

la MORTALIDAD en la NIÑEZ en CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE

BELICE 1970 - 1985

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)
San José, Costa Rica
Julio de 1988

PRESENTACION

Este informe fue preparado por el CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE). Forma parte del Estudio de la Mortalidad en la Niñez, que se lleva a cabo por indicación de la III Conferencia de Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social de Centroamérica, Panamá y Belice.

El trabajo fue realizado por Hugo Behm Rosas (Consultor CELADE) y Arodys Robles Soto (Centro de Investigaciones Históricas, Universidad de Costa Rica) con la colaboración de Domingo Primante Furlán (CELADE). El Coordinador del Proyecto fue Manuel Rincón Mesa (CELADE) y el financiamiento fue aportado por la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	5
MATERIA Y METODOS	7
Estimación de la población expuesta	7
Estimaciones de la mortalidad	7
Sobre la información relativa a mortalidad en la niñez	9
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ: NIVELES, TENDENCIAS, ESTRUCTURA POR EDAD .	10
LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA NIÑEZ	13
La mortalidad en el menor de un año	13
Las causas de muerte en la edad 1-4 años	16
SINTESIS	17
ANEXO	18
BIBLIOGRAFIA	20

INDICE

<u>Cuadro</u>		<u>Página</u>
1	Mortalidad estimada en el menor de cinco años en países de Centroamérica, Panamá, Belice y Estados Unidos, 1980-1985 .	11
2	Tendencias estimadas de la mortalidad infantil, 1960-1981 .	12
3	Mortalidad infantil por distritos, 1983-1985	12
4	Las causas de muerte en menores de un año, 1969-1971 y 1984 -1986	13
5	Las muertes infantiles que podrían evitarse, 1984-1986	14
6	Causas de muerte neonatal y postneonatal, 1970-1972 y 1982-1984	15
7	Las causas de muerte en la edad 1-4 años, 1969-1971 y 1984-1986	16

INTRODUCCION

Con el propósito de discutir las estrategias que se requieren para mejorar la atención materno-infantil y la sobrevivencia del niño en los países de América Central, Panamá y Belice, la III Reunión de Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social (Managua, Agosto 1987) acordó que se preparara un informe sobre el estado de la mortalidad en la niñez en la subregión y de sus condicionantes, con particular referencia a la organización y funcionamiento de los servicios de salud. El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), fue encargado de preparar el módulo I del proyecto, cuyo propósito es proporcionar la mejor descripción posible de la mortalidad en el menor de cinco años en cada uno de estos países, con la colaboración de las autoridades nacionales y de organizaciones internacionales¹.

Los objetivos de este módulo son los siguientes:

1. Describir los niveles, tendencias, estructura por edad y causas de defunción en la mortalidad de los menores de cinco años, así como las diferencias que están asociadas con factores geográficos y socio-económicos.
2. Identificar los grupos de población en los cuales los niños de esta edad estén más expuestos al riesgo de morir y cuantificar su peso relativo al total nacional.
3. Identificar los vacíos existentes en la información sobre la mortalidad en la niñez que se requiere por los programas de salud materno-infantil.

El estudio es esencialmente una descripción analítica de las características de la mortalidad en la niñez, que se considera como antecedente para la discusión de cómo fortalecer medidas para mejorar la sobrevivencia infantil, de acuerdo a los factores condicionantes existentes en los países (en particular el propio sistema de salud), temas que se discutirán en otros módulos del proyecto. En consecuencia, el informe no contiene los antecedentes sobre el contexto económico, social y político que son necesarios para interpretar la situación de la mortalidad que se describe en cada país. Es evidente que esta parte del análisis podrá ser hecha con mucho más propiedad e información por las propias autoridades nacionales.

¹. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

Debido a las variadas deficiencias de las fuentes de información disponibles para elaborar el informe y los supuestos que ha sido necesario hacer para elaborar las estimaciones, los resultados están afectados por diversas restricciones que es importante tener en cuenta; éstas se detallan en el capítulo Material y Métodos. Por tanto, las cifras que se comentan deben ser consideradas sólo como una aproximación a la situación real. Las autoridades nacionales que dispongan de mayor información, sin duda pueden mejorar las estimaciones y obtener así un conocimiento más completo del problema que se discute.

