

DOS INDICADORES UTILES PARA ESTUDIAR MORTALIDAD PREVENIBLE O PREMATURA

Dra. Concepción Bratti*

Resumen:

El estudio de la mortalidad es un aspecto crítico del análisis de la situación de salud de las comunidades. La forma usual de estudiarla, por medio de tasas crudas, ajustadas o específicas por causa y edad, presenta el inconveniente de que cuando las poblaciones son pequeñas, variaciones mínimas en la cantidad de defunciones producen grandes cambios en las tasas, lo que reduce el beneficio real que se puede obtener de estos indicadores. La utilización de la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y de la Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP), cambia esta situación, por cuanto son indicadores fáciles de obtener, que utilizan sólo la población del área en estudio, por pequeña que sea, y por lo tanto se refieren a ella únicamente. Debido a que en su construcción se utilizan las defunciones observadas y las esperadas en esa población, el tamaño de esta última no es relevante para los resultados. Una ventaja adicional es que son muy sensibles para detectar diferencias, especialmente en mortalidad prevenible o prematura. En este trabajo se explica detalladamente la metodología para la construcción de estos dos indicadores, enfocada hacia el análisis de la mortalidad prevenible o prematura, por considerarlos de gran utilidad para conocer las desigualdades en la mortalidad y facilitar la evaluación de programas de intervención para reducirlas.

Introducción

Los cambios producidos en la salud de las poblaciones, se han identificado con el progreso socioeconómico y, paralelo a este, con el adelanto en la asistencia médica.⁽¹⁾ Se han traducido en perfiles de morbilidad y mortalidad con predominio de patología crónica y degenerativa que, en los países en desarrollo, coexisten en mayor o menor proporción, según el avance logrado, con los perfiles anteriores de franco predominio de patología infectocontagiosa, entre las que destacan las enfermedades diarreicas, respiratorias agudas e inmunoprevenibles.

Estos cambios se han dado en un contexto de pobreza, lo que ha alargado la esperanza de vida, pero no necesariamente de una vida mejor⁽²⁾. Además, no se han dado en forma homogénea y existen diferencias importantes aún dentro de los países^(3,4).

Observando las causas de muerte de los últimos años en Costa Rica, publicadas en el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud, se ve que existe predominio de patología crónica, accidentes y afecciones perinatales. Sin embargo, no puede pasar desapercibido que existe un remanente de patología infecciosa prevenible, que afecta principalmente a los grupos de riesgo para la sobrevivencia infantil determinados por sus condiciones socioeconómicas.^(3,5,6,7,8,9)

Por otra parte, es conveniente recordar que el análisis de mortalidad por causa, basado únicamente en la defunción, tiende a subestimar la presencia de ciertas condiciones concomitantes, entre las que es importante mencionar la desnutrición, y que el modo de agrupar las categorías causales en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), influye de modo importante en el orden relativo de las causas de muerte.⁽¹⁰⁾

Un aspecto importante del análisis de la mortalidad, es la cuantificación del exceso de la mortalidad prevenible o prematura, campo en el que los indicadores Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) y Razón de Años de Vida Potencialmente Perdidos (RAVPP), son muy sensibles y además fáciles de obtener a partir de las defunciones observadas.⁽¹⁰⁾

Para facilitar el análisis de la mortalidad y lograr delimitar las áreas en las cuales es posible llevar a cabo modificaciones para lograr impacto, las causas de muerte deben agruparse con criterios que permitan orientar las acciones correctivas. En este sentido, se puede recomendar la clasificación propuesta por la Dra. Erika Taucher del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)⁽¹¹⁾. Ella agrupa las causas de muerte en dos grandes grupos, evitables y no evitables, según el estado actual del conocimiento y disponibilidad de tratamiento. A su vez, las causas se dividen, de acuerdo con las medidas disponibles para evitarlas, en prevenibles:

- por vacunación
- por medidas secundarias,
- por medidas de saneamiento ambiental y
- por un conjunto de medidas

* Depto. Oncología.
Ministerio de Salud.

