pública. Los primeros proporcionarían información sobre una muestra representativa nacional de las defunciones anuales, en que se incluirían el nombre de cada una de las personas fallecidas, su dirección al momento de morir y otras características personales como sexo, edad, estado civil, etc.

Como se señaló anteriormente, en algunos países la mortalidad en los primeros años de vida es todavía muy elevada. Las defunciones de niños representan aproximadamente una tercera parte del total. Por consiguiente, lo que el CELADE está probando, como estudio experimental, sobre la reciente mortalidad en los primeros

años de vida en el Paraguay (8) podría representar un método prometedor para investigar por lo menos las causas de muerte entre los niños. En dicho estudio a cada madre, al momento de registrar a un hijo nacido recientemente, se le pregunta acerca de la supervivencia de su hijo anterior. De haber fallecido, se incluye en el cuestionario una pregunta tendiente a investigar la causa de esa defunción. Esta sección del formulario es completada por un médico. Esta investigación experimental se lleva a cabo con el Ministerio de Salud del Paraguay.

Para resumir, en lo que se refiere al estudio de causas de muerte, es necesario alentar el desarrollo de métodos simples para que se utilicen en un típico país subdesarrollado, donde la información de los registros de defunciones es defectuosa. En nuestras actuales circunstancias los estudios de casos por países, tales como los mencionados respecto de Chile y el Uruguay, no constituyen la solución ideal para aclarar la situación relativa a causas de muerte en América Latina.

#### REFERENCIAS

1. y 2. Se han aplicado métodos indirectos para estimar la mortalidad en estudios demográficos nacionales retrospectivos llevados a cabo, por ejemplo, en:
  - Honduras: CELADE, Serie A, N° 129, Fascículo 7, Análisis de preguntas retrospectivas (1976).
  - Bolivia: Instituto Nacional de Estadísticas y CELADE; véase, por ejemplo, La situación de la mortalidad de Bolivia (1975).
  - Perú: Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional del Perú (1974-1976); véase el Fascículo 2: La mortalidad en el Perú: Diferenciales, niveles y aspectos metodológicos para su medición.
  - Panamá: Dirección de Estadística y Censos y CELADE, Encuesta Nacional Demográfica: véase por ejemplo el capítulo III, Mortalidad. Véase también Panamá: La mortalidad y la fecundidad en el período 1950-1976, Dirección de Estadística y Censos, CELADE, Comité sobre Población y Demografía de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, junio de 1981.
  - Paraguay: Secretaría Técnica de Planificación, Dirección General de Estadística y Censos, CELADE: Informe general sobre aspectos demográficos, 1978.
  - Haití: CELADE, Serie D, N° 96, The demographic situation in Haiti, por John Hobcraft.
3. IMIAL (Investigación de la Mortalidad Infantil en América Latina): Serie de estudios realizados por el Dr. Hugo Behm sobre mortalidad en los primeros años de vida, niveles y diferenciales para Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Costa Rica, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Honduras, República Dominicana y Cuba.  
IFHIPAL (Investigación de la Fecundidad Mediante el Método de los Hijos Propios en Países de América Latina): Serie de estudios sobre niveles, tendencias y diferenciales socioeconómicos de la fecundidad en países latinoamericanos; ya se han publicado informes sobre Argentina, Costa Rica y Cuba.

4. Los métodos utilizados para evaluar la información censal básica sobre registros vitales se presentan, por ejemplo, en las siguientes publicaciones:

Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos y CELADE, Evaluación del censo de 1973 y proyección de la población por sexo y grupos de edades 1950-2000, junio de 1976.

Guatemala: CELADE, Las estadísticas demográficas y la mortalidad en Guatemala hacia 1950-1964, Serie AS, N° 2, 1969.

Guatemala: Dirección General de Estadística y Censos y CELADE, Evaluación del registro de defunciones y tablas de mortalidad, 1972-1973 (febrero de 1978).

Chile: CELADE, Tablas abreviadas de mortalidad a nivel nacional y regional, 1969-1970, Serie A, N° 141.

Cuba: Comité Estatal de Estadística, Dirección de Demografía y CELADE, Proyección de la población cubana 1950-2000, nivel nacional, metodología y resultados (actualizada en junio de 1980).

Argentina: Instituto Nacional de Estadística y Censos y CELADE, Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025, Buenos Aires, noviembre de 1982.

México: Consejo Nacional de Población (CONAPO), Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) y CELADE, Proyecciones de población 1950-2000, Fascículo F/Mex 1, septiembre de 1982.

Brasil: CELADE e IBGE, "Proyección de la población del Brasil por sexo y grupos quinquenales de edad 1950-2150" (informe metodológico) (no publicado).

5. CELADE, Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados. Selección de trabajos, de William Brass, Serie E, N° 14.
6. CELADE, Chile: Mortalidad desde 1955 hasta 1975. Tendencias y causas, por Erica Taucher, Serie A, N° 162, Santiago, 1978.
7. Ana María Damonte: "Uruguay: La mortalidad por causas en 1975 y sus perspectivas futuras": informe sobre investigaciones realizadas como estudiante del Curso Avanzado de Demografía del CELADE, 1980-1981.
8. Jorge Somoza: Algunas notas sobre "Un procedimiento sencillo para estimar la mortalidad al comienzo de la vida" (CELADE, no publicado).

1. The first part of the document is a letter from the author to the editor, dated 1954. It discusses the author's interest in the subject of the book and the reasons for writing it.

2. The second part of the document is a preface, which provides a general overview of the book's content and the author's approach to the subject.

3. The third part of the document is the introduction, which sets the stage for the main body of the book and outlines the author's objectives.

4. The fourth part of the document is the first chapter, which discusses the historical background of the subject and the author's personal experiences.

5. The fifth part of the document is the second chapter, which continues the discussion of the historical background and the author's personal experiences.

6. The sixth part of the document is the third chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

7. The seventh part of the document is the fourth chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

8. The eighth part of the document is the fifth chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

9. The ninth part of the document is the sixth chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

10. The tenth part of the document is the seventh chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

11. The eleventh part of the document is the eighth chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

12. The twelfth part of the document is the ninth chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.

13. The thirteenth part of the document is the tenth chapter, which discusses the author's views on the subject and the reasons for writing the book.