

Potencial de reducción de la mortalidad en el Valle*

Alberto Bayona Nuñez **

El primer paso en la lucha contra la muerte, es conocer las causas que la originan, escribía William Farr en 1872. Es este conocimiento el que permite planificar adecuadamente las acciones que proporcionan una estructura de la oferta de servicios de salud acorde con las necesidades de la población. Empero, el objeto de prolongar la vida no debe ser el único fin de la política sanitaria. Es necesario realizar acciones propias del sector que permitan brindar condiciones del medio propicias para la vida humana y extender los servicios de educación y prevención de enfermedades que puedan atender contra la salud del hombre.

El objeto de este estudio se restringe a mirar cómo se está muriendo la población del Valle y cuáles son las causas de estos decesos. Pero, se quiere resaltar el desperdicio de vida que se da en nuestra población y los

rubros que hay que enfocar para obtener prolongaciones máximas de vida, dadas las posibilidades de reducción y evitabilidad que brinda la tecnología existente y las condiciones de vida.

I. El nivel y la tendencia de la mortalidad en el Valle: 1964-1985

La esperanza de vida al nacer es la mejor medida resumen de las condiciones de mortalidad de un área en un momento dado. Además, utilizada frecuentemente como indicador del desarrollo y de los logros alcanzados por los organismos de salud, permite comparar la evolución en el tiempo y el espacio de las condiciones de vida de una población.

En éste, como en otros sentidos, el departamento del Valle ha sido aventajado

* Trabajo financiado por el Comité Central de Investigaciones y el Departamento de Economía de la Universidad del Valle.

** Profesor del Departamento de Economía, Universidad del Valle.

en el país, considerándose su Sistema Regional de Salud como uno de los líderes. Esta condición de innovador en la prestación de servicios, unida a los niveles de vida alcanzados por la población y los indicadores de modernización, han llevado a que el promedio de vida esperado en el Valle haya sido de 71.6 años para las mujeres y de 64.2 años para los hombres en 1985.

Si se acepta este indicador como reflejo de las condiciones de vida, se podría asimilar el Valle a una región de ingresos medianos altos según la clasificación del Banco Mundial¹ en la cual se encuentran entre otros, países como Argentina, México, Venezuela, Chile, Corea, Yugoslavia, con esperanzas de vida similares. Cabe anotar que el conjunto de países de ingresos medianos altos presentaban en promedio una expectativa de vida inferior al Valle, y, además, Colombia se clasificaba en el límite superior de los países de ingresos medianos bajos.

No obstante, estos resultados están muy lejos de los niveles logrados por países avanzados como Suiza y Suecia, que tendrían en esos momentos los límites mínimos alcanzados por la mortalidad en el mundo, sugiriendo el largo camino que queda por recorrer social y tecnológicamente en pos del bienestar.

Es cierto, sin embargo, que en el período 1964-1985 el departamento obtuvo mejoras en las condiciones de sobrevivencia, habiéndose incrementado en más de 8 años la expectativa de vida para el sexo masculino y en casi 11 años para el femenino. En los

hombres tal indicador pasó de 55.8 años en 1964 a 64.2 en 1985 y en las mujeres el aumento fue de 60.6 a 71.6 en el mismo período (Cuadros 1 y 2); empero, el incremento que se presenta dentro de los estándares que experimenta el mundo, se dió con mayor rapidez entre el sexo femenino en el período 1973-1985, en el cual la ganancia promedio anual en la expectativa de vida pasó de 0.38 a

Cuadro 1
ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGUN
SEXOS DEPARTAMENTO DEL VALLE
1963-1985

Año	Esperanza de vida (años)	
	Hombres	Mujeres
1963-65	55.83	60.64
1972-74	59.55	64.04
1985	64.17	71.63

Fuente: Tablas abreviadas de Vida de 1964/1973 y 1985 calculadas por el autor a partir de la información ajustada de los registros de defunciones y los censos de población.

Cuadro 2
GANANCIA EN LA ESPERANZA DE VIDA
ENTRE PERIODOS (años)

Período	Hombres	Mujeres
1964-73	3.72	3.40
1973-85	4.62	7.59
1964-85	8.34	10.99

Fuente: Tablas abreviadas de Vida de 1964/1973 y 1985 calculadas por el autor a partir de la información ajustada de los registros de defunciones y los censos de población.

¹ Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1985 Washington, cuadro 23

0.63 años por año calendario, conduciendo a ampliar el diferencial por sexo de 4.81 a 7.46 años en favor de las mujeres. Se puede decir que el decenio 75-85 fue uno de beneficios en la salud femenina.

A. El sexo y la edad

La esperanza de vida es el resultado de la función de mortalidad específica por edades (riesgos de muerte a cada edad). Es lógico, por tanto, que las ganancias obtenidas en la expectativa de vida durante el período y la ampliación del diferencial por sexo en el departamento, obedezcan a disminuciones

en los riesgos de muerte a cada edad, los que han cambiado como respuesta a transformaciones sociales y al énfasis puesto en los diferentes programas y proyectos del sector salud.

Al examinar las funciones de mortalidad (Q_x) de las tablas abreviadas de vida para cada sexo en los años 1964, 1973, 1985 (Cuadro 3) se encuentra en términos generales:

1. Los grupos más beneficiados en la lucha por la vida fueron los de la población infantil (menores de 1 año) y de la niñez (1-4 años) para ambos sexos, con reducciones de 75% en el riesgo de morir.

Cuadro 3
RIESGOS DE MORIR ENTRE DOS EDADES SUCESIVAS (nQ_x) PARA 1964, 1973 Y 1985

Edad	Hombres			Mujeres		
	Q1964	Q1973	Q1985	Q1964	Q1973	Q1985
>1	0.114	0.085	0.035	0.094	0.071	0.027
1-4	0.050	0.036	0.010	0.047	0.034	0.009
5-9	0.010	0.008	0.004	0.008	0.006	0.003
10-14	0.007	0.005	0.004	0.004	0.004	0.002
15-19	0.012	0.009	0.013	0.008	0.006	0.004
20-24	0.021	0.015	0.022	0.010	0.007	0.005
25-29	0.022	0.017	0.031	0.014	0.009	0.007
30-34	0.022	0.019	0.028	0.017	0.012	0.008
35-39	0.025	0.022	0.023	0.024	0.019	0.012
40-44	0.029	0.026	0.028	0.029	0.025	0.015
45-49	0.044	0.037	0.038	0.038	0.033	0.022
50-54	0.060	0.053	0.045	0.049	0.049	0.037
55-59	0.094	0.088	0.074	0.069	0.069	0.056
60-64	0.138	0.135	0.106	0.100	0.097	0.087
65-69	0.185	0.186	0.171	0.142	0.146	0.131
70-74	0.264	0.267	0.266	0.196	0.193	0.190
75-79	0.348	0.391	0.329	0.279	0.286	0.283
80-84	0.418	0.453	0.487	0.376	0.373	0.357
85 y más	1	1	1	1	1	1

Fuente: Tablas abreviadas de Vida de 1964, 1973 y 1985 calculadas por el autor, a partir de la información ajustada de los registros de defunciones y los censos de población.

2. Igualmente la población juvenil (5 a 14 años) de ambos sexos redujo su riesgo de morir en más del 50% entre 1964 y 1985.

3. La población de 50–64 años presentó pequeñas reducciones (alrededor del 20%) y a partir de los 65 años no hubo modificaciones en los riesgos.

