

Capítulo 7

Muertes que pudieron evitarse en el Ecuador periodo 1985 – 2005

Roberto Sáenz, Carlos Sáenz, Juan Olives, Víctor Solórzano

R. Sáenz, C. Sáenz, J. Olives y V. Solórzano
Universidad Técnica de Babahoyo
Universidad Estatal Península de Santa Elena.
jresaenz@hotmail.com

M.Ramos, D. Toscano (eds.) *Estrategias de desarrollo económico en Latinoamérica*, Temas Selectos de Economía
©ECORFAN- Ecuador, 2015.

Abstract

The present research utilizes the information about the deceases classified by cause of death and age for the year 1985, 1990, 1995, 2000 and 2005, published in the "Vital Statistics Yearbooks (Births and Deceases)" and available in "Databases" for the National Institute of Statistics and Censuses, with which we proceed to analyze the inequality before the death in order to adopt the classification of avoidable causes of death and hardly avoidable, proposed by the Dr. Erica Taucher.⁵ The causes of death are regrouped, according to the facts that intervene in the diseases, regardless if these are socioeconomic, environmental, genetic, etc., in order to allow to identify the actions that most contribute to reduce the deceases for those reasons; that in the case of the avoidable deaths, allows to identify diseases that not necessarily have an ending that terminate with life.

Key words: Mortality, avoidable deaths, mortality rate.

7 Introducción

En épocas que el desarrollo científico era limitado y la ciencia médica daba sus primeros pasos, todos los integrantes de la sociedad eran iguales ante la muerte, independiente de ser en vida una persona dotada o carente de poder económico, político o social.

Hoy en día, si bien no hay que atribuir todas las causas de muerte⁶ exclusivamente a factores de carácter social, no es menos cierto que, muchas causas podrían ser evitadas, especialmente en sociedades en desarrollo, si la gran mayoría de la población pudiera acceder a información, a servicios básicos y a atención con medicinas en el campo de la salud.

Es un hecho que la muerte es una certeza que ocurre una sola vez a cada persona; sin embargo, es un riesgo al que se está expuesto durante toda la vida, por lo que constituye uno de los objetivos del país en el campo de la salud que las futuras causas de la mortalidad sean debidas al envejecimiento normal de la población (longevidad), lo que se expresa en el aumento de la esperanza de vida al nacer⁷ de la población ecuatoriana (ver Tabla 7.1).

Tabla 7.1 Esperanza de Vida al Nacer. Ecuador 1985 – 2010

Periodos Quinquenales	Años
1985 – 1990	67,53
1990 – 1995	70,03
1995 – 2000	72,31
2000 – 2005	74,18
2005 – 2010	75,00

Fuente: INEC – CEPAL - CELADE, "Ecuador: Proyecciones de Población 1950 – 2025"

⁵ / Taucher, Erica (1978). "Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y Causas" CELADE.

⁶ / Todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

⁷ / Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

7.1 Objetivos del presente Estudio

En el estudio científico de la población, conocer sobre la mortalidad es importante, no sólo por su incidencia en el crecimiento vegetativo o natural de la población, sino también para el desarrollo social de la población, por cuanto su conocimiento permitirá acciones para el mejoramiento de la salud y la reducción de la mortalidad, especialmente en las edades y grupos sociales de mayor exposición al riesgo de muerte.

En consecuencia, el presente estudio tiene los siguientes objetivos:

- Evaluar la calidad de los datos utilizados para calcular los niveles de mortalidad en el Ecuador durante los años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005
- Determinar la evolución de la mortalidad en el Ecuador por grandes grupos de edad, en los años indicados; y,
- Analizar la desigualdad ante la muerte en base a adoptar una clasificación que permita describir la situación de la mortalidad por causas.

7.2 Fuentes de información

La información básica e indispensable para el análisis de la mortalidad es el número de hechos vitales ocurridos (defunciones) en un año dado y la población expuesta al riesgo de que ocurra en el mismo periodo a mitad del año. En consecuencia, las principales fuentes de información que sirven para el presente estudio son: las defunciones registradas en el país y las poblaciones estimadas para los años en estudio.

En el presente estudio se utiliza de forma puntual la información sobre las defunciones clasificadas por causas de muerte y edad para los años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005, publicada en los “Anuarios de Estadísticas Vitales (Nacimientos y Defunciones)” y disponible en “Bases de Datos” por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), entidad que se encarga de recoger, criticar, codificar y procesar los datos que recibe a través de las oficinas del Registro Civil, que son los responsables de captar directamente la información sobre los hechos vitales.

Los datos sobre la población que se utilizan provienen de las proyecciones de población, realizadas por el INEC y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Además, se utiliza para codificar las causas de muerte, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OPS/OMS (CIE) correspondientes a la novena y a la décima revisión (actualmente en vigencia).

7.3 Evaluación de la Calidad de los Datos

Los datos de las defunciones provenientes de las estadísticas vitales adolecen de problemas de cobertura como de contenido.

