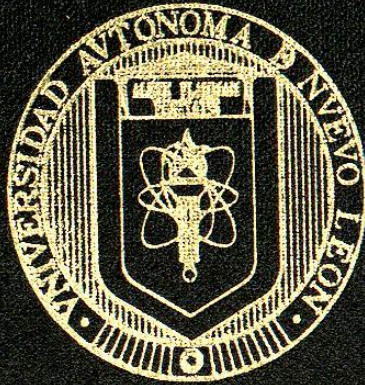


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE SALUD PUBLICA Y NUTRICION
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SALUD ENTRE
EL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY
Y RESTO DEL ESTADO DE NUEVO LEON
PARA EL AÑO DE 1995

TESIS

CON OPCION A TITULO DE:
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

PRESENTAN

DRA. ELDA YOLANDA MONTALVO CORDOVA
DRA. MARTHA ELISA CASTAÑEDA RIOS

MONTERREY, NUEVO LEON FEBRERO DEL 2000

TM
RA452
.N8
M6
2000
c.1



FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



TESIS

TÍTULO

ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SALUD ENTRE EL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY Y RESTO DEL ESTADO DE
NUEVO LEÓN PARA EL AÑO DE 1995

PRESENTAN:

DRA. ELDA YOLANDA MONTALVO CORDOVA

DRA. MARTHA ELISA CASTAÑEDA RÍOS

MONTERREY NUEVO LEÓN

FEBRERO DEL 2000

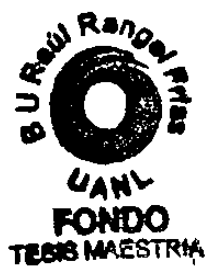
TM

PLAHS2

. N8

M6

2000



FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



TESIS

TÍTULO

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SALUD ENTRE EL ÁREA
METROPOLITANA DE MONTERREY Y RESTO DEL ESTADO DE
NUEVO LEÓN PARA EL AÑO DE 1995**

PRESENTAN:

DRA. ELDA YOLANDA MONTALVO CORDOVA

DRA. MARTHA ELISA CASTAÑEDA RÍOS

MONTERREY NUEVO LEÓN

FEBRERO DEL 2000

Monterrey, N.L., Mayo 17 de 1999.

Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
Subdirector de Estudios de Posgrado de la
Facultad de Salud Pública y Nutrición de la UANL
P r e s e n t e . -

Me permito informarle que he concluído mi asesoría de la tesis titulada "Estudio comparativo de nivel de salud entre el área metropolitana de Monterrey y resto de Nuevo León para el año de 1995" para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública, a fin de que sea turnado al Comité de Tesis para la revisión y aprobación en su caso.

Sin otro particular, me es grato extender la presente.

A t e n t a m e n t e ,


Lic. Luis Gerardo Gómez Guzmán, MSP.
Asesor



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN
Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

≡ APRUEBO ≡

la tesis titulada "Estudio comparativo de nivel de salud entre el área metropolitana de Monterrey y resto de Nuevo León para el año de 1995", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública.

Atentamente,
Monterrey, N.L., 6 de Diciembre de 1999.

"Alere Flammam Veritatis"


Lic. Luis Gerardo Gómez Guzmán, MSP.
Miembro del Comité de Tesis





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yurria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

~ APWEBO ~

la tesis titulada "Estudio comparativo de nivel de salud entre el área metropolitana de Monterrey y resto de Nuevo León para el año de 1995", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública.

Atentamente,
Monterrey, N.L., 20 de Enero de 2000

"Alere Flammam Veritatis"


Dr. Esteban Gilberto Ramos Peña, MSP.
Miembro del Comité de Tesis





**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**

Ave. Dr. Eduardo Aguirre Pequeño y Yuriria, Col. Mitras Centro,
C.P. 64460, Monterrey, N.L., México
Tels. (8) 348-60-80, 348-64-47 y 348-43-54 (en fax)
E-mail: faspyn@nl1.telmex.net.mx
esolis@ccr.dsi.uanl.mx



DICTAMEN DEL COMITÉ DE TESIS

Como Miembro del Comité de Tesis de la Subdirección de Estudios de Posgrado,

≈ APROBADO ≈

la tesis titulada "Estudio comparativo de nivel de salud entre el área metropolitana de Monterrey y resto de Nuevo León para el año de 1995", con la finalidad de obtener el Grado de Maestría en Salud Pública.

Atentamente,

Monterrey, N.L., 6 de Diciembre de 1999.

"Alere Flammam Veritatis"

**Dr. en Cienias Pedro César Cantú Martínez
Miembro del Comité de Tesis**



ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SALUD ENTRE EL AREA METROPOLITANA DE MONTERREY Y RESTO DEL ESTADO DE NUEVO LEON PARA EL AÑO DE 1995

RESUMEN

Uno de los temas mas discutidos en día y que preocupa de manera creciente a gobernantes, investigadores y organismos internacionales, es la procuración y estudio del proceso de salud, lo cual conlleva a analizar el nivel de desarrollo optimo para la población y así mejorar la calidad de vida. Ante este hecho, la presente investigación tuvo como objetivo analizar el nivel de salud de la población de Nuevo León y hacer una comparación entre el área metropolitana y resto del estado para 1995. Mediante la utilización de indicadores negativos de salud investigados: como morbilidad de notificación obligatoria, egresos hospitalarios, mortalidad así como la esperanza de vida por género y grupos de edad de dichas poblaciones. Se puede concretar que existe evidencia en la diferencia en el nivel de salud en el área metropolitana y el resto del Estado de Nuevo León, La diferencia esta dada en cuanto a el numero de casos presentados en cada área, haciendo resaltar la similitud observada en la morbilidad general y su jerarquización de las patologías así como el predominio de las enfermedades infecciosas intestinales, entre ellas las helmintiasis, amibiasis y las mal definidas en el resto del estado. En el rubro de egresos hospitalarios general las primeras dos causas son: causas obstétricas directas y parto normal, tanto en la Secretaria de Salud, como en el Instituto Mexicano del Seguro Social, marcando la diferencia al analizarla por genero. En el estudio de mortalidad general, se observó que dentro de las primeras cinco causas de muerte presentaron el mismo patrón de patologías sólo difiriendo en el orden dado por accidentes y enfermedades crónico degenerativas, resaltando al analizarlo por grupo de edad y género la diferencia por área. En el rubro de esperanza de vida es mayor en el resto del estado en comparación AMM y Estado de Nuevo León , así como por género el femenino presenta mayor esperanza de vida que el masculino, esto debido a los diferentes factores que pueden influir, como las condiciones de distribución de la población los factores sociodemográficos y estructurales como el acceso a los servicios de salud, la distribución de los recursos económicos indagados en base a la información administrativa de dichos indicadores por lo tanto es importante retomar el análisis de las condiciones de salud de los habitantes en forma desagregada esto nos permitirá apreciar la similitud y diferencias en sus aspectos esenciales para medir el logro en que la salud se encuentra ausente o limitada. Así mismo se estableció que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de salud y sus tasas en área metropolitana y resto del estado de Nuevo León.

Dra. Elda Yolanda Montalvo Cordova
Dra. Martha Elisa Castañeda Rios

Dedicatoria

A mi esposo....

Por su amor, paciencia, dedicación, comprensión y gran apoyo en todo momento, sin dejar de creer en mi

Jorge amor mío a ti te debo lo que soy en todo momento.

A mis padres....

Por su amor comprensión y por la forma tan maravillosa que me inculcaron valores y confianza para llegar a ser una persona, plenamente realizada y feliz.

Agradecimientos

A mis asesores....

Por su interés, apoyo y paciencia el cual no decayó durante el lapso de tiempo de la investigación, los cuales me dieron valor y confianza para llegar a la realización plena de la tesis. Pensar que nunca podré pagar esta acción tan noble.

Lic. Luis Gerardo Gómez Guzmán MSP

Doctor en Ciencias Pedro César Cantú Martínez

A las Autoridades....

Del Consejo Estatal de Población y a su distinguido personal por el interés, apoyo y paciencia otorgadas para el desarrollo y realización de la tesis.

Al Instituto Mexicano Del Seguro Social, Facultad de Enfermería de la UANL, y a su distinguido personal por las facilidades otorgadas, para el desarrollo y realización de la maestría

Gracias

INDICE

RESUMEN

	Pagina
Dedicatoria	
Agradecimientos	
1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema	6
2.1 Justificación	7
2.2 Objetivos	11
3. Marco Teórico	13
4. Hipótesis	41
5. Metodología	42
5.1 Operacionalización	42
5.2 Definición de Variables Indicadoras	43
5.2.1 Desarrollo del Análisis de los Indicadores de Salud	44
5.3 Universo	45
5.4 Métodos	46
5.5 Procedimientos	49
6. Resultados	51
6.1 Contexto Estatal	
6.1.1 Morbilidad	53
6.1.1.1 Morbilidad por padecimientos de notificación obligatoria	
6.1.1.2 Morbilidad Infantil	

6.1.1.3	Morbilidad en Edad Preescolar	
6.1.2	Egresos	56
6.1.2.1	Egresos hospitalarios en el estado de Nuevo León	
6.1.2.2	Egresos hospitalarios de la población masculina	
6.1.2.3	Egresos hospitalarios de la población femenina	
6.1.3	Mortalidad en el estado de Nuevo León	59
6.1.3.1	Mortalidad de la población masculina	
6.1.3.2	Mortalidad de la población femenina	
6.1.3.3	Mortalidad Infantil de la población masculina	
6.1.3.4	Mortalidad Infantil de la población femenina	
6.1.3.5	Mortalidad de la población masculina en edad preescolar	
6.1.3.6	Mortalidad de la población femenina en edad preescolar	
6.1.4	Esperanza de Vida General en el estado de Nuevo León	67
6.1.4.1	Esperanza de vida de la población masculina	
6.1.4.2	Esperanza de vida de la población femenina	
6.2	Contexto Regional	71
6.2.1	Área Metropolitana	
6.2.1.1	Morbilidad General	73
6.2.1.2	Morbilidad Infantil	
6.2.1.3	Morbilidad Preescolar	
6.2.2.1	Egresos hospitalarios de la SSA General	76
6.2.2.2	Egresos hospitalarios de la población masculina	
6.2.2.3	Egresos hospitalarios de la población femenina	