4. La gran diferencia se encuentra en la población adulta (15–50 años): mientras en el sexo femenino se encuentra una fuerte reducción en los riesgos de muerte de más del 50% entre 1964 y 1985 y de 33% entre 1973 y 1985, en el sexo masculino se presenta un descenso en los riesgos entre 1964 y 1973 pero un incremento muy fuerte entre 1973 y 1985, conduciendo a que, en 1985, los hombres entre 15 y 50 años presentaran una mortalidad superior a la observada en 1973 y superior a la de 15–34 años en 1964.

5. El comportamiento anterior sugiere que los logros obtenidos por los programas materno infantiles, de atención primaria, vacunación, etc., fueron parcialmente contrarrestados por la violencia masculina, generada en las contradicciones presentes en el país y el deterioro moral con la pérdida completa de los derechos humanos y el valor de la vida.

B. La mortalidad infantil y en la niñez

Como se mencionó, el mayor avance en la reducción de la mortalidad se presentó en la niñez (menores de 5 años). La mortalidad

infantil² para el sexo masculino descendió 59% en el período: de 113.6 fallecidos en el primer año de vida por cada mil nacidos vivos en 1964 bajó a 35 defunciones por cada mil en 1985. Para el sexo femenino el avance fue mayor, lográndose una disminución del 69% para alcanzar una tasa de 27 por mil en 1985 (Cuadro 3). En ambos casos el descenso fue más rápido en el período 1973–1985. En cuanto a la mortalidad en la niñez, definida como la probabilidad de que un niño de un año de edad fallezca antes de cumplir su quinto aniversario, el descenso fue aún mayor que entre los recién nacidos: 79% y 81% para niños y niñas respectivamente.

Las reducciones presentadas en el departamento coinciden con el fuerte desarrollo que tuvieron los programas de atención primaria y el auge que alcanzó la planificación familiar a fines de la década de los sesenta y principios de los setenta, decenio en el que se consolidaron las acciones en estas áreas. Además, en el país, y particularmente en el Valle, se dio un cambio radical en relación con la educación de la mujer, mayor permanencia en el sistema educativo y un incremento de su participación en el mercado laboral.

En líneas generales los grados de urbanización, modernización y desarrollo alcanzados en el departamento, junto con las acciones de promoción, educación y atención a las personas y al medio dadas por el sector salud, dan cuenta justificada de la fuerte disminución de la mortalidad en estas primeras edades de la vida.

2 La mortalidad infantil se presenta por el riesgo o probabilidad de morir antes del primer año por cada mil nacidos vivos. Se tomó el valor de Q_0 de las tablas de vida.

C. Mortalidad juvenil (5 a 14 años)

Dado que históricamente se ha presentado la menor probabilidad de muerte en estas edades como un patrón universal, es muy poca la mención que de ella se hace en los análisis de mortalidad. No obstante, una bondadosa reducción de 55% entre los 5 y los 9 años cumplidos y de 39% entre los 10 y los 14 años para los jóvenes y de 61% y 53% para las respectivas edades entre las jóvenes (Cuadro 3), es una buena muestra de avance.

El riesgo de morir de un niño de 5 años antes de cumplir su décimo aniversario en 1964 era 2.25 veces superior a su coetáneo en 1985 y para una niña este riesgo relativo fue de 2.56 veces. Para los jóvenes, la probabilidad de morir entre el décimo y antes del décimoquinto cumpleaños fue 1.63 y 2.13 superior en 1964 que en 1985 para varones y mujeres, respectivamente. Sin embargo, la probabilidad de morir de 8 en mil que tiene un niño de 5 años en 1985 antes de cumplir los 15 es todavía elevada en relación con los límites ya alcanzados en el mundo.

D. Mortalidad adulta

El logro en la disminución de la mortalidad femenina entre los 15 y los 50 años fue alrededor del 50% entre 1964 y 1985 y de 36% entre 1973 y 1985; reducción no despreciable particularmente en este tramo de edades en el cual predominan patologías de difícil control. Pero muchas veces sucede que "lo que se hace con las manos se borra con los codos": el sexo masculino se encargó de borrar este buen desempeño y la función de mortalidad en estas edades en vez de disminuir en el tiempo, aumentó. Se observa

así en el Cuadro 3 que el riesgo de morir en 1973 fue menor que en 1985 para todas las edades, y en el tramo de edad 25-29 años fue la mitad. En relación con 1964 el riesgo de morir fue mayor entre los 15 y los 35 años y casi igual entre esta última edad y los 45 años. El análisis de las tablas de vida muestra que toda la ganancia alcanzada entre 1964 y 1973 para este sexo, se perdió entre 1973 y 1985.

E. Mortalidad en la edad madura (50-64) y la vejez (65 y más)

Cualquier ganancia a estas edades es progreso y éste se dió entre los 50 y los 70 años en ambos sexos. Pero la fuente de la eterna juventud no se ha encontrado y la única certeza en esta vida es la llegada de la muerte, la cual se ha venido postergando.

F. La sobremortalidad masculina

El distinto ritmo de descenso presentado por cada sexo en las diferentes edades y la mayor ganancia en la esperanza de vida femenina en el período, se ilustra en el Cuadro 4 con la relación entre las probabilidades de morir según edades que presenta cada sexo en los años de observación. Se tiene que el mayor riesgo relativo de morir a cada edad de los hombres, contrapuestos a las mujeres, presenta valores no muy diferentes al comparar 1964 y 1973, hallándose el menor riesgo relativo entre los 40 y los 45 años, donde las probabilidades de morir son similares, un ligero exceso entre el primer y cuarto año de vida y un máximo de sobremortalidad entre los 20 y los 24 años, cuando el riesgo de morir masculino es dos veces mayor que el femenino.

Cuadro 4
RIESGO RELATIVO DE MORIR DE LOS
HOMBRES CON REFERENCIA A LAS
MUJERES (RR)* DEPARTAMENTO
DEL VALLE

Edad	RR		
	1964	1973	1985
0	1.210	1.202	1.287
1	1.058	1.064	1.189
5	1.273	1.265	1.450
10	1.507	1.389	1.972
15	1.517	1.428	3.343
20	2.046	2.023	4.161
25	1.632	1.875	4.545
30	1.268	1.585	3.723
35	1.032	1.166	1.893
40	0.992	1.003	1.873
45	1.144	1.117	1.760
50	1.215	1.093	1.241
55	1.364	1.278	1.319
60	1.378	1.388	1.221
65	1.309	1.281	1.304
70	1.346	1.384	1.399
75	1.248	1.369	1.161
80	1.112	1.217	1.363

RR*: Q(H)/Q(M)

Fuente: Tablas abreviadas de Vida de 1964, 1973 y 1985 calculadas por el autor a partir de la información ajustada de los registros de defunciones y los censos de población.

Pero al comparar 1985 con las fechas precedentes, se observa que hasta los 50 años el exceso de mortalidad masculina en relación con la femenina se amplía notablemente, especialmente entre los 15 y los 50 años, llegando a ser 3 y 4 veces superior entre los 15 y los 35 años. Este exceso, debido al incremento de las probabilidades de muerte masculinas entre 1973 y 1985 mientras las femeninas disminuían, es el que explica la ampliación del diferencial en la esperanza de

vida antes mencionado.

II. Hacia dónde dirigirnos: Los límites actuales de la reducción

A mayor esperanza de vida más lento se torna su incremento debido a las dificultades científicas y tecnológicas que se encuentran para reducir o postergar las patologías propias del deterioro del reloj biológico. Sin embargo, una de las pocas ventajas del desarrollo tardío es la de poder adoptar innovaciones e invenciones cuyo costo ha sido asumido por los países pioneros. Si se toma Suecia como imagen objetivo de lo que podría ser la función de mortalidad límite, se encuentra que en el período 1976-1985, la esperanza de vida masculina aumentó de 72 a 74 años y la femenina de 78 a 80, esto es, algo así como la mitad de la ganancia alcanzada por la población masculina en el Valle y un tercio de la femenina en el mismo período. No obstante, la diferencia es aún de diez años en tal expectativa, y eliminarla requerirá de un esfuerzo serio en todos los órdenes: social, económico y político.

