

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



“Factores socio demográficos asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres a partir de certificados de defunción en la ciudad de La Paz en la gestión 2017”

POSTULANTE: Dra. Sonia Isabel Macuaga Acosta

TUTOR: Dr. M.Sc. Casto Hugo Navia Mier

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz – Bolivia

2021

DEDICATORIA

A mi Hijo Manuel Alejandro Salvatierra Macuaga motor que impulsa mi vida y me da razón de vivir...

A los Pacientes que cursan con enfermedades no transmisibles y descompensan su salud, a los que ya no se encuentran con nosotros y a los difuntos de los cuales se tomar todos los datos para este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Medicina en su Unidad de Postgrado, por la oportunidad de formación, dirigidos por la alta calidad de investigadores bolivianos, al Dr. Carlos Tamayo Caballero docente comprometido con todos los maestrantes de salud pública, a mi tutor Dr. Casto Navia Mier.

ÍNDICE	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	2
2.1. ANTECEDENTES	2
2.1.1. La Enfermedades no Transmisibles en latino América.	3
2.1.2. Las Enfermedades No Transmisibles en Bolivia.	4
2.2. JUSTIFICACIÓN	6
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	8
3.1.1. Definición.....	8
3.1.2. Factores de riesgo metabólicos	9
3.2. MARCO HISTÓRICO.	9
3.2.1. Panorama general.	12
3.2.2. Factores de riesgo comportamentales modificables son:	12
3.3. MARCO LEGAL	13
3.4. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	16
3. 4.1. Diabetes Mellitus.....	16
3.4.2. Enfermedades cardiovasculares	16
3.4.3. Prevalencia.	16
3.4.4. Obesidad.....	17
3.4.5. Impacto socioeconómico tienen las ENT.....	17
3.5. SELECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	21
3.5.1. Definición de muerte.....	22
3.5.2. Ámbito geográfico	22
3.5.3. Definición de Caso.....	22
3.5.4. Otras definiciones útiles.....	23
3.5.5. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado	24

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	27
4.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	28
4.2.1. Perfil de la mortalidad en la ciudad de La Paz 2009.....	28
4.2.2. Carga de Mortalidad de Enfermedades No Transmisibles en la población igual o mayor de 20 años de El Salvador.....	28
4.2.3. Determinantes sociodemográficos y muerte súbita cardiovascular Estudio en la Habana cuba 2015 Dr. Rafael Araujo Gonzales.....	29
4.2.4. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012 (Julio Cesar Martínez).....	29
4.2.5. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos por enfermedades no transmisibles en el salvador, 2011-2015 Susana Margarita Zelaya.....	30
5. HIPÓTESIS.....	31
6. OBJETIVOS.....	32
6.1. OBJETIVO GENERAL.....	32
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	33
7.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES.....	33
7.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS CEMENTERIOS EN LA PAZ.....	37
7.2.1. Cementerios clandestinos.....	37
7.2.2. Cementerios públicos.....	37
7.2.3. Cementerios privados.....	37
7.3. MEDICIONES.....	38
7.4. UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	40
7.4.1. Criterios de Inclusión.....	40
7.4.2. Criterios de exclusión.....	41

7.5. MARCO MUESTRAL	41
7.6. PLAN DE ANÁLISIS.....	42
7.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	43
7.8. ASPECTOS ÉTICOS	44
8. RESULTADOS.....	45
8.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	45
8.1.1. Tipo de certificado de defunción revisado	45
8.1.2. Sitio y lugar de atención en el fallecimiento de mujeres por ENT	45
8.1.3. Lugar de nacimiento y residencia habitual de las fallecidas por ENT.....	47
8.1.4. Estado civil de las fallecidas por ENT	47
8.1.5. Grado de instrucción de mujeres fallecidas por ENT	48
8.1.6. Ocupación de las fallecidas por ENT	48
8.1.7. Edad de fallecimiento de mujeres por ENT	49
8.1.8. Clasificación de causas de mortalidad por ENT	51
8.1.9. Tasas de mortalidad específica según ENT	52
8.2. ANÁLISIS BIVARIADO.....	53
8.2.1. Distribución conjunta Edad y mortalidad por ENT en mujeres.....	53
8.2.2. Distribución conjunta Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres.....	55
8.2.3. Distribución conjunta entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres.....	57
8.2.4. Distribución conjunta entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres.....	59
8.2.5. Asociación entre Edad y mortalidad por ENT en mujeres.....	61
8.2.6. Asociación entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres.....	64
8.2.7. Asociación entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres.....	66

8.2.8. Asociación entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres.....	70
8.3. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS EN MORTALIDAD POR ENT EN MUJERES	72
9. DISCUSIÓN	73
9.1. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	75
9.2. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS	75
10. CONCLUSIONES	76
11. RECOMENDACIONES.....	78
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
13 ANEXOS	86

ÍNDICE DE FIGURAS	Pág.
Figura 1. Población de Bolivia por grupos quinquenales de edad y sexo (en porcentaje)	34
Figura 2. Bolivia Tasa Bruta de Mortalidad y Tasa Bruta de Natalidad, 2012 2020 (EDSA 2016).....	37
Figura 3. Distribución de los casos de mortalidad en mujeres por ENT según lugar de fallecimiento, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	46
Figura 4. Distribución según edad, de casos de mortalidad por ENT en mujeres, Municipio La Paz, enero a diciembre 2017.....	50
Figura 5. Distribución de mortalidad por ENT en mujeres por grupos quinquenales, Municipio La Paz, enero a diciembre 2017	51
Figura 6. Distribución porcentual de Edad y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.....	54
Figura 7. Distribución porcentual de Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	56
Figura 8. Distribución porcentual de Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.....	58
Figura 9. Distribución porcentual de Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.....	60

ÍNDICE DE TABLAS	Pág.
Tabla 1 CLASIFICACION ENT SEGUN CIE 10	21
Tabla 2. INDICADORES DEMOGRAFICOS ESTIMADORES 2016	35
Tabla 3 . Distribución de los casos de mortalidad en mujeres por ENT según tipo de certificado, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	45
Tabla 4. Distribución de los casos de defunción hospitalaria por tipo de institución, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	46
Tabla 5. Distribución de lugar de nacimiento y de residencia habitual de las mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	47
Tabla 6. Estado civil de mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	47
Tabla 7. Grado de instrucción de mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017.....	48
Tabla 8. Ocupación de mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017	49
Tabla 9. Indicadores estadísticos de la edad de la muerte por ENT en mujeres Municipio La Paz, enero a diciembre 2017	50
Tabla 10. Clasificación de causas de mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017	51
Tabla 11. Distribución de la tasa de mortalidad especifica según ENT por cada 10,000 habitantes mujeres, Municipio de la Paz, enero a diciembre de 2017.....	52
Tabla 12. Tabla de contingencia entre Edad y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017.....	53
Tabla 13. Tabla de contingencia entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017.....	55

Tabla 14. Tabla de contingencia entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017	57
Tabla 15. Tabla de contingencia entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017	59
Tabla 16. Asociación entre Edad y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	62
Tabla 17. Asociación entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	65
Tabla 18. Asociación entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	67
Tabla 19. Asociación entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	71
Tabla 20. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) e Índice de Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP) por mortalidad de ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	72

ÍNDICE DE ANEXOS	Pág.
Anexo 1. Plan de análisis.....	86
Anexo 2. Revisión bibliográfica.....	87
Anexo 3. Tabla: Causas básicas de defunción por ENT en mujeres en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	89
Anexo 4. Tabla: Asociación entre la edad (agrupada) y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017	92
Anexo 5. Tabla: Asociación entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.....	93
Anexo 6. Tabla: Asociación entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.....	94
Anexo 7. Tabla: Asociación entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.....	95
Anexo 8. Nota solicitud de acceso a CEMUD cementerios de La Paz	96
Anexo 9. Certificado Médico de Defunción	99
Anexo 10. Mapa del Municipio de La Paz.....	101
Anexo 11. Población del Municipio de La Paz Macrodistritos y Distritos.....	102
Anexo 12. Algunas pruebas de contraste de hipótesis Chi Cuadrado en SPSS.....	104

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo

Planteamiento de problema

No existe un estudio de mortalidad en mujeres por enfermedades no transmisibles y su asociación con factores sociodemográficos en la ciudad de La Paz.

Existe un incremento importante de las Enfermedades Crónicas no transmisibles que ya perfilan como un problema de salud pública pues constituye la principal causa de mortalidad mundial de 56 millones de defunciones 38 millones (63%) se atribuyeron las ENT, sobre todo en países con bajos y medianos ingresos. En La Paz existe un antecedente el año 2009 y el 2012 de estudios de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles realizados por el Dr. Alberto de la Gálvez y el IINSAD por el Dr. Carlos Tamayo donde se presentó un perfil completo de mortalidad por estas patólogas no existe otro antecedente.

Objetivo

Determinar los factores socio demográficos asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres a partir de certificados de defunción en la ciudad de La Paz en la gestión 2017.

Diseño de la investigación se realizó un estudio analítico relacional de tipo retrospectivo transversal realizado en base a certificados de defunción de los cementerios jardín, general judíos y llamita de la ciudad de La Paz tomando en cuenta los mismos desde el primero de enero al 31 de diciembre de la gestión 2017.

