

Brechas regionales en salud. El caso de México

Raúl E. Molina*, Carolina Carbajal** †

* Departamento de Economía, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, Ciudad de México, México, mymr@xanum.uam.mx

** Departamento de Economía, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, Ciudad de México, México, enova@xanum.uam.mx, † autor a contactar

Palabras clave

Brechas, regionales, salud, México

Resumen

En México existe una gran desigualdad en los niveles de salud generales de la población como son la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer de acuerdo a la región del país a la que pertenezca. Se lleva a cabo un análisis econométrico regional para evaluar el impacto de la distribución de los recursos en salud sobre indicadores de acceso a tales servicios. Los resultados muestran que existen brechas importantes entre las regiones con muy alto grado de marginalidad con respecto a las regiones con muy bajo nivel.

Palabras clave

Brèches, régionaux, santé, Mexique

Résumé

Au Mexique existe une grande inégalité dans les niveaux de santé généraux de la population comme en la mortalité infantile et l'espérance de vie en accord la région du pays à laquelle ils appartiennent. On mène une analyse économétrique au niveau régional pour évaluer l'impact de la distribution des ressources en santé sur les indicateurs d'accès aux services de santé. Les résultats montrent qu'il y a importantes brèches régionaux en santé entre les régionaux avec un haut degré de marginalisation et de très sous niveau de marginalisation.

Introducción

En México existe una gran desigualdad en los niveles de salud generales de la población de acuerdo con la región del país a la que pertenezca. Existen regiones con alto ingreso donde los niveles de salud son adecuados; mientras que en las regiones con muy bajo nivel de ingreso, el desempeño de estos indicadores deja mucho que desear. Esta distancia en el desempeño de los indicadores de salud entre regiones se ha ido incrementando desde principios de los ochentas, fecha en que se habilita la desaparición del estado benefactor.

El concepto de la equidad en salud se puede definir como la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones, grupos, o regiones que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas. Las inequidades en salud se refieren a las desigualdades en salud que se consideran injustas, inaceptables, o derivadas de algún tipo de injusticia.¹ El concepto de inequidad en salud es diferente al de desigualdad en salud.² La desigualdad en salud es

el término utilizado para designar las diferencias, variaciones, y disparidades en los logros en la salud de los individuos, o grupos de individuos. Por ejemplo, la búsqueda de la reducción de las desigualdades en salud a través de un mayor financiamiento entre las regiones que exhiben diferentes grados de marginalidad, todavía no se ha logrado.³ Es decir, no son suficientes mayores recursos monetarios aunque estos estén dirigidos a las regiones con muy alto y alto grado de marginalidad, si es que este financiamiento no modifica la infraestructura social sobre la cual se cimienta el desarrollo de los servicios de salud proporcionados a la población. Por tanto, aparentemente se necesitan criterios adicionales que permitan la planificación de las políticas sociales del gasto social en salud a nivel regional para ayudar a su fortalecimiento por medio de la asignación eficiente de los recursos destinados a la salud.⁴

La equidad en salud, es un concepto que permite varias interpretaciones. En su concepto más amplio la equidad en salud se puede entender como la equidad en el acceso a los servicios de salud, y la equidad en la distribución de los recursos en salud. La equidad en salud es evaluada a través del acceso a los servicios de salud que se haya parametrizada dentro de la literatura por los indicadores de salud, como son las tasas de mortalidad, y la esperanza de vida al nacer. Aunque esta aproximación en la medición de la equidad en salud no carece de defectos, que pueden estar representados por la limitación de controlar directamente otras variables que inciden en salud como podrían ser la educación, la vivienda, los ingresos monetarios, la distribución de la población, y la nutrición, entre otros. Es decir, la información utilizada en la medición de la equidad del acceso a los servicios de salud, no contabiliza directamente los contextos de vida, de trabajo, los ambientes sociales y políticos, como tampoco los factores biológicos y ambientales; variables que podrían considerarse distribuidas en forma aleatoria en las regiones estudiadas. La medición de la equidad en salud a través de la distribución de los recursos implica pasar de un enfoque del acceso a los servicios de salud, a un enfoque de resultados de salud. Si se llega a emplear en su concepto más amplio la equidad en salud, incluyendo tanto el acceso a los servicios de salud como la equidad en la distribución de sus recursos, entonces una mejora en la equidad en salud estaría considerando el mejoramiento de todos estos indicadores de salud en forma global. Una mejora de la equidad en salud, conformaría en su conjunto una mejora de los ámbitos en los cuales se desarrollan las capacidades humanas.⁵