A. ¿Cuál es el límite?

Al compararse la función de mortalidad de Suecia en 1985 para cada sexo con las respectivas del Valle se observa el largo camino por recorrer. Puesta esta información en términos de riesgos relativos del Valle frente a Suecia y de potencial de disminución (Cuadro 5) se tiene:

1) La probabilidad de morir de un recién nacido en el Valle es 4.9 y 4.3 veces mayor que la de un sueco, niños y niñas respectivamente. El potencial de disminución actualmente

factible en condiciones sociales y tecnológicas adecuadas es cercano al 80%. Debe considerarse que Suecia presenta tasas de mortalidad infantil de 6 por cada mil niñas nacidas vivas y de 7 para los niños, mortalidad fundamentalmente endógena, principalmente de carácter genético o anomalías congénitas.

2) Prácticamente el niño que llega al primer año de vida sobrevive hasta los 50 años con un riesgo mínimo de morir en el trayecto: la probabilidad de que una niña con un año de edad sobreviva hasta los 50 años es de 0.97;

Cuadro 5

RIESGO RELATIVO DE MORIR (RR) EN EL VALLE CON REFERENCIA A SUECIA EN 1985 Y POTENCIAL DE DISMINUCION (P.D.)

Edad	Hombres		Mujeres	
	RR	PD (%)	RR	PD (%)
0	4.87	79.5	4.34	77.0
1	8.55	88.3	7.60	86.8
5	4.42	77.4	5.70	82.4
10	4.71	78.8	2.66	62.4
15	4.15	75.9	2.48	59.7
20	4.88	79.5	3.25	69.3
25	6.65	85.0	3.13	68.0
30	4.71	78.8	2.24	55.4
35	2.97	66.3	2.58	61.2
40	2.65	62.2	2.54	60.6
45	2.13	53.1	2.32	56.8
50	1.53	34.8	2.21	54.7
55	1.50	33.4	2.20	54.6
60	1.33	24.9	2.22	55.0
65	1.39	28.0	2.13	53.0
70	1.37	27.1	1.81	44.8
75	1.12	10.7	1.52	34.2
80	1.12	10.7	1.17	14.4

Fuente: Tablas de Vida de 1964, 1973 y 1985 calculadas por el autor, a partir de la información ajustada de los registros de defunciones y los censos de población.

esto es, se espera que sólo mueran 3 de cada 100 niñas en un lapso de 49 años; y la probabilidad de que sobreviva hasta los 65 años es de 0.89. En el Valle la misma niña tiene una probabilidad de sobrevivir hasta los 50 años de 0.92 y hasta los 65 de 0.76.

El margen de reducción hasta los 70 años va de un mínimo de 53% en el grupo de edad 65–69 años hasta 87% en las niñas de 1 a 4 años. Para el sexo masculino las perspectivas se tornan sombrías. Mientras el niño sueco de 1 año tiene una probabilidad de sobrevivir hasta los 50 años de 0.94 la del valluno es sólo de 0.82; esta última similar a la que tiene el sueco de sobrevivir hasta los 65 años, mientras que en el valluno la probabilidad de llegar a esta edad es sólo de 0.64.

3) En términos globales el potencial de reducción es superior al 80% en la niñez (menores de 5 años); mayor que 75% en la juventud (5–14); 60% y 69% para las mujeres y hombres adultos respectivamente (15–50 años); en los hombres maduros (50–64 años) de 28% y un elevado 53% en las mujeres coetáneas; y por último 9% y 22% para los hombres y mujeres de la tercera edad.

¿Cuánta vida derrochamos? La diferencia en la esperanza de vida observada de más de 9 años entre la población sueca y la del Valle, que a primera vista no parece mucha, significa que del potencial de vida que se tendría al nacer bajo condiciones sociales y tecnológicas adecuadas sólo se está utilizando el 87% en los hombres y el 89% en las mujeres, debido a la sobremortalidad vigente en la región. En el Cuadro 6 se ilustran las diferencias absolutas y relativas de las esperanzas de vida para edades escogidas.

Ahora hacia dónde? El recorrido realizado acerca del cambio en el nivel de la mortalidad del Valle en el período 1964-1985 y sus diferencias con Suecia, llevan a la pregunta: dónde se encuentran las posibilidades de reducción y qué factores pueden originarlas?

1. Las causas de muerte

El primer paso para responder a la inquietud anterior consiste en la revisión de las causas de muerte. El segundo es evaluar la pérdida, medida en años de esperanza de vida, ocasionada por las diferentes causas.

Por último, es necesario mirar qué tanto perdemos por causa de nuestro rezago tecnológico y social.

Una primera revisión del registro de defunciones según sus causas clasificadas en 56 grupos³, pone en evidencia que en el departamento la transición epidemiológica está entrando en su última fase, en la cual son las enfermedades originadas en el deterioro biológico y las causas "externas" las predominantes (Cuadro 7). Del total de fallecimientos ocurridos en 1985, alrededor del 31% tienen su origen en enfermedades del sistema cardiovascular y circulatorio, el cáncer en todas sus manifestaciones es responsable del 13% y el 8.2% corresponde a muertes accidentales de las cuales la mitad son accidentes de transporte.

Empero, la principal causa de muerte, mirando específicamente cada rubro del listado, se encuentra en los *Homicidios*. Este

Cuadro 6
ESPERANZA DE VIDA DE CADA SEXO A
CIERTAS EDADES EN SUECIA Y EL VALLE
DEL CAUCA: 1985. (años)

Edad	Suecia	Valle	Diferencia años	% (1)
a) Femenina				
0	80.17	71.63	8.54	10.65
5	75.76	69.24	6.52	8.61
15	65.85	59.57	6.28	9.54
25	56.05	50.07	5.98	10.67
45	36.77	31.70	5.07	13.79
55	27.59	23.29	4.30	15.59
65	19.08	16.13	2.95	15.46
b) Masculina				
0	74.07	64.17	9.90	13.37
5	69.69	62.13	7.56	10.85
15	59.81	52.62	7.19	12.02
25	50.23	44.30	5.93	11.81
45	31.37	28.41	2.96	9.44
55	22.63	20.48	2.15	9.54
65	15.07	13.62	1.45	9.62

(1) La diferencia relativa (%) se obtuvo tomando como patrón Suecia.

Fuente: Tablas abreviadas de vida de Suecia de 1976 y 1985 calculadas por el autor. Para Suecia la información básica se tomó del Demographic Yearbook 1986 de las Naciones Unidas.

item tiene a su cargo el 11.7% de las muertes y si se agrega el rubro "otras violencias", que se diferencia del anterior en el desconocimiento de si las lesiones fueron intencionalmente o no infligidas, o fueron producto de operaciones de guerra o de intervenciones legales, el porcentaje sube a 12.2%, sin incluir aquellas clasificadas como suicidios (0.8%).

3 Para el Valle el listado de las defunciones según las 56 causas en que se reagrupan en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Muertes, revisión de 1975. Para Suecia es la revisión de 1965, lista abreviada de 50 causas.