El grupo de causas no evitables, está compuesto por aquellas sobre las cuales no se poseen medidas eficaces de prevención o tratamiento, así como las mal definidas. (Anexo 1)

En lo que se refiere a la edad, se considera mortalidad prematura la que se produce antes de los 65 años, por ser más difícil y costoso posponer la mortalidad que afecta a la tercera edad.⁽¹⁰⁾

El propósito de este trabajo es el de promover el uso de esta metodología en análisis de situación de salud de las comunidades, el cual es una de las herramientas principales de los planificadores y salubristas de nivel regional y local, para la definición de planes y programas de trabajo, así como para la asignación racional de los recursos.

Metodología

Para llevar a cabo estudios de mortalidad prevenible o prematura, debe tenerse la siguiente información:

Población: La población del área en estudio debe tabularse por sexo y por grupos de edad, ya que estos dos constituyen factores de riesgo muy importantes para este tipo de mortalidad. La desagregación de la población por grupos de edad, debe hacerse teniendo en mente posibles comparaciones posteriores. Siempre es conveniente dejar al grupo de menores de un año por separado, por la relevancia que reviste la mortalidad prevenible en este grupo. El resto, después de los 5 años, se puede agrupar en quinquenios hasta 65 años por lo menos. Este procedimiento tiene la desventaja de presentar numerosas categorías para el análisis, lo que hace más complejo.

Existen varias otras posibilidades de agrupación de la población por edades. A partir de los 5 años, por ejemplo, se puede agrupar en decenios, lo que disminuye las categorías de análisis a la mitad o, también se puede dividir los intervalos, de manera irregular, dejando menores de un año, preescolares (1 a 5 años), escolares (6 a 12 años), adolescentes (13 a 19 años), adultos (20 a 64 años) y tercera edad (65 años y más), obteniendo solo seis categorías para cada sexo.

La población base del estudio debe ser siempre la población promedio del período, la cual debe obtenerse con métodos confiables, para lo cual se recomienda utilizar estimaciones poblacionales oficiales basadas en la división territorial, para garantizar que las defunciones correspondan exactamente al área geográfica del estudio.

Defunciones: Las muertes del área, observadas en el período del estudio, deben agruparse por sexo, para los mismos grupos de edad en que se ha tabulado la población y

según la clasificación de causas de muerte en uso. Debdio a que cuando las comunidades en estudio son pequeñas el número de muertes es generalmente reducido, se recomienda que se estudie un período suficientemente largo para compensar esta deficiencia y obviar las variaciones debidas a fluctuaciones propias de los mecanismos responsables de las causas de muerte. Sin embargo, si se prolonga demasiado el tiempo de estudio, pueden retardarse las acciones correctivas, por lo que se recomienda estudiar las mortalidad acumulada de dos o tres años. Si se estudian tres años, se obtiene la ventaja adicional de poder utilizar la población del año intermedio, en vez de tener que calcularla.

Tasas de referencia: Si el estudio se refiere a un área del país, existen dos opciones según el propósito del estudio. Si lo que se pretende es comparar una comunidad con otra de una misma región se puede utilizar las tasas regionales como referencia; en cambio, si lo que se pretende es categorizar el área en estudio con otras del país, entonces es preferible usar las tasas nacionales como referencia.

Las tasas de referencia deben corresponder específicamente con el sexo, los grupos de edad y la clasificación de causas de muerte seleccionadas para el estudio, así como el período del mismo.

Cálculo de la REM: La REM por definición, es la razón entre las defunciones observadas y las defunciones esperadas. Para calcular las defunciones esperadas, se aplica a cada grupo de la población correspondiente del área en estudio, la tasa de referencia para ese mismo sexo, grupo de edad y causa. En seguida se dividen las defunciones observadas en ese grupo entre las esperadas y se obtiene una razón de mortalidad específica, para cada sexo, grupo de edad y causa de muerte, pero también una medida resumen, la REM, cuya principal ventaja es que es un indicador ajustado por edad y generalmente utilizado como medida de comparación de niveles de mortalidad.

