
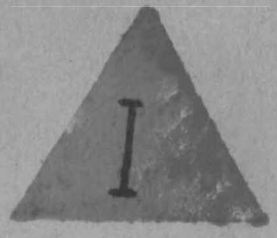


00208.00

10	22	00	20	800
Fecha recibida: 15/8/76				
ARCHIVO de DOCUMENTOS				
Original NO SALE de la oficina				



I:00876



CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA  
Sector Salud y Población

505

CELADE  
DOCUMENTO  
MICROFILMADO  
DOCPAL



MORTALIDAD

Doctora Erica Taucher

Agosto, 1974

Curso de Demografía para  
Estudiantes y Funcionarios de Salud



## MORTALIDAD\*

### 1. Introducción.

La mortalidad es uno de los componentes importantes del cambio demográfico. Es así como en la teoría de la transición demográfica se estudia su comportamiento junto con el de la fecundidad para describir distintas situaciones del crecimiento poblacional. Las situaciones que se consideran en esta teoría son:

- a) Poblaciones con "transición completada" (Estados Unidos, Europa, Australia), caracterizadas por tasas de mortalidad bajas y tasas de fecundidad decrecientes o incluso por debajo del nivel de reemplazo.
- b) Poblaciones de tipo transicional (Unión Soviética, Japón, algunos países latinoamericanos) con tasas de crecimiento todavía relativamente rápidas, con baja mortalidad y reducciones definidas de la natalidad.
- c) Poblaciones con potenciales de crecimiento altos o en que el crecimiento transicional aún no ha comenzado (la mayoría de los países de África, Asia y América Latina), en que la fecundidad permanece alta, sin tendencia a la baja y en que la mortalidad alta pero decreciente es el principal factor de crecimiento.

En el campo de la salud las estadísticas de mortalidad se utilizan como indicadores del nivel de salud y para diagnosticar los problemas de salud más importantes. Esto se justifica en parte, porque el concepto de salud como variable medible es vago, la medición de la morbilidad presenta dificultades por el límite incierto entre salud y enfermedad y porque además existen estadísticas de morbilidad sólo acerca de aquellos casos que llevan a la hospitalización o al consultorio. En cambio la muerte es un hecho claramente definido y que en la mayoría de los países se registra. Estas consideraciones son válidas sobre todo para los países en desarrollo. En los países desarrollados, que han alcanzado bajos niveles de mortalidad y en que la muerte es un hecho poco común después del primer mes de vida y hasta edades avanzadas, las estadísticas de mortalidad y de sus causas, han perdido mucho de su valor como indicadores de salud. En ellos se ha hecho evidente la necesidad de estadísticas de morbilidad. Una alternativa al uso de estadísticas hospitalarias o de consultorios, que tienen la limitación de captar sólo a los casos más graves, son las encuestas de morbilidad en muestras de población.

La salud de la población y por ende el nivel de la mortalidad son el resultado de una compleja interacción de variados factores biológicos, económicos, sociales y culturales. A menudo los factores biológicos como la composición genética, la selección natural y la susceptibilidad o resistencia a determinadas enfermedades llamados también endógenos se tratan aparte de los factores ambientales o exógenos porque al contrario de éstos, no varían en plazos cortos ni experimentan grandes modificaciones con acciones específicas.

---

\* Resumen de algunos Capítulos de: "The Determinants and Consequences of Population Trends. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Studies, N° 50. Volume I. New York, 1973.

En lo que sigue se dará especial énfasis a los factores demográficos, económicos, sociales y culturales que afectan la mortalidad, teniendo presente siempre, la dificultad que existe para cuantificar la influencia de cada factor ya que todos ellos están relacionados e interactúan. Así por ejemplo, la salud de un individuo está influida en forma importante por su nivel de vida, el que a su vez está determinado en parte por su nivel educacional y por condiciones generales como el mercado laboral y la economía en general. Los hábitos de higiene que afectan a la salud en parte están condicionados por los niveles de vida y educación pero también pueden estar relacionados con el acervo cultural y con el ambiente social prevalente.