El análisis estadístico se efectuó con los programas SPSS V.19, Microsoft Excel 2013, se estimaron estadísticos descriptivos, pruebas Chi² e Coeficiente de Contingencia para medir la fuerza de asociación.

Población: Corresponde a 1019 mujeres fallecidas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017, cuyo diagnóstico de causa básica de defunción se clasifica dentro del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles, utilizando el CIE-10, lista corta 6/67 OPS/OMS. La unidad de observación fue el Certificado Médico de Defunción (CEMED).

Conclusiones

En él estudio se encontraron 1019 Defunciones por enfermedades no transmisibles en mujeres, la media de la edad fue 70.26 años, con un desvío estándar de 17.23. El 50% de casos se concentró por debajo de los 72 años. La tasa específica de mortalidad para el año 2017 fue de 24.69 x 10.000 hab. Mujeres. Las Enfermedades del sistema circulatorio se identificó como la primera causa de mortalidad (36%), seguida de la mortalidad por Neoplasias con 35.5%. Se determinó las siguientes asociaciones entre variables socio demográficas y mortalidad por ENT en mujeres.

- Neoplasias con Grado de instrucción: Sin instrucción y Superior.
- Diabetes mellitus con Grado de instrucción Superior.
- Enfermedades del sistema circulatorio con Ocupación: Labores de casa, Trabajador por cuenta propia, Jubilado/Rentista y Estudiante.
- Neoplasias con Ocupación: Labores de casa, Jubilado/Rentista, Estudiante y Profesionales independientes.
- Diabetes mellitus con Ocupación: Trabajador por cuenta propia y Otros
- Enfermedades del sistema circulatorio con Estado civil: Divorciado.
- Enfermedades del sistema circulatorio con grupos de edad: de 0 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 a más años.
- Neoplasias con grupos de edad: de 0 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 a más años.
- Diabetes mellitus y grupo de edad de 0 a 44 años

Si bien se halló asociación entre los factores sociodemográficos, edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil con la mortalidad por ENT en mujeres, en el

municipio de La Paz, de acuerdo con la medición del coeficiente de contingencia se encontró un mínimo grado de fuerza de asociación entre las distintas categorías de los factores sociodemográficos y la mortalidad por ENT en mujeres.

Los Años Potenciales de Vida Perdidos se determinó en 9793.5 años de vida, correspondiente a 23.7 años por cada 1000 habitantes mujeres.

Dentro la recomendación se tiene que considerar políticas públicas en la planificación municipal de La Paz, en el Servicio Departamental de Salud del departamento y Ministerio de Salud, la magnitud de la mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres y sus determinantes sociales.

Palabras claves

Mortalidad, Epidemiología, Defunción, causa de muerte, Enfermedades no Transmisibles, mujeres, factores sociodemográficos

ABSTRACT

Introduction: Noncommunicable diseases are the leading cause of death and disability in the world

Problem-thinking

There is no mortality study in women from noncommunicable diseases and their association with sociodemographic factors in the City of Peace.

There is a significant increase in Chronic Noncommunicable Diseases that already emerge as a public health problem as it is the leading cause of global death of 56 million deaths 38 million (63%) NTAs were allocated, especially in low- and middle-income countries. In La Paz there is a history of 2009 and the 2012 of mortality studies for chronic noncommunicable diseases carried out by Dr. Alberto de la Gálvez and IINSAD by Dr. Carlos Tamayo where a complete mortality profile for these pathogas was presented there is no other background.

Objective

Determine the socio-demographic factors associated with mortality from noncommunicable diseases in women from death certificates in the city of La Paz in management 2017.

Design of the research was carried out a transversal retrospective relational analytical study based on death certificates of the garden cemeteries, Jewish general and callaita of the city of La Paz taking into account them from the first of January to 31 December of the 2017 management.

Statistical analysis was performed with the SPSS V.19, Microsoft Excel 2013 programs, descriptive statistics, Chi2 tests, and Contingency Index were estimated to measure the association force.

Population: It corresponds to 1019 women who died between 1 January and 31 December 2017, whose diagnosis of basic cause of death is classified within the

group of chronic noncommunicable diseases, using ICD-10, short list 6/67 OPS/WHO. The observation unit was the Medical Death Certificate (CEMED).

Conclusions

In it studied 1019 Deaths from noncommunicable diseases in women were found, the average age was 70.26 years, with a standard detour of 17.23. 50% of cases were concentrated under the age of 72. The specific mortality rate for 2017 was $24.69 \times 10,000$. Women. Diseases of the circulatory system was identified as the leading cause of mortality (36%), which together with the Neoplasms with 35.5% of the total causes.

The following associations between socio-demographic variables and NSD mortality in women were identified.

- Neoplasms with Degree of Instruction: No instruction and Superior.
- Diabetes mellitus with Higher Degree of Instruction.
- Diseases of the circulatory system with Occupation: Housework, Self-employed, Retired/Rentist and Student.
- Neoplasms with Occupation: Housework, Retirement/Rentist, Student and Independent Professionals.
- Diabetes mellitus with Occupation: Self-employed and Other
- Diseases of the circulatory system with marital status: Divorced.
- Diseases of the circulatory system with age groups: 0 to 44 years, 45 to 64 years and 65 years.
- Neoplasms with age groups: 0 to 44 years, 45 to 64 years and 65 years.
- Diabetes mellitus and age group 0 to 44 years

While an association was found between sociodemographic factors, age, degree of instruction, occupation and marital status with ENT mortality in women, a minimum degree of association between the different categories of sociodemographic factors and ENT mortality in women was found according to the measurement of the contingency coefficient.

The Lost Life Potential Years was determined at 9793.5 years of life, corresponding to 23.7 years per 1000 female inhabitants.

Within the recommendation, public policies must be considered in the municipal planning of La Paz, in the Departmental Health Service of the department and Ministry of Health, the magnitude of mortality from noncommunicable diseases in women and their social determinants.

Key words

Mortality, Epidemiology, Death, Cause of Death, Noncommunicable Diseases, Women, Sociodemographic Factors

ACRÓNIMOS

ENT	Enfermedades no Transmisibles
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
CEMEUD	Certificado Médico único de Defunción
OMS	Organización Mundial de la Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
ERC	Enfermedades Respiratorias Crónicas
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ECV	Enfermedad Cardiovascular
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
SEDES	Servicio Departamental de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud

1. INTRODUCCIÓN

El grupo de enfermedades crónicas no transmisibles provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y paulatinamente ha ido aumentando la importancia de su impacto proporcional hasta el punto de haber alcanzado una “epidemia” global que traspasa fronteras y afecta a todos los países del mundo (1).

La tasa de mortalidad de una población es un indicador muy importante para tomar decisiones y cambiar políticas de salud, Las enfermedades no transmisibles en esta década se registraron en más cantidad que las transmisibles es así que hasta el año 2015 son responsables del 80% de la mortalidad en el mundo (2).

Bolivia no es la excepción en el año 2014 aun no contaba con una política de prevención y control de enfermedades crónicas, solo se contaba con estudios como del año 1998 en el cual se presentaron datos estadísticos de enfermedades crónicas no transmisibles (3). El estudio del perfil de mortalidad de la ciudad de La Paz del IINSAD por el Dr. Alberto de la Gálvez en el año 2009 que presento un perfil completo de mortalidad y es un referente para estudios similares (2).

El presente trabajo de investigación pretende proporcionar datos de la prevalencia actual de las enfermedades crónicas no transmisibles y su asociación con factores sociodemográficos, en mujeres con todos los datos que proporciona el certificado nacional de defunción de los cementerios Jardín, Cementerio General, cementerio Llamita y cementerio judíos de la ciudad de La Paz, instrumento del cual se extraerán los datos del presente estudio.

Se obtuvieron 5232 certificados de defunción, de los cuales 4509 correspondían a la ciudad Nuestra Señora de La Paz, y realizando el filtrado de Enfermedades No Transmisibles en mujeres, se trabajó con 1019 casos

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

2.1. ANTECEDENTES

El estudio de la mortalidad de Enfermedades No Transmisibles es importante en las investigaciones que buscan un patrón diferencial de la mortalidad según condiciones de vida, pues es necesario saber no solo cuántas personas mueren por estas patologías y sus diferentes causas y asociaciones para facilitar el diseño de políticas e intervenciones integrales coordinadas del sistema de salud con otros sectores (4).

Según la OPS y la OMS con respecto a las Enfermedades No Transmisibles indica las siguientes estadísticas a nivel mundial.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo.

Cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por Enfermedades no Transmisibles (ENT) (4).

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.

La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT. (OMS junio 2018 Centro de prensa (4)).

2.1.1. La Enfermedades no Transmisibles en latino América.

Estas enfermedades no transmisibles (ENT) causan 4,8 millones de muertes por año en las Américas y más de un tercio de ellas son defunciones prematuras antes de tener 70 años, en tanto cientos de millones de personas que viven con ENT requieren atención a largo plazo (3).

Las ENT se perfilan como un problema de salud pública creciente en todo el mundo, pues constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad y ocasionan más muerte que el resto de las patologías juntas.