La salud de la población en México ha presentado una notable mejoría en las últimas décadas de acuerdo a diferentes indicadores de salud. Estos avances son el fruto de varios factores como son los sociales, los culturales, el medio ambiente, el desarrollo tecnológico, así como también de una ampliación en la cobertura de los servicios de salud. Sin embargo, estos avances en las condiciones de salud no se han presentado de forma uniforme con respecto a su dimensión regional^{6 7}. Las condiciones de salud están lejos de considerarse adecuadas cuando se pueden observar enormes rezagos, por ejemplo, entre las regiones con muy alto y muy bajo grado de marginalidad.

La brecha existente entre las regiones clasificadas por grado de marginalidad, podría responder a diferencias en el acceso y los recursos en infraestructura y humanos en salud. Por tanto, en este trabajo se analiza su interacción a través de un modelo econométrico. Como indicadores del acceso a los servicios de salud, se utiliza la tasa de mortalidad infantil, y la esperanza de vida. Como indicadores de los recursos en infraestructura y humanos se consideran el total de consultorios, el total de médicos en contacto con el paciente, el personal de enfermería en contacto con el paciente, y el

personal técnico. Se busca proporcionar criterios que ayuden a disminuir las brechas regionales en salud.

En este trabajo se analiza a nivel regional la equidad en salud en su contexto más amplio. Por una parte, la aproximación a la medición de la equidad en el acceso a los servicios de salud se realiza por medio del análisis de la tasa de mortalidad infantil, y la esperanza de vida al nacer. Por otra parte, para evaluar el impacto de la distribución de los recursos en salud sobre los indicadores de salud, se contabiliza el total de consultorios, el total de médicos en contacto con el paciente, el personal de enfermería, y el personal técnico. A través de esta evaluación se busca ubicar los problemas de las regiones rezagadas en cuanto su desempeño en salud. Una vez ubicados estos problemas se podrá ofrecer criterios que ayuden a resolverlos, de tal manera que se elevará la posición en cuanto a los indicadores de salud de México dentro de un contexto internacional.⁸

Muertes evitables

Las muertes evitables se definen como aquellas que no deberían ocurrir si se presta una atención médica efectiva y oportuna. Es decir, que si se hubiese aplicado la tecnología médica disponible en la población estas muertes se hubiesen evitado⁹. Algunas causas de muertes evitables se encuentran representadas por las enfermedades infecciosas intestinales, la muerte materna, y el cáncer cervicouterino.¹⁰ Se considera a estas muertes evitables, a nivel regional como indicadores de las condiciones de salud en la población. La región con muy alto nivel de marginalidad se asocia con bajos niveles de ingreso y desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Si las muertes evitables son elevadas en la región con muy alto nivel de marginalidad ello podría ser un indicador de una deficiente distribución de los recursos en salud, y tal vez de un desempeño pobre de los indicadores de salud.

A continuación se presenta en la Tabla 1. las muertes evitables de enfermedades infecciosas intestinales, muertes maternas, y muertes por cáncer cervicouterino.

Tabla 1. Porcentaje de muertes evitables por grupo de causas y grado de marginación. México 2000-2004			
Regiones de marginación	Enfermedades infecciosas intestinales (0 a 14 años)	Muertes maternas (10 y más años)	Cáncer cervicouterino
Muy bajo	47.1	41.8	35.8
Bajo	66.0	54.2	45.4
Medio	66.2	58.6	45.6
Alto	74.9	60.2	47.9
Muy alto	81.5	73.0	53.4

Fuente: Secretaría de Salud. La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, evolución y tendencias. Secretaría de Salud, México. 2006.