6.2.2.4	Egresos hospitalarios del IMSS General	79
6.2.2.5	Egresos hospitalarios de la población masculina	
6.2.2.5	Egresos hospitalarios de la población femenina	
6.2.3	Mortalidad General en el área metropolitana	84
6.2.3.1	Mortalidad de la población masculina	
6.2.3.2	Mortalidad de la población femenina	
6.2.3.3	Mortalidad Infantil de la población masculina	
6.2.3.4	Mortalidad Infantil de la población femenina	
6.2.3.5	Mortalidad de la población masculina en edad preescolar	
6.2.3.6	Mortalidad de la población femenina en edad preescolar	
6.2.3.7	Mortalidad de la población masculina en edad productiva	
6.2.3.8	Mortalidad de la población femenina en edad productiva	
6.2.3.9	Mortalidad de la población masculina en edad post-productiva	
6.2.3.10	Mortalidad de la población femenina en edad post-productiva	
6.2.4	Esperanza de vida general para el área metropolitana de Monterrey	96
6.2.4.1	Esperanza de vida de la población masculina	
6.2.4.2	Esperanza de vida de la población femenina	
6.3	Resto del estado de Nuevo León	100
6.3.1	Morbilidad General	101
6.3.2	Morbilidad Infantil	
6.3.3	Morbilidad Preescolar	

6.3.4	Egresos hospitalarios SSA General	104
6.3.4.1	Egresos hospitalarios de la población masculina	
6.3.4.2	Egresos hospitalarios de la población femenina	
6.3.4.3	Egresos hospitalarios del IMSS General	
6.3.4.4	Egresos hospitalarios de la población masculina	
6.3.4.5	Egresos hospitalarios de la población femenina	
6.3.5.1	Mortalidad de la población masculina	112
6.3.5.2	Mortalidad de la población femenina	
6.3.5.3	Mortalidad Infantil de la población masculina	
6.3.5.4	Mortalidad Infantil de la población femenina	
6.3.5.5	Mortalidad de la población masculina en edad preescolar	
6.3.5.6	Mortalidad de la población femenina en edad preescolar	
6.3.5.7	Mortalidad de la población masculina en edad productiva	
6.3.5.8	Mortalidad de la población femenina en edad productiva	
6.3.5.9	Mortalidad de la población masculina en edad post-productiva	
6.3.5.10	Mortalidad de la población femaenina en edad post-productiva	
6.3.6.1	Esperanza de Vida General para el resto del estado de Nuevo León	124
6.3.6.2	Esperanza de vida de la población masculina	
6.3.6.3	Esperanza de vida de la población femenina	
6.4	Análisis de Resultados	127

7.	Discusión	132
8.	Conclusiones	153
9.	Bibliografía	163
10.	Glosario de términos	168
11.	Anexos	172

INDICE DE FIGURAS

	Paginas
Figura 1	Piramide de población Nuevo León 1995 52
Figura 2	Principales causas de morbilidad general en el estado de Nuevo León 1995 53
Figura3	Principales causas de Morbilidad Infantil en Nuevo León 54
Figura4	Principales causas de morbilidad en edad preescolar 55
Figura 5	Principales causas de egresos hospitalarios general del estado de Nuevo León 1995 56
Figura6	Principales causas de egresos hospitalarios de la población masculina en el estado de Nuevo León 1995 57
Figura 7	Principales causas de egresos hospitalarios de la población femenina en el estado de Nuevo León 1995 58
Figura 8	Principales causas de Mortalidad general de la población total Nuevo León 1995 60
Figura 9	Piramide de población del área metropolitana d1995 72
Figura 10	Principales causas de morbilidad general en el area metropolitana de Monterrey 1995 73
Figura 11	Principales causas de morbilidad infantil en el área metropolitana de Monterrey 1995 74
Figura 12	Principales causas de morbilidad en edad preescolar en el área metropolitana de Monterrey 1995 75
Figura 13	Principales causas de egresos hospitalarios general de la SSA en el área metropolitana de Monterrey 1995 76
Figura 14	Principales causas de egresos hospitalarios de la población masculina en el área metropolitana de Monterrey 1995 77
Figura 15	Principales causas de egresos hospitalarios de la población femenina en el área metropolitana 1995 78

Figura 16	Principales causas de egresos hospitalarios en el área IMSS en el área metropolitana de Monterrey 1995	79
Figura 17	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS de la población masculina en el área metropolitana 1995	81
Figura 18	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS de la población femenina en el área metropolitana 1995	83
Figura 19	Principales causas de mortalidad general de la población total área metropolitana de Monterrey 1995	85
Figura 20	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad productiva área metropolitana de Monterrey 1995	92
Figura 21	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad productiva área metropolitana de Monterrey 1995	93
Figura 22	Piramide de población del resto del estado 1995	100
Figura 23	Principales causas de morbilidad general en el resto del estado de Nuevo León	101
Figura 24	Principales causas de mortalidad infantil en el área metropolitana de Monterrey 1995	102
Figura 25	Principales causas de morbilidad en edad preescolar en el resto del estado de Nuevo León 1995	103
Figura 26	Principales causas de egresos hospitalarios general en el resto del estado de Nuevo León 1995	104
Figura 27	Principales causas de egresos hospitalarios de la población masculina en el resto del estado de Nuevo León	105
Figura 28	Principales causas de egresos hospitalarios de la población femenina en el resto del estado de Nuevo León 1995	106
Figura 29	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS en el resto del estado de Nuevo León 1995	107
Figura 30	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS de la población masculina en el resto del estado de Nuevo León 1995	109

Figura 31	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS de la población femenina en el resto del estado de Nuevo León 1995	111
Figura 32	Principales causas de mortalidad general de la población total de los municipios del resto del estado de Nuevo León 1995	113

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1	Principales causas de mortalidad general de la población total, de Nuevo León, 1995.	59
Cuadro No. 2	Principales causas de mortalidad de la población masculina de Nuevo León, 1995.	61
Cuadro No. 3	Principales causas de mortalidad general de la población femenina de Nuevo León, 1995.	62
Cuadro No. 4	Principales causas de mortalidad infantil de la población masculina, de Nuevo León, 1995.	63
Cuadro No. 5	Principales causas de mortalidad infantil de la población femenina, de Nuevo León, 1995.	64
Cuadro No. 6	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad preescolar, Nuevo León, 1995.	65
Cuadro No. 7	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad Preescolar, Nuevo León, 1995.	66
Cuadro No. 8	Tabla de vida de la población total Nuevo León 1994 – 1995.	68
Cuadro No. 9	Tabla de vida de la población Masculina Nuevo León 1994 – 1995.	69
Cuadro No. 10	Tabla de vida de la población femenina Nuevo León 1994 – 1995.	70
Cuadro No. 11	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS, de la población masculina, en el área metropolitana, 1995.	80
Cuadro No. 12	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS, de la población femenina, en el área metropolitana, 1995.	82

Cuadro No. 13	Principales causas de Mortalidad general de la población total, área metropolitana de Monterrey, 1995.	84
Cuadro No. 14	Principales causas de mortalidad general de la población masculina, área metropolitana de Monterrey, 1995.	86
Cuadro No. 15	Principales causas de mortalidad general de la población femenina, área metropolitana de Monterrey, 1995.	87
Cuadro No. 16	Principales causas de mortalidad infantil de la población masculina área metropolitana de Monterrey, 1995.	88
Cuadro No. 17	Principales causas de mortalidad infantil de la población femenina área metropolitana de Monterrey, 1995.	89
Cuadro No. 18	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad preescolar, área metropolitana de Monterrey, 1995.	90
Cuadro No. 19	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad preescolar, área metropolitana de Monterrey, 1995.	91
Cuadro No. 20	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad post- productiva, en el área metropolitana de Monterrey, 1995.	94
Cuadro No. 21	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad post-productiva, en el área metropolitana de Monterrey, 1995.	95
Cuadro No. 22	Tabla de vida de la población total área metropolitana de Monterrey 1995.	97
Cuadro No. 23	Tabla de vida de la población masculina área metropolitana de Monterrey 1995.	98
Cuadro No. 24	Tabla de vida de la población femenina área metropolitana de Monterrey 1995.	99

Cuadro No. 25	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS, de la población masculina, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	108
Cuadro No. 26	Principales causas de egresos hospitalarios en el IMSS, de la población femenina, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	110
Cuadro No. 27	Principales causa de mortalidad general de la población total. Municipios del resto del estado de Nuevo León, 1995.	112
Cuadro No. 28	Principales causas de mortalidad general de la población masculina.en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	114
Cuadro No. 29	Principales causas de mortalidad general de la población femenina.en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	115
Cuadro No. 30	Principales causas de mortalidad infantil de la población masculina.en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	116
Cuadro No. 31	Principales causas de mortalidad infantil de la población femenina.en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	117
Cuadro No. 32	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad preescolar, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	118
Cuadro No. 33	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad preescolar, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	119
Cuadro No. 34	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad productiva, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	120
Cuadro No. 35	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad productiva, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	121

Cuadro No. 36	Principales causas de mortalidad de la población masculina en edad post-productiva, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	122
Cuadro No. 37	Principales causas de mortalidad de la población femenina en edad post-productiva, en el resto del estado de Nuevo León, 1995.	123
Cuadro No. 38	Tablá de vida de la población total resto del estado de Nuevo León 1995.	125
Cuadro No. 39	Tabla de vida de la población masculina resto del estado de Nuevo León 1995.	126
Cuadro No. 40	Tabla de vida de la población femenina resto del estado de Nuevo León 1995.	127

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas mas discutidos y analizados hoy en día y que preocupan de un modo u otro, de manera creciente a gobernantes, investigadores y organismos internacionales, es la procuración y estudio del proceso de la salud y enfermedad, que conlleve a un nivel de salud optimo para la población.

Para poder apreciar y valorar el nivel de salud y bienestar de una población se utilizan habitualmente los indicadores de salud, los cuales son medidas que representan un solo dato y resumen un conjunto de estadísticas y, pueden servir de medidas indirectas cuando no se dispone de información, estos son de carácter negativos o positivos y, responden a la necesidad de expresar cuantitativamente las variables que son objeto de estudio.

La Organización Mundial de la Salud las define como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores pueden ser o no cuantitativos y se refieren habitualmente a aspectos concretos, los índices son medidas cuantitativas integradoras que tratan de representar globalmente un

sistema, muchas veces los índices son obtenidos por combinación de varios indicadores.

El nivel de salud, se define como el grado de satisfacción de las necesidades de salud y requerimientos de una población (Cortina Greus, Saiz Sánchez)⁽¹⁾, el cual se miden con mayor frecuencia a través de indicadores negativos como la mortalidad, morbilidad, los cuales han alcanzado una prioridad de carácter universal, ya que cualquier país desarrollado o subdesarrollado, manifiesta interés en este elemento de bienestar social.

En la actualidad se considera que el desarrollo económico y el social son inseparables y guardan una relación estrecha con el nivel de salud de una población.