Existe una variante de este indicador que es la REM para menores de 65 años, el cual se obtiene siguiendo el mismo procedimiento anterior, sólo que ese excluye del cálculo final al grupo de 65 años y más, por considerarse que las causas de muertes de este grupo no son evitables en su mayoría. Es más sensible que el anterior para detectar la mortalidad prevenible o prematura.

Cálculo de la RAVPP. Este indicador es la razón entre los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por las muertes prematuras observadas (en menores de 65 años de edad), y los AVPP por las muertes prematuras esperadas.

Para calcular los AVPP se sigue el siguiente procedimiento:

- *- Se multiplican las defunciones observadas para cada sexo, grupo de edad y causa de muerte, por la diferencia de 65 menos el punto medio del intervalo del grupo de edad. Esto representa los años de vida que ese grupo de edad perdió por esas defunciones prematuras, en promedio (AVPP observados).
- *- Igual procedimiento se sigue con las defunciones esperadas para obtener los AVPP esperados.

Para obtener la razón, se dividen las dos cifras anteriores y al igual que en el caso anterior, se logra una medida resumen que resulta ser la de mayor sensibilidad para detectar la mortalidad prematura, por cuanto se basa en la pérdida potencial de años de vida para cada sexo, grupo de edad y causa.

A continuación, se presentan algunos cuadros para facilitar la comprensión de los procedimientos necesarios para obtener los indicadores, los cuales son producto de una investigación sobre mortalidad prevenible por regiones de salud, que aún no ha sido publicada.

DEFUNCIONES PROMEDIO SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

REGION CENTRAL NORTE, 1987-89

DEFUNCIONES AGRUPADAS SEGUN TIPO DE CAUSA	< 1 año			1-4 años			5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			65 y mas año			Edad ignorada		Total Ambos Sexos	Total Hombres	Total Mujeres				
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M			
Prevencion 1.aria	1.0	0.7	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	2.0	0.3	1.7	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.7	0.3	2.0	0.7	1.3	1.0	0.7	0.3	0.0	0.0	0.0	7.7	3.7	4.0
Prevencion 2.aria	0.0	0.0	0.0	1.0	0.3	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.3	1.7	5.0	0.3	4.7	9.0	1.7	7.3	13.0	3.3	9.7	63.0	32.3	30.7	0.0	0.0	0.0	93.0	38.3	54.7
Saneamiento medio	8.0	5.0	3.0	1.0	1.3	0.0	0.3	0.3	0.0	1.0	0.3	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.3	0.7	2.0	1.3	0.7	11.0	4.7	6.3	0.3	0.3	0.0	25.0	13.7	11.3
Conjunto de medidas	89.0	48.7	40.3	8.0	4.3	3.7	8.0	5.3	2.7	29.0	23.7	5.3	42.0	36.0	6.0	35.0	29.7	5.3	23.0	17.7	5.3	26.0	19.0	7.0	97.0	45.0	42.0	2.0	0.7	1.3	349.0	230.0	119.0			
Dificilia. evitables	56.0	35.3	20.7	9.0	5.3	3.7	8.0	5.7	2.3	11.0	6.0	5.0	14.0	8.3	5.7	32.0	15.0	17.0	57.0	38.0	19.0	111.0	66.3	44.7	577.0	311.0	266.0	1.3	1.3	0.0	876.3	492.3	384.0			
Mal Defensas	2.0	0.3	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.3	0.3	0.0	1.0	0.7	0.3	0.3	0.3	0.0	1.0	0.3	0.7	16.0	8.0	8.0	0.3	0.3	0.0	21.3	10.7	10.7			
Otras	9.0	4.7	4.3	10.0	5.3	4.7	8.0	2.0	6.0	11.0	4.7	6.3	11.0	4.7	6.3	15.0	9.0	6.0	23.0	14.3	8.7	48.0	26.3	21.7	277.0	129.3	147.7	1.0	0.7	0.3	413.0	201.0	212.0			
TOTAL	165.0	94.7	70.3	29.0	16.7	12.7	24.7	13.7	11.0	54.3	35.3	19.0	69.7	50.0	19.7	88.0	54.7	33.3	114.3	73.0	41.3	203.0	117.3	85.7	1032.0	531.0	501.0	5.0	3.3	1.7	1785.3	989.7	795.7			