Desde el punto de la cobertura, el subregistro de las defunciones u omisiones tiene diversas causas: por un lado, con el proceso de la inscripción del hecho vital, como la ilegibilidad de las anotaciones en el formulario para registrar la defunción, la captura electrónica de los datos, la pérdida de formularios, etc.; y, por el otro lado y el más importante, con la ausencia del registro mismo, especialmente de las defunciones infantiles y las acaecidas en el área rural, por ignorar la obligatoriedad de realizarlo o por la inexistencia de oficinas del Registro Civil en la localidad de acaecimiento del hecho. Desde el punto del contenido, los problemas se centran en la existencia de Formularios de Defunción con Certificación Médica y Sin Certificación, y en el hecho que, a pesar de tener Certificación Médica estos contienen Causas Mal Definidas. Cuando se desea conocer la calidad de los datos sobre causas de muerte, un buen indicador es la proporción de muertes con certificación médica sobre el total de defunciones acaecidas en el país.

Como se puede apreciar en la Tabla 7.2, este indicador mejoró en forma importante en el periodo de estudio (1985 – 2005), incrementándose de 77,0 por ciento en el año 1985 a 88,7 por ciento en el año 2005, aunque se evidencia un ligero descenso en relación al año 1995. Este indicador promedio para el país, no tiene igual comportamiento entre las provincias del país, donde resaltan las provincias de Napo (46,5 por ciento), Esmeraldas (51,6), Orellana (52,6), Sucumbíos (61,2), entre otras, que tienen para el año 2005 porcentajes de defunciones con certificación médica por debajo del promedio, lo que probablemente sea resultado de una menor cobertura de los servicios de salud en el país.

Tabla 7.2 Porcentaje de Defunciones con Certificación Médica por Provincias de Acaecimiento

Provincia	Año 1985	Año 1990	Año 1995	Año 2000	Año 2005
Azuay	54,0	68,5	81,6	84,6	90,6
Bolívar	49,0	52,5	64,5	64,2	69,2
Cañar	41,8	53,3	68,2	77,4	89,1
Carchi	92,7	89,9	95,3	95,4	94,6
Cotopaxi	64,3	65,4	77,2	82,2	85,1
Chimborazo	59,5	63,3	74,9	76,8	80,1
El Oro	85,9	90,5	98,5	95,7	95,6
Esmeraldas	66,0	62,6	70,4	61,0	51,6
Guayas	95,2	96,2	95,4	95,2	93,1
Imbabura	70,6	65,8	70,5	66,3	70,6
Loja	43,4	46,7	60,6	64,2	91,4
Los Ríos	85,6	88,1	98,2	93,4	93,3
Manabí	60,7	61,8	99,0	77,5	73,8
Morona Santiago	41,6	48,0	62,5	62,6	89,8
Napo	51,6	43,5	49,6	41,3	46,5
Pastaza	75,0	79,3	82,0	87,7	90,7
Pichincha	97,3	98,8	98,9	97,9	98,5
Tungurahua	83,7	83,9	92,6	91,7	95,3
Zamora Chinchipe	53,9	54,9	52,3	60,8	87,1
Galápagos	100,0	100,0	96,2	97,3	100,0
Sucumbíos	*	62,3	59,6	64,6	61,2
Orellana	**	**	**	64,5	52,6
Total País	77,0	79,7	88,9	87,3	88,7

* La Provincia de Sucumbíos fue creada el 13 de febrero de 1989.

** La Provincia de Orellana fue creada el 30 de julio de 1998.

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Otro indicador que se usa para evaluar la calidad de los datos sobre la mortalidad por causas, es el porcentaje de defunciones clasificadas como “Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos” o “Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales Clínicos y de Laboratorio, No Clasificados en Otra Parte” según la novena o la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) respectivamente; en los que se incluye aquellos estados patológicos en los cuales el diagnóstico no es preciso e inclasificable en otra sección.

A nivel nacional, si bien el indicador muestra mejoras en el periodo 1985 – 2005, al pasar de 15,4 a 12,0 por ciento, no tiene un comportamiento estable, alcanzando en el año 1995 el mayor porcentaje de defunciones mal definidas (15,9 por ciento) en el periodo de estudio; mientras que, los menores porcentajes se obtiene en los años 2000 y 2005 que se utiliza la nueva CIE-10. Las diferencias persisten al analizar el nivel provincial (ver Tabla 7.3), encontrándose que las provincias que tienen los indicadores más altos de causas mal definidas para el año 2005, son: Zamora Chinchipe, Napo, Loja, Bolívar, Orellana, Esmeraldas, entre otras.