Sin embargo, hay que advertir que con frecuencia no es posible encontrar o demostrar una correlación directa entre la disponibilidad de recursos sanitarios y el nivel de salud de una población, lo que se debe a la gran cantidad de factores que influyen en la salud, que pueden ser biológicos o ambientales tales como edad, el género, la educación y las características del medio ambiente que lo rodean, entre otras más.

Para evaluar el nivel de salud de una población a través del análisis de los indicadores de salud tales como morbilidad, mortalidad, la esperanza de vida, se evalúan tanto cualitativamente como

cuantitativamente, lo cual nos permitirá conocer el comportamiento de ellos en la población en un periodo de tiempo determinado, y tener una mejor explicación de los niveles de salud recientes y las tendencias de los fenómenos demográficos, y de hechos vitales en la población de estudio. La mortalidad es una variable que permite explicar los cambios en el crecimiento, volumen y estructura de la población, y también conocer el grado de desarrollo social de la misma, ya que refleja las condiciones de vida de los habitantes.

El conocimiento de sus características, niveles y tendencias permite promover acciones que favorezcan el establecimiento de programas de salud que hagan posible la disminución de los niveles hasta ahora registrados, el incremento de la esperanza de vida y, en general, el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

La esperanza de vida es una estimación del número de años que le resta vivir a una persona, tomando como base la mortalidad por edad para determinado año, es decir la probabilidad que tiene una persona en un país determinado de alcanzar una mayor o menor supervivencia, lo que se puede detallar a través de las tablas de vida. Es una medida hipotética y un indicador de las condiciones de salud actual, difiere notoriamente según el género, la edad actual y la raza de una persona.

El conocimiento de las estadísticas de morbilidad es de fundamental importancia en la programación de salud. El estudio de la morbilidad representa una gran complejidad, en primer lugar por problemas conceptuales y de definición de términos relacionados con la delimitación entre la salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, y en segundo lugar por problemas relacionados con la recolección de los datos por deficiencias en el llenado de los informes diarios de consulta, considerado primordial en su registro adecuado.

Dicha información nos permite conocer de que enferman los habitantes en una población, y cuales son las medidas que se deben adoptar para prevenir y repara los daños que la enfermedad ocasiona.

La presente investigación tiene como finalidad el evaluar el nivel de salud de la población en el área metropolitana y resto del estado de Nuevo León, para conocer sus características, niveles y tendencias, y así explicar los cambios que se presentan en las diferentes regiones del estado.

El trabajo se centra primordialmente, en el análisis de las estadísticas demográficas y de hechos vitales obtenidas del XI Censo General de Población y Vivienda 1990, así como registros de los servicios de salud a través del Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades (Epi -1-95), además los registros administrativos de los egresos hospitalarios del estado de Nuevo León, en datos estadísticos del Consejo Estatal de Población de Nuevo León para 1995, y en información estadística básica relevante del

estado de salud; así como el Anuario de Mortalidad de 1995 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Secretaría de Salud (SSA)

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE
INVESTIGACIÓN**

Problema a Investigar

¿ Existe evidencia para decir que hay diferencia entre los niveles de salud en el área metropolitana de Monterrey y el resto del estado de Nuevo León ?

¿ Existe diferencia en la esperanza de vida en el área metropolitana de Monterrey y el resto del estado de Nuevo León ?

JUSTIFICACIÓN

Existe mucha información demográfica y de hechos vitales dispersa que no se ha analizado por las instituciones responsables de coordinar el sector salud, dicha información es importante para que las autoridades del sector salud, puedan abordar políticas de salud de acuerdo a las necesidades que presenta el área metropolitana con respecto al resto del estado de Nuevo León.

La actual administración elaboró un Programa Estatal de Salud, basado en el marco del Programa de Reforma del Sector Salud 1994-2000, propuesto por el Presidente de la República Lic. Ernesto Zedillo Ponce de León, en el cual se efectúa un análisis del nivel de salud en el Estado de Nuevo León a través de los principales indicadores de salud en una forma global, llama la atención que no se presenta ningún análisis por regiones como si se pensara que los problemas de salud se distribuyen uniformemente en todo el territorio estatal.

Recordemos que el Estado de Nuevo León presenta una situación de dualidad, en sus características demográficas y de infraestructura al concentrar en el Area Metropolitana de Monterrey formada por 9 municipios el 84 % de la población alcanzando una densidad de

población de 920 hab/km² , mientras el resto del estado formado por los 42 municipios restantes agrupan al 16 % de la población con apenas una densidad de población de 9.22 hab/km²

En el rubro de educación, el XI Censo de Población y Vivienda señala que la población alfabeta en el estado de Nuevo León de 15 años y más representa el 80.2%, en el área metropolitana y el 15% en el resto del estado mientras que el porcentaje de población de 6 a 14 años que asiste a la escuela registra un 77% en el área metropolitana y 15.6% en el resto del estado. Las características de la vivienda denotan que los materiales predominantes en techos, paredes y pisos, son de concreto en 65.9% en el área metropolitana y 7% en el resto de estado, ladrillo 77.2% en el área metropolitana y 11.8% en el resto del estado y diferentes a tierra 78.5% en el área metropolitana y 15% en el resto del estado respectivamente. La proporción de vivienda propia es de 68.1% en el área metropolitana y 13.6% en el resto del estado, y es manifiesto una mayor disponibilidad de servicios en las mismas al presentar energía eléctrica el 81% en el área metropolitana y 15.1% en el resto del estado, agua entubada el 79.6% en el área metropolitana y 13.1% en el resto del estado, y drenaje el 72.6%. en el área metropolitana y 8.2% en el resto del estado,

El Sector Salud en Nuevo León cuenta con más de 500 unidades médicas y centros de salud, 40 hospitales que suman más de 5,450

camas que corresponden a 1.5 camas por 1,000 habitantes, así como 1.4 médicos por 1,000 habitantes en el área metropolitana y 1.1 médicos por 1,000 habitantes en el resto del estado.

La salud, como muchos otros atributos de las poblaciones humanas, es sumamente sensible a cambios de la organización social.

Nuestro conocimiento sobre su nivel en la población de todo el estado de Nuevo León, es en el mejor de los casos, incompleto y superficial, por una parte por las dimensiones múltiples de la salud y sus determinantes (psicológicos, físicos y sociales), son hasta ahora difíciles de resumir en medidas integrarles, por otra parte la falta de investigación y análisis por desagregación en todo el territorio estatal.

El Consejo Estatal de Población de Nuevo León (COESPO), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), así como la Secretaría de Salud (SSA), son los organismos que generan de información publicada sobre el nivel de salud de la población en el estado de una forma global, llamando la atención que uno de los fenómenos demográficos más analizados a nivel estatal, nacional e internacional es la mortalidad, en una de sus variantes que es la tasa de mortalidad infantil por ser una de las más sensibles a los cambios demográficos de la población, tales como sus características y desarrollo.

En base a las experiencias de los trabajos a nivel del estado y otros de índole nacional e internacional, es importante que se analice cada área en particular, ya que la información con la que se cuenta es general, y para poder apreciar las similitudes y diferencias, en los grupos de población dentro del Estado de Nuevo León resulta útil y apropiado clasificar a las áreas geográficas en base a los indicadores de salud de la población que nos determine el nivel de salud de la misma.

De tal manera que la elaboración del presente trabajo permitirá comprobar si el nivel de salud del Estado de Nuevo León realmente se presenta en forma homogénea o se encuentran afectados por las características estatales de una alta concentración humana en el área metropolitana y una gran dispersión en el resto del estado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Analizar el nivel de salud de la población de Nuevo León y hacer una comparación entre el área metropolitana y resto del estado para 1995

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- 1. Determinar la distribución de la población por grupos etáreos y genero del área metropolitana y el resto del estado de Nuevo León para 1995.**
- 2. Identificar la morbilidad por padecimientos de notificación obligatoria en consulta externa, por causas, general, infantil y preescolar, en el área metropolitana y el resto del estado de Nuevo León.**

3. **Precisar la morbilidad por egresos hospitalarios general, por causas, en el área metropolitana y el resto del estado de Nuevo León.**

4. **Examinar la mortalidad con sus tasas, por grupos de edad, por causas específicas, general, infantil, preescolar, edad productiva y post-productiva, en el área metropolitana y resto del estado de Nuevo León**

5. **Establecer el calculo y comparación de la esperanza de vida en los dos subgrupos establecidos.**

6. **Analizar las primeras causas de muerte en el área metropolitana y resto del estado.**

MARCO TEÓRICO

Se dice que la noción de salud es un concepto relativo y multidimensional según los contextos sociales, culturales y según otras características de los individuos; particularmente su nivel socioeconómico.(2)

La definición de la salud tiende a reflejar una definición profesional y medica de la salud. La que propone la Organización Mundial de la Salud es, "La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste solo en la ausencia de la enfermedad".

Los conceptos de salud existentes han servido para orientar las acciones sanitarias a nivel individual o colectiva. En realidad, la salud y la enfermedad son dos procesos que se vinculan entre si y se sitúan a nivel individual. (3)

El termino de salud toma diferentes connotaciones según los autores especialistas en la materia.

Goldberg la clasifica con los siguientes enfoques:

Perceptual: que define la salud como una percepción de bienestar.

Funcional: que la define como la capacidad de funcionar o el estado de capacidad optima de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para las que ha sido preparado.

Adaptación: La salud es la adaptación acertada y permanente de un organismo a su entorno. La enfermedad corresponde entonces a un defecto de adaptación.(4)

Blum define a la salud en la capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio, apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que este individuo esta razonablemente indemne de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedades o incapacidad, y de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tan bien como su propia realización personal, llamado "campo causal y paradigmas de bienestar en la salud", el cual toma cuatro factores determinantes de la salud que son el medio ambiente, estilo de vida, biología humana, sistemas organizativo de la atención de salud. (5)

La definición propuesta por Bonnevie estima que la salud resulta de una capacidad de comportamiento que comprende los componentes biológicos y sociales, para cumplir las funciones fundamentales que solo pueden serlo por un proceso de adaptación.(6) Bonnevie hace asimismo referencia los diferentes factores asociados a la salud, es decir, los "determinantes de la salud", estos son las condiciones sociales que pueden ser de naturaleza ambiental o social y pueden influir en la de los individuos.(7)

La mayoría de las definiciones presentadas por los autores, comenzando por la de la OMS, a menudo ponen en el mismo nivel las características físicas y psicológicas de un individuo, que son atributos individuales de la salud, y las condiciones sociales que pueden influir en la salud de los individuos; estos últimos son los determinantes de la salud.

