



### REFLEXIONES SOBRE ALGUNAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN VENEZUELA 2011

*Luis R. Echezuría M (\*)*

Los análisis de las diez (10) principales causas de muertes en una comunidad, área, lugar o un país, representan un importante indicador de salud pública para cualquier sistema sanitario. Resulta rápido, simple, económico y por demás útil elemento para determinar las prioridades en cuestiones de políticas, estrategias y tácticas sanitarias, así como las acciones a tomar en cuenta por los planificadores de salud, tanto en los aspectos presupuestarios como las de orientación de los programas dirigidos a su control.

Constituye así, una clave para determinar prioridades. Las defunciones registradas por estrictos y permanentes métodos científicos, con los mecanismos más acertados y válidos disponibles, sobre todo en los aspectos cualitativos como los cuantitativos, como es el caso de la calidad de la certificación de la muerte en nuestro país, cuando la misma fuente de datos, los Anuarios de Mortalidad <sup>(1)</sup> registran como Causas de mortalidad mal definidas, desconocidas o sin diagnóstico médico tratante (R95-R99), tan solo cuatrocientas ochenta y tres (n=483) defunciones para un 0,33% del total, dato muy aceptable en parámetros estadísticos internacionales, que nos permiten hacer todo tipo de estudio con suficientes fundamentos.

En nuestro país se registran y publican por el Min Salud, para el año 2011, un total de ciento cuarenta y tres mil veinte (143.020) muertes por todas las causas, en todas las edades, de las cuales las diez primeras explican, ciento ocho mil seiscientos sesenta y tres (n=108.663), para un 75,97 %. La posición nueve (9) como causa de mortalidad general es para las categorías J09-J18 (CIE10), que corresponden a la Influenza y Neumonías, con un total de tres mil ochocientos veintiocho (n=3.828) muertes. Sin embargo, al analizarlas por

---

*(\*)Profesor de la Escuela de Medicina Luis Razetti, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. luisechezuria@gmail.com*

grupos de edades específicos la situación es bastante distinta en cuanto a la posición como tal y su carga de enfermedad, dada por su número absoluto. Así, por ejemplo para el grupo menor de un año (<1<sup>a</sup>) encontramos, trescientos diez y ocho (n=318) defunciones para ubicarla en la quinta (5) causa de muerte. Para el grupo de uno a cuatro años (1-4<sup>a</sup>), se registran ciento veintiocho (n=128) muertes y pasa a ocupar la cuarta causa de muerte. La sumatoria de estas muertes en estos grupos, más conocida como mortalidad temprana, alcanza las cuatrocientas cuarenta y seis (n=446) muertes, lo que en al analizar nos llama a la primera reflexión, como estas entidades nosológicas, perfectamente prevenibles, explican más de una (1) muerte por día, o una (1) muerte cada diez y nueve (19) horas del día. Para el grupo de cinco a catorce años (5-14<sup>a</sup>), ocupa la quinta (5) causa de muerte con setenta y uno (n=71) defunciones. No se observa de nuevo la tan importante carga de enfermedad hasta cuando analizamos los grupos de edades comprendidos entre los sesenta y cinco a setenta y cuatro años (65-74<sup>a</sup>) con cuatrocientos diez y siete (n=417) muertes y ocupando igualmente la novena (9) posición. Cierra el grupo los comprendidos entre los setenta y cinco años y más (75 y más) con el alarmante dos mil veintisiete (n=2.027) defunciones y pasa a la posición seis (6).

Otro importante abordaje surge al compararlas con otras enfermedades con programas especiales de atención, así se evidencian: por ejemplo, la totalidad de las muertes por Cáncer Cuello Uterino (C53) alcanzan las mil trescientos treinta y un [n=1.331] defunciones. El cáncer Próstata (C61) con dos mil cuatrocientos treinta y un defunciones [n=2.431]. Es decir, estas dos formas oncogénicas más conocidas por cada sexo, explican en total de tres mil setecientos sesenta y dos [n=3.762] muertes, que no alcanzan a las explicadas por las J09-J18. El cáncer de la Mama (C50) con [n=1.950]. Las formas predominantemente femeninas (Cuello Uterino y Mama) alcanzan las tres mil doscientos ochenta y una [n= 3.281]. En cuanto a otras formas de cáncer, como el Estómago (C16), con [n=1.969]. El cáncer Pulmón (C34), con [n=3.252], que tampoco tienen el impacto de las de la esfera respiratoria inferior. Al ver el peso del VIH/SIDA (B20-B24), con [n=2.166], con franco y sostenido aumento tampoco es de la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de las J09-J18. Para cerrar la visión presentamos las Leucemias (todas sus formas) (C91-C95), con [n=873].