Cuadro 7
ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD SEGUN CAUSAS EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE Y EN SUECIA

Causas	Valle			Causas	Suecia		
	H	M	T		H	M	T
01 Infecc. intestinal	2.974	3.958	3.373	B1 cólera			
02 TB	2.004	1.993	2.000	B2 fiebre tifoidea			
03 Otras bacterianas	0.494	0.710	0.582	B3 disentería bac. y amib.			
04 Víricas	0.196	0.287	0.233	B4 enteritis y otras diarreas	0.014	0.007	0.011
05 Ricket y otras	0.093	0.068	0.083	B5 TBap. respiratorio	0.060	0.030	0.046
06 Venéreas	0.093	0.123	0.105	B6 otras TB	0.074	0.064	0.069
07 Otras infecc. parasitarias	0.261	0.300	0.277	B7 peste	0.000	0.000	0.000
08 Calabios, boca, laringe	0.289	0.218	0.260	B8 difteria	0.000	0.000	0.000
09 Ca digestivo y peritoneo	4.578	6.265	5.262	B9 tosferina	0.000	0.002	0.001
10 Ca respiratorio	1.958	1.392	1.728	B10 anginas estrept. y escorlat.	0.000	0.000	0.000
11 Ca conjuntivitis y mama	0.308	1.883	0.947	B11 infecc. Meningocócicas	0.020	0.000	0.011
12 Ca genito urinaria	1.520	4.258	2.631	B12 poliomeilitis aguda	0.000	0.000	0.000
13 Ca otros sitios y n.e.	0.979	1.419	1.158	B13 viruela	0.000	0.000	0.000
14 Ca linfáticos y hematopoyéticos	0.886	1.078	0.964	B14 sarampión	0.000	0.000	0.000
15 Tum. Benignos	0.028	0.082	0.050	B15 tífus y otras ricket	0.000	0.000	0.000
16 Carcinoma in situ	0.000	0.000	0.000	B16 paludismo	0.004	0.000	0.002
17 Otros tumores y naturaleza n.e.	0.177	0.328	0.238	B17 sífilis	0.002	0.002	0.002
18 Endócrinas. metabol. einmovil (78)	1.855	3.480	2.515	B18 demás inf. parasit.	0.519	0.611	0.562
19 Deficiencias: nutrición	1.389	1.733	1.529	B19 cancer	20.717	21.153	20.925
20 Sangre y órganos hematopoyéticos	0.326	0.382	0.349	B20 tumores benignos y n.e.	0.358	0.412	0.383
21 Transtornos mentales	0.131	0.068	0.105	B21 diabetes mellitus	1.190	1.508	1.338
22 Sistema nervioso	1.706	1.952	1.806	B22 avitaminosis y otra nutric.	0.028	0.080	0.052
23 Transt. ojos y órganos anexos	0.000	0.000	0.000	B23 anemias	0.121	0.156	0.137
24 Oído y apófasis mast.	0.047	0.068	0.055	B24 meningitis	0.064	0.027	0.047
25 Fiebre reumática y otras corazón	0.186	0.491	0.310	B25 fiebres reumáticas activ.	0.000	0.000	0.000
26 Hipertensiva	3.272	4.545	3.789	B26 reumat. crónicas corazón	0.024	0.055	0.038
27 Isq. del corazón	10.293	10.277	10.286	B27 hipertensivas	0.292	0.485	0.382
28 Circulación pulmonar y O.F del corazón	0.596	7.629	6.642	B28 isquemias corazón	36.265	29.618	33.176
29 Cerebro-vascular	6.685	11.847	8.780	B29 otras del corazón	4.356	5.797	5.026
30 Otras Ap. circulatorio	1.660	1.406	1.557	B30 cardiovasculares	8.129	12.786	10.293
31 Vías respirat. superiores	0.075	0.041	0.061	B31 influenza	0.237	0.272	0.253
32 Otras aparato respiratorio	7.328	8.885	7.960	B32 neumonía	0.273	5.820	5.527
33 Cavidad bucal. glándulas salivales etc.	0.028	0.027	0.028	B33 bronquitis enf. y asma	2.272	1.412	1.872
34 Otras partes ap. digestivo	3.151	4.326	3.628	B34 ulcera péptica	0.543	0.602	0.570
35 Ap. urinario	1.445	2.443	1.850	B35 apendicitis	0.034	0.023	0.029
36 Genitales mascul.	0.308	0.000	0.183	B36 obstrucc. intestinal y tenia	0.260	0.261	0.261
37 Genitales femen.	0.000	0.096	0.039	B37 cirrosis hepática	0.813	0.485	0.661
38 Aborto	0.000	0.382	0.155	B38 nefritis y nefrosis	0.223	0.206	0.215
39 Causas obstétricas directas	0.000	0.546	0.222	B39 hiperplaria próstata	0.173	0.000	0.093
40 Causas obstétricas indirectas	0.000	0.000	0.000	B40 aborto	0.000	0.002	0.001
41 Parto normal	0.000	0.000	0.000	B41 otras embarazo parto y P.	0.000	0.009	0.004
42 Dela piel y tejido subcutáneo	0.242	0.355	0.288	B42 anomalías congénitas	0.417	0.449	0.432
43 Sistema osteomuscular y tejido conjunti.	0.112	0.355	0.288	B43 lesiones distócicas y anócicas	0.211	0.160	0.187
44 Anomalías congénitas	1.026	1.378	1.169	B44 otras perinatales	0.056	0.053	0.054
45 Ciertas afecciones origin. pes. perinata	3.795	3.808	3.800	B45 síntomas mal definidos	0.616	0.986	0.788
46 Síntomas mal definidos	1.137	2.006	1.490	B46 todas las demás enfermedades	10.108	12.653	11.291
47 Accidentes transporte	5.734	2.252	4.321	BE47 accidentes vehic. motor	1.216	0.513	0.889
48 Envenenamiento accidental	0.289	0.136	0.227	BE48 los demás accidentes	2.280	1.813	2.063
49 Contratiempos atención médica	0.019	0.109	0.055	BE49 suicidios	2.089	1.064	1.613
50 Caídas accidentales	0.615	0.355	0.510	BE50 las demás causas externas	0.936	0.423	0.698
51 Accidentes por armas de fuego	0.214	0.218	0.216				
52 Otros accidentes incluso efectos tardíos	3.878	1.515	2.919				
53 Drogas y medicamentos	0.009	0.014	0.011				
54 Suicidios	1.081	0.464	0.831				
55 Homicidios intencionales	18.413	1.911	11.716				
56 Otra violencia	0.746	0.136	0.499				

Ca: Cancer.

Fuente: Cálculos del autor realizados a partir de los registros de defunciones según causas y de los censos de población del Valle y Suecia. Información proveniente del DANE y del Demographic Yearbook 1986 de las Naciones Unidas.

No obstante, la importancia de las causas es diferente al considerar el sexo o el grupo de edad de la población. La razón fundamental de la diferencia en el origen de las defunciones entre los sexos se encuentra en las causas externas: homicidios y "otros accidentes". Las actuales circunstancias de vida, al parecer, han condicionado al hombre vallecaucano a exterminarse: 18.4% de sus fallecimientos son producto del ya común y cotidiano *Asesinato*, con el cual el país en general aprendió a convivir, uno de cada cinco muertos. La desproporción de este proceder queda ilustrada al ver que este porcentaje equivale casi a la agregación de las muertes por enfermedad hipertensiva, isquemias del corazón y circulación pulmonar y otras del corazón. Las mujeres parecerían más cautas, sólo 2 de cada 100 muertas tienen como causa este vil acto.

Si se examina el conjunto de causas externas se encuentra que éstas representan el 31% de los muertos frente a un relativamente bajo 7.1% de las muertas. En el sexo masculino 20.2% corresponde a suicidios, homicidios y otra violencia y 10.8 a accidentes de transporte y otros tipos de accidentes, mientras que en el sexo femenino los porcentajes respectivos son 4.6 y 2.5. Como quiera llamarse este estilo de vida, la verdad es que una sociedad que se autoelimina sin tener presente las restricciones que impulsen a la eutanasia, es producto de una *organización social enferma*.