Un estudio para determinar la carga económica por mortalidad y discapacidad en este país el año 2010 determino de las enfermedades vasculares lideran la carga de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo más frecuente en varones de 20 a 64 años, seguida de siniestros de transporte, después de los 65 años las enfermedades vasculares afectan en forma similar a los dos sexos seguida de Alzheimer, en cuanto a factores de riesgo sociodemográficos se evidencio que la educación o escolaridad , impacta en la salud de las personas como factor de riesgo o como factor protector , debido a que influye en estilos de vida en la medida que posibilita mejores oportunidades de empleo , ingresos que en general impactan positivamente sobre la salud es así que en este estudio se verifico que las personas con menor nivel educativo fue las que mayor prevalencia de hipertensión arterial, diabetes también se estudió a los trabajadores de sector público y privado viendo que los del sector público consumían más tabaco y por lo tanto presentabas más problemas de cáncer el mismo que fue más elevado en varones (5).

En líneas generales, el perfil epidemiológico del Paraguay comparte las características de países con doble carga de enfermedad, donde al tradicional impacto de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas relacionadas a condiciones de vida y acceso a los servicios de salud, se le suma el aumento de prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Además de la mortalidad atribuible como causa directa, la presencia de ECNT. en factores de

riesgo para las ECNT. En la ciudad son más comunes los empleos sedentarios, el consumo de alimentos procesados y la percepción de que caminar es inseguro debido al tráfico, la delincuencia y la falta de espacios para los peatones. En esta sociedad predominan las mujeres con un (51,1%)

En Este país el entorno urbano es factor que condiciona estilos de vida que desencadenan Enfermedades no Transmisibles, las mismas que al igual que en el resto del mundo se constituyen en la primera causa de muerte (6).

2.1.2. Las Enfermedades No Transmisibles en Bolivia.

Bolivia tiene una población de 11.216.000 personas, y el porcentaje de habitantes en el rango de los 30 a 70 años es de 33,6%. Se estima que de 72 mil muertes registradas en todas las edades y en ambos sexos en una gestión un 59% sucedieron a causa de Enfermedades no transmisibles (4).

En Bolivia el perfil epidemiológico de enfermedades no transmisibles en promedio está representado por un 67% a diferencia de las Enfermedades Transmisibles que tiene una carga de 33% (5).

A pesar de que, en Bolivia las Enfermedades no Transmisibles, constituyen un importante problema de salud pública, el peso proporcional de las ENT en la mortalidad es mucho mayor pues representan más del 50% de las muertes ocurridas en un año (5). De ellas solo las causas circulatorias constituyen el 40% de los fallecimientos.

En nuestro país se realizaron los siguientes estudios:

Primer estudio el año 2000 sobre mortalidad general en Bolivia, realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con una fuente basada en el certificado único de defunción (CEMEUD) de los cementerios oficiales con una revisión de 10.744 decesos (Calvo A. Análisis Coyuntural de Mortalidad en la ciudad de La Paz 1999 Cuadernos del Hospital de Clínicas 2001; 47(1):72-79)

El Estudio de 1999 del Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo (IISAD), de la facultad de medicina de la UMSA con un total de 2082 decesos registrados en los cementerios (general y Jardín), tomando en cuenta Hospitales y FELC-C.

Resultados encontrados fueron:

- Primera causa de muerte en la ciudad de La Paz Causas externas
- La causa que duplico a los varones en relación con mujeres fueron las cardiovasculares.
- Los canceres fueron la causa de mortalidad en mujeres más que en varones debido al cáncer cérvico uterino

Estos estudios permitieron conocer la transición epidemiológica en la ciudad de La Paz con respecto a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, deben continuar investigaciones al respecto para observar modificaciones en la estructura de mortalidad tomando en cuenta:

- Características de los certificados de defunción
- Calidad de diagnóstico o causa básica de defunción
- El peso económico de las Enfermedades No Transmisibles para el País
- Transiciones sociodemográficas, por la gran diversidad cultural y social.

2.2. JUSTIFICACIÓN

Existen pocos estudios de mortalidad en la ciudad de La Paz, y los mismos deberían realizarse al menos cada década por lo menos tomando en cuenta los dos parámetros más importantes de estudios de mortalidad que fueron realizados en 1999 y 2009 por el Dr. Alberto de la Gálvez estudios completos que muestran el perfil epidemiológico completo de la mortalidad por Enfermedades no Transmisibles a fin de plantear políticas de salud y medidas preventivas a fin de disminuir la morbimortalidad de la población.

Las Enfermedades no transmisibles se perfilan como un problema de salud pública creciente en nuestra sociedad, pues constituyen una de las principales causas de mortalidad y discapacidad, aunque no se dispone de cifras exactas de mortalidad por enfermedades no transmisibles (6) ,en la ciudad de La Paz a la fecha, se estima que el número de personas con una enfermedad no Transmisible es considerable y que muchas personas padecen varias de dichas enfermedades, o una simultáneamente con alguna enfermedad infecciosa, como la tuberculosis asociada a diabetes, por ejemplo, el tabaquismo, abuso de alcohol, entre otros (4).

Al igual que los cambios demográficos y los estilos de vida en los países de la región cuyas poblaciones son predominantemente jóvenes a crecientemente envejecidas han ubicado a las Enfermedades no transmisibles en niveles nunca antes registrados, lo mismo se refleja en nuestra realidad nacional.

Se debe tomar en cuenta que las Enfermedades No Transmisibles impactan en la economía de un país, y en los años de vida perdida de las personas en edad productiva y por la cronicidad de estas patologías, tienen una proyección desde el 2011 hasta el 2030 a ser una carga global de economías perdidas se calcula a nivel mundial 47 trillones de dólares aproximadamente. y hasta el año 2030 corresponderá a una reducción de 2% anual en el crecimiento económico a nivel de los países (7).

Las muertes por Enfermedades No Transmisibles por grupo etario fueron dos veces mayores en países de economía media y baja en el año 2011 en relación de los países con economía alta (9).

Por estas razones, la presente investigación servirá para el conocimiento de las condiciones de salud, del acceso a servicios médicos de estas enfermedades, y su relacionamiento con factores sociodemográficas y permitirá tomar medidas preventivas para contribuir a evitar las muertes prematuras en la población.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

3.1.1. Definición

Las Enfermedades Crónicas no transmisibles (ENT), tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Las principales ENT son las cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, como el EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma y diabetes (8).

Corren el riesgo de padecer ENT los países de ingresos bajos y medios donde estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo metabólicos", que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras (2).

Factores de riesgo comportamentales modificables son:

Como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol que aumentan el riesgo de ENT (2).

El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.

Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.

Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer.

Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (9) .

Defunción

“Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por tanto, esta definición excluye las defunciones fetales” (9) .

Mortalidad

“Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada” (10).

3.1.2. Factores de riesgo metabólicos

Lo Contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT: (10)

- El aumento de la tensión arterial;
- El sobrepeso y la obesidad;
- La hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre); y
- La hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial), seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea.

3.2. Marco histórico.

Los cambios demográficos y epidemiológicos han contribuido al aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas.

Además, estas enfermedades ya no se consideran exclusivamente consecuencia del curso natural de la vida, puesto que son prevenibles y causan muchas muertes prematuras. De todas las muertes por enfermedades no transmisibles, 35% ocurren prematuramente en personas de 30 a 70 años de edad; de esta cifra, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, en conjunto, representan 65% del total de muertes prematuras (11).

Durante la década transcurrida desde la aprobación de la estrategia del año 2000 hemos sido testigos de importantes avances en política e iniciativas estratégicas que suponen un apoyo adicional para los Estados Miembros en su lucha contra la epidemia de ECNT. En este sentido, los hitos más destacables son los siguientes:

La adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003 (12).

La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004. – el Plan de Acción 2008-2013 que desarrolla de forma práctica la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Este Plan de Acción fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008. la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2010 (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha acogido con satisfacción la adopción hoy por la Asamblea General de las Naciones Unidas de la declaración política sobre la prevención y el control de enfermedades no transmisibles tales como la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer que, en conjunto, se cobran cada año la vida de unos 36 millones de personas. Por primera vez, los dirigentes (13) mundiales han llegado a un consenso en la Asamblea General acerca de una serie de medidas concretas para afrontar esas enfermedades.

Los gobiernos han señalado de común acuerdo la necesidad de establecer metas mundiales de vigilancia de esas enfermedades y sus factores de riesgo, tales como el tabaquismo, los regímenes alimentarios malsanos, la inactividad física y el consumo nocivo de bebidas alcohólicas. La Asamblea General de las Naciones Unidas ha pedido a la OMS que elabore un marco para seguir de cerca los progresos realizados a escala mundial y que, antes del final de 2012, prepare recomendaciones sobre un conjunto de metas mundiales desatinadas a vigilar las tendencias y evaluar los progresos realizados en los países en la reducción del sufrimiento, la discapacidad y la mortalidad prematura causadas por esas enfermedades (14).

Los dirigentes mundiales se han comprometido a realizar mayores esfuerzos para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles y mejorar la atención de salud, incluido el acceso a los medicamentos de importancia vital. El éxito dependerá de la participación de sectores externos al de la salud tales como los de finanzas, agricultura y ganadería, transporte, desarrollo urbano y comercio. Los gobiernos integrarán las políticas de reducción de las enfermedades no transmisibles en los procesos de planificación de la salud y los programas nacional de desarrollo.

La declaración supone una señal clara de que los líderes mundiales reconocen las repercusiones devastadoras de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo y de que se comprometen a reducirlas. El paso siguiente es adoptar medidas encaminadas a cumplir con esos compromisos (6).