## 2. Niveles y tendencias de mortalidad.

La tasa cruda o bruta de mortalidad es el índice de mortalidad más extensamente disponible en el mundo. Es de utilidad para dar una idea general de las tendencias de mortalidad en un área o para clasificaciones gruesas según niveles de mortalidad. Sin embargo debe tenerse cuidado en su uso en comparaciones internacionales ya que es afectada en forma importante por la estructura por edades de las poblaciones. Es así como se puede apreciar en algunos países en desarrollo tasas brutas de mortalidad inferiores a las de países industrializados. Sin embargo si se toma en consideración la estructura por edad de la población, a través de las tasas tipificadas por edad, en los países industrializados estas tasas son generalmente menores.

Para la tipificación por edad de la tasa bruta de mortalidad es necesario disponer de tasas específicas de mortalidad por edad. Otra medida, que elimina la influencia de la composición por edad de la población, es la esperanza de vida al nacer,\* que es mayor en los países desarrollados.

(Ver Tabla 1 en Anexo)

Con respecto a las tendencias de la mortalidad en el pasado, el período que se inicia en el siglo XIX, especialmente desde 1850, ha sido de gran progreso en la prolongación de la vida humana. De la tabla que sigue se obtiene una visión de la magnitud de este progreso en un grupo de países desarrollados (Dinamarca, Inglaterra y Gales, Francia, Países Bajos, Noruega, Suecia y el estado de Massachusetts en EE. UU.). La tasa de progreso fue menor durante el siglo XIX que en el siglo XX y los aumentos decenales de la expectativa de vida al nacer fueron máximos en las dos décadas que inician el siglo presente y en los años que siguen al término de la Segunda Guerra Mundial.

Ver Tabla 2 en Anexo.

---

\*Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido si se mantuvieran las condiciones o ley de mortalidad observada en una fecha o período determinado.

Al estudiar las tendencias de las tasas brutas de mortalidad en algunos países desarrollados y en otros en desarrollo, se observa que en el presente siglo las bajas de mortalidad mayores se registraron en países que partían de niveles altos de mortalidad y no en aquéllos en que el descenso de mortalidad ya había comenzado antes. Los cambios en la estructura por edad, así como los cambios en las características de la mortalidad, contribuyeron a esos rápidos descensos. Esto se debe a que, con fecundidad relativamente estable y una baja de la mortalidad especialmente acentuada en el primer año de vida, ha tendido a aumentar la proporción de población joven en los países en desarrollo.

Ver Tabla 3 y 4 en Anexo.

En un estudio realizado por Somoza y Tacla, la comparación de las tendencias de mortalidad de Chile con la de algunos países europeos muestra cómo se han reducido las diferencias de mortalidad entre países desarrollados y en desarrollo. De 1920 a 1960 en Chile la expectativa de vida promedio al nacer aumentó de 31 a 57 años, es decir en 26 años. Sustrayendo estos valores de la expectativa de vida estimada para países desarrollados (Tabla 1) se observa que la ventaja de estos últimos países sobre Chile se redujo de 27 a 15 años.

En resumen, las diferencias entre la mortalidad de países desarrollados y países en desarrollo tiende a reducirse como resultado del reciente rápido descenso de la mortalidad en estos últimos. De esta manera las condiciones de mortalidad mundiales parecen aproximarse al cierre del círculo. Antes del descenso histórico de la mortalidad en los países ahora desarrollados, el nivel de mortalidad probablemente no variaba mucho entre diferentes regiones. Las tasas de mortalidad que acompañaron al desarrollo de Occidente provocaron desigualdades en la expectativa de vida. Con los avances técnicos en el control de enfermedades en los países subdesarrollados a partir de la Segunda Guerra Mundial, estas diferencias se han reducido, aunque en algunas regiones, especialmente en Africa, la brecha entre esas tasas de mortalidad y las de regiones desarrolladas aún es muy amplia.

### 3. Mortalidad por sexo.

En casi todos los países que disponen de estadísticas confiables se observan que la mortalidad masculina es superior a la femenina. Estudios recientes muestran que en los países más desarrollados, la ventaja de las mujeres en cuanto a esperanza de vida al nacer es superior a la que existe en países menos desarrollados. En Norteamérica, Australia, La Unión Soviética y muchos países europeos, la esperanza de vida es 6 a 8 años mayor para las mujeres, en cambio en los países no desarrollados esta ventaja es inferior a 5 años. Además los descensos de la mortalidad en plazos largos generalmente han favorecido más a las mujeres.

Ver Tablas 5 y 6 en Anexo.