Tabla 7.3 Porcentaje de Defunciones con Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos por Provincias de Residencia Habitual de la Persona Fallecida

Provincia	Año 1985	Año 1990	Año 1995	Año 2000	Año 2005
Azuay	29,5	22,7	18,3	16,6	11,1
Bolívar	27,9	32,1	27,2	38,4	32,1
Cañar	35,6	31,2	27,1	19,3	25,3
Carchi	4,7	6,1	4,2	5,1	5,4
Cotopaxi	31,4	22,5	19,9	21,0	17,8
Chimborazo	20,6	21,2	18,6	25,8	21,7
El Oro	9,1	6,4	14,9	6,5	4,4
Esmeraldas	22,8	23,7	20,1	23,3	29,5
Guayas	3,5	3,2	14,3	3,3	3,2
Imbabura	18,4	22,7	21,0	28,8	25,8
Loja	38,3	37,1	37,1	35,6	34,4
Los Ríos	7,8	7,9	21,8	9,1	6,4
Manabí	26,8	27,3	25,4	28,5	27,2
Morona Santiago	21,9	22,4	21,8	31,7	29,2
Napo	23,9	44,3	26,5	42,6	37,8
Pastaza	22,1	15,2	11,8	11,3	10,0
Pichincha	3,6	2,2	3,7	2,8	3,4
Tungurahua	11,1	10,1	7,4	9,0	6,7
Zamora Chinchipe	22,1	24,3	25,9	30,0	39,1
Galápagos	0,0	11,8	21,4	12,8	0,0
Sucumbíos	*	19,8	25,8	25,2	26,2
Orellana	**	**	**	25,7	31,4
Total País	15,4	14,3	15,9	13,2	12,0

* La Provincia de Sucumbíos fue creada el 13 de febrero de 1989.

** La Provincia de Orellana fue creada el 30 de julio de 1998.

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Al relacionar las causas de defunción mal definidas por grupos de edades con el grupo específico de edad a nivel nacional, se destaca que los indicadores en los grupos de 1 a 14 años, 65 y más años y edad ignorada se mantienen altos a lo largo del periodo de investigación. Además, es preocupante que en las defunciones mal definidas, los diagnósticos en menores de un año incrementen su participación en el 2000 aunque descendan en el 2005 sin alcanzar el nivel observado en años anteriores (ver Tabla 7.4).

Tabla 7.4 Porcentaje de Defunciones con Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos por Grupo de Edad

Grupo de Edad	Año 1985	Año 1990	Año 1995	Año 2000	Año 2005
Menores de 1 año	10,9	10,2	9,8	14,5	11,7
1 a 14 años	14,4	12,5	15,3	17,2	20,5
15 a 49 años	10,5	10,3	10,7	8,4	7,7
50 a 64 años	12,9	12,8	13,8	10,4	9,3
65 y más años	21,8	18,9	20,9	15,5	14,5
Edad Ignorada	22,7	18,5	28,7	25,0	26,5
Total País	15,4	14,3	15,9	13,2	12,0

Fuente: INEC, "Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005".

La problemática descrita podría estar asociada a la multiplicidad de causas que afectan a estos grupos y a la falta de profesionales especializados y actualizados, lo que estaría dificultando la asignación adecuada de la causa de la muerte.

7.4 Aspectos Generales de la Mortalidad

Conocer las tendencias de la mortalidad tiene gran importancia en los aspectos: demográfico, salud pública y socioeconómico.

Desde el punto de vista de la demografía, la mortalidad al ser uno de los componentes de la dinámica de la población permite definir el tamaño de una población en un momento dado⁸.

En la salud pública, la información sobre la mortalidad permite evaluar y programar políticas de mejoramiento de la salud y prevenir y reducir los riesgos de enfermar y morir de la población antes de cumplir el ciclo vital.

Desde el aspecto socioeconómico, la mortalidad permite conocer las diferentes condiciones de vida imperantes entre las subpoblaciones del país, por cuanto la mortalidad es diferencial: entre la población con mayor o menor nivel de instrucción formal; entre los que habitan en el área rural o urbana; entre los ocupados y los desocupados; entre los niños, los adultos y los viejos; entre las clases sociales; entre provincias con mayor o menor infraestructura de servicios de salud; etc.

7.5 Evolución de la Mortalidad en el Ecuador

Uno de los indicadores y el más sencillo para mostrar la evolución de la mortalidad es la Tasa Bruta de la Mortalidad⁹, que relaciona las muertes de una comunidad en un periodo dado, con la población total de dicha comunidad estimada a mitad del año. En consecuencia, las tasas de mortalidad calculadas con las series de defunciones registradas a partir de 1985 hasta el 2005, y con las poblaciones estimadas para esos años, indican que en el Ecuador han tenido un descenso, tendiendo a una normalización en la medida que es imposible la tasa cero. En el período, dicha tasa presenta una baja sostenida (aunque lenta en los últimos años) y ha pasado gradualmente de 5,6 por mil en 1985 a 4,3 por mil en el año 2005, registrando un decrecimiento del 23,2 por ciento en 20 años (ver Tabla 7.5).

⁸ / Población actual = Población base + Nacimientos – Defunciones + Inmigrantes - Emigrantes.