Las causas externas, que comparativamente no son importantes en el sexo femenino, son reemplazadas dentro de las 10 primeras causas por el cáncer en los órganos genitourinarios, enfermedades de otra parte

del aparato digestivo y por enfermedades infecciosas intestinales, estas últimas propias de la primera infancia y originadas habitualmente en la pobreza. Vale anotar que este último grupo se constituye en la décimo segunda causa de muerte en el sexo masculino. Dentro del conjunto de tumores malignos sólo aparecen como grupos importantes al clasificarse por sistema, el ya mencionado para las mujeres y el cáncer de "otros órganos digestivos y del peritoneo" que es la quinta causa de muerte en las mujeres y la séptima en los hombres.

Ahora bien, la causa de muerte clasificada para cada sexo es un indicador parcial para la planeación de los programas de salud orientados hacia el máximo beneficio de la colectividad. Los programas se dirigen bien hacia grupos especiales de población, con el fin de mejorar sus condiciones de vida y salud, como podría ser atención primaria orientada al cuidado materno infantil. O bien el énfasis que se puede dar en cierta(s) entidad(es) o patología(s), a saber, programa de control del SIDA, de venéreas, prevención de cáncer o de hipertensión, etc.

Si se mira la causa de muerte según grupo de edad se podría pensar, en una primera instancia, que las acciones de salud deberían orientarse hacia los grupos de población mayores de 15 años. Las principales causas de muerte que afligen al departamento cobran importancia creciente a partir de la edad mencionada, excepto la mortalidad violenta, que alcanza su máximo entre los 35 y los 40 años para iniciar un descenso paulatino. Las otras excepciones se refieren a la mortalidad propia de la primera infancia como son las infecciones intestinales o los problemas del

banco genético expresados en las anomalías congénitas o afecciones originadas en el período perinatal. El comportamiento se puede observar con claridad en las tasas de mortalidad específicas por grupo de edad y sexo que se presentan en el Cuadro 8, para una reagrupación de las causas de muerte.

En términos generales se tiene que los problemas congénitos y ciertas afecciones originadas en el período perinatal explican el 46.2% de la tasa de mortalidad de los menores de un año, que es de 31.3 defunciones por cada mil menores de un año, y otro 18.9% se explica en las infecciones intestinales. Le siguen en importancia las deficiencias nutricionales que explican el 4.3% de esta tasa de mortalidad y las demás enfermedades de origen bacteriano, víricas, rickettsiosis, venéreas y otras infecciosas y parasitarias dan cuenta de otro 3.2%.

En la población de 1 a 4 años son las infecciones intestinales, las deficiencias nutricionales y los accidentes —excluidos los de transporte— los que explican casi la mitad de la tasa de mortalidad que es de 2.3 por cada mil. Es preciso resaltar que hace menos de dos décadas, las infecciones intestinales eran la primera causa de muerte entre los menores y para la población en general. No obstante, la estructura de esta mortalidad muestra que ella es reducible por lo menos en un 80% mediante acciones orientadas a mejorar las condiciones de vida de la población y la atención adecuada de los partos con sus debidos controles pre y postnatales.

Entre los 5 y los 14 años se puede decir que la mortalidad tiende a cero: 834 muertes de adolescentes por cada millón del sexo

masculino y 504 para el sexo femenino.

A partir de los 15 años la función de mortalidad inicia un acelerado crecimiento, comportamiento prematuro debido a la violencia enunciada que es la principal causa entre los 15 y los 44 y la aparición de las degeneraciones de tipo cardiovascular y cancerosas. Entre los jóvenes (15–24 años) el desperdicio de vida originada en las causas externas es espeluznante, 81.5% de la tasa de mortalidad se explica en las primeras cuatro causas de muerte: **Homicidios (55.94%), Accidentes de transporte (11.99%), los demás accidentes (9.79%) y los suicidios (3.82%)**. En las jóvenes, este comportamiento, aunque atenuado, se presenta con la explicación del 41.5% de su tasa de mortalidad.

Los otros dos componentes del nivel de las defunciones son el cáncer, sexta causa entre los varones con una tasa de 106 por millón y tercera entre las mujeres con una tasa de 90 por millón y en afecciones cardiovasculares y circulatorias quinta y cuarta causa respectivamente. Una idea de qué tanto podría evitarse la sobremortalidad masculina en la juventud, se ilustra con el supuesto de que los hombres se eliminan, voluntaria o accidentalmente, en igual tasa que las mujeres, no significando ésto que la tasa de eliminación femenina no sea también evitable. En este supuesto la tasa de mortalidad masculina podría reducirse de 3452 a 1014 por millón, esto es, en un 70.6%.

En los adultos, 25–44 años, el panorama no es muy diferente. Primera, segunda y cuarta causa de muerte entre los varones son homicidios y otras violencias, accidentes de transporte y los demás accidentes, en su

Cuadro 8
DEPARTAMENTO DEL VALLE: TASAS DE MORTALIDAD SEGUN CAUSAS, SEXO Y GRUPOS DE EDAD, 1985
(Tasas por Millón)

Causa	Sexo	0-1	1-4	5-4	15-24	25-44	45-64	65 Y+	Total
Infecciones	Hombres	6279	542	34	17	14	35	598	231
Intestinales	Mujeres	5552	492	19	3	22	61	721	198
	Total	5923	517	27	9	18	48	663	214
Tuberculosis	Hombres	239	76	25	37	133	334	1305	155
	Mujeres	178	48	13	41	101	254	443	100
	Total	209	62	19	39	116	293	852	127
Otras Bacterianas	Hombres	1160	130	37	33	30	69	417	88
Víricas y paras.	Mujeres	854	127	25	32	49	39	361	74
	Total	1010	128	31	33	40	54	387	81
Cáncer	Hombres	102	46	90	106	198	2088	11076	815
	Mujeres	71	56	47	90	354	2631	8637	827
	Total	87	51	69	98	280	2365	9795	821
Tumores Benignos	Hombres	34	8	6	7	16	17	127	16
No especificados	Mujeres	0	0	3	6	7	83	148	20
	Total	17	4	5	6	12	51	138	18
Deficiencias	Hombres	1365	328	22	17	5	98	580	108
Nutricionales	Mujeres	1317	167	9	6	7	66	639	80
	Total	1341	249	16	11	6	82	611	93
Fiebre Reumática	Hombres	0	0	9	3	11	35	109	14
Otras del corazón	Mujeres	0	0	6	15	12	55	213	25
	Total	0	0	8	9	12	45	164	20
Enf. Hipertensivas lsq.	Hombres	444	46	22	129	442	4901	33991	2162
Otras del ap. Circulatorio	Mujeres	463	8	50	81	432	3676	27830	1787
	Total	453	27	36	104	437	4276	30755	1969
Aborto y Otras Causas	Hombres								
del embarazo, parto, post.	Mujeres	0	0	3	58	113	6	0	46
	Total	0	0	2	31	59	3	0	24
Anomalías congénitas inf.	Hombres	16311	122	6	27	8	23	0	374
virales Período perinatal	Mujeres	12528	103	3	12	7	17	0	260
	Total	14459	113	5	19	8	20	0	315
Accidentes de	Hombres	34	92	158	415	697	558	1233	445
Transporte	Mujeres	107	63	47	116	128	122	393	113
	Total	70	78	103	256	398	335	792	274
Los demás	Hombres	717	320	133	339	434	449	1269	390
accidentes	Mujeres	498	286	54	73	61	83	574	118
	Total	610	303	94	197	238	262	904	250
Suicidios	Hombres	0	0	3	133	114	109	254	84
	Mujeres	0	0	0	64	22	17	0	23
	Total	0	0	2	96	66	62	121	53
Homicidios	Hombres	239	23	74	32	3063	1386	798	1486
	Mujeres	36	0	22	25	182	83	148	102
	Total	139	12	48	69	1551	722	456	774
Resto	Hombres	8224	824	216	252	412	2174	15663	1387
causas	Mujeres	5730	809	202	136	410	1874	14357	1222
	Total	7003	817	209	222	411	2021	14977	1302
Total	Hombres	35146	2556	834	342	5575	12274	67438	7754
Dpto.	Mujeres	27335	2159	505	98	1908	9065	54447	4995
	Total	31323	2361	671	2057	3651	10638	60615	6336

Fuente: Cálculos del autor realizados a partir de los registros de defunciones según causas y de los censos de población del Valle y Suecia, información proveniente del DANE y del Demographic Yearbook 1986 de las Naciones Unidas.