Otra forma de presentar su importante impacto, es observar el peso de todas las enfermedades prevenibles por vacunas: Tétanos (33-A35) con [n=8], Tosferina A37 [n=17], Hepatitis A B15, [n=5], Hepatitis B B16, [n=9]; Tuberculosis A15-A19, con [n=560], infección meningocócica A39 [n=10], Varicela (lechina) B01 [n=35]. Diarreas A00-A09 con [1.050]. Meningitis G00-G09, con [n=359]. No se registran defunciones por parotiditis B26 ni por rubéola B06. Todas ellas suman un total de dos mil cincuenta y tres (n=2.053). Es decir, al agrupar muchas de las afecciones (infecciosas transmisibles, o no, como las crónicas), que tienen programas especiales por parte del órgano rector de la salud en el país y adicionalmente son capaces de captar la atención de la comunidad en general para hacer campañas educativas, informativas e inclusive de recolección de diversos recursos financieros para su abordaje, no entendemos como con estas enfermedades, para las cuales la medicina dispone de excelentes mecanismos preventivos, baratos, sencillos disponibles, las vacunas conjugadas contra el neumococo, responsable de al menos un 60-70% de ellas, aun no se incluyan en los programas nacionales de inmunizaciones del niño, niñas, adolescentes y los adultos.

La última reflexión está fundamentada en el Cáncer de Cuello Uterino, que se explican en su totalidad, por la exposición previa al virus del papiloma humano (VPH). Recursos hay y bastantes, en un país con inmensa renta petrolera, no incluya en su programa regular de inmunizaciones las correspondiente al VPH, ya introducida en sus programas regulares en países como: Costa Rica, Panamá, Argentina, Chile, sería inhumano, anti ético de nuestra parte no hacer la correspondiente petición de inclusión, la difusión de los mensajes, el conocimiento y divulgación de tan importante problema, que tiene una carga exageradamente perversa en nuestra población y debemos afrontarla en los últimos eslabones de la atención médica

Esa es la reflexión que quería compartir con ustedes como sanitarista y médico venezolano, que piensa y está convencido, que los logros sanitarios conseguidos en la historia reciente del país No tiene nada que ver con los médicos extranjeros, es nuestro triunfo, que en nuestras universidades formamos los profesionales más capaces, que demuestran en todas las latitudes a donde migran el altísimo nivel académico, científico, técnico, ético, con habilidades, destrezas y competencias acordes con la formación adquirida, y tal vez lo más importante, la requerida para la atención adecuada a sus

pacientes, pero no siempre las decisiones políticas administrativas de los entes responsables, se conjugan, es decir el nivel profesional brilla y hace las mejores recomendaciones, pero los niveles políticos no, pero, valga decirlo, aún tenemos el valor de comunicarlo.

### Referencias

1. Ministerio Poder Popular Para Salud. Anuarios de Mortalidad. República Bolivariana de Venezuela, 2011, 2012.
2. De Guglielmo Cróquer Z, Rodríguez Bermúdez A, Ávila Hernández M, Veitía Monsalve D, Fernández Beltrán A, Correnti De Plata. Virus de papiloma humano y factores de riesgo en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. *Rev. venez. oncol.* 2010 Mar; 22( 1):32-38.
3. Suárez C, Mijares Briñez A, Castillo Marrero L y Briceño J. Tipificación del VPH en cáncer de cuello uterino: en la población venezolana. [Rev. venez. oncol](#);18(4):221-225, oct.-dic. 2006.
4. Correnti M, Uribe M, Cavazza M E, Bajares M, Bello J; Cerruti R, Acosta H, Salma N, Herrera O y Suarez Chacón N. Detección de virus papiloma humano (VPH) mediante biología molecular y su asociación con neoplasia cervical uterina [Rev. venez. oncol](#);9(2):76-83, abr.-jun. 1997.
5. León Cruz G, Bosques Diego O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005;31(1).
6. Melo A, Montenegro H S, Hooper T, Capurro V I, Roa S J, Roa E I. Tipificación del virus papiloma humano (VPH) en lesiones preneoplásicas y carcinoma del cuello uterino en mujeres de la IX Región-Chile. *Rev. méd. Chile.* 2003 Dic; 131(12):1382-1390.
7. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C et al . Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud pública Méx.* 2010 Dic; 52(6):544-559.
8. Salazar Rivero E. Detección del virus de papiloma humano en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007 Jan; 67(1):47-54.
9. Sarduy M. Neoplasia Intraepitelial Cervical: Preámbulo del cáncer cérvicouterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2008 Ago; 34(2).