TASAS DE MORTALIDAD SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

COSTA RICA, 1987-89

(cifras por mil habitantes)

DEFUNCIONES AGRUPADAS SEGUN TIPO DE CAUSA	< 1 año			1-4 años			5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			65 y+ años			Total Ambos Sexos		Total Hombres	Total Mujeres		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Prevencion 1.aria	0.09	0.08	0.09	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.02	0.02	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03	0.05	0.03	0.07	0.12	0.06	0.06	0.06	0.02	0.02
Prevencion 2.aria	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01	0.04	0.01	0.07	0.13	0.02	0.24	0.29	0.08	0.51	0.59	0.34	0.84	4.84	2.49	2.35	0.19	0.14	0.23	
Saneamiento medio	0.89	0.91	0.86	0.08	0.10	0.06	0.01	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01	0.01	0.02	0.01	0.03	0.02	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04	0.63	0.32	0.31	0.06	0.06	0.06
Conjunto de medidas	8.53	10.01	6.84	0.26	0.31	0.22	0.13	0.16	0.16	0.39	0.41	0.15	0.59	0.94	0.23	0.73	1.19	0.25	0.97	1.58	0.34	1.31	1.99	0.65	7.75	4.31	3.63	0.88	1.18	0.57			
Dificilia. evitables	4.37	4.69	3.86	0.23	0.25	0.22	0.07	0.08	0.06	0.14	0.17	0.10	0.23	0.27	0.18	0.51	0.56	0.47	1.68	2.16	1.26	4.93	6.05	3.83	46.05	25.08	20.97	1.74	1.92	1.56			
Mal Defensas	0.47	0.44	0.49	0.07	0.01	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.02	0.02	0.02	0.05	0.05	0.04	0.10	0.11	0.08	0.51	1.29	1.22	0.09	0.09			
Otras	1.07	1.14	0.87	0.19	0.23	0.18	0.08	0.08	0.08	0.08	0.12	0.11	0.16	0.16	0.16	0.31	0.37	0.25	0.80	0.85	0.75	2.17	2.31	2.02	23.03	11.31	11.72	0.66	0.86	0.87			
TOTAL	15.33	17.30	13.01	0.81	0.89	0.72	0.30	0.34	0.26	0.67	0.92	0.40	1.04	1.40	0.66	1.74	2.20	1.26	3.84	4.70	2.97	9.20	10.87	7.53	84.92	44.87	40.05	3.84	4.27	3.39			