Para poder analizar la relación entre los factores de riesgo y el estado de salud y enfermedad, es necesario contar con un amplio marco de referencia o conceptualización de la salud y sus determinantes. Tal marco de referencia deberá ser integrador y operativo desde un punto de vista de una política sanitaria. Alan Dever en 1976, lo presento como el "modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria", en la cual sostiene que los cuatro factores son igualmente importantes.(8)

Por otra parte para conocer el estado o nivel de salud de un población, todos están de acuerdo en reconocer que la información disponible mas utilizada es la mortalidad y la morbilidad que son medidas negativas del concepto de salud, y que deberían considerarse el aspecto positivo de la misma, es decir, el estado de bienestar propuesta por la OMS.

En consecuencia, parece que el aspecto negativo de la salud será aun, durante mucho tiempo utilizado como un reflejo del estado de salud de una población.(9.10)

La presente investigación tiene como línea conductora el estudio y estimación del nivel de salud a través de los indicadores morbilidad, mortalidad, esperanza de vida.

Morbilidad

Las características de morbilidad consisten en información numérica sistémica de la enfermedad en una población ellas permiten conocer de que enferman los habitantes en una población y, por ende, facilitan la determinación de las medidas que deben adoptarse para prevenir y reparar los daños que las enfermedades ocasionan.(11)

El estudio de la morbilidad es bastante más complejo que el de la mortalidad. Además de las dificultades derivadas de la recolección de los datos (v. gr. deficiencias de los empleados encargados de llenar los informes diarios de consulta externa) existen problemas conceptuales y de definición de términos relacionados con la delimitación entre la salud y enfermedad, normalidad y anormalidad.(12)

El conocimiento cabal de las estadísticas de morbilidad es de fundamental importancia en la programación de la salud.

En la formulación de los programas las estadísticas de morbilidad sirven para definir la magnitud (cantidad y gravedad) y la naturaleza de los problemas de salud (tipos de enfermedad, etc.) En la ejecución de los programas, presentan utilidad epidemiológica como base de medidas inmediatas con respecto al enfermo y su grupo familiar.

En la evaluación de programas sirve para medir indirectamente el efecto de ellas sobre la prevención y recuperación de los daños en la población (v. gr. éxito de programas de inmunización de vacuna Sabin puede medirse estableciendo la proporción en la cual se ha logrado disminuir la incidencia de poliomielitis).^(13)

Los datos de estadística de morbilidad se obtienen en fuentes variables pero dependientes todas ellas del funcionamiento de los servicios de salud.

La información estadística de morbilidad adolece de graves deficiencias, las mas adecuadas en cuanto a integridad y exactitud es la de egresos hospitalarios, pero tienen el inconveniente de referirse a grupos seleccionados de la población portadores de enfermedades de cierta gravedad que requieren hospitalización.

La información sobre las consultas es deficiente, tanto en integridad como en exactitud, en parte debido a errores de los pacientes en la

transmisión de la información (y en errores por ende de diagnóstico en algunos casos, cosa que se aplica también a los egresos pero en menor grado), pero fundamentalmente debido a omisiones de casos, completos o parciales, cometidos por los trabajadores que participan en la otorgación de la consulta (médico, personal de administración, auxiliares de enfermería etc.), quienes no atribuyen la importancia suficiente a la correcta consignación de todas y cada una de las cosas en el informe diario de la consulta. (14)

En cuanto a las enfermedades de notificación obligatoria en México la Norma Oficial Mexicana para la vigilancia Epidemiología (NOM- 017 - SSA 2 - 1994), establece el campo de aplicación de la vigilancia epidemiología, su estructura y organización, la definición operacional de los padecimientos y riesgos sujetos a ella y los criterios y frecuencia con las que debe realizarse, según su trascendencia epidemiología.

De esta forma, en la norma se señalan las patologías de notificación obligatoria, inmediata, diaria, semanal o mensual, y las que son sujetas de vigilancia especial. También se indica la forma y periodicidad con la que los resultados del sistema deben difundirse; los mecanismos de asesoría y capacitación para la vigilancia epidemiología y los criterios de supervisión y evaluación del sistema de vigilancia.

La información respecto a los daños y riesgos para la salud representan el insumo más importante de la vigilancia epidemiología; por ello se estableció un sistema homogéneo de información para todas las dependencias del Sector Salud a través de la firma del convenio para construir el sistema único de información para la vigilancia epidemiología (SUIVE).^(15)

El SUIVE tiene como característica principal, contar con flujos e instrumentos simplificados y de sencillo manejo de la información en el nivel operativo, que permite mejorar el análisis y toma de decisión en forma operativa, que permiten mejorar el análisis y la toma de decisiones en forma oportuna y adecuada, en coordinación con los grupos interinstitucionales que se encuentran dentro de su ámbito de trabajo. ^(15)

Además se unifica la información epidemiología en lo referente a los daños a la salud, que influye la recolección de la información mediante tres formularios: "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades" (EPI - 1 - 95), "Estudio de Casos" (EPI - 2 - 95) y "Estudio de Brote" (EPI - 3 - 95).

Se consideran como fuentes de información todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, así como cualquier organismo, dependencia o persona que tenga conocimiento de algún padecimiento, evento o situación sujeta a la vigilancia.

En lo que respecta a la etapa de recuento y organización de la información, se han diseñado para el nivel jurisdiccional o su equivalente, diversos paquetes de cómputo que se incluyen dentro del Sistema Único Automático de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), que reducen tiempos y errores en la tabulación de la información y en las que es posible generar algunas medidas de resumen, que facilitan el análisis tanto a nivel jurisdiccional como estatal.(16)

Una vez que la información es procesada, analizada y verificada, se lleva a cabo la difusión de los datos en forma periódica a través de la distribución de los reportes de vigilancia (boletines), para ser utilizados como herramientas en la toma de decisiones de los diversos usuarios.

Mortalidad

Se emplea la palabra mortalidad para expresar la acción de la muerte sobre la población, la tasa de mortalidad mide los fallecimientos o defunciones en el seno de una población, y representa la razón por cociente entre el número de defunciones ocurridas en un año y la población media total de ese año; se expresa por mil habitantes.(17)

A fines del siglo XVII y en los primeros años del XVIII, en diferentes partes de Europa, algunos individuos, por diversas razones, sintieron curiosidad por el número y la frecuencia de las muertes.

En el antiguo estudio de las muertes, uno de los primeros métodos usados fue dividir la población observada entre el número de muertes, pero este ensayo de medidas de la mortalidad, no tardó en dar lugar a la actual tasa bruta de mortalidad, a su vez la tasa bruta de mortalidad cedió el lugar a tasas más refinadas de mortalidad porque algunos individuos quisieron saber cuántas personas sobrevivían a determinadas edades de 100 a 1000 nacidos de modo que pudieran calcularse las primas de seguros, también porque no tardó en hacerse manifiesto a los individuos que estudiaban los verdaderos registros de las muertes en una localidad dada que había grandes diferencias en las muertes según la edad. (18)

Por lo tanto el abordaje en el estudio de la mortalidad humano fue siendo cada vez más específico por considerar las influencias de factores ambientales de los biológicos; que en su conjunto son considerados como determinantes de la salud.

Los factores biológicos se refieren a las características innatas del individuo como su constitución anatómica, fisiológica y

psicológica. Los factores ambientales son el medio físico que rodea al individuo así como lo que resulta de su manera de vida, como hábitos alimentarios, de ejercicio, descanso, la ocupación el ingreso que perciben, las costumbres y la comunidad en la que viven entre otros.

Sin embargo en los estudios demográficos y de hechos vitales es difícil aislar las influencias de ambos factores, uno por la información disponible para tales estudios, y otro por las características mórbidas de los procesos que terminan con la muerte de los individuos. (19)

Las características constitucionales biológicas, tomadas encuentra y más estudiadas por su facilidad en la obtención de los datos en cuanto al riesgo de muerte, es en función de la edad y la mortalidad diferencial por género, la influencia ambiental esta más directamente relacionada con las tendencias de la mortalidad, y por consiguiente con los problemas demográficos; se dice que si no se toman en cuenta los factores biológicos, las diferencias en niveles de mortalidad se pueden explicar, en función de factores socioeconómicos.(20)

La Tasa de Mortalidad General (TMG) por todas las causas, representan el número de fallecimientos de todas las edades,

ambos sexos y por todas las causas, por 1 000 habitantes de población, en 1 año.

Es el indicador perteneciente a este grupo más fácil de obtener, por la disposición de datos necesarios para su determinación, este indicador nos muestra la diferencia que puede existir entre diferentes zonas de la población. Esta tasa tiene el inconveniente de que esta muy influenciada por la estructura demográfica de la población y, cuando se trata de efectuar comparaciones entre zonas, es necesario realizar una previa estandarización.(21)

La Tasa de Mortalidad Proporcional (ÍNDICE DE SWAROOP), representa la proporción de fallecimientos de más de 50 años de edad por cada 100 defunciones totales, y, por tanto, un valor más elevado indica una mejor situación sanitaria y socioeconómica de un país.(21)

La tasa de mortalidad infantil (TMI) en los menores del año. Este indicador se interpreta como el número de defunciones ocurridas durante el primer año de vida por 1000, entre el número total de nacidos vivos registrados, según la OMS, es el mejor indicador no solamente de la situación sanitaria, sino también de la situación socioeconómica y cultural de una zona.(21,22)

La tasa de mortalidad por causa específica, dicha tasa aporta mas información respecto a ciertos grupos o ciertas causas de mortalidad, y es utilizada cuando se determina la importancia de los problemas de salud en un momento determinado o cuando se observa su evolución en el tiempo.(23)

Esperanza de Vida

A pesar de la ausencia de información sobre esperanza de vida, los gobiernos tuvieron que elaborar leyes acerca de seguros de vida y anualidades. La ley romana, por ejemplo aceptó la regla de que cualquier individuo menor de 20 años podía esperar vivir 30 años mas y que los individuos mayores de 20 podían esperar alcanzar la edad de 60 años.

En la Inglaterra del siglo XVII, la tabla oficial para calcular las anualidades asumía que cada persona sobrevivía en promedio 10 años mas, independientemente de la edad.

La formula que se usaba en el siglo XVII parra calcular la esperanza de vida era tan irreal que las anualidades se convirtieron en inversiones muy atractivas. Esto condujo a una búsqueda intensa de algunas fuentes de información que

mostrarán la relación exacta entre la edad y la tasa de mortalidad.

La respuesta la encontró el astrónomo inglés Edmunda Halley, quien fue el primero en construir una tabla de vida.(24)

La esperanza de vida es una estimación del número de años que le resta vivir a una persona, tomando como base las tasa de mortalidad por edad para determinado año; es decir, la probabilidad que tiene un recién nacido en un país determinado de alcanzar una mayor o menor supervivencia, lo que se puede detallar a través de las tablas de vida.(25,26)

Puesto que esta medida difiere notablemente según el género, la edad actual y la raza de una persona, estas categorías se dan de ordinario por separado. Sin embargo, la esperanza de vida al nacer es la medida que con mayor frecuencia se cita.