Las brechas medidas en porcentajes de las cinco regiones de marginación son muy acentuadas en el caso de las enfermedades infecciosas como se observa en la Tabla 1., en donde se estima que el 81.5 % de las defunciones se pudieron evitar en la región de muy alto grado de marginación. La diferencia en el porcentaje de muertes evitables, entre

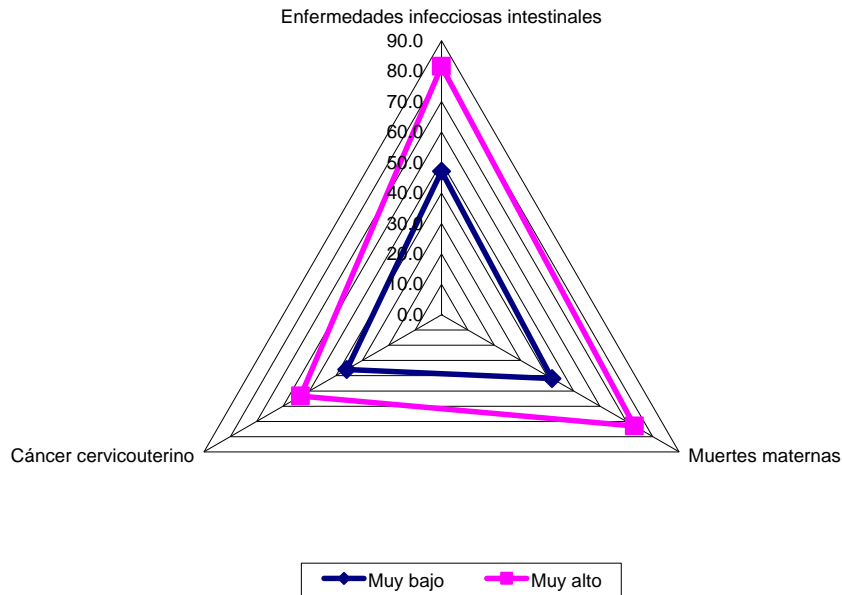
la región de muy bajo grado de marginación y de muy alto grado de marginación es de 1.73 veces.

La mortalidad materna es un evento que puede ser evitado con el acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud, las causas asociadas a las muertes maternas se concentran en áreas de marginación, baja escolaridad y con barreras geográficas y culturales. Las muertes maternas evitables en la región con muy alto grado de marginación es 1.75 veces más grande que las muertes maternas evitables de la región con muy bajo nivel de marginalidad.

La atención del cáncer cervicouterino requiere un acceso adecuado y oportuno a los servicios médicos para su diagnóstico y tratamiento. Para la región con muy alto grado de marginación se estima un porcentaje de 53.4 %, mientras que en la región con muy bajo grado de marginación se reporta un porcentaje de 35.8%.

Las grandes diferencias en el porcentaje de muertes evitables entre las cinco regiones en estudio, se debe no únicamente en la inequidad en el acceso a los servicios de salud y la distribución de los recursos, sino también a la carencia de servicios básicos de saneamiento ambiental que involucren por ejemplo, el acceso a agua entubada y drenaje conectado a un colector central. Las muertes maternas se pueden evitar con acceso a los servicios de salud de forma adecuada e igualitaria para todas las madres en estado de gestación. La distribución regional de las muertes evitables analizadas en la Tabla 1. muestra que las regiones con muy alto grado de marginalidad exhiben el mayor porcentaje de muertes evitables, lo que podría considerarse como consecuencia de las patologías que aquejan a los pobres y de la baja equidad en salud. Esta desigual distribución en los porcentajes de las muertes evitables entre las regiones analizadas pudiera reflejar diferencias en el acceso a los servicios de salud, así como también diferencias en la distribución de los recursos en salud. Estas brechas en salud podrían tener su origen en políticas de salud pública que no inciden en la promoción de la equidad en salud. En la Gráfica 1. se presenta la información presentada en la Tabla 1. para las regiones de muy alto, y muy bajo grado de marginación.

Gráfica 1. México. Muertes evitables por región de marginalidad. En %. 2000-2004



Fuente: Cálculos propios con base en la Secretaría de Salud (2006).

La línea azul representa los porcentajes de muertes evitables para la región con muy bajo grado de marginación, la línea rosa representa los mismos porcentajes para la región con muy alto grado de marginación. Como se puede apreciar de la Gráfica 1., los ejes del triángulo representan las muertes evitables por enfermedades infecciosas intestinales, el cáncer cervicouterino, y las muertes maternas. Para cada una de las causas de las muertes evitables los porcentajes de la región con muy alto grado de marginación, son mayores en aproximadamente dos veces con respecto a los porcentajes correspondientes a la región con muy bajo nivel de marginación, tal y como se describe en la Tabla 1.