Los objetivos de desarrollo y crecimiento económico se encuentran amenazados por lo que representan las enfermedades no transmisibles que presentan millones de personas en el mundo, aproximadamente dos terceras partes de las muertes que se producen en todo el mundo se deben a las Enfermedades No transmisibles sobre todo el Cáncer, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y la diabetes .Estas , patologías son más frecuentes en países de

ingresos bajos en las Américas tres a cuatro defunciones se deben a las ENT llegando a un 64% en la parte Andina (9).

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT (7).

La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT (7).

3.2.1. Panorama general.

Corren el riesgo de padecer ENT los países de ingresos bajos y medios donde estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo metabólicos", que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras (11).

3.2.2. Factores de riesgo comportamentales modificables son:

Como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol que aumentan el riesgo de ENT (15).

El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.

Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.

Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ENT, entre ellas el cáncer.

Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (6).

3.3. Marco legal

En Bolivia, la Constitución Política, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad y que se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. Además de la Constitución Política existen leyes, decretos vigentes, que dan el marco legal para el desarrollo y aplicación de la presente programas de ENT (16).

Los Instrumentos legales que sustentan el trabajo entorno a las ENT en Bolivia son:

Artículo 37 El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho de la salud, que se constituyen en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Decreto Supremo N° 29601 MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL

ARTICULO 2. (OBJETIVO DEL MODELO) El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población (17).

ARTÍCULO 9.- (MODELO DE ATENCIÓN EN EL SEGURO DE CORTO PLAZO) La Seguridad de corto plazo que brindan las Cajas de Salud, deben adecuar su

atención al Modelo Sanitario SAFCI, mediante la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (17).

ARTÍCULO 12.- (RED MUNICIPAL SAFCI) I. Es la estructura operativa del Modelo SAFCI constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentada en las necesidades de la misma. II. Desarrolla servicios integrales de salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de las personas, familias y comunidades en el ámbito de su jurisdicción), la participación social consciente y efectiva y la corresponsabilidad de otros sectores en el marco de la salud familiar y la interculturalidad (17).

ARTÍCULO 14.- (AMBITO, COMPETENCIAS Y PARTICIPACION SOCIAL)

El modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación sobre los temas de salud en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional. II. Las decisiones abarcan a la gestión de la salud (planificación, ejecución administración, seguimiento control) de los actores sociales en constante interacción con el sector salud (17).

Ley N^a 031 del 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”

Artículo 81. (SALUD). • Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales. • Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención D. S. N^o 1984-Reglamento a la Ley N^o 475- de Prestaciones de servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. 30 de abril 2014. Y su modificación actual la ley 1152 del 30 de diciembre del 2013 de enfermedades en el marco de la política de salud (17).

DECRETO SUPREMO N° 29376 12/12/2007. Ley 3029 Convenio Marco de Control del Tabaco.

ARTÍCULO 1. (OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar la Ley N° 3029 de 22 de abril de 2005 “CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO”, para controlar y reducir el consumo de todos los productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco, en cualquiera de sus formas, a fin de prevenir de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad, atribuidas al consumo del tabaco y a la exposición al humo del tabaco (17).

Ley N° 259 de control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas, 11 de julio de 2012

Artículo 1°. - (Objeto) La presente ley tiene por objeto regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas, las acciones e instancias de prevención, protección, rehabilitación, control, restricción y prohibición, estableciendo las sanciones ante el incumplimiento de las mismas. Artículo 10°. - (Medidas de promoción y prevención) El Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales Autónomas y las Instituciones Públicas y Privadas; implementarán medidas de promoción de la salud y prevención del consumo de bebidas alcohólicas en el ámbito de sus competencias, señalándose de manera enunciativa y no limitativa las siguientes: 1. Incorporar en su planificación estratégica de desarrollo y su programación operativa anual, actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de bebidas alcohólicas con enfoque integral, intersectorial e intercultural; que signifiquen movilización de la familia y la comunidad; de acuerdo a la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Artículo 11°. - (Medidas de atención y rehabilitación) Las Entidades Territoriales Autónomas, Instituciones Públicas y Privadas implementarán las siguientes medidas de atención y rehabilitación basada en la comunidad: 1. Fortalecer las Redes de Servicios de Salud y a las Comunidades Terapéuticas Especializadas, en cuanto a la

capacidad de respuesta y atención del personal de salud, en lo que se refiere al tratamiento de la dependencia al alcohol.

3.4. Enfermedades no transmisibles

3.4.1. Diabetes Mellitus

La diabetes es una de las principales causas de Salud pública a nivel mundial, el número de personas diagnosticadas con esta enfermedad se ha duplicado en el mundo, el año 2010 se registraron 285 millones de pacientes, 90% con tipo 2, la proyección para el año 2030, será 439 millones en áreas subdesarrolladas del mundo.

Su prevalencia según el INE para el año 2016 es de 138.124 casos de personas.

Mortalidad a causa de diabetes en el año 2011 es alrededor de 4.6 millones de personas de 20 a 79 años (18) .

3.4.2. Enfermedades cardiovasculares

Los trastornos cardiovasculares comprenden a la cardiopatía coronaria, enfermedad cerebrovascular, enteropatías periféricas, cardiopatías, congénitas, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. La epidemiología cardiovascular se caracteriza por una etiología multifactorial, estos factores se potencian entre si sus factores de riesgo son cardiovascular modificable que son hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad y consumo de tabaco y entre otros factores están la diabetes, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol” (19).

3.4.3. Prevalencia.

En Bolivia se obtuvo datos hospitalarios que reportan el año 2007 los problemas cardiacos fueron 89773 casos.

En cuanto a la Hipertensión arterial con respecto a la mortalidad los datos son escasos el año 1998 se reportó una prevalencia de 19.6% en hombres 21.5% respecto a las mujeres 17.8 %, la prevalencia es de 11% en la ciudad de El Alto y 23%, en la ciudad de Santa Cruz. En este mismo departamento la prevalencia

de Enfermedad cerebro vascular de 174x100 000 habitantes con una tasa de prevalencia en hombres de 247 y 99 en mujeres y se incrementa rápidamente con la edad 663 3n mayores de 35 años.

Al igual que en el resto del mundo en Bolivia las enfermedades Cardiovasculares, son la principal causa de defunción desde el año 2010 (INE 2011), se registró un total de 71.072 muertes secundarias a cardiopatías y 31.235 accidentes cerebrovasculares (20).

3.4.4. Obesidad.

Es un trastorno complejo que consiste en tener cantidad excesiva de grasa corporal. Aumenta tu riesgo de enfermedades, cardíaca, diabetes y presión arterial alta.

Según la Organización Panamericana de la salud (OPS), cuatro de 10 bolivianos tienen sobrepeso u obesidad, el ministerio de salud para el año 2016 reporto 75290 personas (21).

3.4.5. Impacto socioeconómico tienen las ENT

Las ENT ponen en peligro el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030 (22).

La pobreza está estrechamente relacionada con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco, o a prácticas alimentarias malsanas, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud (23).

En los entornos con pocos recursos, los costos de la atención sanitaria para las ENT pueden agotar rápidamente los recursos de las familias. Los costos

desorbitados de las ENT, en particular el a menudo prolongado y oneroso tratamiento y la desaparición del sostén de familia, están empujando cada año a millones de personas a la pobreza y sofocando el desarrollo (24).

Seguir los progresos realizados y la evolución de las ENT y sus factores de riesgo.

Planificación, colaboren para reducir los riesgos asociados a las ENT y promover las intervenciones que permitan prevenirlas y controlarlas.

Es fundamental invertir en una mejor gestión de las ENT, que incluye su detección, cribado y tratamiento, así como el acceso a los cuidados paliativos.

Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ENT pueden llevarse a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros.

Los países de ingresos bajos suelen tener una baja capacidad de prevención y control de las enfermedades no transmisibles (25).

Es poco probable que los países con cobertura insuficiente del seguro de enfermedad puedan proporcionar un acceso universal a las intervenciones esenciales contra las ENT. Las intervenciones de gestión de las ENT son esenciales para alcanzar la meta mundial consistente en lograr una reducción relativa del riesgo de mortalidad prematura por ENT del 25% para 2025, y la meta de los ODS consistente en reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030 (26).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reconoce que las ENT son un importante obstáculo al desarrollo sostenible. En el contexto de dicha Agenda, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a elaborar respuestas nacionales ambiciosas que logren reducir las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030 mediante la prevención y el tratamiento (meta 3.4 de los ODS).

Esta meta se estableció en las Reuniones de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ENT de 2011 y 2014, en las que se reafirmó la función de liderazgo y coordinación de la OMS en la promoción y el seguimiento de la acción mundial contra las ENT. En 2018 la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrará una tercera reunión de alto nivel sobre las ENT para examinar los progresos realizados y establecer un consenso sobre lo que queda por hacer entre 2018 y 2030 (26).

A fin de prestar apoyo a los esfuerzos de los países, la OMS elaboró el Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que contiene las nueve metas mundiales que tendrán el mayor impacto en la mortalidad mundial por ENT y que abordan la prevención y la gestión de estas enfermedades.

Según la OMS, institución que informa que para Bolivia la probabilidad de morir entre los 30 y 70 años de edad a partir de las cuatro principales enfermedades no transmisibles (cáncer, diabetes, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares) es del 18%.

Cerca de 16 millones de personas mueren en el mundo cada año a causa de las enfermedades no transmisibles (27) .