DEFUNIONES ESPERADAS SEGUN GRUPOS DE EDAD Y SEXO

REGION CENTRAL MORTE, 1987-89

DEFUNIONES AGRUPADAS SEGUN TIPO DE CAUSA	< 1 año			1-4 años			5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			65 yr años			Total Ambos Sexos	Total Hom- bres	Total Muje- res
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M			
Prevencion 1.aria	1.0	0.5	0.5	0.4	0.1	0.3	0.5	0.4	0.1	1.0	0.3	0.7	0.7	0.5	0.2	1.2	0.6	0.6	1.0	0.4	0.6	1.2	0.4	0.8	2.4	0.6	0.6	0.2	3.8	4.5
Prevencion 2.aria	0.2	0.1	0.0	0.3	0.2	0.2	0.3	0.1	0.3	0.5	0.1	0.4	3.3	3.0	3.0	7.1	0.6	6.4	9.6	1.3	8.4	13.5	3.8	9.6	99.7	24.2	25.5	84.5	30.8	53.7
Saneamiento medio	10.8	5.7	5.1	4.1	2.6	1.5	0.8	0.7	0.6	0.7	0.3	0.1	0.5	0.2	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.8	0.3	0.5	1.0	0.5	13.0	3.1	3.3	25.8	13.5	12.4
Conjunto de medidas	103.3	62.3	41.0	13.0	7.8	5.2	13.9	8.7	5.2	36.9	29.4	7.2	52.1	42.2	9.8	39.7	33.1	6.7	31.9	26.0	5.6	29.9	22.6	7.4	159.5	42.0	37.2	39.4	274.2	125.5
Dificilm. evitables	52.3	29.2	23.2	11.5	6.2	5.3	7.6	4.4	3.2	13.0	8.1	4.8	20.1	12.1	7.9	28.0	15.7	12.4	55.5	34.7	20.6	112.5	68.8	43.8	948.5	244.2	227.7	772.3	423.4	348.9
Mal Definidas	5.6	2.7	2.9	0.8	0.3	0.6	0.6	0.3	0.3	0.8	0.5	0.3	0.7	0.5	0.2	1.1	0.6	0.4	1.5	0.8	0.7	2.2	1.2	1.0	51.7	12.5	13.3	39.2	19.6	19.6
Otras	12.3	7.1	5.2	9.6	5.3	4.3	8.6	4.5	4.0	11.1	6.1	5.1	14.3	7.2	7.1	17.1	10.4	6.7	26.3	13.9	12.3	49.4	26.3	23.1	474.4	110.2	127.2	386.1	191.0	195.1
TOTAL	185.6	107.7	78.0	39.8	22.4	17.3	32.3	18.6	13.7	64.0	44.9	18.8	91.8	63.1	28.6	94.8	61.6	33.4	126.6	77.5	48.7	209.7	123.7	86.2	1749.2	436.9	435.0	1715.7	956.3	759.6

RAZON ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD < 65 AÑOS
REGION CENTRAL MORTE, 1987-89

DEFUNIONES AGRUPADAS SEGUN TIPO DE CAUSA	< 1 año			1-4 años			5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			REM < 65	REM < 65	REM < 65			
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Años	Años	Años			
Prevencion 1.aria	0.96	1.35	0.61	0.00	0.00	0.00	0.69	0.90	0.00	2.00	1.02	2.47	0.46	0.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.99	1.50	0.59	1.70	1.69	1.70	0.95	0.93	0.95
Prevencion 2.aria	0.00	0.00	0.00	3.03	2.06	3.96	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.61	1.11	0.56	0.71	0.51	0.73	0.94	1.25	0.88	0.97	0.87	1.01	0.86	0.91	0.85			
Saneamiento medio	0.74	0.88	0.58	0.24	0.50	0.00	0.41	1.57	0.00	1.56	1.02	1.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.19	1.00	1.30	1.98	2.64	1.33	0.31	0.64	0.55
Conjunto de medidas	0.86	0.78	0.98	0.61	0.56	0.70	0.58	0.62	0.51	0.79	0.81	0.74	0.81	0.85	0.61	0.88	0.90	0.80	0.72	0.68	0.95	0.87	0.84	0.95	0.81	0.79	0.86			
Dificilm. evitables	1.07	1.21	0.89	0.78	0.86	0.69	1.05	1.28	0.74	0.85	0.74	1.04	0.70	0.69	0.71	1.14	0.96	1.37	1.03	1.10	0.92	0.99	0.96	1.02	0.99	1.00	0.97			
Mal Definidas	0.36	0.12	0.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	0.41	0.00	0.46	0.42	0.00	0.94	1.03	0.81	0.22	0.43	0.00	0.46	0.27	0.70	0.37	0.33	0.42			
Otras	0.73	0.66	0.84	1.05	1.01	1.09	0.93	0.44	1.49	0.99	0.77	1.25	0.77	0.65	0.89	0.88	0.87	0.89	0.87	1.03	0.70	0.97	1.00	0.94	0.91	0.88	0.94			
TOTAL	0.89	0.88	0.90	0.73	0.74	0.73	0.76	0.74	0.80	0.85	0.79	1.01	0.76	0.79	0.69	0.93	0.89	1.00	0.90	0.94	0.85	0.97	0.95	0.99	0.89	0.88	0.70			

AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS OBSERVADOS
REGION CENTRAL MORTE, 1987-89

DEFUNIONES AGRUPADAS SEGUN TIPO DE CAUSA	< 1 año			1-4 años			5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			TOTAL AVPP	TOTAL AVPP	TOTAL AVPP			
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Obs.	H	M			
Prevencion 1.aria	64.5	43.0	21.5	0.0	0.0	0.0	18.3	18.3	0.0	90.0	15.0	75.0	11.7	11.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.0	10.0	5.0	10.0	3.3	6.7	209.5	101.3	108.2
Prevencion 2.aria	0.0	0.0	0.0	62.0	20.7	41.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	70.0	11.7	58.3	125.0	8.3	116.7	135.0	25.0	110.0	65.0	16.7	48.3	457.0	82.3	374.7			
Saneamiento medio	516.0	322.5	193.5	62.0	82.7	0.0	18.3	18.3	0.0	45.0	15.0	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.0	5.0	10.0	10.0	6.7	3.3	666.3	450.2	236.8
Conjunto de medidas	5740.5	3139.0	2601.5	496.0	268.7	227.3	440.0	293.3	146.7	1305.0	1065.0	240.0	1470.0	1260.0	210.0	875.0	741.7	133.3	345.0	265.0	80.0	130.0	95.0	35.0	10801.5	7127.7	3673.8			
Dificilm. evitable	3612.0	2279.0	1333.0	598.0	330.7	227.3	440.0	311.7	128.3	495.0	270.0	225.0	490.0	291.7	198.3	800.0	375.0	425.0	855.0	570.0	285.0	555.0	331.7	223.3	7805.0	4759.7	3045.3			
Mal Definidas	129.0	21.5	107.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.0	15.0	0.0	11.7	11.7	0.0	25.0	16.7	8.3	5.0	5.0	0.0	5.0	1.7	3.3	190.7	71.5	119.2			
Otras	580.5	301.0	279.5	620.0	330.7	289.3	440.0	110.0	330.0	495.0	210.0	285.0	385.0	163.3	221.7	375.0	225.0	150.0	345.0	215.0	130.0	240.0	131.7	108.3	3480.5	1686.7	1793.8			
TOTAL	10442.5	6106.0	4536.5	1798.0	1033.3	785.3	1356.7	751.7	605.0	2445.0	1590.0	855.0	2438.3	1750.0	688.3	2200.0	1366.7	833.3	1715.0	1095.0	620.0	1615.0	586.7	428.3	23610.5	14279.3	9351.6			

RAZON DE AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS
REGION CENTRAL MORTE, 1987-89

DEFUNIONES AGRUPADAS SEGUN TIPO DE CAUSA	< 1 año			1-4 años			5-14 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años			RAVPP TOTAL	RAVPP H	RAVPP M
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M			
Prevencion 1.aria	0.96	1.35	0.61	0.00	0.00	0.00	0.69	0.90	0.00	2.00	1.02	2.47	0.46	0.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.99	1.50	0.59	1.70	1.69	1.70	0.87	0.89	0.86
Prevencion 2.aria	0.00	0.00	0.00	3.03	2.06	3.96	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.61	1.11	0.56	0.71	0.51	0.73	0.94	1.25	0.88	0.97	0.87	1.01	0.79	0.88	0.78
Saneamiento medio	0.74	0.88	0.58	0.24	0.50	0.00	0.41	1.57	0.00	1.56	1.02	1.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.90	1.19	1.00	1.30	1.98	2.64	1.32	0.62	0.77
Conjunto de medidas	0.86	0.78	0.98	0.61	0.56	0.70	0.58	0.62	0.51	0.79	0.81	0.74	0.81	0.85	0.61	0.88	0.90	0.80	0.72	0.68	0.95	0.87	0.84	0.95	0.81	0.78	0.87
Dificilm. evitables	1.07	1.21	0.89	0.78	0.86	0.69	1.05	1.28	0.74	0.85	0.74	1.04	0.70	0.69	0.71	1.14	0.96	1.37	1.03	1.10	0.92	0.99	0.96	1.02	0.99	1.04	0.91
Mal Definidas	0.36	0.12	0.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	0.41	0.00	0.46	0.42	0.00	0.94	1.03	0.81	0.22	0.43	0.00	0.46	0.27	0.70	0.33	0.25	0.42
Otras	0.73	0.66	0.84	1.05	1.01	1.09	0.93	0.44	1.49	0.99	0.77	1.25	0.77	0.65	0.89	0.88	0.87	0.89	0.87	1.03	0.70	0.97	1.00	0.94	0.89	0.78	1.02
TOTAL	0.89	0.88	0.90	0.73	0.74	0.73	0.76	0.74	0.80	0.85	0.79	1.01	0.76	0.79	0.69	0.93	0.89	1.00	0.90	0.94	0.85	0.97	0.95	0.99	0.85	0.84	0.87