La esperanza de vida es una medida hipotética y un indicador de las condiciones de salud actual. Al cambiar en el futuro las tendencias de la mortalidad también cambia la esperanza de cada persona a medida que envejece.(28)

Posterior a la revisión conceptual y teórica de los principales indicadores a analizar en el presente trabajo, se dirá que la medición del nivel de salud de una población que se lleva a cabo mediante la utilización de indicadores siendo el procedimiento

mas utilizado, y con mayor frecuencia probablemente porque consista en compilar los datos existentes.

Este procedimiento no produce información nueva; analiza la que existe, interpreta y sirve de ello para deducir las necesidades.

Los indicadores sanitarios son medidas directas e indirectas del estado de salud, los sociodemográficos, se consideran predictores de las necesidades de salud y de servicios.

En este sentido son particularmente útiles para trazar la situación de salud de una población o de una comunidad, sirven de elemento de comparación entre el estado de salud actual y un estado de salud objetivo.

En el marco de un estudio del nivel de salud, los indicadores son útiles sobre todo para ayudar a determinar la importancia de los problemas, para determinar las prioridades y para los grupos objetivo de la investigación. Sirven también de medidas de evaluación de la eficacia de los servicios de salud. (27)

A continuación citaremos aquellos antecedentes relevantes en el uso de indicadores para el análisis a nivel internacional, nacional y estatal.

Contexto Internacional

En el contexto internacional encontramos que en los últimos años se ha llevado a cabo un intenso proceso de concientización tendiente a mejorar el nivel de salud en la población.

Murnaghan, formula una investigación basada en el interés de la utilización de indicadores, como medidas directas e indirectas del estado de salud de una población o comunidad, así como de predictores de las necesidades y servicios de salud, nos da la oportunidad de determinar los problemas, las prioridades y para definir los grupos objetivo de intervención, pone de manifiesto la utilización como medida de evaluación de los servicios de salud de una población. También los indicadores son medidas que pueden resumir un conjunto estadísticas o según se precise, sirve de medidas indirectas cuando no se dispone de información. (28)

Así los países que integran la OMS en 1990, contribuyen al estudiar a través de indicadores que en la actualidad es evidente que existe una interpelación decisiva entre los aspectos de salud de una población, y sus aspectos socioculturales y económicos, de modo que no es posible estudiar de una manera totalmente aislada cada uno de ellos.

De tal manera que los países mas ricos se han enriquecido más proporcionalmente de modo que el 17% de la población mundial, que vive en los países desarrollados, produce y consume del 40-50% de la producción mundial. Por el contrario, la situación en países subdesarrollados, medida a través de indicadores como la tasa de mortalidad infantil, son totalmente diferentes.(29)

Como resultado de esta eventualidad del desarrollo, Musgrove Philip en 1993, escribe el articulo Relación Entre la Salud y el Desarrollo. Las relaciones entre la salud de una población y el estado de desarrollo de la sociedad son complejas y fluctúan a lo largo del tiempo.

A través de la historia, un mejor estado de salud ha sido uno de los principales beneficios del desarrollo. Parte de este beneficio se debe al aumento del ingreso y otra parte a los avances científicos alcanzados en la lucha contra las enfermedades y las discapacidades.

No obstante, la salud se puede considerar parte del capital que posee una sociedad, siempre que se reconozcan las diferencias entre ella y el capital fisico. Así para analizar el concepto del estado de salud, se usan los indicadores tradicionales mortalidad, morbilidad y discapacidad, para medir el logro en

que la salud se encuentre ausente o limitada, así como el nivel de desarrollo y de salud de una población.(30)

En el rubro de salud encontramos un análisis de los cambios que se presentan en la población, realizado en Haití, por Iain Guest, el cual utiliza este método como instrumento de políticas sanitaria y de planificación para abordar desde una óptica global un modelo estable para la promoción de la salud en las diferentes regiones.

En este método selecciona indicadores de mortalidad materna y la dinámica de población, en la mortalidad materna muestra la diferencia que se encuentra según la región, reporta que en promedio en todo el país, hay 460 vidas / por cada 100,000 alumbramientos; en la capital, Puerto Príncipe, la tasa de mortalidad es superior a 1,200 lo cual nos habla de un bajo nivel de salud de la población al igual que de los servicios de salud, por ende muestra una TMI elevada.

En cuanto a la dinámica de población en Haití, podría llegar a 13.9 millones de habitantes en el año 2025, en comparación con 5.9 millones en 1986, esto significa un aumento de la tasa de natalidad, un empobrecimiento aun mayor y por lo tanto un poderoso argumento a favor de la planificación de las políticas de salud para mejorar el nivel de salud de la población.(31)

En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Informe Anual de Directores. Formulan una investigación para analizar la Situación de Salud en las Américas, en el cual manifiesta que es fundamental disponer de una serie de datos básicos que permitan mostrar a quiénes afectan y dónde se ubica la inequidad en salud, y cuáles son los resultados de las investigaciones dirigidas a reducirla.

Sin embargo, la escasez de datos e información con suficiente nivel de desagregación, restringe la capacidad de analizar exhaustivamente la situación de la salud en las múltiples dimensiones de ella.

Dicho estudio se realizó, a través de la medición de indicadores básicos seleccionados, que fueron de salud y de condiciones de vida, con respecto a la salud: fue a través de la tasa de mortalidad infantil (TMI), esperanza de vida en ambos sexos (EV), esperanza de vida en la mujer y en el hombre, tasa de fecundidad total, médicos por población, número de camas de hospital por población, cobertura de vacuna antipoliomelítica oral, y para las condiciones de vida fueron: acceso a agua potable total, urbana y rural, población urbana, alfabetismo en ambos géneros.

Con dichos indicadores podemos presentar un análisis comparativos de las tendencias e ilustrar la relación entre la presencia de entorno saludable y los resultados favorables en salud en la región.

Los resultados muestran diferencias importantes para los grupos: en cuanto al estado de salud en la TMI, para el grupo 1 fue la tasa de 12.0 y para el grupo 4 es de 43.2, en la esperanza de vida para mujeres, en el grupo 1 mostró 78.7 años y de 69.9 años en el grupo 4, EV en los hombres fue de 73.0 años y de 65.3 años, en el grupo 1 y 4 respectivamente.

En cuanto a las condiciones de vida muestra en el acceso del agua total para el grupo 1 y 4 es de 97.3% y 62.4%, en el alfabetismo en ambos sexos presenta 97.5% y 82.8% para grupo uno y cuatro, así determinamos las condiciones de salud en las diferentes regiones. (32)

La organización Mundial de la Salud (OMS), en el Reporte de la Salud del Mundo de 1998, hace un análisis del nivel de salud de los países que la incluyen, presenta las principales tendencias que afectan los 90's, en primer lugar las socioeconómicas muestran que hay actualmente más gente pobre en Latinoamérica y el caribe que a principios de los 80's, con la concentración más grande en las áreas urbanas.

En las tendencias demográficas, no han cambiado significativamente, el decaimiento en la fertilidad y el envejecimiento y la urbanización de la población ha persistido y hasta intensificado; en la mortalidad total continua presentando tendencias decrecientes, con incrementos continuos en esperanza de vida al nacer, el porcentaje de TMI ha decrecido en todos los países, las reducciones más marcadas entre un cuarto y uno y medio de los niveles de 1960 a 1964 ocurrieron en los países de mayor ingreso. Para los países de ingresos bajos, la reducción ha permanecido a niveles entre el 25% y 38% de los niveles de 1960 -1964.

Entre 1960 y 1970, en general el índice de nacimientos fue, en promedio, en la población de más de 40 por 1000; mientras que en 1998, es estimada a ser 19.2 por 1000. Los índices de fertilidad han ido también en descenso significativamente en todos los países.

En las tendencias de la salud, el análisis de la distribución y dinámica especiales de desigualdad en el estado de salud y de condiciones de vivienda, están siendo analizadas por información cartográfica con información básica de los indicadores de salud.

Los indicadores de mortalidad han mostrado mejoras en todos los países de América sobre los últimos 35 años y con raras excepciones, en todos los grupos de edades.

Sin embargo, la evolución favorable en las condiciones de mortalidad y salud de la población esconde las enormes disparidades entre y dentro de los países, el gran esfuerzo y logro para el control de las enfermedades, como la liberación de la polio, eliminación del sarampión y tétanos neonatal, así como las reducciones significativas en la mortalidad debida a infecciones diarreicas y respiratorias graves, la respuesta que se debe tener en cuanto a las enfermedades nuevas y emergentes, los problemas que se presentan a pesar del progreso de la calidad del agua y el suministro del agua, así también como la contaminación por desechos sólidos, la creciente presencia de enfermedades no infecciosas, las cuales dan razón a cerca de dos tercios de muertes en las Américas.⁽³³⁾

Contexto Nacional

Frenk, Bobadilla, y Sepúlveda, en su trabajo de investigación señala que la situación actual que guarda la distribución de las enfermedades en México, solo puede comprenderse a través de

una perspectiva dinámica sobre el cambio histórico en salud llamada "transición epidemiológica", la cual según A.R. Omran deja implícito que es parte de la "transición demográfica", la cual consiste en cambios de alta a baja mortalidad, así se distinguen tres etapas o "eras": 1) La era de la pestilencia y hambruna, 2) La era de la disminución y las pandemias, 3) La era de las enfermedades crónico - degenerativas y las enfermedades producidas por el hombre.(34)

Así mismo, Jiménez, cita el comportamiento de la mortalidad, en cuanto a la disminución de la mortalidad en las diferentes edades, en particular de la mortalidad infantil en la cual se han dado cambios muy radicales, en 1988 muere un niño de un año de edad por cada 7 que fallecen al inicio del siglo, ya que la tasa de mortalidad infantil se redujo de 288.6 en 1900 y a 42 fallecidos de menores de un año por mil nacidos vivos entre 1986 - 1987, así con el análisis en las diferentes edades es posible establecer que según sea la entidad federativa y el sector de la población de que se trate, la mortalidad puede implicar más de 10 años de edad entre los sectores más y menos favorecidos socialmente.(35)

Jiménez Ornelas, analiza en su artículo titulado ¿ Hasta cuándo llegará a las treinta defunciones por mil?, el cual el gobierno

mexicano, a través de la Secretaría de Salud, firmo un convenio con representantes de organismos internacionales (OPS, OMS, y UNICEF) con el objetivo central de hacer frente a la mortalidad de los niños menores de cinco años, para reducir la tasa de mortalidad de menores de un año a un nivel no mayor de 30 defunciones por mil nacidos, en el año 2000.