En todo caso, la cifra anual de 16 millones de muertes prematuras (antes de los 70 años de edad) en el mundo a causa de enfermedades cardíacas y pulmonares, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes puede combatirse con políticas públicas de prevención en la salud. En el “Informe de la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014”, la directora general de la OMS, Margaret Chan, explica que “al invertir sólo 01.03 dólares por persona al año, los países pueden reducir dramáticamente la enfermedad y la muerte por enfermedades no transmisibles”.

La mayoría de las muertes prematuras a causa de las enfermedades no transmisibles son prevenibles, por ejemplo, de los 38 millones de vidas perdidas en 2012, 16 millones (42%) ocurrieron de forma prematura y evitable. A pesar de

esta situación, algunos países se anotan logros, como Brasil que ha reducido su tasa de mortalidad a un ritmo de 1,8% por año como parte de la expansión de la atención primaria en salud, y Argentina que ha promovido la disminución de hasta un 25% del contenido de sal en el pan (28).

En los reportes por país, la Organización Mundial de la Salud advierte que “las estimaciones de mortalidad para este país (Bolivia) tienen un alto grado de incertidumbre porque no se basan en los datos de mortalidad nacional de enfermedades no transmisibles”. Los factores de riesgo en adultos, hombres y mujeres en Bolivia son: en un 30% el tabaco (según datos de 2011), en un 24,4% los casos de presión arterial elevada (2008), en un 17,9% la obesidad (2008) y el consumo de alcohol de 5.9 litros per cápita (29).

Bolivia tiene una población de 10,4 millones de personas, y el porcentaje de habitantes en el rango de los 30 a 70 años es de 33.6%. Se estima que de 72 mil muertes registradas en todas las edades y en ambos sexos en una gestión, un 59% sucedieron a causa de enfermedades no transmisibles.

La OMS identificó que en el país no existe una unidad o departamento operativo ministerial sobre enfermedades no transmisibles (ENT) y tampoco una política, estrategia o plan de acción que integre varias ENT y los factores de riesgo compartido. Sin embargo, sí posee una política para reducir la inactividad física, el consumo de alcohol y tabaco, y la dieta poco saludable (29).

A nivel del trabajo institucional, no se identificaron directrices, protocolos y/o normas nacionales basadas en la evidencia para el manejo de las principales ENT a través de un enfoque de atención primaria; tampoco existe un sistema de supervisión y de control de las ENT para aportar a los informes de las nueve metas mundiales en esta materia; y se carece de un registro nacional del cáncer basado en la población. Fuente PIEB (30).

Estudio realizado por farmacéuticos el 2019 realizando una investigación en cuanto a la dispensación de medicamentos concluyendo que las enfermedades cardiovasculares son las ENT más graves a nivel mundial y la diabetes es uno

de los principales factores de riesgo cardiovascular. Las enfermedades cardiovasculares implican problemas médicos, sociales y de salud pública que aumentan la carga económica de los pacientes, los sistemas sanitarios y las economías nacionales. Las complicaciones de la diabetes aumentan la discapacidad, reducen la esperanza de vida y aumentan los costos sanitarios. La investigación demuestra que las complicaciones de la diabetes podrían reducirse con un mejor control de la diabetes (31).

3.5. Selección de Enfermedades No Transmisibles

El estudio tomó como base de datos primarios o las causas básicas (CIE-10) correspondientes a Enfermedades no Transmisibles, y se realizó análisis de variables sociodemográficas: edad en años, grupo de edad por quinquenios, ocupación, grado de instrucción, estado civil, causa básica de muerte, Como unidad de análisis se consideró la totalidad de las pacientes con diagnóstico principal de muerte de alguna de las siguientes Enfermedades No Transmisibles: (31)

Tabla 1 CLASIFICACION ENT SEGUN CIE 10

CANCER	C 00 AL C 96
DIABETES	E10.E14
CARDIOVASCULARES	I00.I99
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	1 10 AL I13.9
ENFERMEDAD ISQUEMICA	I 20 AL I 25.9
INSUFICIENCIA CARDIACA CC1 50 AL I 50.9	I50 al i50.9
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	1 60 al 1 69.9i 50m
EPOC	J44 AL J44-9
BRONQUITIS	J40 AL J 42
ENFISEMA	J43 AL J43.9
ASMA	J45 AL J45.9
BRONQUIECTACIA	J47
ENFERMEDAD RENAL	N19
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	N18.1 AL N18.9
ENFERMEDAD RENAL CRONICA	N18.1 AL N18.9

Fuente: CIE 10 (2004) 4.2.8.

3.5.1. Definición de muerte

Muerte fin de la vida, actualmente el diagnóstico de la muerte biológica y legal se basa en la noción de muerte cerebral en la que se considera que hay una pérdida irreversible de todas las funciones del cerebro, expresada por la onda plana del encefalograma. Este resultado implica la autorización legal para cesar las posibles técnicas de reanimación (respiración artificial, masaje cardiaco, cateterizaciones, etc (32).

Las Naciones Unidas declararon que las ENT son una amenaza mundial y son un obstáculo para el desarrollo en el siglo XXI (25).

Es necesario saber causas de muerte y cómo afectan las enfermedades y los traumatismos a la población, uno de los indicadores más importantes para evaluar la eficacia de los sistemas de salud de los países, es la cifra anual de muertes y su causa (33).

3.5.2. Ámbito geográfico

El presente trabajo se realizó en la Ciudad de Nuestra Señora de La Paz, con los certificados de defunción de los cementerios Jardín, General, Los Judíos.

3.5.3. Definición de Caso

Son todas las muertes producidas por cualquier enfermedad crónica no transmisible en cualquier edad, sexo femenino y ámbito geográfico de la ciudad de La Paz.

Las ENT, también conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. Dentro de sus factores de riesgo se citan: (34)

El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.

Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.

Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente (34).

3.5.4. Otras definiciones útiles

Causa básica de defunción

“La causa básica de defunción es (a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o (b) las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal”. (35)

Causa directa de defunción

“Es la enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente, antes de que ocurra el paro cardiorrespiratorio.”

Causa indirecta de defunción

“La causa asociada de defunción es una causa concomitante, pero que no está, relacionada con la causa básica ni con la directa” (36) .

Característica

Dicho de una cualidad: Que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes (37) .

Variable.

“Variable es una propiedad, característica o cualidad determinada de la unidad de observación, medible o no. Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa y cualitativa, sucesos colectivos (especialmente

sucesos biogeográficos) para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas (38).

3.5.5. Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado

En la investigación biomédica nos encontramos con frecuencia con datos o variables de tipo cualitativo, mediante las cuales un grupo de individuos se clasifican en dos o más categorías mutuamente excluyentes. Las proporciones son una forma habitual de expresar frecuencias cuando la variable objeto de estudio tiene dos posibles respuestas, como presentar o no un evento de interés (enfermedad, muerte, curación, etc.). Cuando lo que se pretende es comparar dos o más grupos de sujetos con respecto a una variable categórica, los resultados se suelen presentar a modo de tablas de doble entrada que reciben el nombre de tablas de contingencia. Así, la situación más simple de comparación entre dos variables cualitativas es aquella en la que ambas tienen sólo dos posibles opciones de respuesta (es decir, variables dicotómicas). En esta situación la tabla de contingencia se reduce a una tabla como la que se muestra en la tabla 2X2 para el cálculo de Chi 2 de Pearson para cada una de las variables a un nivel de confianza del 95%. En los casos cuya asociación era significativa, se estimó el Coeficiente de Contingencia:

	Caso Muerte por categoría ENT	No Caso No muerte por categoría ENT
Expuesto (factor de riesgo)		
No Expuesto (Sin factor de riesgo)		

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No existe un estudio de mortalidad en mujeres por enfermedades no transmisibles y su asociación con ciertos factores sociodemográficos en la ciudad de la Paz. Debido a lo siguiente:

- Fomento insuficiente a la investigación y valoración de información válida y confiable.
- Deficientes registro en causa básica de muerte en los certificados de defunción
- Dispersión de los certificados de defunción
- Difícil acceso a registros.

Existe la alternativa de realizar estudio de mortalidad con los certificados de defunción de los cementerios para fines de investigación epidemiológica tratando de brindar resultado actualizado, válido, confiable y oportuno.

En los últimos 20 años han sido realizados estudios de mortalidad, en las ciudades capitales de Bolivia, entre estos podemos citar:

Un estudio realizado el año 2000 en nueve ciudades capitales de Bolivia estableció que la principal causa de mortalidad fueron las del aparato circulatorio (40,1%), seguidas de las transmisibles (13,3%), causas externas (11,9%), neoplasias, (8,0%), perinatales (5,4%) y las demás causas (21,3%). De acuerdo a esta información, 4 de cada 10 muertes registradas en las ciudades capitales del país se atribuyen a causas del sistema circulatorio, siendo esta proporción ligeramente mayor en mujeres. La alta proporción de defunciones por esta causa puede verse sesgada por el frecuente uso del término “paro cardiorrespiratorio” como causa básica de muerte. Por otra parte, se destaca la mayor proporción de causas externas entre las defunciones masculinas y de causas neoplásicas entre las femeninas (39).

A escala mundial, existen estudios desde el año 1990 con más énfasis

Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles el año 2014, donde se detallan datos estadísticos importantes de mortalidad por ENT, con un 34% de carga de años potenciales perdidos.