Discusión

Un aspecto muy importante de los estudios de mortalidad, es el análisis de las diferencias que se presentan, debidas a causas evitables⁽¹⁰⁾. En esta área se debe actuar en forma prioritaria para disminuir las desigualdades, por medio de acciones dirigidas a elevar los niveles de desarrollo y favorecer la prestación de servicios con criterios de equidad y de calidad. Especial atención debe prestarse al hecho de que la mortalidad prematura responde sólo parcialmente a las acciones propias del Sector Salud, ya que en gran parte está determinada por las condiciones de vida de la mayoría de la población, aún en países desarrollados⁽¹²⁾.

El uso de indicadores tradicionales en estudios de mortalidad, presenta inconvenientes cuando se aplican a poblaciones pequeñas, que dificultan su interpretación y pueden inducir a la toma de decisiones equivocadas.

La RAVPP, la REM para menores de 65 años y la REM, en este orden por su sensibilidad, se presentan como indicadores de elección cuando se desea determinar la magnitud de la mortalidad prevenible o prematura,⁽¹⁰⁾ con la ventaja adicional de obtener información valiosa durante el proceso de cálculo. Una de sus principales ventajas radica en que permiten trabajar con comunidades pequeñas, lo que facilita aplicar las acciones correctivas donde son más necesarias.

Son muy útiles para realizar comparaciones en la mortalidad, entre diferentes comunidades o a lo largo del tiempo, lo que se puede aprovechar para medir el impacto de diferentes estrategias implementadas con el fin de corregir las deficiencias encontradas.

Su mecanismo de construcción es sencillo de llevar a cabo y su interpretación es muy fácil, por lo que es recomendable utilizarlo de rutina en los análisis de situación de salud.

En este campo, en los niveles regionales pueden llegar a ser una herramienta de gran utilidad para los planificadores y epidemiólogos, en la definición de planes y programas de trabajo, así como para la asignación racional de los recursos.

En el nivel de SILOS, es una metodología útil para detectar las áreas problemáticas sobre las cuales se deben aplicar medidas correctivas eficaces y eficientes, así como para evaluar su impacto.