Analiza la mortalidad infantil por ser uno de los indicadores de mayor sensibilidad a los cambios del desarrollo socioeconómico y permite diferenciar las condiciones de vida de una población, el análisis lo lleva a través de las condiciones que afectan la TMI, como son las diferencias por sexo, entidad federativa, y grupos sociales.

Los resultados reportados por el lugar de residencia se encontró que las localidades de menos de 2 500 habitantes la TMI fue cuatro veces mayor que la registrada en las áreas metropolitanas del Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara, 6.8 por mil y 17 por mil, respectivamente. Al analizar las condiciones de vivienda sin agua entubada, sin luz eléctrica, ni drenaje, la mortalidad infantil es 2.4 veces mayor que en las viviendas que cuentan con los servicios; 66.5 y 33.3% respectivamente (ENFES, 1987), entre otros. (36)

Sandoval Arriaga , realizó una investigación sobre las perspectivas y retos para el año 2000, donde detalla que los principales factores que explican los cambios son; evolución de la fecundidad y natalidad, tendencias de la mortalidad, así como la migración internacional para establecer el nivel de salud y desarrollo de una población.(37)

Zavala de Cosío, realiza una investigación sobre dos momentos en la transición demográfica, donde detalla los cambios en la fecundidad a través de su indicador, lo cual es acompañado de transformaciones importantes en la mentalidad de la población, necesariamente ligadas al desarrollo económico y social y por ende en el nivel de salud de una población.(38)

Cardenas Elizalde, Fernández Ham (1994), realizo un análisis sobre la mortalidad por causa en México, la cual muestra un considerable descenso de la mortalidad por grandes grupos de causas, la creciente propagación de muertes por causas no transmisibles y una tendencia convergente de los niveles de mortalidad estatales.(39)

Así mismo Gómez de León Cruces, lleva a cabo una evaluación de la mortalidad donde lo considera a través de la desigualdades regionales y años de vida perdidos, mencionando los profundos cambios que a presentado la mortalidad en México, en 1930 la

esperanza de vida al nacimiento era aproximadamente 35 años; en 1994 se estima que a rebasado los 70 años, considerando que esta disminución ha tenido detrás de si un considerable aumento en el nivel de vida promedio, una expansión de los servicios básicos de infraestructura como el agua potable, drenaje y electricidad, y un notable aumento en la escolaridad promedio y en el acceso a servicios públicos de salud.(40)

Camposrtega Cruz, realiza un estudio sobre los cambios de la mortalidad en México, considerando variables de mortalidad, esperanza de vida al nacimiento y sus implicaciones, en el artículo se presenta las características mas importantes de este proceso, tanto en un análisis transversal (para un año determinado), como en longitudinal (para una cohorte determinada).(41)

Aguirre, lleva a cabo un estudio de los cambios en la mortalidad infantil en México, en cual reporta que de acuerdo con las estadísticas vitales, la TMI presenta valores de 189 en 1930; 129 en 1950 y 30 en 1995. Así hace énfasis que el patrón epidemiológico de la mortalidad infantil en México era, afecciones perinatales, anomalías congénitas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.(42)

En el marco nacional encontramos el trabajo de Estadísticas de egresos hospitalarios de la secretaria de salud 1996, en el se presentan las principales causas de egresos y de mortalidad hospitalaria según la edad y el sexo de los pacientes; las principales intervenciones quirúrgicas y algunos tabulados que tienen relación con los aspectos de la atención hospitalaria en cada entidad federativa.(43)

Así también un artículo sobre los principales resultados de las estadísticas sobre mortalidad en México 1995, de la Secretaría de Salud, en donde pone de manifiesto lo más relevante con la mortalidad registrada en el país durante 1995, mortalidad general por sexo y residencia habitual del fallecido, defunciones por enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones, años de vida potencial perdidos y mortalidad por infecciones intestinales, enfermedades respiratorias agudas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Se presenta las veinte principales causas de mortalidad a nivel nacional. Para el cálculo de las tasas se utilizaron como denominador las proyecciones del Consejo Nacional de Población.(44)

Contexto Estatal

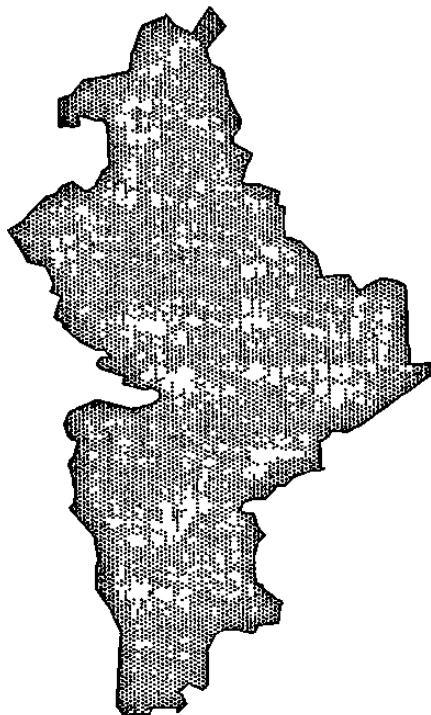
En el marco estatal encontramos el trabajo de Madrigal Hinojosa, Gómez Guzmán, Quintanilla, sobre la mortalidad en el área metropolitana según estratos sociales, considerando como variables la mortalidad y el estrato socioeconómico en que el INEGI a clasificado a la población del área metropolitana utilizándose como variable de estratificación el ingreso aparente, así establece la causa de muerte según estrato social y su diferencia.(45)

Así en forma particular para el estado de Nuevo León, encontramos el trabajo de Toba de la Peña (1994), referente a la evolución de la mortalidad general 1895 - 1993 en la república mexicana y el estado de Nuevo León, en el cual pone de manifiesto que los niveles y tendencias de la mortalidad no han sido los mismos a lo largo del tiempo en las diferentes regiones y países del mundo.(46)

Rodríguez Sánchez, realizó uno sobre la evolución de la mortalidad en Nuevo León y algunas consideraciones de la salud, que surge como una primera aproximación al análisis de este aspecto, en el cual nos presenta las profundas transformaciones que Nuevo León ha experimentado en las ultima décadas,

propiciando en general avances substanciales en la salud de la población. En el cual se analiza a través del nivel de mortalidad y expectativa de vida, mortalidad por causa, mortalidad y salud.(47)

A nivel estatal las organizaciones institucionales como la Secretaria General de Gobierno, SSA, EL Colegio de la Frontera Norte, AMEP, COESPO de Nuevo León (1996), presentan Coloquio La Mortalidad: Una forma de medición del estado de salud, en el cual hacen un análisis completo de la mortalidad, formas de medición, sus fuentes, su interpretación así como presentación de diferentes tópicos sobre la mortalidad.(48)



Estado de Nuevo León.

HIPÓTESIS

ESTRUCTURA

Ho.- No existe diferencia entre el nivel de salud en el área metropolitana de Monterrey y el resto del estado de Nuevo León

H1.- Si existe diferencia entre el nivel de salud en el área metropolitana de Monterrey y el resto del estado de Nuevo León.

5. METODOLOGIA

5.1 Operacionalización

La operacionalización para llevar a cabo la presente investigación que de respuesta a nuestra hipótesis y el cumplimiento de los objetivos planteados, se muestra en forma concisa a continuación.

INDICADOR	METODO	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Demográfico	Indagatoria de registros	de Concentración de información	Cuadro de concentración
Nivel de salud	Indagatoria de registros de los servicios de salud sobre morbilidad de notificación obligatoria, mortalidad, egresos hospitalarios, estatal, área metropolitana, resto del estado	de Concentración de información	Cuadro de concentración

5.2 Definición de variables indicadoras del nivel de salud

- **Morbilidad:** Se refiere a las enfermedades y dolencias en una población. La mortalidad incluye no sólo enfermedad activa o progresiva, sino también inhabilidad, esto es, efectos crónicos o permanentes que son resultado de una enfermedad, traumatismo o malformación congénita.
- **Mortalidad:** Se refiere a la defunciones como un componente del crecimiento de la población. Eventualmente, todos los componentes de una población mueren, pero la proporción en que esto ocurre depende de muchos factores, tales como la edad, genero, ocupación y clase social, y su incidencia puede proporcionar gran cantidad de información acerca del nivel de vida y servicios de salud con que cuenta una población.
- **Esperanza de vida:** Es una estimación del numero de años que resta vivir a una persona, tomando como base las tablas de mortalidad por edad para determinado año.
- **Área metropolitana:** Incluye 9 municipios que son Apocada, Escobado, García, Garza García, Guadalupe, Juárez, Monterrey, San Nicolás de los Garza, Santa Catarina.

- Resto del estado: Incluye los 42 municipios restantes.
- Población fuente: Se estableció según los criterios de la división del área metropolitana, y resto del estado de Nuevo León según el Consejo Estatal de población y Vivienda.
- Clasificación Internacional de Enfermedades la novena revisión Organización Mundial de la Salud, para la codificación.
- Lista básica de morbilidad, lista básica de mortalidad para el uso de claves en la codificación simplificada.

5.2.1 Desarrollo del análisis de los indicadores de salud

- La morbilidad se analizó basada en los registros administrativos por padecimientos de notificación obligatoria en consulta externa, en el estado de Nuevo León para 1995, por sus tasas de morbilidad por causa específica general, infantil y en menores de 5 años. Así como la morbilidad por los registros administrativos de egresos hospitalarios en el área metropolitana y resto del estado de Nuevo León para 1995, mediante su tasa general.

- La mortalidad se analizó basada en las defunciones ocurridas en el estado de Nuevo León para 1995 por lugar de residencia habitual del fallecido, así como por sus tasas de mortalidad general, específica por grupo de edad principalmente infantil, en menores de 5 años, en edad productiva y posproductiva, por género, por causa específica general y en los grupos de edad antes mencionada.
- La esperanza de vida se determinara para el área metropolitana y resto del estado de Nuevo León para 1995, en todas las edades teniendo como base las tasa de mortalidad específica por edad.

5.3 Universo

El cartabón geográfico del proyecto de investigación fue el estado de Nuevo León que se localiza en la parte nororiental de México, entre los 98° 17' y 101° 07' de longitud oeste y los 23° 06' y 27° 50' de latitud norte; tiene una superficie de 64,082 kilómetros cuadrados y presenta una población total de 3,098,736, distribuida en 51 municipios.

En el área metropolitana formada por 9 municipios, se concentra el 84% de la población alcanzando una densidad de población de 920 hab/km, mientras el resto del estado formado por los 42 municipios restantes agrupan al 16% de la población con una densidad de población de 9.22 hab/km.