Cuadro 9

GANANCIAS EN LA ESPERANZA DE VIDA A DIFERENTES EDADES A EVITAR CIERTAS CAUSAS

Causas y código	E(0)	Ganancia	E(15)	Ganancia	E(25)	Ganancia	E(45)	Ganancia	E(65)	Ganancia
Sexo Masculino										
Todas	64.17		52.62		44.38		28.41		13.62	
Infec. Intestinales (01)	64.80	0.63	52.70	0.08	44.38	0.08	28.49	0.08	13.69	0.07
Cáncer digestivo (09)	64.97	0.80	53.47	0.85	45.18	0.88	29.32	0.91	14.28	0.66
Cáncer respiratorio (10)	64.50	0.33	52.97	0.35	44.67	0.37	28.80	0.39	13.90	0.28
Hipertensión (26)	64.73	0.56	53.22	0.60	44.92	0.62	29.06	0.65	14.15	0.53
Isquemias (27)	66.11	1.94	54.67	2.05	46.41	2.11	30.59	2.18	15.34	1.72
Otras corazón (28)	65.23	1.06	53.71	1.09	45.40	1.10	29.56	1.15	14.73	1.11
Cerebrovascular (29)	65.37	1.20	53.88	1.26	45.60	1.30	29.80	1.39	14.84	1.22
Otras ap. cir. (30)	64.44	0.27	52.91	0.29	44.60	0.30	28.73	0.32	13.90	0.28
Otras respiratorias (32)	65.56	1.39	53.59	0.97	45.29	0.99	29.44	1.03	14.59	0.97
Otras digestivas (34)	64.72	0.55	53.17	0.55	44.85	0.55	28.96	0.55	14.01	0.39
Perinatal (45)	65.06	0.89	52.62	0.00	44.30	0.00	28.41	0.00	13.62	0.00
Acc. tránsito (47)	65.19	1.02	53.59	0.97	45.10	0.80	28.75	0.34	13.78	0.16
Otros accidentes (52)	64.87	0.70	53.18	0.56	44.74	0.44	28.63	0.22	13.71	0.09
Homicidios (55)	67.55	3.38	56.14	3.52	46.98	2.68	29.01	0.60	13.71	0.09
(Resto tumores 11-17)	64.85	0.68	53.28	0.66	44.93	0.63	29.04	0.63	14.16	0.54
Sexo Femenino										
Todas	71.63		59.57		50.07		31.70		16.13	
Infec. Intestinales (01)	72.34	0.71	59.72	0.15	50.21	0.14	31.83	0.13	16.26	0.13
Cáncer digestivo (09)	72.67	1.04	60.65	1.08	51.15	1.08	32.77	1.07	16.94	0.81
Cáncer respiratorio (10)	71.86	0.23	59.80	0.23	50.30	0.22	31.93	0.23	16.28	0.15
Cáncer genito-urinario (12)	72.32	0.69	60.28	0.71	50.78	0.71	32.31	0.61	16.40	0.32
Resto tumores malignos (11-17)	73.11	1.48	61.05	1.48	51.53	1.46	32.96	1.26	16.79	0.66
Hipertensión (26)	72.39	0.76	60.36	0.79	50.86	0.79	32.48	0.78	16.82	0.69
Isquemias (27)	73.46	1.83	61.47	1.90	51.98	1.92	33.60	1.90	17.78	1.65
Circ. pulm. y otras (28)	72.97	1.34	60.90	1.33	51.39	1.32	33.01	1.31	17.38	1.20
Cerebrovascular (29)	73.75	2.12	61.76	2.19	52.26	2.19	33.81	2.11	17.94	1.81
Otras ap. cir. (30)	71.86	0.23	59.80	0.23	50.30	0.27	31.94	0.24	16.37	0.24
Otras respiratorias (32)	73.17	1.40	60.76	1.19	51.25	1.18	32.87	1.17	17.24	1.11
Otras digestivas (34)	72.34	0.71	60.24	0.67	50.74	0.67	32.33	0.63	16.61	0.48
Perinatal (45)	72.34	0.71	59.57	0.00	50.07	0.00	31.70	0.00	16.13	0.00
Acc. tránsito (47)	71.95	0.32	59.84	0.27	50.28	0.21	31.81	0.11	16.20	0.07
Otros accidentes (52)	71.86	0.23	59.68	0.11	50.15	0.08	31.75	0.05	16.17	0.04
Homicidios (55)	71.89	0.26	59.82	0.20	50.26	0.19	31.76	0.06	16.16	0.03
(Todos los cáncer 09-17)	75.34	371.00	63.37	3.80	50.84	3.77	31.13	3.43	18.23	2.10

Fuente: Tablas de mortalidad según causas construídas por el autor a partir de los registros de defunciones y el censo de población de 1985.

orden, explicando el 75.2% de la tasa específica de mortalidad. En las mujeres estas muertes no son muy representativas aunque las dos primeras mencionadas ocupan el tercer y cuarto lugar constituyendo el 15.5% de la mortalidad. En este punto se consolidan el cáncer y las cardiovasculares como primera y segunda causa en las mujeres y en los hombres se encuentra de tercera las cardiovasculares. La repetición en este grupo del ejercicio antes realizado para los jóvenes, daría una disminución de 69.7% en la tasa de mortalidad masculina, pasando de 5574 a 1961 defunciones por millón de personas.

En la madurez (45–64 años) y la vejez (65 y más) se consolidan como predominantes en la mortalidad las enfermedades de origen degenerativo: cardiovascular y cáncer y aparecen esporádicamente entre las primeras cinco junto con otras como: tuberculosis, infecciones intestinales, o deficiencias nutricionales. Sin embargo, los “maduros” no pierden el vicio de la violencia. Es así que entre ellos, los homicidios constituyen la tercera causa de mortalidad con una tasa de 1386 por millón, los accidentes de transporte la cuarta y los demás accidentes la quinta.

La mezcla mencionada muestra la conjunción de la pobreza, la *estupidez* y el deterioro biológico. La pobreza en cuanto la mortalidad por infecciones intestinales prácticamente ha desaparecido en las sociedades más avanzadas y tiene su origen prácticamente en hábitos y condiciones de vida. La *estupidez* en la medida en que sólo los seres humanos, racionales, son capaces de la autoeliminación. Y el deterioro biológico que es obra del reloj temporal, mas en nuestro caso se puede pensar que

éste es uno prematuro.

Lo anterior, qué sugiere en materia de salud pública? Simplemente el mantenimiento de las acciones de atención primaria para evitar el deterioro de la salud por efectos de la pobreza y el avance en las acciones preventivas, que se centran fundamentalmente en la educación a la población para el control sistemático de los cuadros relacionados y en la modificación de estilos de vida, especialmente en los hábitos alimenticios, la actividad deportiva, la moderación en el consumo de alcohol y tabaco.