MATERIAL Y METODOS

Se ha dispuesto de poca información para la redacción del presente informe. Ella ha consistido en el censo de población de 1980, el Abstract of Statistics de 1986 y 1987 (e información parcial de otros años) y las causas de muerte para el total del país, obtenidas del Banco de Datos de la Organización Panamericana de la Salud.

Estimación de la población expuesta

La población de 1-4 años es la publicada del censo de 1970. Para años más recientes, se estimó aplicando la proporción correspondiente del censo de 1980 a las cifras publicadas de la población de 0-5 años.

No se tiene información sobre la posible omisión del censo ni del método para estimar la población en los años siguientes.

Para la mortalidad infantil, la población expuesta son los nacimientos, que además son indicadores de las necesidades de atención de embarazadas, partos y recién nacidos. No se dispone de estudios sobre la integridad del registro de nacimientos, y se han utilizado las cifras oficiales publicadas.

Estimaciones de la mortalidad

También se carece de evaluaciones de la omisión del registro de defunciones en la niñez. El examen de la información disponible pone de manifiesto varias inconsistencias.

Las tasas de mortalidad infantil publicadas (cuadro 2) son 30.9 y 34.0 por mil para los años 1971 y 1972, en tanto que exceden 40 por mil en los años siguientes, lo que hace sospechar una omisión en el registro en esa época, por lo menos.

Por otra parte, las tasas registradas son menores que las correspondientes cifras publicadas en las tablas de mortalidad de 1970 y 1980, las que se presumen han sido corregidas:

Tabla 1969-71	q(1): 56.4	smo : 5.27 (por mil)
Tasas registradas	0-1 : 43.1	1-4 : 4.61 (1969)
Tabla 1979-81	q(1): 38.1	smo : 3.55
Tasas registradas	0-1: 31.8	1-4 : 1.85 (1979)

También estas disparidades hacen pensar que las tasas de registro puedan estar subestimando la mortalidad.

En cuanto a las tabulaciones de OPS (que han sido proporcionadas por el país), hay disparidades con la publicación nacional respecto al número de muertes bajo un año, que son más bajas en esta última:

	Abstract 1987	OPS
1980	180	203
1982	135	141
1984	151 (R)	162
1986	142 (P)	152

Se han utilizado las cifras del Abstract en todos los cuadros, excepto en aquéllos sobre causas de muerte, que fueron elaborados con los datos de OPS.

En el cuadro 1, que presenta las estimaciones más recientes de la mortalidad en los 7 países considerados en el informe, las tasas para 1985 fueron estimadas aceptando que las diferencias encontradas entre las tasas promedio de 1979-81 y los valores correspondientes de la tabla de mortalidad, correspondieran a una subestimación del registro de defunciones. Las tasas registradas promedio de 1984-86 fueron corregidas con esta presunta omisión y éstas son las estimaciones que se muestran en este cuadro.

Sobre las causas de muerte, no se tienen datos de la proporción de certificación médica de ellas. La proporción de muertes por causas "mal definidas" son:

	1969-71	1984-86
edad 0-1	21.4%	12.7%
edad 1-4	30.3%	15.2%

Estas muertes fueron redistribuidas según la proporción de las causas definidas.

Las deficiencias que se han detectado deben ser consideradas en el análisis de los resultados.

Sobre la información relativa a mortalidad en la niñez

Es poco lo que se puede decir sobre el sistema de información con los datos de que se ha dispuesto.

La evaluación de los censos de población (que seguramente se ha hecho porque hay referencias a proyecciones de población) es conveniente que sea conocida y considerada al establecer metas en el sector salud.

La evaluación del registro de nacimientos, y particularmente el de defunciones, que es el que habitualmente tiene mayor omisión, debería aclarar las dudas que se han mencionado. En otros países, la omisión en las poblaciones más rurales contribuye a distorsionar el panorama geográfico de la mortalidad en la niñez.

También es conveniente publicar datos y evaluar la calidad del registro de las causas de muerte y de su certificación.

Por cierto, las disparidades que se han señalado en el texto en la comparación de distintas fuentes de investigación deberían ser investigadas y corregidas, si se confirman.

Por último, conviene hacer notar que la auditoría de muertes como actividad de rutina en los programas de salud, es una práctica útil y factible. Proporciona información sobre hogares de riesgo (porque ya ha ocurrido una defunción) y permite investigar las creencias de la madre y la familia sobre el cuidado del niño en salud y enfermedad, los factores que deciden la utilización del sistema de salud y evaluar la capacidad de respuesta de este sistema ante enfermedades graves del niño.

LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ: NIVELES, TENDENCIAS, ESTRUCTURA POR EDAD

En el conjunto de países que han sido considerados en el presente informe, Belice aparece como un país de mortalidad relativamente baja, con una tasa de 8 por mil en los menores de cinco años. No obstante deben recordarse las observaciones hechas en el capítulo precedente, que hacen pensar que pudiera haber una subestimación de la mortalidad en las tasas registradas.

En el primer año de vida, que es el más riesgoso de la edad en estudio, la mortalidad es también relativamente baja en el grupo. Sin embargo, la mortalidad postneonatal, que es la que experimenta mayor reducción cuando la mortalidad infantil está en descenso, es aquí aún mayor que la mortalidad neonatal, y aporta el 54% de las muertes en el primer año de vida.

La situación actual, de acuerdo con las tendencias mostradas por las tasas de registro en el periodo 1969-1985, resulta de un significativo descenso en este periodo. La mortalidad infantil se ha reducido de 47 a 20 por mil. Más aún, las reducciones porcentuales muestran que esta baja tiende a acelerarse.

Por el contrario, la mortalidad en la edad 1-4 años (de la cual se dispone de información fragmentaria), después de un descenso importante, pareciera que tiene una tendencia a la estabilización.

El cuadro 1 permite juzgar, por comparación, la situación más reciente de la mortalidad en la niñez en Belice con la que ha alcanzado Costa Rica, que es el país centroamericano que ha hecho mayores progresos en la reducción de la mortalidad en la niñez. Se ve que la mortalidad infantil tiene un exceso de aproximadamente 55% en esta comparación, y que la diferencia es mucho mayor en la mortalidad postneonatal, cuya tasa duplica la de Costa Rica. Ello está señalando las posibilidades -y la necesidad- de mejorar la sobrevivencia infantil.

El cuadro 3 presenta la única información que ha sido posible obtener sobre diferencias geográficas de la mortalidad en la niñez, y se refiere a la mortalidad infantil por distritos. Las tasas son promedios anuales de los años 1983-1985. En todos los otros países se ha observado que la división geográfica que incluye la capital nacional tiene menor mortalidad que otras regiones del país, por la concentración de recursos y servicios en ella, así como por otras características de su desarrollo. Aquí no es así, y el distrito de Belice tiene una tasa intermedia en el conjunto y es algo superior a la tasa nacional.

Cuadro 1

MORTALIDAD ESTIMADA EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN PAISES DE CENTROAMERICA,
PANAMA, BELICE Y ESTADOS UNIDOS
1980-1985

Países	Tasas de mortalidad por 1 000 a/					Menores de 5 años	
	Menores de cinco años	Mortalidad infantil			1-4 años	% Muertes sobre total defunciones b/	Población estimada (miles)
		Total	Neonatal	Postneonatal			
El Salvador, 1982-83	23	75	31	44	8.2	37%	790.4
Guatemala, 1985	25	71	24	47	10.8	44%	1 433.5
Honduras, 1980	26	83	25	58	9.5	34%	662.0
Nicaragua, 1982-83	22	73	34	39	7.9	42%	575.9
Belice, 1985	8	28	13	15	2.3	22%	27.7
Panamá, 1985	8	26	16	10	3.0	19%	280.8
Costa Rica, 1986	4	18	11	7	0.7	16%	371.0
EEUU, 1984	2.6	11	7	4	0.5	-	-

a/ Por 1 000 nacidos vivos en la mortalidad infantil; por 1 000 habitantes en las edades restantes.

b/ Se refiere a defunciones registradas, excepto en El Salvador y Nicaragua.

Fuentes: Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. CELADE, 1988. Sobre métodos de estimación, véase capítulo de Material y Métodos de informes nacionales.

Es evidente la mayor mortalidad de Stann Creek y Toledo, en tanto que Cayo y Carozal aparecen de acuerdo con las tasas registradas, como poblaciones de menor mortalidad. No se tienen elementos de juicio para interpretar estas diferencias. En otros países, cuando hay omisión en el registro de defunciones, ésta es a menudo mayor en los distritos más rurales, disminuyendo los contrastes geográficos de la mortalidad.