Metodología

Conceptos sobre marginalidad

El grado de marginalidad al que nos referimos es un número índice que se obtiene a través de la técnica de componentes principales, y que contiene la información de las siguientes nueve dimensiones socioeconómicas: analfabetismo, población sin primaria completa, viviendas particulares sin agua entubada, viviendas particulares sin drenaje ni servicio sanitario, viviendas particulares con piso de tierra, viviendas particulares sin energía eléctrica, viviendas particulares con algún nivel de hacinamiento, población ocupada que percibe hasta dos salarios mínimos, y localidades con menos de cinco mil habitantes. El índice de marginación es calculado y publicado por el Consejo Nacional de Población. De acuerdo a este índice los treinta y dos estados que conforman a México pueden clasificarse en cinco regiones, de acuerdo a su grado de marginalidad. Estas cinco regiones integran las unidades de análisis del presente trabajo. A continuación, se

presentan los estados que conforman a México clasificados en cinco regiones de acuerdo a su grado de marginalidad.

Muy bajo: Baja California Norte, Coahuila, Distrito Federal y Nuevo León.

Bajo: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Chihuahua, Jalisco, México, Sonora y Tamaulipas.

Medio: Durango, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, Sinaloa y Tlaxcala.

Alto: Campeche, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Yucatán y Zacatecas.

Muy alto: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz.

El índice de marginación, permite discriminar entre las cinco regiones arriba referidas según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación primaria, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios bajos y las derivadas de la residencia en localidades pequeñas, dispersas y aisladas, y que pueden reflejar la falta de servicios de salud, equipos e infraestructura social adecuada. Por ejemplo, la región con muy alto grado de marginación en general corresponde con falta de acceso a las estructuras que pueden facilitar un mayor desarrollo de las capacidades humanas. En tanto que la región con muy bajo nivel de marginalidad en general goza de acceso a mejores estructuras y servicios para el desarrollo social.

El modelo

A continuación se presenta un modelo econométrico compuesto por las dos siguientes ecuaciones individuales.

$$(1) \quad tmi_i = f(tc_i, tm_i, pe_i, pt_i).$$

$$(2) \quad evn_i = f(tc_i, tm_i, pe_i, pt_i).$$

donde tmi es la tasa estimada de mortalidad infantil observada; tc es el número total de consultorios; tm es el número total de médicos en contacto con el paciente; pe es el número de personal de enfermería en contacto con el paciente; pt es el número de personal técnico; evn es la esperanza de vida al nacer de la población total; $i=1$ es la región con muy bajo grado de marginalidad; $i=2$ es la región con bajo grado de marginalidad; $i=3$ es la región con medio grado de marginalidad; $i=4$ es la región con alto grado de marginalidad; $i=5$ es la región con muy alto grado de marginalidad. Las letras en minúsculas denotan logaritmos. Se utilizó mínimos cuadrados ordinarios y la técnica de *pool-data*. El paquete econométrico utilizado fue E-views 5.0.

Se espera que los resultados de la evaluación de las ecuaciones (1) y (2) permitan evaluar el impacto de la equidad en la distribución de los recursos en salud (lado derecho de las ecuaciones (1), y (2)), sobre la equidad en el acceso a los servicios en salud (lado izquierdo de la ecuación (1), y (2)).

Resultados

A continuación se presenta en la Tabla 2. los principales resultados y estadísticos encontrados para la evaluación de la ecuación (1) para la tasa de mortalidad infantil

observada y (2) para la esperanza de vida al nacer para la población total. Las variables utilizadas en el análisis corresponden al período de 2001 a 2004.

Los resultados presentados en la Tabla 2. corresponden a coeficientes de elasticidad, que se interpretan como la variación porcentual sobre la variable dependiente con respecto a la variación porcentual de la variable independiente. Por ejemplo, se observa que un incremento de un 1 % en el número de consultorios para la región con bajo grado de marginación disminuirá la esperanza de vida en 0.81 %, en la región con alto grado de marginación incidirá negativamente en 0.80 %, en las regiones con muy bajo, medio y muy alto grado de marginación al aumentar en 1 % el número de consultorios, y la esperanza de vida se incrementará en 0.29 %, 0.18 %, 0.54 % respectivamente. Con respecto al total de médicos se observa que para todas las regiones se registra un impacto positivo en la esperanza de vida de los individuos, pues los coeficientes de elasticidad presentan valores entre 0.30 % y 0.92 %; la tasa de mortalidad infantil observada disminuirá en 9.29 %, y 2.15 % con respecto a un 1 % de incremento en el número de médicos. El incremento en un 1 % en el personal de enfermeras incrementará la esperanza de vida en 0.17 %, 0.62 %, y 0.37 % para las regiones de bajo, alto y muy alto grado de marginalidad. Al incrementar un 1 % el personal técnico la tasa de mortalidad infantil observada disminuirá 1.78 %, 0.54 %, 1.14 % en las regiones con muy bajo, alto y muy alto grado de marginalidad; en todos los casos excepto para la región de alto grado de marginalidad, el personal técnico incrementará la esperanza de vida, en un 0.06 %, 0.25 %, 0.08 %, y 0.17 %, para cada una de las regiones en estudio.