⁹ / $M = (D / P) * k$ donde: **M** = Tasa Bruta de Mortalidad; **D** = número total de Defunciones ocurridas en una comunidad en un año dado; **P** = total de la Población de dicha comunidad a mitad del año calendario; y, **k** es una constante que puede ser por cada 1000 habitantes.

Tabla 7.5 Ecuador: Mortalidad para el Periodo 1985 – 2005

Año	Población *	Defunciones	Tasa de Mortalidad **
1985	9.098.791	51.134	5,6
1986	9.331.895	50.957	5,5
1987	9.567.771	51.567	5,4
1988	9.804.403	52.732	5,4
1989	10.039.775	51.736	5,2
1990	10.271.874	50.217	4,9
1991	10.503.491	53.333	5,1
1992	10.735.969	53.430	5,0
1993	10.965.121	52.453	4,8
1994	11.186.758	51.165	4,6
1995	11.396.692	50.867	4,5
1996	11.591.131	52.300	4,5
1997	11.772.866	52.089	4,4
1998	11.947.588	54.357	4,5
1999	12.120.984	55.921	4,6
2000	12.298.745	56.420	4,6
2001	12.479.924	55.214	4,4
2002	12.660.727	55.549	4,4
2003	12.842.576	53.521	4,2
2004	13.026.890	54.729	4,2
2005	13.215.089	56.825	4,3

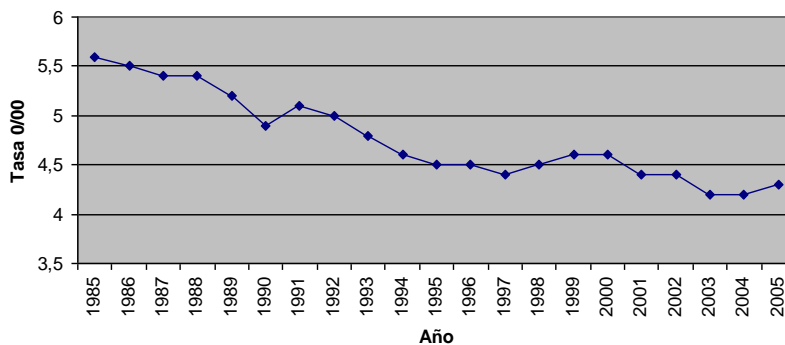
Fuente: INEC, “Anuario de Estadísticas Vitales (Nacimientos y Defunciones), Año 2005”.

* Población estimada a mitad de año (INEC – CEPAL).

** Tasa por 1.000 habitantes.

En esta tendencia de la tasa bruta de mortalidad pueden describirse tres períodos. Hasta 1992 se observan oscilaciones de la tasa, entre niveles de 5,6 a 5,0 por mil. Luego, entre 1993 y 2000 se produce un descenso de la tasa, que se estabiliza al final del período en 4,6 por mil habitantes. Finalmente, en el periodo 2001 – 2005 la tasa desciende hasta ubicarse en 4,3 defunciones por cada mil habitantes (ver Gráfico 7.1).

Gráfico 7.1
Evolución de la Tasa de Mortalidad en el Ecuador
(por mil habitantes)



Fuente: INEC, “Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Sin embargo, la tasa bruta de mortalidad no es la mejor medida; puede mostrar que países con buena cobertura de servicios de salud, que han conseguido grandes avances en el control de las enfermedades y excelente entorno sanitario y ambiental, presenten tasas altas de mortalidad a consecuencia de la existencia de una población adulta que llega a la fase final de la vida; en contraste, países con menor desarrollo y poblaciones más jóvenes pueden tener tasas de mortalidad más bajas, debido a la estructura por edades de la población.

7.6 Tasa de Mortalidad por Edad

Una de las variables importante para medir en mejor forma la mortalidad es la edad, que se calcula con las defunciones acaecidas en un grupo de edad específico dividido para el total de la población de dicho grupo, multiplicado por una constante (k) que puede ser por 1.000 habitantes (ver Tabla 6).

Tabla 7.6 Tasa de Mortalidad * por Grupo de Edad. Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005

Grupo Edad	Año 1985	Año 1990	Año 1995	Año 2000	Año 2005
Menos de 1	37,4	27,9	19,2	18,6	12,9
1 – 14	1,9	1,3	1,1	0,9	0,7
15-49	2,2	2,0	2,0	2,0	1,9
50-64	9,0	8,6	7,9	7,8	6,8
65 y más	48,2	46,4	43,1	42,5	38,0
Total	5,6	4,9	4,5	4,6	4,3

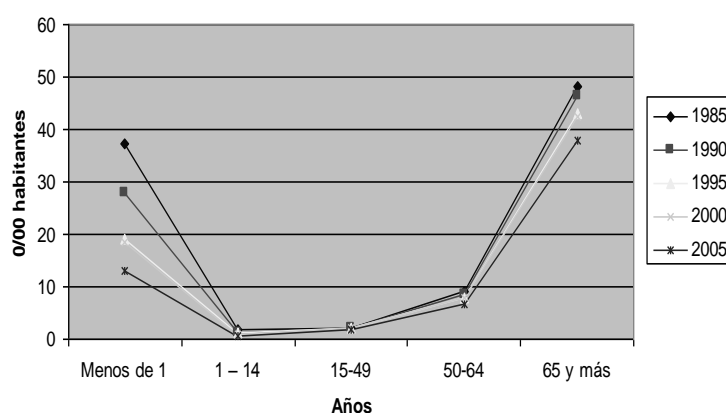
Fuente: INEC, “Estadísticas Vitales, años 1985, 1990, 1995 y 2000”.