Por otra parte, la evidencia existente sugiere que existen factores asociados con las tasas de mortalidad, entre ellos el grado de pobreza, el género, el nivel educativo, la ocupación y en el caso de las enfermedades crónicas, el estado civil. Todas estas determinantes, van a condicionar un perfil de factores de riesgo más o menos desfavorables en la población adulta, y podrían por lo tanto explicar las inequidades globales de mortalidad entre subgrupos de población y por causas. La identificación de estos factores permitiría implementar políticas de prevención para frenar el aumento de dichas enfermedades (10).

Las investigaciones sobre mortalidad existentes en el país, en su gran mayoría se limitan a la descripción de la situación de mortalidad en general y su clasificación por causas específicas, sin profundizar en elementos como el nivel educativo, la ocupación, el estado civil y otros, como factores diferenciales de la mortalidad.

Si bien se conocen de cierta manera las características demográficas así como también las causas para las enfermedades no transmisibles a través de estudios realizados en forma aleatoria o bien en todo el contexto nacional, aun no se ha logrado evitar o prevenir las muertes por enfermedades no transmisibles quedando interrogantes acerca de la eficiencia de las medidas que se han tomado a la fecha en relación a este problema, basado en datos obtenidos en estudios de factores de riesgo y asociaciones.

La medición de la mortalidad por Enfermedades no transmisibles tiende a ser bastante compleja por cambios económicos y sociales que se dan en nuestra sociedad, los cuales producen modificaciones en los estilos de vida de la población lo que a su vez conlleva a cambios en los patrones de enfermedad y mortalidad en el que las enfermedades no transmisibles desplazan a las enfermedades infecciosas, con tendencia marcada se identificaron las

Enfermedades no transmisibles más prevalentes que desencadenaron mortalidad haciendo uso de los datos recolectados del certificado de defunción, de los cementerios de la ciudad de La Paz

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y la mortalidad por Enfermedades no transmisibles en mujeres de la ciudad de La Paz en la gestión 2017?

4.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.2.1. Perfil de la mortalidad en la ciudad de La Paz 2009

Este estudio realizado por el Dr. Alberto De La Gálvez, Dr. Carlos Tamayo, Dr. Franz Calani, constituye un reto para el IINSAD, por la variedad de fuentes que ha sido necesario consultar, por la cantidad de decesos implicados, y por el deterioro que ha experimentado el registro hospitalario de la mortalidad. Los investigadores a cargo, bajo cuya responsabilidad ha estado también la investigación realizada en 1999, han acumulado amplia experiencia institucional y personal en este tipo de estudios. Los principales resultados son los siguientes: características de la certificación de las defunciones, el porcentaje de defunciones en hospitales, la calidad de los diagnósticos, el peso de las enfermedades crónicas en la mortalidad, el desplazamiento de la edad de defunción de mujeres con cáncer del cuello del útero, la evolución de la mortalidad materna en la ciudad de La Paz en los últimos 20 años, el porcentaje de las defunciones relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen, junto con la transición demográfica y la epidemiológica (40).

4.2.2. Carga de Mortalidad de Enfermedades No Transmisibles en la población igual o mayor de 20 años de El Salvador

El estudio aporta datos estadístico de mortalidad por ENT en el Salvador que para el año 2014 reportaba 56 millones de muertes en el mundo de las cuales 38 millones se debían a las ENT , 16 millones fueron muertes prematuras 17,5 millones muertes por cáncer, 8,2 millones muertes por enfermedades respiratorias 4 millones por Diabetes Mellitus, 1,5 millones por enfermedad renal se resalta el impacto social, económico, esperanza de vida, el indicador que fue utilizado , para medir el impacto de las ENT son los años potenciales de vida perdidos (41).

Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes por ENT, Ginebra: OPS, 2012. El documento constituye un

instrumento muy utilizado para la codificación de las causas de las muertes por ENT.

Este documento pretende ayudar a los prestadores de servicios de salud, a quienes llenan los certificados de defunción, aclarando la aplicación de la CIE-10 y normalizando la identificación de las causas directas e indirectas de muerte. Sus principios deben ser aplicables para categorizar la información sobre las muertes recabadas a partir del registro civil, las encuestas, los sistemas de información de los hospitales, autopsias verbales, investigaciones confidenciales y otros estudios especiales (9).

Carga de enfermedades no transmisibles en las américas y los determinantes sociales de la salud

4.2.3. Determinantes sociodemográficos y muerte súbita cardiovascular Estudio en la Habana cuba 2015 Dr. Rafael Araujo Gonzales

Dentro de los determinantes sociodemográficos identificados se identifican Factores individuales y grupales , estos pueden desencadenar muerte súbita por enfermedad cardo vascular relacionada con factores individuales como la edad y sexo y otros factores modificables como fumar , consumo de alcohol y drogas o situaciones de estrés y dentro de los factores grupales se tomó en cuenta posición socioeconómica baja , lugar de trabajo , trabajo , situación económica, rol laboral (42).

4.2.4. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012 (Julio Cesar Martínez).

Este estudio describe la tendencia de la mortalidad por enfermedades no transmisibles y su asociación con ciertos factores de riesgo sociodemográficos en Colombia se tomaron en cuenta 727146 defunciones atribuidas a enfermedades no transmisibles 58,% correspondientes a hombres menores de 75 años , La tasa de mortalidad durante el periodo de estudio fue 319,5 muertes por 100000 habitantes , la tendencia mostro que por cada mujer fallecida por

causas externas relacionado con la edad, cinco hombres fallecieron en la misma circunstancia.

En este estudio las cinco primeras causas de muertes fueron enfermedades del sistema circulatorio, las agresiones, los tumores malignos, las enfermedades de las vías respiratorias, enfermedades relacionadas a accidentes de tránsito

Se concluyó que las causas de mortalidad difirieron significativamente según el sexo y la edad y las primeras Cinco causas de muerte en Colombia fueron las enfermedades del corazón, agresiones y homicidios, la mortalidad por lesiones de causas externas fue menor en mujeres y la mayor probabilidad de morir se concentró en el grupo de 15 a 45 años (43).

4.2.5. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos por enfermedades no transmisibles en el salvador, 2011-2015 Susana Margarita Zelaya

Estudio Realizado 2011- 2015 por el Dr. Roberto Mejía

Estimo la carga de mortalidad por enfermedades no transmisibles en población igual o mayor de 20 años de El Salvador, usando una metodología de estudio ecológico con datos de defunciones del módulo de estadísticas vitales del sistema de información de mortalidad del Salvador, se analizaron variables demográficas y se calcularon tasas de mortalidad y prematuras de la misma , con el análisis de años potenciales de vida perdidos los resultados del estudio indica que se registraron 48554 muertes por enfermedades no transmisibles, las enfermedades que causaron más muerte en hombres fueron las cardiovasculares la enfermedad renal crónica y el cáncer , en mujeres fueron las cardiovasculares, cáncer enfermedad renal crónica, se perdieron más años de vida a causa de enfermedad renal crónica, seguido por enfermedades cardiovasculares y en tercer lugar el cáncer (41).

5. HIPÓTESIS

Existe una relación entre los factores socio demográfico y la mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres de la ciudad de La Paz. en la gestión 2017.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar los factores socio demográficos asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres a partir de certificados de defunción en la ciudad de La Paz en la gestión 2017.

6.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar el perfil de mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres de la ciudad de La Paz en la gestión 2017
2. Determinar la asociación del nivel de educación, ocupación, estado civil y edad con la mortalidad por enfermedades no transmisibles según grupos de la lista corta 6/67 de clasificación de causas de mortalidad OPS/OMS.
3. Estimar los años potenciales de vida perdidos (APVP) según edad y sexo, y el índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) por enfermedades no transmisibles en mujeres de la ciudad de La Paz en la gestión 2017

7. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1. Contexto o lugar de Intervenciones

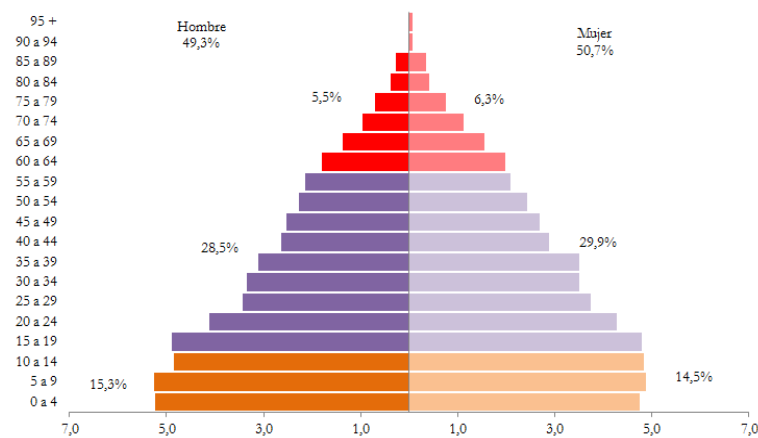
El estudio se realizó en la ciudad de La Paz, sede de gobierno nacional ubicada a 16ª29' latitud Sur de la línea del Ecuador y 68ª 08' minutos longitud Oeste del Meridiano de Greenwich, limita, al Sud Este con el municipio de El Alto al Sur con Palca, Achocalla y Mecapaca.