Tabla 2. Coeficientes de elasticidad por región según grado de marginación. México, 2001-2004

Ecuación	variable dependiente	<i>tc</i>	<i>tm</i>	<i>pe</i>	<i>pt</i>	<i>SC</i> prob.	<i>ARCH</i> prob.
muy bajo							
eq01	$tmi_{i=1}$	3.09	-9.29	9.76	-1.78	0.42	0.46
		(3.27) ^{***}	(-4.55) ^{***}	(7.79) ^{***}	(-4.07) ^{***}		
eq02	$evn_{i=1}$	0.29	0.49	-0.17	0.06	0.52	0.60
		(1.75) ^{**}	(2.88) ^{***}	(-17.11) ^{***}	(4.29) ^{***}		
Bajo							
eq03	$tmi_{i=2}$	1.58	-2.15	2.55	0.33	0.25	0.49
		(22.73) ^{***}	(-4.50) ^{***}	(5.62) ^{***}	(7.27) ^{***}		
eq04	$evn_{i=2}$	-0.81	0.92	0.17	0.25	0.26	0.21
		(-5.8) ^{***}	(6.13) ^{***}	(5.94) ^{***}	(19.31) ^{***}		
Medio							
eq05	$tmi_{i=3}$	0.52	0.99	0.43	0.42	0.61	0.94
		(3.15) ^{***}	(5.05) ^{***}	(4.45) ^{***}	(3.65) ^{***}		
eq06	$evn_{i=3}$	0.18	0.68	-0.27	0.08	0.16	0.26
		(1.51) ^{**}	(4.49) ^{***}	(-2.19) ^{***}	(1.34) ^{**}		
Alto							
eq07	$tmi_{i=4}$	0.52	1.16	1.00	-0.54	0.16	0.22
		(6.38) ^{***}	(3.05) ^{***}	(2.29) ^{***}	(-1.85) ^{***}		
eq08	$evn_{i=4}$	-0.80	0.97	0.62	-0.34	0.12	0.99
		(-2.13) ^{**}	(1.96) ^{***}	(2.20) ^{***}	(-2.56) ^{***}		

muy alto							
eq09	$tmi_{i=5}$	0.80	1.01	1.33	-1.14	0.51	0.13
		(1.87)***	(6.54)***	(2.53)***	(-3.52)***		
eq10	$evn_{i=5}$	0.54	0.30	-0.37	0.17	0.63	0.21
		(4.78)**	(8.41)***	(-3.26)***	(4.21)***		

Fuente: Cálculos propios con base en el Sistema Nacional de información en salud. Si la probabilidad del estadístico de *Breusch-Godfrey SC* >0.05 se acepta la hipótesis nula de que no hay correlación serial en los residuos. Si la probabilidad del estadístico de prueba *ARCH* >0.05 se acepta la hipótesis nula de que no hay heterocedasticidad en los residuos. Los números entre paréntesis son el t estadístico. Significancia: ***: 99%, **:95%.

De la Tabla 2., se observa que los coeficientes de elasticidad correspondientes al total de consultorios ayudan muy poco a mejorar la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida. Mientras, que la variable que exhibe mayor homogeneidad en cuanto a su efecto benéfico en disminuir la tasa de mortalidad infantil, es el incremento del personal técnico. En cuanto la esperanza de vida las únicas variables que la afectan negativamente es el incrementó del total de consultorios, y del personal enfermeras. La variable que mejora la esperanza de vida para todas las regiones, es el total de médicos a la vez que disminuye la tasa de mortalidad infantil para las regiones con bajo y muy bajo grado de marginalidad. Del mismo modo, de la Tabla 2. se puede considerar que de las variables de recursos analizadas las más importantes para mejorar el acceso a los servicios en salud, son el total de médicos y el personal técnico. El incrementó de los consultorios y del personal enfermeras puede incluso limitar el acceso a los servicios de salud, pues como se observa de la Tabla 2., a veces puede tener efectos negativos sobre la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer.