* Por 1.000 habitantes

Como es de esperar, cuando se estudia la mortalidad por edades, la probabilidad de morir en los primeros años de vida, especialmente en el primero, es muy elevada, aunque el país está logrando avances significativos en su reducción. Luego decrece rápidamente hasta alcanzar un mínimo en los grupos 1 a 14 y 15 a 49 años, desde allí crece lenta pero sostenidamente hasta el final de la vida (ver Gráfico 2).

Gráfico 7.2

Tasa de Mortalidad por Grupo de Edad. Años 1985 - 2005



Fuente: INEC, “Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995 y 2000”.

7.7 Clasificación de la mortalidad por causas de muerte

Como se mencionó anteriormente, el nivel de la mortalidad varía para los diferentes grupos de edades y está relacionado con la estructura por causas de las defunciones.

El nivel de desarrollo del país se refleja claramente en la estructura de la mortalidad por causas. Mientras menor es aquel, mayor será la preponderancia de las muertes por enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias. El análisis de la mortalidad por causas es de utilidad en salud pública, pues permite identificar los principales problemas de la población y elaborar las estrategias orientadas a la reducción de la mortalidad.

Para presentar una información estadística útil sobre las causas de la muerte, los miles de términos médicos (diagnósticos) anotados en los Formularios de Defunción deben de ser clasificados y posteriormente agrupados de acuerdo a los criterios de análisis que se tengan en consideración.

Normalmente, las Naciones Unidas reagrupan las causas de muerte en relación con la mayor o menor resistencia a los progresos médicos y a los programas de salud pública¹⁰.

En el presente estudio se utiliza la clasificación de causas de muerte evitables y difícilmente evitables, propuesta por la Dra. Erica Taucher. Las causas evitables las reagrupa, de forma tal, a fin de permitir identificar las acciones que más contribuyan a disminuir las muertes por esas causas.

Agrupar las causas de muerte de acuerdo a los factores que intervienen en las enfermedades, sean estos socioeconómicos, ambientales, genéticos, etc., permite identificar enfermedades que no necesariamente tienen un final que termina con la vida.

La clasificación de la Dra. Taucher agrupa las causas de muerte de la siguiente forma:

- Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo
- Defunciones evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz
- Defunciones evitables por saneamiento ambiental;
- Defunciones evitables por medidas mixtas;
- Defunciones difícilmente evitables;
- Defunciones mal definidas; y,
- Otras causas de defunción.

Los dos grupos últimos, causas mal definidas y otras causas de muerte no clasificables, constituyen las categorías residuales, aunque las causas mal definidas podrían modificarse a través de un mejoramiento en el diagnóstico de las causas de defunción.

¹⁰ / Naciones Unidas (1963). "Boletín de Población No. 6". Nueva York.

Además, considerando el conocimiento médico que se tiene actualmente y que la clasificación “Defunciones evitables por medidas mixtas” es muy amplia, lo dividió en los siguientes subgrupos:

- Defunciones por infecciones de las vías respiratorias;
- Defunciones por enfermedades propias de la primera infancia;
- Defunciones por muerte violenta; y,
- Resto de defunciones evitables por medidas mixtas.

7.8 Compatibilización entre la Novena y la Décima Revisión de la CIE

Para el presente estudio fue necesario realizar una compatibilización entre las causas de muerte de los años 1985, 1990 y 1995, codificadas con la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y las de los años 2000 y 2005 codificadas con la décima revisión.

Realizada la comparación, se procedió a agregar el SIDA¹¹, que en la novena revisión se lo codificaba como: “trastornos de la inmunidad” que incluía otras enfermedades de la inmunidad.

En el Anexo 1, se presentan los grupos de causa de muerte tomando en consideración los resultados de la compatibilización de la CIE entre la novena y la décima revisión.

7.9 Estructura de las defunciones según su grado de evitabilidad

En la Tabla 7 se muestra la estructura de las defunciones según el criterio adoptado; en los años observados las defunciones evitables (A, B, C, D, E, F y G) alcanzan una proporción importante (más del 40 por ciento) y de éstas la mayor parte corresponde a las causas evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz (B) y evitables por medidas mixtas, tanto las de carácter sanitario (D) como las socioeconómicas o culturales (muerte violenta), las cuales constituyen tres de cada diez de las defunciones registradas en el año 2005.