2. Años de vida perdidos

En una concepción costo/beneficio la medida de los beneficios de un programa de salud podría resumirse por la ganancia en la esperanza de vida de la población. El potencial máximo de ganancia en las acciones realizadas sobre causas específicas está dado por el incremento en la esperanza de vida cuando éstas se erradican o controlan totalmente.

Sin tener en cuenta los costos y la factibilidad tecnológica, el control de las principales causas de muerte conducirá al logro de los más altos beneficios, medidos éstos en términos de años ganados en esperanza de vida. En el Cuadro 9 se presentan para cada sexo tales incrementos para las 14 principales causas de muerte. Se observa:

a) El “desarme de los espíritus” conduciría a un aumento en la esperanza de vida al nacer de los hombres de 3.38 años, de 3.52 a los 15 años y de 2.68 a los 25 años. Estas ganancias regresarían el diferencial creciente entre los

sexos a los niveles observados en 1964 y 1973. De no haberse presentado homicidios la vida media esperada al nacer hubiese sido de 67.55 años para los hombres y de 71.89 para las mujeres, lo que da una diferencia de 4.34 frente a los 7.46 años que se dieron por la presencia de esta causa. Las medidas que se tomen en este orden beneficiarían principalmente a la población adulta joven, y su impacto a partir de los 45 años se vuelve realmente débil. Es así que el valor agregado a la esperanza de vida a los 45 años es sólo de 0.6 años y a los 65 de 0.09.

b) Las otras dos causas externas clasificadas entre las principales, los accidentes de transporte y otros accidentes incluso los efectos tardíos, harían también un aporte significativo a la esperanza de vida a las diferentes edades consideradas. Incluso a los 65 años, el aporte obtenido por el control de accidentes de transporte es superior al de los homicidios (0.16 frente a 0.09) y por los otros accidentes se obtendría igual beneficio (0.09). Como en el caso anterior, los beneficios que obtendrían las mujeres ante programas dirigidos a reducir esta mortalidad son prácticamente marginales.

c) El conjunto de defunciones originadas en enfermedades cardiovasculares y circulatorias, que es el principal responsable de la mortalidad general y específicamente a partir de los 45 años, aportaría en su control casi 8 años a la esperanza de vida al nacer. Sin embargo, la ganancia por controlar los diferentes grupos que componen este conjunto presenta a su interior algunas diferencias según el sexo. Las muertes ocasionadas por las enfermedades isquémicas del corazón aportarían más o menos igual

cantidad de años a la vida media esperada de cada sexo: 1.94 a los hombres y 1.83 a las mujeres, mostrando que no importa mucho el sexo cuando de infarto se trata; pero parece que sí importa éste cuando de enfermedades cerebrovasculares se habla: la probabilidad de morir por cualquier hemorragia intracerebral o infarto cerebral, entre otras, es mucho más alta entre las mujeres, lo cual se refleja en la pérdida de años debido a este grupo de enfermedades: 2.12 en ellas frente a 1.20 en ellos. Un comportamiento similar, aunque con pérdidas menores, se encuentra en las enfermedades de la circulación pulmonar y las hipertensivas.

El comportamiento creciente de la mortalidad por estas causas en función de la edad conduce a que su aporte cobre importancia en las edades mayores. No obstante, dado el carácter acumulativo del proceso degenerativo, los programas dirigidos a prevenir este tipo de males comienza desde la cuna.

d) Si se controlase el cáncer, en todas sus manifestaciones, las mujeres añadirían 3.7 años a su esperanza de vida al nacer, no así los hombres quienes apenas ganarían alrededor de dos años. Este amplio diferencial en una causa de muerte que pareciese no respetar el sexo, lleva a plantear a manera de hipótesis que "aquellos varones, residentes en nuestro medio, signados por el fado del cáncer, tienden a generar actitudes violentas o suicidas, que los conducen a morir por homicidios, suicidios o cualquier tipo de accidente".

Ahora bien, al tomar el cáncer de acuerdo al sistema comprometido, se encuentra que

sólo el que afecta a "otros órganos digestivos y del peritoneo" —esófago, estómago, intestino delgado, colon, recto, hígado, páncreas y otros— tiene un aporte significativo en la prolongación de la vida media esperada para la población (0.80 y 1.04 años en hombres y mujeres respectivamente) y en las mujeres se podría obtener 0.69 años más por el control de los tumores malignos que afectan los órganos genitourinarios, entre ellos los que afectan el cuello del útero y los ovarios. Los tumores malignos que afectan los órganos respiratorios e intratorácicos, producirían un beneficio muy marginal en la esperanza de vida a todas las edades y para ambos sexos.

e) Las "otras enfermedades del aparato respiratorio" tales como la bronquitis aguda, la crónica, neumonía, influenza, enfisema y asma; y las enfermedades de "otras partes del aparato digestivo", incluídas entre las diez principales causas de muerte, tienen un costo en reducción de vida un poco superior al de los tumores malignos mencionados. El control de las otras respiratorias agregarían 1.4 años de esperanza de vida al nacimiento en las mujeres y de 1.39 en los hombres siendo el tercer aporte de importancia en la tarea de la prolongación de la vida. Las otras digestivas generan un impacto relativo más modesto, 0.71 y 0.89 años en mujeres y hombres en su orden, pero mayor que el efecto que introduciría el control del cáncer del aparato digestivo.

f) En cuanto a la mortalidad infantil, las dos causas de importancia para su control: enfermedades infecciosas intestinales y ciertas afecciones originadas en el período perinatal, presentan el impacto de su control concentrado, como es lógico, en la esperanza

de vida al nacer, sin afectar las expectativas de vivir de los demás grupos de población. Los recién nacidos verían aumentada su vida probable en 0.63 años si se manejan adecuadamente las infecciones intestinales las niñas en 0.71; mientras que si se atiende adecuadamente el período de gestación y el parto se podrían obtener otros 0.71 años para las niñas y 0.89 para los niños. Este conjunto de muertes presenta todavía un alto potencial de reducción dado que su origen radica en problemas nutricionales, de higiene, de atención adecuada del parto, cuidados pre y postnatales.

3. Límites plausibles

Los años de vida perdidos por la presencia de una causa específica enseña el límite máximo de reducción debido a un eventual control de dicha causa, bajo la condición de que los riesgos de morir por ella sean independientes de los otros. La hipótesis postulada que relaciona la presencia actual o potencial de cáncer como inductora de mortalidad violenta, se enunció con el fin de sugerir la competitividad de los riesgos en el transcurso de la vida y mostrar que ante la reducción de una causa es altamente probable que se presente un incremento de otras. Esto es, la ganancia obtenida en la esperanza de vida al controlar una o varias causas de muerte simultáneamente es el caso extremo, pero posible cuando se está en un proceso de transición hacia los límites social y tecnológicamente alcanzados.