Los coeficientes de elasticidad para la tasa de mortalidad infantil reportados en la Tabla 2. señalan que la región con muy bajo grado de marginación, con respecto a la región con muy alto grado de marginación presentan valores de 3.09 % para el total de consultorios, - 9.29 % para el total de médicos, 9.76 % para el personal enfermeras, 1.78 % para el personal técnico son mayores en todos los casos en términos absolutos a los correspondientes a muy alto grado de marginación, que corresponden a 0.80 %, 1.01 %, 1.33 %, -1.14 % respectivamente. Este punto es importante, pues indica que la sensibilidad de la tasa de mortalidad infantil en la región con muy bajo grado de marginación es mayor que la correspondiente a muy alto de marginalidad. Es decir, que para incidir en la disminución de la tasa de mortalidad infantil en la región con muy alto grado de marginación, se debe de invertir en personal técnico en una proporción mayor que como se haría en la región con muy bajo grado de marginación. Con respecto a la esperanza de vida entre ambas regiones, las elasticidades reportadas son homogéneas en cuanto que todas las variables inciden positivamente en el incremento de la esperanza de vida a excepción del personal enfermeras.

Los valores reportados para la correlación serial y la heterocedasticidad de los residuos en las diez ecuaciones estimadas señalan que no existen dichos problemas. Por tanto, se puede estar seguro de una correcta especificación del modelo, y que no hay problemas de especificación, de variables omitidas, o de exogeneidad.

Conclusiones

Como se reviso en la sección de muertes evitables existe una clara relación entre este número de muertes con la región a la que pertenece. Por ejemplo, la región con muy alto grado de marginación exhibe aproximadamente el doble de muertes evitables con respecto a la región con muy bajo grado de marginación.

El análisis de los coeficientes de elasticidad con respecto a la región con muy bajo y muy alto grado de marginalidad, señala que se debe de dedicar aproximadamente el doble de recursos a la región con muy alto grado de marginalidad -como resultado del promedio de la razón de los coeficientes de la región de muy bajo con respecto a muy alto.-

Del análisis econométrico se desprende que las variables de recursos efectivas para mejorar el acceso a los servicios de salud son la disponibilidad del total de médicos y el personal técnico. Las variables que no ayudan a mejorar el acceso a los servicios de salud son el total de consultorios, y el personal de enfermeras. Por tanto, un criterio para incrementar la equidad en salud es direccionar mayores recursos en la formación de médicos y del personal técnico, con el fin de que exista una mayor disponibilidad de este personal en cada una de las regiones en estudio, pero con mayor énfasis en la región con muy alto grado de marginalidad, para asegurar de esta manera una mayor equidad en salud.

¹ Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Q* 2004; 82 (1): 101-124.

² Sen, A. ¿Por qué la equidad en salud? En *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11 (5): 302-309.

³ Molina RE, Carbajal C. Equidad e inversión en salud en México (reporte de investigación). México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, 2007.

⁴ Torres P, Constantino NP. Equidad y calidad en salud. *Conceptos actuales. Rev Med IMSS* 2003; 41 (4):359-364.

⁵ Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO Regional Office for Europe. 1985; (1): 2-16.

⁶ Tamez S. y Valle Arcos, R.I. 2005. Desigualdad social y reforma neoliberal en salud. *Rev Mex Sociología*. 2005; 67 (2):321-356.

⁷ Zurita B, Lozano R, Ramírez,T. y Torres J.L. Desigualdad e inequidad en salud en *Caleidoscopio de la salud*. Fundación Mexicana para la Salud, México. 2003. pp. 29-40.

⁸ Arellano, O. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión en diferencias conceptuales e implicaciones para políticas públicas, UAM, PAHO, 2004.

⁹ Secretaría de Salud. La mortalidad en México, 200-2004. Muertes evitables: magnitud, evolución y tendencias. Secretaría de Salud, México. 2006.

¹⁰ Para el periodo de 2000 a 2004 se registraron 2.3 millones de muertes en México de las cuales el 38.5 % se consideran como muertes evitables. De este porcentaje de muertes evitables, el 25 % corresponden a enfermedades transmisibles; el 66 % a enfermedades no transmisibles y el resto a lesiones y accidentes. Secretaría de Salud. La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, evolución y tendencias. Secretaría de Salud, México 2006.