¹¹ / En el Ecuador, el primer caso de SIDA se lo reportó en el año 1984.

Tabla 7.7 Ecuador: Defunciones Evitables y Difícilmente Evitables, Años 1985 – 2005

Causa de Defunción	1985	1990	1995	2000	2005
A: Evitables por vacunación o tratamiento preventivo	890	774	807	1271	1368
%	1,7	1,5	1,6	2,3	2,4
B: Evitables por diagnóstico y tratamiento médico precoz	2520	2918	4025	6483	5777
%	4,9	5,8	7,9	11,5	10,2
C: Evitables por medidas de saneamiento ambiental	4249	3140	1578	1072	620
%	8,3	6,3	3,1	1,9	1,1
D: Evitables por medidas mixtas - infecciones de vías respiratorias	3387	3059	3152	2649	2926
%	6,6	6,1	6,2	4,7	5,1
E: Evitables por medidas mixtas – enfermedades de la primera infancia	3100	2628	2509	2250	1798
%	6,1	5,2	4,9	4,0	3,2
F: Evitables por medidas mixtas –muerte violenta	5974	6618	7466	8112	8508
%	11,7	13,2	14,7	14,4	15,0
G: Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas	2259	2427	2472	2742	2684
%	4,4	4,8	4,9	4,9	4,7
H: Difícilmente evitables en la actualidad	11567	12877	11816	14842	15444
%	22,6	25,6	23,2	26,3	27,2
I: Defunciones por causas mal definidas	7882	7170	8083	7419	6793
%	15,4	14,3	15,9	13,1	12,0
J: Otras causas	9309	8627	9042	9580	10907
%	18,2	17,2	17,7	17,0	19,2
TOTAL	51137	50238	50950	56420	56825

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Llama la atención, en esta Tabla, la participación en su conjunto de las defunciones evitables por medidas mixtas (D, E, F y G) de 28,8 por ciento en 1985 a 30,7 por ciento en 1995, para estabilizarse en 28,0 por ciento en los años 2000 y 2005. Este comportamiento se explica por el aumento de las causas relacionadas con la violencia (homicidios, accidentes, suicidios, etc.), en tanto se reducen las defunciones evitables por enfermedades de la primera infancia (E) y por aplicación de un conjunto de medidas mixtas (G).

Las defunciones difícilmente evitables en el estado actual del conocimiento médico y del desarrollo tecnológico ha aumentado su presencia relativa de 22,6 a 27,2 por ciento; en tanto, las evitables por mejoras en el saneamiento ambiental se han reducido sustancialmente de 8,3 por ciento en 1985 a 1,1 por ciento en el año 2005; este descenso observado se debe principalmente a las mejoras realizadas en las condiciones materiales de vida, en particular a la disponibilidad de agua potable, alcantarillado, saneamiento ambiental, entre otros aspectos.

Las defunciones evitables por acciones de orden médico, ya sea que se refiera a las acciones de tipo preventivo, por iniciativa personal o por disposición de los organismos de salud pública y las de diagnóstico y tratamiento precoz, aumentaron en el periodo analizado con una tendencia a estabilizarse o reducirse en el año 2005, lo cual se explica por el aumento de la causa de muerte por “diabetes” como se verá más adelante.

7.10. Causas de Muerte

El grupo de defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo que constituye el 1,7 por ciento por ciento en el año 1985 y el 2,4 por ciento en el año 2005 de las defunciones totales, permite observar en la Tabla 8 que las causas de más incidencia en este grupo son “Otras enfermedades bacteriales” y “Trastornos de la inmunidad”, las cuales representan para el año 2005 el 91,8 por ciento dentro de este grupo de causas. De las causas evitables por prevención, las proporciones de las defunciones por “Tos ferina” y “Sarampión” se redujo de 21,5 a 0,1 por ciento y de 16,9 a 0,0 por ciento, respectivamente; mientras que, las defunciones por “Otras enfermedades bacteriales” y “Trastornos de la inmunidad” aumentaron en términos relativos en 53,8 y 14.966,7 por ciento respectivamente en el mismo periodo.

Tabla 7.8 A. Defunciones evitables por vacunación o tratamiento preventivo (%)

Causa de Muerte	1985	1990	1995	2000	2005
Tos ferina	21,5	8,3	1,2	0,6	0,1
Tétanos	8,7	7,5	4,5	1,4	1,1
Otras enfermedades bacteriales	30,3	46,1	67,9	67,0	46,6
Sarampión	16,9	12,1	1,7	0,0	0,0
Enfermedades virales (poliomielitis, viruela, rubéola)	0,4	0,3	0,2	0,1	0,0
Enfermedades de transmisión sexual	1,2	1,0	1,1	1,3	0,7
Fiebre reumática	3,5	2,6	1,4	1,5	0,6
Enfermedades reumáticas crónica del corazón	10,0	11,4	6,8	5,4	3,1
Hepatitis viral	7,2	8,0	5,1	3,4	2,6
Trastorno de la inmunidad*	0,3	2,7	10,0	19,3	45,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Incluye el SIDA.