Tiene una extensión territorial aproximada de 3.030 km² y una población de 921,050 habitantes para el censo 2012, en la parte metropolitana 798.968 habitantes, su densidad demográfica de 265 hab. /km². La pirámide poblacional muestra que existe un Bono demográfico, con un 68% de la población en edad productiva (15-64 años) siendo la edad promedio 33 años, tres años por encima de la media nacional (30 años). Y se advierte un proceso de envejecimiento de la población, como gran ciudad, cuyo efecto es un cambio en la tipología de servicios y en el gasto público. La esperanza de vida al nacer es de 72,4 años, en el caso de las mujeres es de 75.9 y para varones 69.1 (44).

La incidencia de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas es de 19 %, y por nivel de ingreso es 33%. La ciudad de La Paz, como uno de los primeros centros urbanos del país, ha sido destino de importantes flujos migratorios a lo largo de su historia. Fue fundada en el asentamiento inca de Laja por Alonso de Mendoza en 1548, fue trasladada al valle de Chuquiago Marka, su nombre completo es ciudad de Nuestra Señora de La Paz. Las implicancias negativas son diversas y generalmente están relacionadas con la pobreza subyacente, la demanda por servicios de salud y educación, además del asentamiento urbano desordenado y el incremento de la actividad informal. Cerca del 21% de la población sería migrante. El 80% de la población ha nacido en el municipio de La Paz, y el 18.9% proviene de otro municipio y menos del 1% del exterior del país (57).

La ciudad de La Paz se caracteriza por sus múltiples puentes y los teleféricos medio de transporte social revolucionario y ecológico, es el centro neurálgico de la política nacional donde se realizan diariamente marchas manifestaciones y desfiles cívicos, cuenta con energía eléctrica el 97% de la población, con agua potable y alcantarillado sanitario el 99%. INE. Datos Censo Nacional de Población y Vivienda 2012 (5).

Figura 1. Población de Bolivia por grupos quinquenales de edad y sexo (en porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística –Encuesta de Hogares 2012

EL departamento de La Paz para la gestión 2016 cuenta con una población de 2.862.504 habitantes siendo el segundo departamento más poblado de Bolivia y la ciudad de Nuestra Señora de La Paz cuenta con 921.050 habitante (INE 2016). La estructura de la población por grupos de edad establece que 29,8% de los habitantes en el país tiene entre 0 y 14, 58,4% pertenece al rango de edad de 15 a 59 y 11,8%, aglutina a la población de 60 años o más (5).

Para el año 2017 se proyecta alrededor de 249.000 nacimientos, una tasa global de fecundidad 2,8 hijos por mujer en edad fértil al final de su vida reproductiva; y 66.000 defunciones. Ambos indicadores (tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad) tienden a disminuir para los próximos años (45).

Dentro de las Enfermedades no transmisibles a nivel departamental; la hipertensión arterial tiene un índice de 9,6 por mil consultas (19.036 casos registrados), seguida por artritis reumatoide (14.949 casos) representa el 7,5 por mil consultas. En el municipio de La Paz se registraron 8.717 casos de hipertensión arterial lo que significa el 12,1 por mil consultas. En el área rural el mayor índice de enfermedades no transmisibles es por Artritis (9.948 casos), lo que significa que de cada mil consultas 15,7 son por esta patología (46).

Tabla 2. INDICADORES DEMOGRAFICOS ESTIMADORES 2016

DESCRIPCIÓN	NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
Superficie (Km2)	330 KM2
Población total	921050 hab.
Densidad de habitantes (Habitantes por Km2)	21,51
Porcentaje de población masculino	49,3
Porcentaje de población femenino	50,7
Tasa Media Anual de Crecimiento (En porcentaje)	1,45
Tasa Bruta de Natalidad (Por mil)	19,9
Tasa Bruta de Mortalidad (Por mil)	6,5
Tasa global de fecundidad (Hijos por mujer)	2,99
Tasa de mortalidad infantil (Por mil nacidos vivos)	29
Esperanza de vida al nacer total (Años)	72,9
Esperanza de vida al nacer de hombres (Años)	69,6
Esperanza de vida al nacer de mujeres (Años)	76,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2016

Los indicadores demográficos en el departamento de La Paz muestran un índice de tasa bruta de natalidad de 19,9 nacimientos por cada mil habitantes, de acuerdo con estimaciones de población para el 2018. La esperanza de vida, indicador que resume las condiciones de vida de la población, es de 72,9 años. Mujeres tienen una esperanza de vida de 76,4 años y los hombres de 69,6 años.

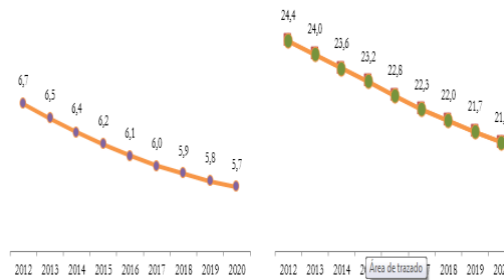
Para similar período, la tasa global de fecundidad tiene un promedio de 2,5 hijos por mujer durante su vida fértil. La tasa bruta de mortalidad alcanza a 6,5 muertes por cada mil habitantes y la tasa bruta de mortalidad infantil es de 31,3 defunciones antes de cumplir un año (44).

La población ocupada en el municipio de La Paz, asciende a 429.000, personas de estas 103000 personas son gremiales o trabajadores de servicios, 101000 son intelectuales (abogados, profesores, médicos etc.), trabajadores de industria, construcción y manufactura son el 13,3%, trabajadores no calificados son el 13,0%, técnicos y profesionales de apoyo 8,3% empleados de oficina, 2%, operadores de instalaciones y maquinaria 6,1% empresas y agricultura 5,5% (47).

El municipio de La paz cuenta con 212 unidades educativas públicas para, y 400 de convenio el año 2014 presenta una tasa de analfabetismo de 7,19% para el año 1992 que fue decreciendo a menos de la mitad para el año 2014, llegando a 2,60%, la brecha entre hombres y mujeres aún existe, y una tasa de analfabetismo con una diferencia de casi 3 %, el nivel educativo para el año 2014 es del 37,19% y alcanza nivel universitario un 26% (48).

En cuanto a servicios de salud el municipio de La Paz cuenta con 67 centros de salud de primer nivel de atención, 4 de segundo nivel y el complejo hospitalario Miraflores con 7 establecimientos de tercer nivel, para la gestión estudiada (2017) el 65% de los habitantes no contaba con seguro de salud y solo un 22,2% cuenta con seguridad social en la caja nacional de salud, el 4,7% tiene un seguro privado , 4,1 % está cubierto por otros seguros en la ciudad de La Paz existen 5 redes de salud donde existen centros de primer segundo y tercer nivel tanto del sistema público seguridad social y privado (49) .

Figura 2. Bolivia Tasa Bruta de Mortalidad y Tasa Bruta de Natalidad, 2012-2020 (EDSA 2016)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (EDSA 2016)

7.2. Caracterización de los cementerios en La Paz

7.2.1. Cementerios clandestinos

Son (irregulares) y comunales, como en el caso del cementerio Llamita no se cuenta con información de los cadáveres inhumados (certificados), en algunos se registran datos generales de los difuntos (nombre, edad, sexo), pero el mismo es irregular y poco confiable. La autorización para el entierro en estos cementerios lo da la comunidad o el dirigente vecinal, siendo el requisito fundamental, que el/la fallecido/a sea residente de la zona o de zonas aledañas.

7.2.2. Cementerios públicos

El cementerio General cuenta con registros de inhumación son concentrados en una oficina única, que depende de la Secretaría Municipal de Economía y Finanzas. Este proceso de generación de un archivo único sería reciente, por lo que la misma no se encontraría adecuadamente organizada, dificultando su acceso.

7.2.3. Cementerios privados

Algunos pertenecen a un consorcio, como es el caso del Cementerio Jardín, judíos manejando un sistema de archivo único.

7.3. Mediciones

Se han realizado mediciones descriptivas de las variables, edad, ocupación, estado civil, grado de instrucción, estimando proporciones para cada variable cualitativa nominal y categórica.

Para la variable edad al momento del fallecimiento, se ha estimado la media, la moda, la mediana, el rango, la edad mínima y máxima, el desvío estándar y la varianza.

Se han estimado las Tasas específicas de mortalidad por ENT. Para el cálculo de las tasas, se usó las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2012, multiplicado por 100.000 habitantes como factor.

Los Años Potenciales de Vida Perdidos fueron calculados para cada grupo de edad. La esperanza de vida al nacer de referencia utilizada fue la estimada para el Departamento de La Paz para el año 2017 por el Instituto Nacional de Estadística del Estado Plurinacional de Bolivia: Global 72,4 años (redondeo a 72,0 años), Hombres 69,1 años (redondeo a 69,0 años) y Mujeres 75,9 años (redondeo a 76,0 años).

Para determinar la asociación entre las variables grado de instrucción, ocupación y estado civil, con los subgrupos de enfermedades no transmisibles, se elaboraron tablas de contingencia 2x2, realizándose el cálculo de Chi² de Pearson para cada una de las variables a un nivel de confianza del 95%. En los casos cuya asociación era significativa, se estimó el Coeficiente de Contingencia para determinar la fuerza de asociación.