En resumen puede concluirse que los diferenciales de mortalidad tienden a favorecer menos a las mujeres en regiones no industrializadas y en desarrollo y que en los países desarrollados las probabilidades de supervivencia relativa de los hombres se perjudican crecientemente bajo las condiciones de la industrialización. La creencia que prevalecía hace algunas décadas, que la participación de las mujeres en las actividades económicas llevaría a una igualdad de riesgos de muerte para ambos sexos no se ha cumplido en la realidad.

#### 4. Mortalidad por edad.

En países de alta mortalidad el gráfico de las tasas de mortalidad específicas por edad tiene forma de U, representando la rama izquierda la alta mortalidad en la infancia y la rama derecha, la de las edades avanzadas. A medida que aumenta la expectativa de vida, la mortalidad infantil se reduce más rápidamente que la de edades avanzadas dando al gráfico un aspecto de J. Adicionalmente la base se hace más ancha, indicando que las tasas de mortalidad bajas se extienden sobre un grupo de edades más amplio.

Ver Tabla 7 en Anexo.

#### 5. Mortalidad fetal y mortalidad infantil.

Se ha dado especial importancia al estudio de estas mortalidades por el gran número de vidas que se pierden durante el embarazo y en el primer año de vida, separándolo del análisis de los niveles y tendencias generales de la mortalidad. La mortalidad entre la concepción y el término del primer mes de vida está muy relacionada con factores genéticos o con daños ocurridos durante la gestación y el parto. Después del primer mes las causas predominantes de muerte son no biológicas, incluyendo enfermedades que resultan de alimentación inadecuada y de factores ambientales más generales.

Para propósitos de análisis, los períodos prenatal y postnatal han sido subdivididos de acuerdo a la disponibilidad de datos estadísticos y a los factores que ejercen mayores influencias en la mortalidad. La fase prenatal generalmente ha sido dividida para distinguir entre muertes fetales tempranas, intermedias y tardías, usando como puntos de división las 20 y 28 semanas de gestación respectivamente. Poco se conoce de la magnitud de las pérdidas fetales en los períodos tempranos del embarazo ya que la obtención de datos es una tarea difícil, por no decir, insoluble, aún en países con sistemas estadísticos bien desarrollados.

Los datos de muertes fetales tardías (nacidos muertos), que ocurren después de la 28ava semana de gestación, están disponibles extensamente, al menos en las regiones desarrolladas. Sin embargo las comparaciones internacionales se ven seriamente afectadas por omisión de registro y por diferentes definiciones.

La mortalidad en el primer año de vida se divide frecuentemente en mortalidad neonatal, es decir la que ocurre en el primer mes de vida y la postneonatal o mortalidad infantil tardía, la que ocurre en el resto del primer año. También se ha reconocido la importancia de identificar dentro de la mortalidad neonatal, la que ocurre en la primera semana de vida. La distinción entre mortalidad neonatal y postneonatal sirve para separar en forma gruesa las causas endógenas y exógenas que reflejan respectivamente los factores biológicos y los ambientales y que requieren esfuerzos de diferente naturaleza para controlarlos.

Las tasas de mortalidad infantil están más ampliamente disponibles que cualquiera de los índices de mortalidad pre y postnatal mencionados anteriormente. De hecho existen estimaciones de la tasa de mortalidad infantil para prácticamente todos los países para los que se conoce la tasa bruta de mortalidad. A pesar de que, por subregistro, la tasa de mortalidad es menos confiable que la de mortalidad general, es de mayor interés para los científicos sociales y para personas relacionadas con problemas de salud pública. Esto se debe a que la incidencia de mortalidad durante el primer año de vida se ha considerado como uno de los indicadores más sensibles del nivel de vida y que es afectado en forma más importante por cambios en las condiciones ambientales y sociales.

Para predecir las tendencias futuras de la mortalidad infantil en países en particular, es de mucha utilidad el estudio de las tendencias observadas en el pasado de las tasas neonatal y postneonatal. En países en que la mortalidad infantil ha alcanzado en la actualidad un nivel muy bajo, se hará difícil una mayor reducción a menos que se hagan descubrimientos revolucionarios en el aspecto médico, ya que las malformaciones congénitas y las enfermedades de la primera infancia que son responsables de la mayor parte de las muertes infantiles en esos países, son poco influidas por medidas de salud pública o de mejoramiento de condiciones sociales y ambientales. En aquellas áreas en que la mortalidad infantil aun es alta, los progresos en el saneamiento, la higiene y la educación en salud podrían hacer esperar una baja de la mortalidad en la infancia. A su vez la mortalidad neonatal debería responder favorablemente al aumento de la atención intrahospitalaria del parto y a la mejoría de la atención del embarazo y puerperio.