Cuadro 2

TENDENCIAS ESTIMADAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL
1960-1981

Años	Tasas (por mil)		Descenso % a/	
	Infantil	1-4 años	Infantil	1-4 años
1969	47.2	4.61		
1970	51.2			
1971	30.9			
1972	34.0			
1973	41.7			
1974	42.5	3.52		
1975	42.6		1970-75	10 24
1976	45.1			
1977	40.0			
1978	39.9			
1979	37.8	1.95		
1980	30.2		1975-80	15 47
1981	27.5			
1982	20.9			
1983	23.2			
1984	26.2	1.77 b/		
1985	20.6		1980-85	36 4
1986	23.0			

a/ Entre los promedios trienales centrados en años que se indican.

b/ Promedio de los años 1984 y 1986.

Fuentes: Abstract of Statistics, 1986. OPS, Banco de Datos.
NU. Anuarios Demográficos.

Cuadro 3

MORTALIDAD INFANTIL POR DISTRITOS
1983-85

Distritos	Defunciones a/	Tasas por mil
TOTAL PAIS	136	22.9
Belize	54	26.0
Cayo	17	16.1
Corozal	14	18.1
Orange Walk	14	14.4
Stann Creek	15	30.1
Toledo	22	39.0

a/ Promedio anual 1983-85.

Fuente: Abstract of Statistics, 1986.

LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA NIÑEZ

Las causas de muerte fueron agrupadas en categorías que tengan significación para los programas de salud, según se detalla en el Anexo. Deben considerarse las reservas hechas anteriormente sobre la calidad de la información.

La mortalidad en el menor de un año

El cuadro 4 muestra que las causas a que se atribuye la muerte infantil son de una etiología infecciosa en un tercio de los casos. Destacan principalmente las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. Aunque las estadísticas de mortalidad reflejan mal el rol de la desnutrición en la muerte del niño, esta causa aparece en el 5% de los casos. Otro tercio de las defunciones se atribuye a causas propias al período perinatal.

Cuadro 4

LAS CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE UN AÑO
1969-1971 Y 1984-1986

Causas de muerte	1969-1971		1984-1986		Cambio % de tasas 1970 a 1985
	Tasas	%	Tasas	%	
TODAS LAS CAUSAS	419.3	100.0	265.0	100.0	- 37
Enfermedades infecciosas y parasitarias	120.7	28.8	42.2	15.9	- 65
Infecciones intestinales	98.8	23.6	32.9	12.4	- 67
Previsibles por vacunación	8.5	2.0	5.1	1.9	- 40
Desnutrición	9.2	2.2	14.3	5.4	+ 55
Infecciones respiratorias agudas	89.6	21.4	49.0	18.5	- 45
Perinatales	143.3	34.2	92.8	35.0	- 35
Anomalías congénitas	11.3	2.7	10.1	3.8	- 11
Causas restantes	45.2	10.7	56.6	21.4	+ 25

Fuente: Banco de Datos de OPS.

La comparación con la estructura de las causas de muerte 15 años antes (período en el cual la tasa por todas las causas ha bajado de 42 a 26 por mil), indica que esta reducción se ha extendido a casi todos los grupos de causas que se han identifica-

do. Ha habido particular progreso en la reducción por infecciones intestinales (a un tercio de la tasa inicial) y también de las enfermedades infecciosas inmuno-previsibles. Es notable la baja en la mortalidad que se atribuye a las infecciones respiratorias agudas. El progreso es menor en la mortalidad perinatal y, en cuanto a la desnutrición, las cifras registradas señalan aumento.

Cuadro 5

LAS MUERTES INFANTILES QUE PODRIAN EVITARSE
1984-1986

Causas de muerte	Tasas (por 10 000)		Defunciones en Belice			
	EEUU 1984	Belice 1982-1984	Espe- radas	Regis- tradas a/	Exceso	Distribución % del exceso
TODAS LAS CAUSAS	107.8	265.0	64	157	93	100
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.3	42.2	1	25	24	26
Infecciones intestinales	0.5	32.9	0	20	20	22
Previsibles por vacunación	0.0	5.1	0	3	3	3
Desnutrición	0.0	14.3	0	8	8	9
Infecciones respiratorias agudas	2.7	49.0	2	29	27	29
Perinatales	60.1	92.8	36	55	19	20
Causas restantes	42.7	62.5	25	40	15	16

a/ Promedio de las defunciones de 1984 y 1986.

Fuente: Banco de Datos. OPS. Anuario OMS, 1987.