En nuestro caso se vió que es posible obtener grandes reducciones de las probabilidades de muerte a todas las edades cuando se compararon con las vigentes en

Cuadro 10
POTENCIAL DE REDUCCION EN DIFERENTES CAUSAS EN EL DEPARTAMENTO DEL VALLE
 (%)

Causa/Edad	0		1-4		5-14		15-24		25-44		45-64		65y+	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Infec. Intestinal	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99.6
Tuberculosis**	100										47	97	93	41
Otras bact. víricas	71	51	48	92	97	96	97	84	79	88	45	(3)	26	35
Cáncer	42	72	44	31	35	13	39	61	(5)	19	(19)	9	(10)	9
Tum. benignos	(15)	(n)	29	(n)	100	67	0	40	62	29	(171)	62	(50)	(13)
Deficiencias nutric.	100	100	100	100	95	89	100	100	100	100	98	97	97	94
Fiebre reumática	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100	94	96	87	88
Hipertensiva	96	87	78	100	67	86	77	79	51	79	17	67	5	15
Anomalía congénita	67	67	62	48	(150)	(400)	62	(27)	62	(43)	39	(25)	(n)	(n)
Accidentes transp.	(15)	100	66	57	67	43	25	43	84	75	80	63	81	74
Los demás accid.	95	88	84	93	76	79	81	83	58	54	27	9	32	(38)
Suicidios	-	-	-	-	66	-	(14)	9	(199)	(541)	(212)	(925)	(45)	(n)
Homicidios	100	100	(77)	(n)	96	86	97	89	95	70	86	16	84	39
Resto	81	82	95	91	85	85	69	73	20	63	22	54	11	21
Total	79	79	89	89	75	71	77	69	72	57	24	46	10	18

** Tasas muy bajas excepto 0-1, menores no tiene. Los números en paréntesis implican un potencial de incremento.

Fuente: Cálculos del autor utilizando las estimaciones de mortalidad por causas del Valle y Suecia.

Suecia. Este potencial de reducción se puede interpretar simplemente como el efecto del subdesarrollo o atraso social y tecnológico. Las condiciones de vida de la población y la aplicación del desarrollo científico y tecnológico de Suecia podría marcarnos la pauta sobre el potencial de disminución de riesgos en causas específicas, moviéndose en un entorno real y sin necesidad de imponer la restricción de independencia entre las causas.

La comparación de las tasas centrales de mortalidad clasificadas por sexo, grupos de edad y de causas, muestra el camino por recorrer si se quiere llegar en el año 2000 o 2010 a esperanzas de vida al nacer de 74 y 80 años para los hombres y mujeres respectivamente⁴. En el Cuadro 10 se resume la comparación utilizando como indicador el potencial real de reducción en las diferentes causas, que no es otra cosa que el porcentaje en que habría que disminuir la tasa de mortalidad en el Valle para llegar al nivel de la sueca.

Socialmente, el reto de los años por venir debe ser la práctica eliminación de las defunciones por infecciones intestinales, tuberculosis, deficiencias nutricionales y afecciones originales en el período perinatal, males originados en deficientes condiciones de vida. *Culturalmente*, el replanteamiento de valores, especialmente del **respeto por la vida**, debe ser el primer propósito regional y nacional. Nuestra principal causa de muerte puede tener como imagen niveles de reducción casi total, más del 90% en promedio, sin decir con esto que la imagen sea la deseable

u óptima ya que esta causa no debiera existir. Forma también parte de la cultura y su organización social la accidentalidad, de todo tipo, la cual, se observa, puede ser drásticamente reducida.

Estilos de vida mas "sanos" mezclados con tecnología y atención oportuna, harían que el conjunto de causas que más reducen la esperanza de vida, como son las cardiovasculares y circulatorias, fuesen evitables en más del 80% entre las mujeres menores de 65 y en casi 75% entre los hombres menores de 45. La fiebre reumática y enfermedades reumáticas del corazón son de poca significación en nuestro caso. Pero tal potencial no se encuentra en lo que a tumores malignos se refiere. No alcanza el 40% en las mujeres menores de 25 y alrededor del 12% a partir de esa edad; y entre los hombres la perspectiva sería la de incrementarse el riesgo a partir de los 25 años debido a la reducción de otras que compiten en el tiempo con el cáncer. Si bien es mucho el esfuerzo por hacer en esta fatal patología, la labor que se realiza en el departamento no está a tantas décadas de distancia como lo están las otras.

III. Algunos comentarios finales

Se ha hecho un rápido recorrido sobre cómo morimos en el tiempo y cuáles son las causas de estas muertes que afectan a nuestra sociedad.

En primer lugar, debe mencionarse que a pesar de los logros alcanzados en la lucha

⁴ No sobra mencionar que para 1986-1987, Japón, Suiza e Islandia tenían esperanzas de vida más elevadas que Suecia, siendo el Japón el primero con una esperanza de vida promedio de ambos sexos de 79 años frente a 77 en Suecia.

contra la muerte, se carece de un sistema de información que apoye la toma racional de decisiones. Los datos debidamente organizados y analizados permiten tomar medidas dirigidas a solucionar problemas estructurales en el mediano y largo plazo y disminuye la frecuencia de las publicidades campañas anuales de vacunación, las medidas de emergencia de fumigación, de evacuación, etc. El conocimiento del problema permite la correcta planificación de las acciones que lleven a su solución con ahorro de tiempo y esfuerzo. Vale decir que parece ser que es grande el empeño que las autoridades de salud están haciendo en esta área, pero también parece que esta información es restringida o se constituye en secreto de estado.

La fragmentaria información utilizada, que requiere de una rigurosa evaluación en cuanto a cobertura y calidad de los datos para su mejor uso, lleva a creer que la situación en materia sanitaria ha cambiado en las últimas décadas y más en la última. Sin embargo, algunas evidencias sugieren un subregistro muy fuerte en áreas rurales y marginales, en donde el nivel de la mortalidad es más elevado y la estructura de las causas diferente, con un perfil más dirigido al de la mortalidad originada en factores socioeconómicos y de pobreza y menos hacia el transitivo de la mortalidad moderna de carácter endógeno o degenerativo.

Creando en el panorama que surge de esta información, mas no con fe de carbonero, las perspectivas son buenas y regulares en materia de duración de la vida. Las buenas, hay mucha tela de donde cortar, como lo ilustra la situación de Suecia. Las regulares,

tienen que ver con el problema de cómo conseguir las condiciones "experimentales" del laboratorio escogido, que implican bienestar, educación, tecnología, recursos y disciplina.

Es indudable que el mejoramiento del estado de salud de la población podría conducir a una mayor expectativa de vida; podría, pues no es causa ni suficiente ni necesaria. No es suficiente en la medida en que las causas externas de muerte pueden pesar mucho, tal como sucede en nuestro medio y no es necesaria en la medida que puede prolongarse la vida sin mejorar las condiciones de salud, simplemente aumentando los años de enfermedad.

Mejorar la salud de la población y prolongar la duración de la vida en buenas condiciones, implica cambios estructurales radicales si se parte del mismo concepto de *Salud*. Esta, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, significa ese "estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones"; su contrario la *Enfermedad*, "es la alteración más o menos grave de la salud del cuerpo animal" y en su tercera acepción es "pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual". Estos sencillos términos son recogidos por la OMS cuando define la salud como el "estado de completo bienestar físico y mental del individuo y la comunidad y no la simple ausencia de enfermedad". Empero, al ejercicio normal que el ser orgánico hace de todas sus funciones, se agrega en esta definición que su condición de existir es dentro de los parámetros del completo bienestar, o sea "con el acopio de las cosas necesarias para vivir bien" o con "una vida holgada o abastecida

de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad”.

Lo anterior sugiere que la prolongación de la vida con buena salud requiera de un enorme esfuerzo que rebasa los límites de la política sectorial de los sistemas de servicios, para adentrarse en el campo de la política “total”, de la organización social y de la estructura y política económicas. La salud y la mortalidad están condicionadas por: los factores materiales de vida de los hogares (ingreso, educación, vivienda, servicios de

infraestructura, hábitos higiénicos y recreación, entre otros); el estilo de vida del individuo –normas de comportamiento, hábitos y adicciones–; condiciones del medio físico y de la infraestructura sanitaria; la oferta de servicios de salud, preventivos y curativos; y, la estructura demográfica de la población. Estos condicionantes dependen a su vez del grado y estilo de desarrollo de la sociedad y es en la transformación de éstos en donde se puede consolidar un avance firme en la lucha contra la muerte.