5.4 Métodos y Procedimientos

5.4.1 Métodos

La esencia del actual estudio nos condujo a intentar la apreciación del nivel de salud del estado de Nuevo León, en base a indicadores sociodemográficos, de salud de tendencia negativa y positiva; tomados del XI Censo General de Población y Vivienda (1990), del sistema único de información para la vigilancia epidemiológica (SUIVE), a través de la unificación en la recolección de la información EPI - 1 - 95, Anuario Estadístico de Nuevo León (1995).

De acuerdo a la operatividad como se estimó el nivel de salud de la población, el actual estudio se llevó a cabo a través de indicadores de salud negativos, como la mortalidad, morbilidad de notificación obligatoria en consulta externa y egresos hospitalarios dicho análisis fue enfocádo a la población en general en la población infantil y preescolar, la dimensión del análisis fue cualitativo y cuantitativo, en porcentaje, tasas, y en cuanto al análisis de las causas, evaluando por medio de tablas comparativas gráficas para cada uno de los indicadores, y se

divido al estado de Nuevo León en dos subgrupos área metropolitana y resto del estado.

- Fuentes de información para morbilidad: registros administrativos de captura de información en consulta externa de los padecimientos de reporte obligatorio a través de la forma EPI-1-95, registros administrativos de los egresos hospitalarios general por causa.
- Fuente de información para Mortalidad: registros administrativos de las Oficialías del Registro Civil y las Agencias del Ministerio Público, según el lugar de residencia.
- Fuente de información para la determinación de la esperanza de vida al nacer, fue determinada según la tasa mortalidad por edad para determinado año.

INDICADOR SOCIODEMOGRAFICOS

COMPONENTE	VARIABLE INDICADORA
DEMOGRAFICO	1. EDAD 2. GENERO
POBLACIÓN	1. AREA METROPOLITANA 2. RESTO DEL ESTADO DE NUEVO LEON

INDICADORES DE SALUD

COMPONENTE	VARIABLE INDICADORA
SALUD	<ol style="list-style-type: none">1. TASA DE MORBILIDAD POR PADECIMIENTO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA EN CONSULTA EXTERNA2. TASA DE MORBILIDAD POR EGRESOS HOSPITALARIOS3. TASA DE MORBILIDAD INFANTIL4. TASA DE MORBILIDAD PREESCOLAR5. TASA DE MORTALIDAD GENERAL6. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL7. TASA DE MORTALIDAD EN PREESCOLARES8. TASA DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA9. TASA DE MORTALIDAD EN EDAD POSPRODUCTIVA10. ESPERANZA DE VIDA

5.4.2 Procedimiento

Se realizó la búsqueda de información de los fenómenos demográfica y de hechos vitales del estado de Nuevo León, la cual esta disponible en diversos organismos gubernamentales, como es en el Consejo Estatal de Población de Nuevo León, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Secretaria Estatal de Salud, es importante mencionar los procedimientos actuales así como la problemática que se presenta durante la recolección y tratamiento de la estadística demográfica y de hechos vitales, obtenida a partir de los registros administrativos.

Dicha información no se encuentra desagregada por área, se iniciara con la generación de información primero por municipio, a través del listados generales sobre los indicadores negativos de salud ha analizar y posteriormente se agrupara y dará el tratamiento manual adecuado según necesidad requerida de información sobre mortalidad así como, morbilidad de acuerdo a la operatividad para medir el nivel de salud de la población.

Una vez concluida la etapa de tratamiento manual, la información es capturada y procesada en un paquete estadístico (excel, spss), posteriormente validada la información ya trabajada para

detectar errores de codificación o captura, se procede a su análisis y a la elaboración de cuadros de salida para determinar el nivel de salud de la población del estado de Nuevo León, según los diferentes indicadores utilizados para su análisis.

Entre las limitaciones más importantes encontradas, podemos mencionar los procedimientos actuales así como la problemática que se presenta durante la recolección y tratamiento de las estadísticas demográficas y de hechos vitales, obtenida a partir de los registros administrativos.

En el análisis de los indicadores de morbilidad no se lleva a cabo de la morbilidad general por carecer de una información completa y confiable, por tal motivo se realizó de la morbilidad de notificación obligatoria (EPI-95). Es necesario hacer mención que el análisis se referirá al año 1995, lo cual podría parecer poco actual; sin embargo esto es necesario debido a que la mayor parte de la información referente a los indicadores de salud existe un retraso en su procesamiento sobre todo por la escasez de datos e información con suficiente nivel de desagregación, restringiendo la capacidad de analizar exhaustivamente la situación de salud en las múltiples dimensiones de ellas.

6. RESULTADOS

El análisis de los resultados se efectuara en el siguiente contexto: Estatal, área metropolitana, y resto del estado de Nuevo León, a través de los siguientes indicadores, morbilidad por padecimientos de notificación obligatoria, egresos hospitalarios en la población en general, mortalidad, así como la determinación de la esperanza de vida para dichas áreas, en sus diferentes grupos de edad estudiados.

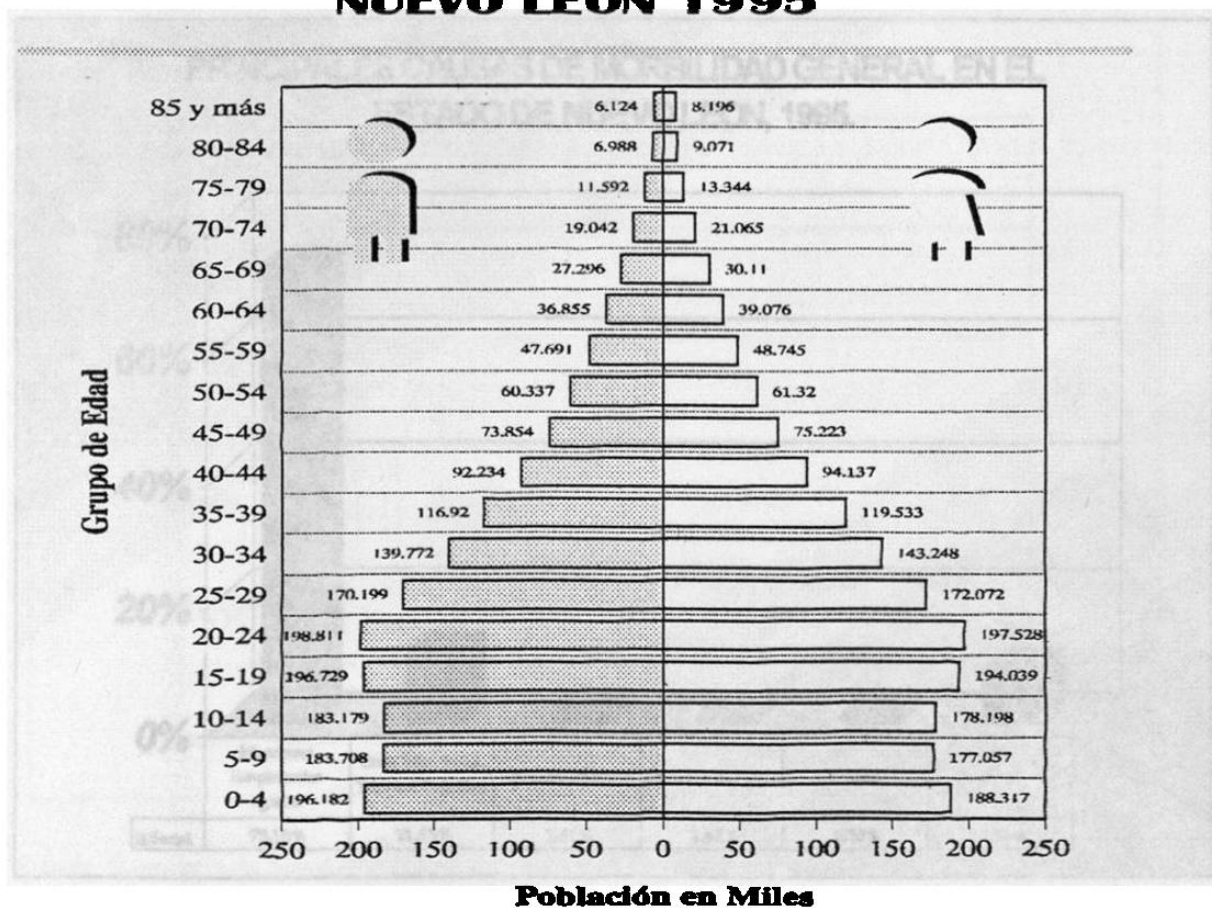
6.1 CONTEXTO ESTATAL

El Estado de Nuevo León, constituido por 51 municipios, alberga una población de 3'537,792 habitantes, con la siguiente distribución; la población total masculina estimada es de 1'767,513 hab., la femenina es de 1'770,279 hab., en la población total infantil es de 81,984 hab., siendo la masculina de 41,787 y la femenina de 40,187 hab., en el grupo de edad preescolar total es de 302,515 hab., representando al genero masculina un total de 154,395 hab., y 148,120 hab. a la femenina, en la población en edad productiva total es de 2'267,222 hab., la población masculina estimada es de

1'127,880 y 1'139,342 hab. la femenina, así como en edad post-productiva total es de 152,083 hab., correspondiendo al genero masculino un total de 70,696 y 81,387 hab. la femenina. Conformada el área metropolitana por nueve municipios, con una población de 2'963,202 habitantes, y los 42 restantes corresponden al resto del estado, con un a población 560,082 habitantes, (ver figura No.1).