Con el fin de cuantificar los excesos que aún persisten en la mortalidad en esta edad, ella ha sido comparada con la de EEUU en 1984 (tasa 10.8 por mil). Se estimaron las muertes que ocurrirían en Belice si los nacimientos estuvieran expuestos a los riesgos existentes en ese país (muertes esperadas). Estas fueron comparadas con las muertes registradas. La estructura porcentual por causas de esta mortalidad en exceso se indica en la última columna del cuadro 5.

La mortalidad comparada (tasas por 10 000 nacimientos) muestra excesos en Belice en todos los grupos investigados. Este es particularmente grande en las enfermedades infecciosas (tasa 18 veces mayor), en gran parte debido a que las infecciones intestinales y las enfermedades previsibles han sido casi erradicadas en EEUU. Esto es también evidente en las muertes por desnutrición. Y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas tie-

nen también una tasa extraordinariamente excesiva. La diferencia es menor en la mortalidad perinatal, pero en todo caso ella tiene un exceso de 54% respecto a EEUU.

Cuadro 6

CAUSAS DE MUERTE NEONATAL Y POSTNEONATAL
1970-1972 Y 1982-1984

Causas de muerte	Neonatal		Postneonatal	
	Tasas	Distribución %	Tasas	Distribución %
TODAS LAS CAUSAS	123.2	100.0	141.8	100.0
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4.2	3.4	38.0	26.8
Infecciones intestinales	2.5	2.0	30.4	21.4
Previsibles por vacunación	1.7	1.4	3.4	2.4
Desnutrición	0.8	0.6	13.5	9.5
Infecciones respiratorias agudas	9.3	7.6	39.7	28.0
Perinatales	90.3	73.3	2.5	1.8
Anomalías congénitas	5.9	4.8	4.2	3.0
Causas restantes	12.7	10.3	43.9	30.9

Fuente: Banco de Datos de OPS.

De este modo, casi el 60% de las muertes actualmente registradas podrían ser evitadas. Las enfermedades diarreicas forman un quinto de esta mortalidad en exceso y las infecciones respiratorias agudas, casi un 30%.

El cuadro 6 presenta las tasas registradas en 1985-86 por causas, separadamente para los dos componentes de la mortalidad infantil. Se observa en la mortalidad neonatal que el principal problema radica en las defunciones que se atribuyen a causas perinatales, que son tres cuartos de las muertes de esta edad. La tasa por este grupo de causas es bastante mayor, respecto a la de EEUU, como se acaba de mencionar.

La situación es más desfavorable en la mortalidad postneonatal, que desde luego es mayor que la neonatal. Aquí la infección aparece como el agente letal más importante, y son las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas las que constituyen el problema principal.

Las causas de muerte en la edad 1-4 años

Sólo la mitad de las defunciones de esta edad está incluida en los grupos de causas que se están analizando. Tal como en la mortalidad infantil, una parte importante de esta mortalidad corresponde a una etiología infecciosa, siendo las enfermedades diarreicas y las infecciosas respiratorias agudas las predominantes (cuadro 7).

La comparación con la estructura de la mortalidad en 1970 muestra importantes progresos, con reducciones de 64% a 81% en las causas que se han identificado.

Las posibilidades de ulterior reducción son evidentes si se piensa que la mortalidad de 1-4 años en Costa Rica, 1985, era de 7.6 por 10 000, y en EEUU de 5.2 por 10 000 en 1984.

Cuadro 7

LAS CAUSAS DE MUERTE EN LA EDAD 1-4 AÑOS 1969-1971 Y 1984-1986

Causas de muerte	Tasas por 10 000		Cambio % entre 1970 a 1985
	1969-71	1984-86	
TODAS LAS CAUSAS	39.0	17.7	- 55
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13.8	4.9	- 64
Infecciones intestinales	10.7	3.1	- 71
Previsibles por vacunación	0.7	0.2	- 71
Desnutrición	4.1	1.6	- 61
Infecciones respiratorias agudas	13.5	2.5	- 81
Causas restantes	7.6	8.7	+ 14

Fuente: Banco de Datos. OPS.

SINTESIS

Se resumen a continuación las principales características de la mortalidad en la niñez en el país. Debe tomarse en consideración la escasez de información de que se ha dispuesto y las reservas sobre su calidad, que se mencionaron en Material y Métodos.