Bibliografía

- 1.- Yuste F. "La asistencia primaria: concepto y perspectivas". En: *Ensayos sobre medicina preventiva y social*. Madrid: Akal Editores, Serie Salud Pública, 1982.
- 2.- Rosero L. "Las Políticas socioeconómicas y su efecto en la disminución de la mortalidad costarricense". En: *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*. Asoc. Demog. Costarricense. San José, 1984.
- 3.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Demografía. *La mortalidad en la niñez en centroamérica, Panamá y Belice. 1970 - 1985*. Serie OI No. No. 1003. San José: Imprenta Nacional, 1988.
- 4.- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina de área para Centroamérica y Panamá. *Atención primaria de salud y participación comunitaria en los países de Centroamérica y Panamá*. Guatemala: 1987.
- 5.- Sáenz L. *Salud sin riquezas (El caso de Costa Rica)*. Departamento de Publicaciones e Impresos del Ministerio de Salud, 1985.
- 6.- Ortega A. *Evaluación de la mortalidad en el período 1970 - 72 y 1974 - 76 en Costa Rica*. San José: Centro Latinoamericano de Demografía, 1977.
- 7.- Rosero L. Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica. *Demografía y epidemiología en Costa Rica*. Asoc. Demog. Costarricense. pp. 10-29, 1985.
- 8.- Behm H. Determinantes socioeconómicos de la mortalidad en América Latina. *Boletín de Población de las Naciones Unidas No.13, 1988*
- 9.- Centro Latinoamericano de Demografía. *Costa Rica: Los grupos sociales de riesgo para la sobrevivencia infantil 1960-1984*. Serie A o. 1049. San José: CELADE, 1987.
- 10.- Plaut R. and Roberts E. Preventable mortality: indicator or target? *Wld hlth stat. quart.* 42(1): 4-15, 1989.
- 11.- Taucher E. *Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas*. Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago: 1978.
- 12.- Buck C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. *Boletín Epidemiológico de la OPS.*: 10 - 15, 1985.

Anexo 1

CLASIFICACION PROPUESTA POR LA DRA. ERICA TAUCHER.

1. DEFUNCIONES EVITABLES POR VACUNA O TRATAMIENTO PREVENTIVO.

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
Difteria	032
Tos ferina	033
Sarampión	055
Fiebre reumática y enfermedad reumática crónica del corazón	390 - 398
Enfermedades venéreas	090 - 098
Tétanos, carbunco, poliomielitis aguda	037, 022, 045
Rabia	071

2. DEFUNCIONES EVITABLES POR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ.

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
Úlcera de estómago o duodeno, gastritis o duodenitis, apendicitis, obstrucción intestinal y hernia	531 - 534 - 535 540 - 543 550 - 552 - 560
Colelitiasis y colecistitis	574 - 575
Tumor maligno de la mama	174 - 175
Tumor maligno del útero	180 - 182
Tumor maligno de la próstata	185
Tumor maligno de la piel	172 - 1973

3. DEFUNCIONES EVITABLES POR MEDIDAS DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
Fiebre tifoidea, paratifoidea y otras, infecciones por salmonelas, cólera, shigelosis	001 - 004
Hepatitis infecciosa, quiste hidatídico, otras enf. debidas a helmintos	070 - 122 - 123 124 - 127
Gastroenteritis y colitis, todas las edades	008 - 009

4. DEFUNCIONES EVITABLES POR APLICACION DE UN CONJUNTO DE MEDIDAS.

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
Infecciones agudas de la vías aéreas superiores, neumonía lobar, bronconeumonía	460 - 466 480 - 486
otras neumonías. en todas las edades.	
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	630 - 676
Enfermedades propias de la primera infancia	760 - 779

Accidentes, envenenamientos y violencias	800 - 999
Cirrosis	571
Tuberculosis	010 - 018

5. DEFUNCIONES DIFICILMENTE EVITABLES EN LA ACTUALIDAD

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
Tumor maligno de la cavidad bucal y de la faringe	140 - 149
Tumor maligno del esófago	150
Tumor maligno del estómago	151
Tumor maligno del intestino y del recto	152 - 154
Tumor maligno de laringe, tráquea, bronquios y pulmón	161 - 165
Otros tumores malignos (menos los ya anotados)	140 - 199
Leucemia y aleucemia	204 - 208
Linfosarcoma y otros tumores del sistema linfático y hematopoyético	200 - 203
Lesiones vasculares del sistema nervioso central	430 - 438
Esclerosis múltiple y epilepsia	340 - 345
Enfermedades arterioesclerótica y degenerativa del corazón	410 - 414 - 424 425 - 428
Malformaciones congénitas	740 - 759

6. DEFUNCIONES POR CAUSAS MAL DEFINIDAS.

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
Síntomas, senilidad y estados mal definidos	780 - 799

7. OTRAS

ENFERMEDADES	CODIGO CIE 9a.
--------------	----------------

Todas las enfermedades y códigos no incluidos en los grupos anteriores.