Entre los factores que afectan la mortalidad infantil tienen especial importancia el peso al nacer, la paridez y edad de la madre y la legitimidad.

#### 6. Causas de muerte.

De acuerdo a una recopilación reciente hecha por Naciones Unidas, existen estadísticas de mortalidad por causas para cerca de un tercio de los países del mundo. Las poblaciones cubiertas por tales estadísticas constituyen sobre el 95% en América del Norte y Europa, cerca del 80% en Oceanía y alrededor del 50% en América Latina. En Africa y Asia este porcentaje es muy bajo. Los datos existentes sobre mortalidad por causa son afectados en forma importante en su calidad entre otros, por la integridad del registro de muertes, por el porcentaje de certificación médica o por la proporción de muertes atribuidas a causas mal definidas o a un gran grupo de "otras". Otros factores que entorpecen la comparabilidad internacional son las diferencias entre la terminología utilizada por los países, los métodos de certificación, las técnicas diagnósticas y la interpretación de los certificados médicos de defunción por parte de los codificadores.

A pesar de estas limitaciones las tendencias mundiales de las causas de muerte son bastante claras. En los países desarrollados en que se han llegado a controlar las enfermedades infecciosas y parasitarias la proporción de muertes atribuibles a estas causas ha decrecido en forma importante con el descenso de la mortalidad. En ellos cobran más importancia relativa dentro del total de muertes, las enfermedades de tipo degenerativo, como el cáncer y las enfermedades cardio-

vasculares. Lo contrario sucede en países con mortalidad alta, en que la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias es de la mayor importancia. La estructura por edad de los países desarrollados, con una mayor proporción de población en edades mayores, contribuye a estas diferencias, debido al aumento de la incidencia de las enfermedades degenerativas con la edad.

En el estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en 1964 se encontró que en los países desarrollados, la primera causa de muerte eran las enfermedades del corazón, que eran responsables de cerca de un tercio del total de las defunciones. Las neoplasias malignas ocupaban el segundo lugar con un 19 por ciento seguidas por las afecciones vasculares del sistema nervioso con un 13 por ciento. Estas enfermedades degenerativas constituían cerca de dos tercios de todas las muertes, lo que ilustra una tendencia hacia la concentración. Otras causas importantes eran los accidentes con un 5 por ciento y la influenza y neumonía que juntas constituyen un 3 por ciento.

En algunos países en desarrollo seleccionados en el mismo estudio se encontró que la primera causa de muerte era la gastroenteritis (gastritis, duodenitis, enteritis y colitis), que era responsable de aproximadamente el 10 por ciento de las muertes totales. Las causas que seguían en importancia eran: enfermedades del corazón con cerca de 8 por ciento, influenza y neumonía con 7 por ciento aproximadamente, neoplasias malignas con cerca de 7 por ciento y accidentes con aproximadamente 5 por ciento.

#### 7. Factores del descenso de mortalidad de los países desarrollados.

Entre los factores que afectan la mortalidad deben mencionarse: el desarrollo económico, el aumento del nivel de ingreso, las reformas sanitarias, las medidas de salud pública, las reformas sociales y los avances en la ciencia médica. En la literatura, raramente se encuentran análisis estadísticos que traten de cuantificar la influencia de estos factores, tanto por la carencia de datos como por la imprecisión de los métodos analíticos y las dificultades que derivan de la interrelación de los distintos factores. Analizaremos con algún detalle sólo la influencia de los avances en la ciencia médica, en que la relación se muestra más evidente.

A fines del siglo XVIII, Jenner publicó su famoso trabajo en que mostraba que la inoculación de cowpox prevenía la viruela. Sin embargo no fue hasta fines del siglo XIX que se conoció algo sobre el rol de organismos patógenos en la producción de enfermedades, a través de los trabajos de Pasteur y Koch, que sentaron las bases de la bacteriología moderna y de la inmunología. La cirugía antiséptica introducida por Lister y la anestesia a partir de Morton, a mediados del siglo pasado, permitió los avances de la cirugía. Las investigaciones de Behring, produjeron alrededor de 1890 la inmunización efectiva contra difteria y tétano, y el descubrimiento de los rayos X por Roentgen en 1895 entregó a los médicos una herramienta valiosa para el diagnóstico. Una ganancia en la medicina curativa fue el descubrimiento del Salvarsan por Ehrlich en 1910, que permitió el tratamiento de algunas enfermedades provocadas por protozoos, entre ellas, la sífilis.