De acuerdo a la información registrada, Belice se ubica en los países de mortalidad relativamente baja en el conjunto que se ha estudiado. La tasa en el menor de cinco es de 8, la de mortalidad infantil alcanza a 28 y la tasa en la edad 1-4 años de 2.3 por mil. La mortalidad postneonatal, sin embarco, aún ocasiona el 54% de las muertes en el primer año de vida.

Estos niveles se han alcanzado por una importante reducción del riesgo de morir entre 1970 y 1985, período en el cual la mortalidad se redujo a menos de la mitad. En la mortalidad infantil hay una aceleración en este descenso, en tanto que en la edad 1-4 años la tendencia es a un más lento descenso. Esta evolución se originó en una significativa baja en aquellos grupos de causas que más contribuyen a una alta mortalidad: las enfermedades diarreicas, las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación y las infecciones respiratorias agudas.

El limitado estudio de los diferenciales geográficos muestra un país heterogéneo en cuanto a la mortalidad infantil registrada, que en algunos distritos casi duplica la de aquéllos con menores tasas. Sin embargo, se necesita mayor estudio del grado de integridad del registro en estas diversas comunidades para evaluar tales diferencias.

A pesar de la evolución favorable que se ha reseñado, la comparación de la mortalidad en la niñez con Costa Rica, el país centroamericano que está más avanzado en su reducción, señala que persisten excesos de significación. La comparación con EEUU señala que casi el 60% de las muertes infantiles podrían ser evitadas, las cuales aparecen vinculadas principalmente a las enfermedades diarreicas y a las infecciones respiratorias agudas.

ANEXO

AGRUPACION DE CAUSAS DE MUERTE

Grupos de causas	Clasificación Internacional (lista 3 dígitos)	
	Ba. revisión	9a. revisión
1. <u>Enfermedades infecciosas y parasitarias</u>	000-136	001-139
1a. Enf. infecciosas intestinales Incluye:	000-009	001-009
cólera	000	001
fiebre tifoidea	001-002	002
otras salmonelosis	003	003
shigelosis	004	004
otras intox. alimentarias	005	005
amebiasis	006	006
otras inf. int. por protoz.	007	007
otras infec. intestinales	008	008
infec. intest. mal definidas	009	009
1b. Enf. infecciosas previsibles por vacunación. Incluye:		
tuberculosis	010-019	010-018
difteria	032	032
tos ferina	033	033
tétanos	037	037
poliomielitis	040-043	045
sarampión	055	055
2. <u>Desnutrición.</u> Incluye:	260-269	260-269
kwashiorkor	267	260
marasmo nutricional	268	261
otras desnut. proteíno- calóricas graves	269	262
deficiencias vitamínicas	260-265	264-268
otras defic. nutricionales	266	269

3. Infecciones respiratorias agudas

Incluye:

Infecciones respiratorias agudas de vías superiores, bronquitis y bronquiolitis agudas	460-466	460-466
influenza	470-474	487
neumonías	480-486	480-486
bronquitis no calificada	490	490
angina estrept. y escarlatina	034	034
otitis media, mastoiditis	381-383	381-383

4. Afecciones originadas en el período perinatal. Incluye:

	760-779	760-779
enf. maternas que afectan al recién nacido	760-763	760
complicaciones obstétricas	764-771	761-763
crecimiento lento, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso nacimto.	777	764-765
traumatismo del nacimiento	772	767
hipoxia, asfixia, otras respiratorias del rec. nac.	776	768-770
enfermedad hemolítica RN	774-775	773
otras perinatales	778-779	776-771
		772
		774-779

5. Traumatismos y envenenamientos E.800-999 E.800-9996. Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos 780-796 780-7997. Causas restantes

NOTA: Debido a que a veces sólo se dispuso de listas abreviadas y no de la lista de tres dígitos, algunas rúbricas fueron agregadas o suprimidas de la enumeración anterior. Por ejemplo, con frecuencia se usó el grupo 490-493, que incluye bronquitis crónica, enfisema y asma, además de bronquitis no calificada, que es un diagnóstico frecuente. Sin embargo, estas alteraciones son mínimas y no afectan en general a la interpretación y comparación de los grupos de causas.

BIBLIOGRAFIA

Banco de Datos. Organización Panamericana de la Salud.

CARICOM. Population Census of the Commonwealth Caribbean. Belize. Vol. I. 1980-1981.

Ministry of Economic Development. Central Statistical Office. Abstract of Statistics. 1986 y 1987. Belmopan, Belize.