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Las defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico oportuno constituyen un porcentaje importante en el total de defunciones (10,4 por ciento para el 2005); sin embargo, la proporción de este grupo de causas aumenta en el periodo debido a la “Diabetes” que en 1985 constituye el 23,4 por ciento de las defunciones evitables por diagnóstico y tratamiento médico oportuno y en el año 2005 se eleva a 48,4 por ciento en el grupo, percibiéndose un importante descenso en relación a su participación en el grupo en el año 2000. El “Tumor maligno de la mama, útero y de la próstata” si bien baja ligeramente su participación en el periodo, todavía representa un alto porcentaje de las defunciones del grupo (ver Tabla 9).

Tabla 7.9 B. Defunciones evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz (%)

Causa de Muerte	1985	1990	1995	2000	2005
Tumor maligno de la mama, útero y de la próstata	22,5	15,7	23,4	17,7	21,8
Tumor maligno de otras partes del útero y de las no especificadas	15,0	13,8	7,7	5,4	7,1
Tumor maligno del pulmón, bronquios, de la tráquea	10,3	10,5	10,6	6,9	10,5
Diabetes	23,4	34,1	43,8	60,8	48,4
Úlcera del estómago, del duodeno y gastritis y duodenitis	10,0	9,6	6,9	4,2	5,1
Apendicitis	2,5	2,2	0,8	0,9	1,1
Obstrucción intestinal y hernia	16,4	14,2	6,8	4,1	5,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Las defunciones evitables por mejor saneamiento ambiental han disminuido en números absolutos y relativos más que todos los demás grupos. La disminución más notoria, en términos relativos, se registra en las defunciones por “Otras enfermedades infecciosas intestinales”. Sin embargo, esta causa aún representa el 71,1 por ciento del total de las defunciones ocurridas en el grupo, siendo preocupante el incremento de la participación del “Paludismo” y de “Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias” (ver Tabla 10).

Tabla 7.10 C. Defunciones evitables por saneamiento ambiental (%)

Causa de Muerte	1985	1990	1995	2000	2005
Fiebre tifoidea	1,4	2,8	1,9	2,7	1,5
Paludismo	1,5	4,1	4,1	6,2	3,5
Otras enfermedades infecciosas intestinales	90,1	82,5	86,2	78,9	71,1
Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	7,0	10,6	7,9	12,2	23,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 Y 2005”.

La importante participación de las muertes evitables por medidas mixtas (28,0 por ciento del total de defunciones del año 2005) se debe en mayor medida a los “Accidentes, envenenamientos y violencia” (F) que representa el 53,5 por ciento del total de defunciones evitables por medidas mixtas, seguido de las “Infecciones respiratorias agudas y neumonía” (D) con el 18,4 por ciento; mientras que, las “Enfermedades originadas en el periodo perinatal” (E) representan el 11,3 por ciento. Del resto de las defunciones evitables por medidas mixtas (16,9 por ciento) llama la atención la persistencia de la participación de la “Tuberculosis” en el grupo específico y el incremento sostenido de la “Cirrosis hepática” que aumentó de 28,6 a 64,6 por ciento dentro del grupo en el periodo estudiado (ver Tabla 11).

Tabla 7.11 G. Resto de las defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas (%)

Causa de Muerte	1985	1990	1995	2000	2005
Tuberculosis	53,8	49,8	47,3	41,2	30,1
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	17,6	12,7	6,9	8,5	5,3
Cirrosis hepática	28,6	37,5	45,8	50,3	64,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

Entre las causas de muerte que, según la clasificación adoptada, no son evitables, las “Enfermedades arterioescleróticas y degenerativas del corazón”, están cerca de representar el 40 por ciento de las no evitables; los “tumores malignos y benignos de evolución incierta” y las “Enfermedades cerebrovasculares” son otras causas que tienen gran ponderación dentro de este grupo (ver Tabla 12).

Tabla 7.12 H. Defunciones difícilmente evitables en la actualidad (%)

Causa de Muerte	1985	1990	1995	2000	2005
Tumores malignos y benignos y de evolución incierta	27,1	28,4	32,3	30,4	31,8
Esclerosis múltiple y epilepsia	2,1	2,5	2,4	1,9	1,5
Enfermedad cerebrovasculares	20,9	20,9	22,4	18,4	19,8
Enfermedad arterioesclerótica y degenerativa del corazón y otras enfermedades del corazón	41,0	38,6	34,3	42,0	38,1
Malformaciones congénitas	4,8	4,8	4,2	3,7	3,2
Leucemia	2,0	2,4	2,8	2,9	3,1
Linfosarcoma y otros tumores del sistema linfático y hematopoyético	1,4	1,5	1,5	0,3	2,1
Espina bífida y meningocele	0,8	0,8	0,2	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INEC, “Anuarios de Estadísticas Vitales, Años 1985, 1990, 1995, 2000 y 2005”.