Figura No. 1

PIRAMIDE DE POBLACION NUEVO LEON 1995



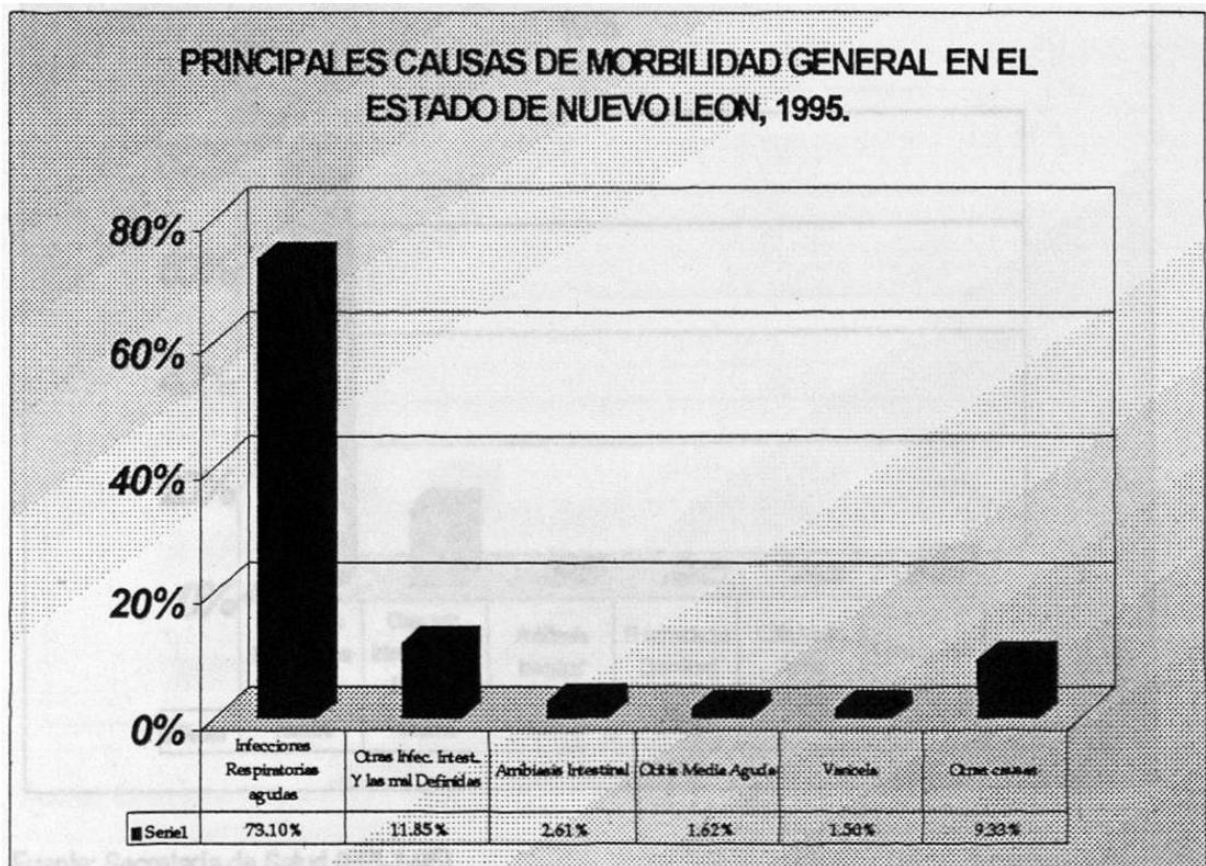
NOTA: La población total es 3'537,792 y está referida a mitad de año.
FUENTE: Consejo Estatal de Población, Nuevo León. 1997

6.1.1.1 Morbilidad por Padecimientos de Notificación Obligatoria

La morbilidad notificación obligatoria en México, establece el campo de aplicación de la vigilancia epidemiológica de los padecimientos y sus riesgos de notificación obligatoria, inmediata, diaria, semanal o mensual, y las que son sujetas de vigilancia especial. Esta define la magnitud (cantidad y gravedad) y la naturaleza de los problemas de salud (tipos de enfermedad, etc.), a los que ésta expuesta la población en sus diferentes grupos de edad.

Presenta en la morbilidad de padecimientos de notificación obligatoria, el 90.6% en las primeras cinco patologías, y el 9.4% se distribuye en otras causas, en primer lugar las infecciones respiratorias agudas implican el 73%, y el 11.8% otras infecciones intestinales (ver figura No. 2).

Figura No. 2

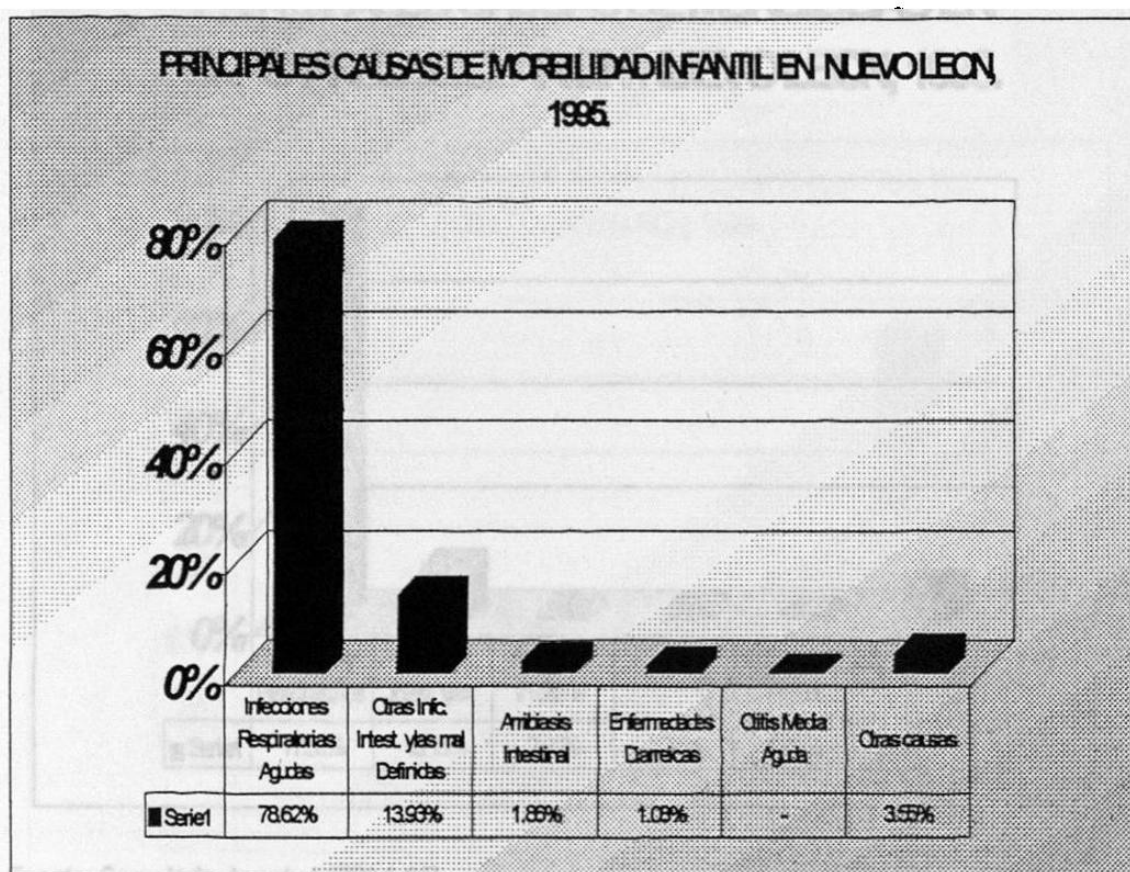


Fuente: Secretaría Estatal de Salud (EPI-1-95)
Dirección de Planeación.

6.1.1.2 Morbilidad Infantil

En la población infantil (menores de 1 año), representa el 96.65% de las causas de morbilidad están en las cinco primeras patologías, el 3.35% representan las otras causas, ocupando el primer lugar las infecciones respiratorias agudas con un 78.62%, y el 13.93% en otras infecciones intestinales (ver figura No.3).

Figura No. 3

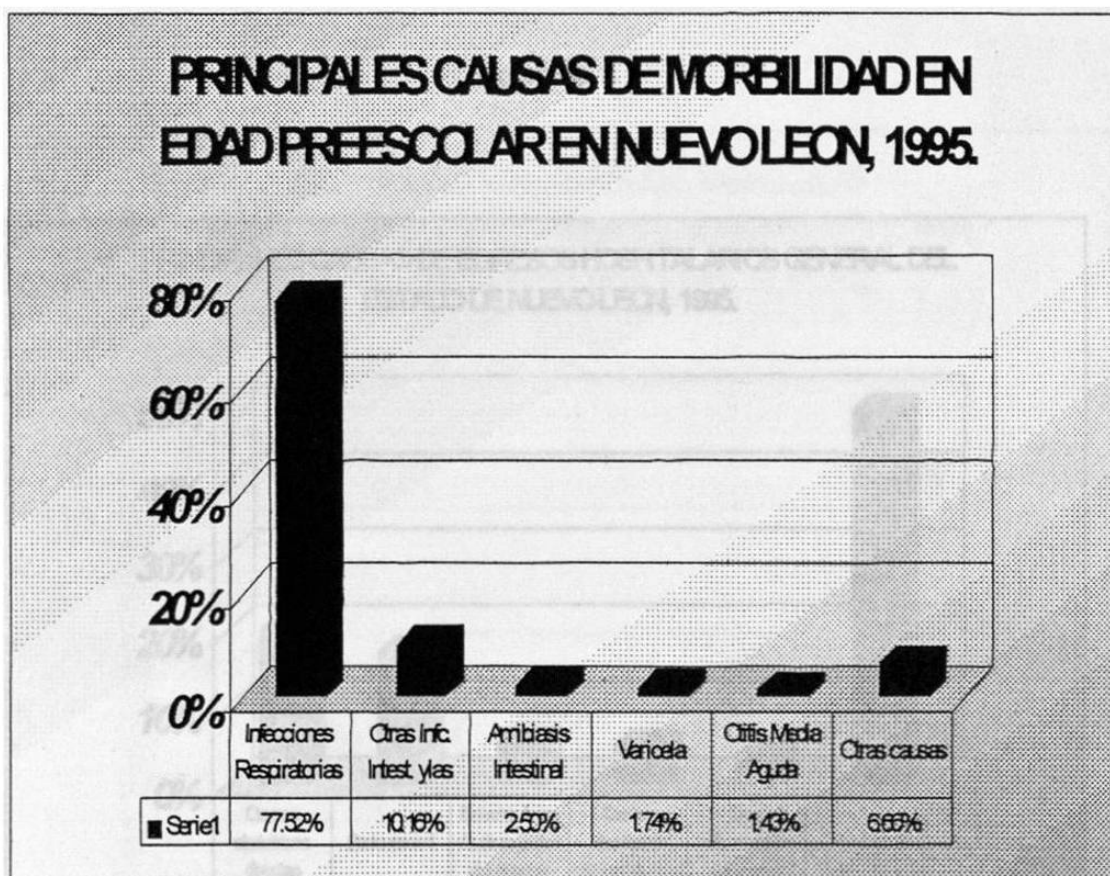


Fuente: Secretaría de Salud (EPI-1-95)
Dirección de Planeación.

6.1.1.3 Morbilidad en Edad Preescolar

En el grupo de preescolar (edad de 1 a 4 años), el 93.34% de las causas de morbilidad se encuentra distribuido en las cinco primeras patologías, y el 6.66% restante están en las otras causas, presentando en primer lugar las infecciones respiratorias agudas con un 77.5% (ver fig. No.4).

Figura No. 4



Fuente: Secretaría de salud (EPI-1-95)
Dirección de Planeación.