Las investigaciones bacteriológicas e inmunológicas de fines del siglo pasado dieron abundantes frutos en el presente. Es así como en 1960 se dispone de inmunización, fuera de las ya mencionadas, para tuberculosis, tifoidea, cólera, fiebre amarilla, sarampión, coqueluche, poliomelitis, peste e influenza. En algunos casos la vacunación es el único medio de control de esas enfermedades, en cambio en otras es sólo un método auxiliar.

Los avances en la quimioterapia en los años finales de la década de 1930 permitieron el tratamiento con sulfonamidas de infecciones como las respiratorias y urinarias y algunas meningitis. La penicilina que comenzó a usarse ampliamente después de la Segunda Guerra Mundial se mostró eficaz en enfermedades respiratorias y urinarias y en otras infecciones. La estreptomycin, el PAS y la isoniacida fueron introducidas a mediados de los años 40 en el tratamiento de la tuberculosis. Desde entonces han surgido una serie de otros antibióticos que han rebajado aún más las enfermedades infecciosas.

Debe mencionarse además el uso de hormonas, los nuevos métodos diagnósticos y el desarrollo de insecticidas efectivos como otros medios que han rebajado la mortalidad.

#### 8. Factores del descenso de la mortalidad en países en desarrollo.

Para estudiar el descenso de la mortalidad en estos países es conveniente la distinción entre factores socioeconómicos por un lado y factores médicos y de salud por otro. El rápido descenso de la mortalidad en las últimas décadas se ha atribuido sobre todo a los avances técnicos en la medicina y a la expansión de acciones de medicina preventiva y de servicios de salud pública y atención médica. Aunque todavía se observa una correlación inversa entre el desarrollo socioeconómico y la mortalidad, la relación entre ambos se ha debilitado si se compara con lo que sucedía en los países ahora desarrollados, cuando en ellos se reducía la mortalidad.

Entre los descubrimientos de mayor importancia se cuentan los insecticidas como el DDT, los antibióticos y las vacunas, que pueden aplicarse a costo relativamente bajo en programas masivos de salud pública.

A pesar de las bajas espectaculares de la mortalidad en los inicios de la aplicación de estas técnicas, la mortalidad en los países en desarrollo es aún muy superior a la de los países desarrollados. Todo parece indicar que para lograr mayores bajas será necesaria la mejoría de las condiciones socioeconómicas.



A N E X O

Tabla 1

TASAS CRUDAS DE MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER ESTIMADAS PARA REGIONES DEL MUNDO  
1965 - 1970

Regiones	Tasa bruta de mortalidad (defunciones por 1 000 ha- bitantes)	Esperanza de vida al nacer (en años)
TOTAL MUNDIAL	14	53
Regiones en desarrollo	16	50
Regiones más desarrolladas	9	70
Africa	21	43
Africa Occidental	24	39
Africa Oriental	22	42
Africa Central	24	39
Africa del Norte	17	50
Africa del Sur	17	48
Asia (excluyendo URSS)		
Asia Oriental	14	52
Región Continental	15	50
Japón	7	71
Asia del Sur	17	49
Asia Sudoriental	16	50
Asia Sudoccidental	16	51
Europa (excluyendo URSS)	10	71
Europa Occidental	11	72
Europa del Sur	9	70
Europa Oriental	9	71
Europa del Norte	11	72
América Latina	10	60
Sud América del Trópico	10	60
América Central (continental)	10	60
Sud América Templada	9	65
Caribe	11	58
América del Norte	9	70
Oceanía	10	65
Australia y Nueva Zelanda	9	72
Melanesia	18	47
Polinesia y Micronesia	9	61
URSS	8	70

Tabla 2

ESPERANZA DE VIDA PROMEDIO PARA SEIS PAISES EUROPEOS Y UN ESTADO DE USA

Año	Esperanza de vida al nacer (años)	Incremento decenal entre dos fechas sucesivas (años)
1840	41.0	
1850	41.5	0.5
1860	42.2	0.7
1870	43.5	1.3
1880	45.2	1.7
1890	47.1	2.0
1900	50.5	3.4
1910	54.3	3.8
1920	58.3	4.0
1930	61.7	3.4
1940	64.6	2.9
1950	69.8	5.2
1960	72.0	2.2
1965	72.3	0.3