7.11 Participación por causa de muerte

Excluyendo “Todas las demás enfermedades y códigos no incluidos en los grupos anteriores” y “Síntomas, senilidad y estados morbosos mal definidos” que representan el 19,2 y el 12,0 por ciento del total de las causas de defunción respectivamente, las causas que provocan un mayor número de muertes del total de defunciones para el año 2005 son: “Accidentes, envenenamientos y violencia” con el 15,0 por ciento (defunción evitable por medida mixta); “Enfermedad arteriosclerótica y degenerativa del corazón y otras enfermedades del corazón” con el 10,4 por ciento de las defunciones totales (defunción difícilmente evitable); “Tumores malignos y benignos y de evolución incierta” que concentran el 8,6 por ciento de las defunciones totales (difícilmente evitable); “Enfermedades cerebrovasculares” con el 5,4 por ciento de las defunciones totales (defunción difícilmente evitable); “Infecciones respiratorias agudas y neumonías” y, “Diabetes” con el 5,2 y 4,9 por ciento del total respectivamente (defunciones evitables por medidas mixtas y diagnóstico y tratamiento precoz), lo que se observa en el Anexo 2. En conjunto estas causas representan el 49,5 por ciento de todas las muertes; en tanto que, “Accidentes, envenenamientos y violencia”, “Infecciones respiratorias agudas y neumonías” y “Diabetes” constituyen el 60,1 por ciento de la totalidad de las defunciones evitables (23.681 muertes), o sea que 3 de cada 5 defunciones evitables están involucradas en estas causas de muerte.

7.12 Conclusión

Dado que ciertas causas de muerte pueden poner en relieve la importancia de la intervención médica preventiva o curativa en tanto que otras están más relacionadas con las condiciones de saneamiento ambiental, situación socioeconómica de la familia, capacidad de acceso a los bienes y servicios necesarios para la salud, así como con aspectos socio-culturales que reflejan los conocimientos, creencias y valores que prevalecen en el contexto familiar y que afectan directamente la salud, es de suma importancia la agrupación o clasificación adecuada de las defunciones por causas de acuerdo al tipo de análisis que se realizará.

De acuerdo a lo antes expuesto, será necesario adoptar un reagrupamiento de las causas de defunción y vincularla con los factores determinantes de la mortalidad, lo cual permitirá, en lo posible, describir adecuadamente la situación actual de la mortalidad y de contribuir al desarrollo de la demografía, la salud pública y la planificación del desarrollo.

De acuerdo al análisis realizado, el descenso observado de la mortalidad estaría favoreciendo principalmente a la población joven, no así a la población en edades avanzadas. Aunque se observa que las enfermedades de carácter degenerativo van adquiriendo importancia, a la vez que las enfermedades propias de la niñez la van perdiendo; proceso que, en la medida en que siga el descenso de la mortalidad, se irá acentuando.

El grupo de enfermedades evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz, supone la existencia de un contacto más estrecho entre el médico tratante y el paciente ante la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Para ello es necesaria la disponibilidad de atención médica para toda la población y de un acceso fácil para un tratamiento adecuado, oportuno y con medicinas.

7.13 Palabras Claves

Causas de muerte o defunción, todas aquellas enfermedades, estados morbosos o lesiones que produjeron la muerte o que contribuyeron a ella, y las circunstancias del accidente o de la violencia que produjo dichas lesiones.

Esperanza de vida al nacer, número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Defunción, desaparición total y permanente de todo signo de vida, en cualquier momento posterior al nacimiento vivo. Cesación postnatal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar – muerte.

Tasa de Mortalidad General, cociente entre todas las muertes acaecidas en una zona geográfica determinada durante un año dado y la población total de la zona a mitad de año multiplicado por 1.000.

CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud.

7.14 Referencias

CELADE (1987). *“Causas de muerte en Guatemala, 1960 – 1979”*. San José – Costa Rica.

GARCÍA, Víctor y PRIMANTE, Domingo (1989). *“Mortalidad”*. CELADE, Costa Rica.

INEC (1985, 1990, 1995, 2000 y 2005). *“Anuario de Estadísticas Vitales (Nacimientos y Defunciones)”*, Ecuador.

INEC – CEPAL (2003). *“Ecuador: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950 - 2025”*. Ecuador

MSP – INEC (2006). “*Indicadores Básicos de Salud, Ecuador 2006*”.

OPS-OMS (1995). “*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. CIE-10*”. Publicación científica No. 554. Washington D.C. – US.

RODRÍGUEZ, Leticia (1989). “*México: contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida, 1970 – 1982*”. Ed. CELADE, Chile.

TAUCHER, Erica (1978). “*Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y Causas*” Ed. CELADE, Chile.