Tabla 3

TASAS CRUDAS DE MORTALIDAD PARA ALGUNOS PAISES MAS DESARROLLADOS  
1906 - 1969

Periodo	Europa del Norte	Europa Occidental
	Suecia	Francia
1906-1909	14.4	19.5
1910-1914	13.9	19.8
1915-1919	14.8	24.0
1920-1924	12.4	17.3
1925-1929	12.1	17.3
1930-1934	11.7	16.0
1935-1939	11.7	15.7
1940-1944	10.8	17.8
1945-1949	10.4	13.9
1950-1954	9.7	12.7
1955-1959	9.6	11.8
1960-1964	10.0	11.2
1965	10.1	11.2
1966	10.0	10.8
1967	10.1	11.0
1968	10.4	11.1
1969	10.4	11.3

(Continuación Tabla 3)

Período	Europa Oriental	
	República Democrática Alemana	Europa del Sur España
1906-1909	17.9	24.3
1910-1914	16.6	22.3
1915-1919	20.3	24.3
1920-1924	13.9	21.0
1925-1929	11.9	18.4
1930-1934	11.0	16.4
1935-1939	11.9	17.9
1940-1944	12.2	15.3
1945-1949	17.4	12.0
1950-1954	11.7	10.2
1955-1959	12.4	9.4
1960-1964	13.1	8.8
1965	13.3	8.6
1966	13.0	8.6
1967	13.1	8.7
1968	14.0	8.7
1969	14.3	9.2

Período	Norte América	Asia	Unión Soviética
	Estados Unidos	(Japón)	(URSS)
1906-1909	15.1	20.8	29.5
1910-1914	13.9	20.2	27.1
1915-1919	14.4	22.5	34.4
1920-1924	12.0	23.0	30.0
1925-1929	11.8	19.8	20.4
1930-1934	11.0	18.1	20.4
1935-1939	11.0	17.4	17.9
1940-1944	10.6	16.3	18.0
1945-1949	10.0	16.8	-
1950-1954	9.5	9.4	9.4
1955-1959	9.4	7.8	7.7
1960-1964	9.5	7.3	7.2
1965	9.4	7.2	7.3
1966	9.5	6.8	7.3
1967	9.4	6.8	7.6
1968	9.7	6.8	7.7
1969	9.5	6.7	8.1

Tabla 4  
TASAS CRUDAS DE MORTALIDAD PARA ALGUNOS PAISES EN DESARROLLO  
1920 - 1969

Periodo	Chile	China (Taiwan)	Marfilto	México	Singapur
1920-1924	30	26	32	25	31
1925-1929	26	23	27	26	29
1930-1934	24	21	32	26	24
1935-1939	23	20	27	23	22
1940-1944	20	18	26	22	21
1945-1949	17	15	25	18	13
1950-1954	14	10	15	15	10
1955-1959	13	8	12	12	7
1960-1964	12	6	10	10	6
1965	11	6	9	10	6
1966	10	5	9	10	6
1967	10	6	9	9	5
1968	9	6	9	10	6
1969	-	5	8	9	5

Tabla 5  
DIFERENCIALES POR SEXO EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER PARA PAISES DESARROLLADOS SELECCIONADOS  
1900 y 1965

PAIS	Alrededor de 1900			Alrededor de 1965		
	(años)		Exceso de mu jeres sobre hombres (años)	(años)		Exceso de mu jeres sobre hombres (años)
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
Australia	55.2	58.8	3.6	67.9	74.2	6.3
Austria	39.1	41.1	2.0	66.8	73.5	6.7
Bélgica	45.4	48.8	3.4	67.7	73.5	5.8
Bulgaria	40.0	40.3	0.3	67.8	71.4	3.6
Checoslovaquia	38.9	41.7	2.8	67.8	73.6	5.8
Dinamarca	52.9	56.2	3.3	70.2	74.7	4.5
Inglaterra y Gales	48.5	52.4	3.9	68.3	74.4	6.1
Finlandia	45.3	48.1	2.8	65.5	72.7	7.2
Francia	45.3	48.7	3.4	67.8	75.0	7.2
Alemania	44.8	48.3	3.5	67.6	73.4	5.8
Hungría	37.1	37.9	0.8	67.0	71.8	4.8
Italia	44.2	44.8	0.6	67.2	72.3	5.1
Holanda	51.0	53.4	2.4	71.1	75.9	4.8
Nueva Zelanda	58.1	60.6	2.5	68.4	73.8	5.4
Noruega	54.8	57.7	2.9	71.0	76.0	5.0
España	33.8	35.7	1.9	67.3	71.9	4.6
Suecia	54.3	57.0	2.7	71.6	75.7	4.1
Suiza	49.2	52.2	3.0	68.7	74.1	5.4

Tabla 6

DIFERENCIALES POR SEXO EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER PARA ALGUNOS PAISES EN DESARROLLO  
1920 y 1960

PAIS	Alrededor de 1920			Alrededor de 1960		
	(años)		Exceso de mujeres sobre hombres (años)	(años)		Exceso de mujeres sobre hombres (años)
	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
<b>América Latina</b>						
Chile	30.9	32.2	1.3	54.4	59.9	5.5
Guayana	33.5	35.8	2.3	59.0	63.0	4.0
Jamaica	35.6	38.2	2.6	62.6	66.6	4.0
México	32.4	34.1	1.7	57.6	60.3	2.7
Puerto Rico	38.2	38.8	0.6	67.1	71.9	4.8
Trinidad y Tobago	37.6	40.1	2.5	62.2	66.3	4.1
<b>Asia</b>						
Ceylan	32.7	30.7	-2.0	61.9	61.4	-0.5
China (Taiwan)	38.8	43.1	4.3	61.3	65.6	4.3
India	26.9	26.6	-0.3	41.9	40.6	-1.3

Tabla 7

TASAS DE MORTALIDAD ESPECIFICAS POR EDAD PARA HOMBRES Y MUJERES EN ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS

Sexo y edad (en años)	Francia (1965)	Guatemala (1964)	Holanda (1966)	Noruega (1965)	Chile (1965)
<b>Hombres</b>					
Menos 1	20.5	120.0	16.8	19.0	115.4
1-4	1.0	26.6	1.1	1.0	5.2
5-9	0.5	6.7	0.6	0.6	1.3
10-14	0.4	3.4	0.4	0.5	1.0
15-19	1.0	4.8	0.9	0.9	1.6
20-24	1.5	5.5	1.0	1.1	2.8
25-29	1.5	5.8	0.9	1.2	3.2
30-34	2.0	7.9	1.1	1.5	4.4
35-39	2.9	9.1	1.6	1.9	6.2
40-44	4.3	10.9	2.6	3.1	8.3
45-49	6.4	14.4	4.3	4.3	10.8
50-54	10.6	18.0	7.7	7.6	15.5
55-59	16.7	22.3	13.1	11.7	21.5
60-64	25.7	36.5	21.4	19.3	31.8
65-69	38.2	47.0	32.4	31.0	} 75.4
70-74	57.2	67.3	50.2	47.4	
75-79	88.6	81.2	78.2	75.2	
80-84	140.1	122.1	124.4	122.5	
85 y más	236.6	163.3	218.8	213.1	
<b>Mujeres</b>					
Menos 1	15.9	100.0	12.5	15.2	99.4
1-4	0.8	28.4	0.8	0.7	5.3
5-9	0.3	6.9	0.3	0.4	1.0
10-14	0.3	3.1	0.3	0.3	0.7
15-19	0.4	3.8	0.4	0.3	1.3
20-24	0.7	5.7	0.4	0.3	1.8
25-29	0.7	6.5	0.5	0.4	2.5
30-34	1.0	7.3	0.7	0.5	3.2
35-39	1.5	8.0	1.0	1.0	4.1
40-44	2.2	9.1	1.8	1.5	4.6
45-49	3.4	10.5	2.6	2.5	6.2
50-54	4.9	14.2	4.2	3.4	8.6
55-59	7.2	20.0	6.4	6.0	13.8
60-64	11.1	33.4	10.2	10.4	20.7
65-69	18.2	45.2	18.3	16.6	} 64.9
70-74	31.7	64.9	33.2	32.6	
75-79	56.1	87.8	59.9	57.3	
80-84	100.6	141.3	104.5	106.3	
85 y más	193.3	209.4	203.7	199.8	