Variable independiente

Nombre de la variable	Definición operativa	Escala de medición	Valores	Preguntas según CEMED
Grado de instrucción	Máximo nivel de educación alcanzado hasta el momento del fallecimiento	Cualitativa Ordinal	Primaria o sin instrucción 2. Secundaria 3. Superior (Técnica, Universitaria, Otro)	Grado de instrucción
Estado civil	Estado civil al momento del fallecimiento según cédula de identidad y/o certificado de defunción	Cualitativa nominal	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Divorciado (a) 4. Viudo (a)	Estado civil
Ocupación	Ocupación según cédula de identidad y/o certificado de defunción	Cualitativa nominal	1. Sin ocupación 2. Obrero 3. Empleado(a) 4. Trabajador por cuenta propia 5. Profesionales independientes 6. Técnicos de Nivel Medio 7. Trabajador en Agricultura pecuaria, pesca y otros 8. Jubilado(a)/Rentista 9. Estudiante 10. Labores de casa 11. Normalista	Ocupación
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la defunción, registrado en el certificado de defunción o calculado mediante la información de la fecha de nacimiento	Cuantitativa discreta	1, 2,3,....	Edad en años

Variable dependiente

Nombre de la variable	Definición	Escala de Medición	Valores	Preguntas
Muerte por enfermedad no transmisible	Cualquier persona cuya causa básica de defunción se clasifique como muerte por enfermedad no transmisible acorde a la CIE – 10. Lista corta de causas de mortalidad de la OPS/OMS.	Cualitativa nominal	Enfermedades del sistema circulatorio Neoplasias Diabetes mellitus Insuficiencia renal Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Causa Básica y clasificación CIE – 10

7.4. Unidad de Observación

La unidad de observación constituido por los certificados de defunción (CEMEUD), certificado médico de defunción (CEMED), y otros certificados donde se registre los datos de las mujeres fallecidas cuya causa básica de muerte reportada en certificados de defunción de la gestión 2017 sea las enfermedades no transmisibles

Asimismo cada muerte por Enfermedades no Transmisibles registrados en los certificados de defunción de los cementerios citados, con registro de las defunciones por lugar de ocurrencia es decir las muertes por Enfermedades No transmisibles en mujeres producidas en el municipio de La Paz , para establecer el número de casos, se realizó una revisión exhaustiva de cada certificado de defunción de la gestión 2017 ,tomando fotografías de los mismos en el cementerio general ,En el cementerio Jardín copiando en forma manuscrita cada certificado de defunción del gestión citada previa coordinación con el IINSAD (Instituto de Investigación en salud y desarrollo) y la Unidad de postgrado de la facultad de medicina de la UMSA instituciones que solicitaron el permiso correspondiente a los diferentes cementerios donde se trabajó de el lapso de 4 meses con cuya información se realizó una base de datos que sirvió para el estudio y posteriormente dicha información quedo resguardada por el Instituto de Investigación en salud y desarrollo (IINSAD).Institución promotora de la investigación.

7.4.1. Criterios de Inclusión

- Todas las mujeres fallecidas entre el 1 de enero al 30 de diciembre de la gestión 2017 que hayan sido inhumadas en los cementerios general jardín llamita y judíos de la ciudad de La Paz.
- Causa básica de defunción se clasifique con Enfermedad No Transmisible en el CIE-10 6/67
- Residente habitual de la ciudad de La Paz según el registro del certificado de defunción y/o cedula de identidad.

- Nacido en otra parte geográfica, pero fallecido en la ciudad de La Paz en la gestión 2017.

7.4.2. Criterios de exclusión

- Registros de defunciones (Certificados), que no incorporen las variables estado civil o nivel de educación (grado de instrucción) u ocupación.
- Registros de defunciones cuya causa básica no se clasifique como enfermedad No transmisible.
- Que haya fallecido y haya sido enterrado en un cementerio de La Paz pero sea residente habitualmente en otro Municipio o área geográfica diferente a La Paz, según registro del Certificado de Defunción y/o Cédula de Identidad.

7.5. Marco Muestral

Se analizó el 100% de mujeres fallecidas por Enfermedades no transmisibles en el municipio de La Paz entre el primero de enero al 31 de diciembre la gestión 2017, correspondiendo a 1019 casos, datos fueron extractados del certificado único de defunción de cuatro cementerios del municipio de La Paz entre estos cementerios General, cementerio Jardín, cementerio judío y Cementerio Llamita. Se utilizó la Clasificación estadística Internacional (CIE 10) para estandarizar diagnósticos y permitir registro sistemático de análisis, interpretación y comparación de los datos de mortalidad por enfermedades no transmisibles.

Se agrupo según la lista corta del CIE -10 en las cinco grandes categorías establecidas por la organización panamericana de la salud (lista 6/67, OPS): neoplasias (tumores)(C00-D48); enfermedades del sistema circulatorio (I00.-I99); enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47); Diabetes mellitus (E10-E14).

7.6. Plan de Análisis

El análisis se realizó por lugar de ocurrencia, es decir las muertes producidas en la ciudad de La Paz, para establecer el número de casos de defunciones de mujeres por ENT correspondientes a la gestión 2017, tomando en cuenta datos relacionados con la defunción por enfermedades no transmisibles en mujeres.

Para el análisis se tomó en cuenta los meses de la gestión 2017, la edad de las difuntas por Enfermedades no Transmisibles en forma individual por grupos etarios por patología para realizar cálculos estadísticos correspondientes, a su vez se procedió a agruparlos por quinquenios los mismos que también nos sirve para calcular el número de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) cuyo cálculo se realizó en base a la esperanza de vida al nacer fijada por el (Instituto Nacional de Estadística) INE 2017 para la mujer es de 71,69 años y para varones 69,3 años, para la ciudad de La Paz, Los APVP por una causa definida como las Enfermedades no Transmisibles consiste en sumar las defunciones por esa causa en cada grupo de edad y multiplicar el resultado por los años que restan desde la edad central del grupo etario hasta la edad límite considerada (esperanza de vida al nacer “Mujer”, de acuerdo con la siguiente formula:

$$APVP = \sum [(L - i) * d_i]$$

Dónde:

- I: es la edad límite inferior establecida
- L: es la edad límite superior establecida
- i: es la edad de la muerte
- di: es el número de defunciones a la edad i

Los datos se analizarán por edad, nivel educativo, estado civil, y las cinco patologías de Enfermedades no transmisibles más frecuentes. Se utilizarán grupos de edad por decenio, excepto al extremo final mayores de 65 años, las variables incluidas en el estudio serán edad, grado de instrucción, estado civil y

patología de ENT para describir el comportamiento de la mortalidad de ENT en mujeres de la ciudad de La Paz y también determinar los años de vida perdidos (APVP) de mujeres en la gestión 2017 por Enfermedades no Transmisibles.

Se calcularon frecuencias absolutas, relativas, tasas brutas y razón de mortalidad, ajustadas a la población estudiada por cien mil habitantes,

Para el análisis de la mayor parte de las variables se realizaron asociaciones con el objeto de tratar de establecer el relacionamiento de la mortalidad por enfermedades no transmisibles con variables sociodemográficas presentes en los certificados de defunción en la ciudad de La Paz.

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete informático SPSS versión 23 y Microsoft EXCEL versión 2010.

7.7. Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos realizados fueron:

a) Estadísticos descriptivos para variables cualitativas y cuantitativas, además de la construcción de tablas de contingencia.

La rama de la estadística que presenta técnicas para describir conjuntos de mediciones se denomina estadística descriptiva. Las estadísticas descriptivas se presentan en numerosas formas: gráficas de barras, gráficas de pastel y gráficas de líneas.

b) Cálculo de Tasas específicas de mortalidad

Tasa o coeficiente se refiere a la frecuencia relativa con la que ocurren ciertos hechos en la población durante un tiempo determinado, generalmente un año. Sin embargo, la palabra tasa, ha ido adquiriendo un significado más amplio y es usada para designar a indicadores obtenidos mediante operaciones complejas o incluso, como sinónimo de relación, proporción o porcentaje. Frecuentemente, se emplean ponderadas por una constante, 100 o 1000, a fin de que adquieran valores significativos.

Para el cálculo de las tasas de mortalidad específica se utilizó la fórmula:

c) Prueba Chi² para determinar asociación con el Coeficiente de Contingencia para determinar el grado de asociación.

d) Cálculo de Años Potenciales de Vida Perdidos

Los APVP nos dicen cuántos años se dejan de vivir por todas las causas o por cada causa de muerte.

7.8. Aspectos Éticos

“Los datos de la mortalidad no constituyen información confidencial, en especial si se tiene el cuidado de no difundir ni utilizar la identificación de las personas fallecidas”.

Es así que en la presente investigación la identificación de las personas fallecidas solamente sirvió para evitar la duplicación de la información, toda la información fue obtenida de los cementerios de la ciudad de la paz ante el cual realizó las gestiones correspondientes de solicitud a través del IISAD y el post grado de la facultad de medicina de la UMSA.

8. RESULTADOS

8.1. Análisis descriptivo

8.1.1. Tipo de certificado de defunción revisado

La investigación se realizó sobre el estudio de 1019 casos de mortalidad por ENT en mujeres, registrados en los certificados CEMEUD, certificado médico forense, corte electoral y pase de inhumación, con una distribución mostrada en la Tabla N° 3.

Tabla 3 . Distribución de los casos de mortalidad en mujeres por ENT según tipo de certificado, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Tipo de Certificado	Frecuencia	Porcentaje
CEMEUD	932	91,5
Forense	16	1,6
Corte electoral	53	5,2
Pase de inhumación	18	1,8
Total	1019	100,0

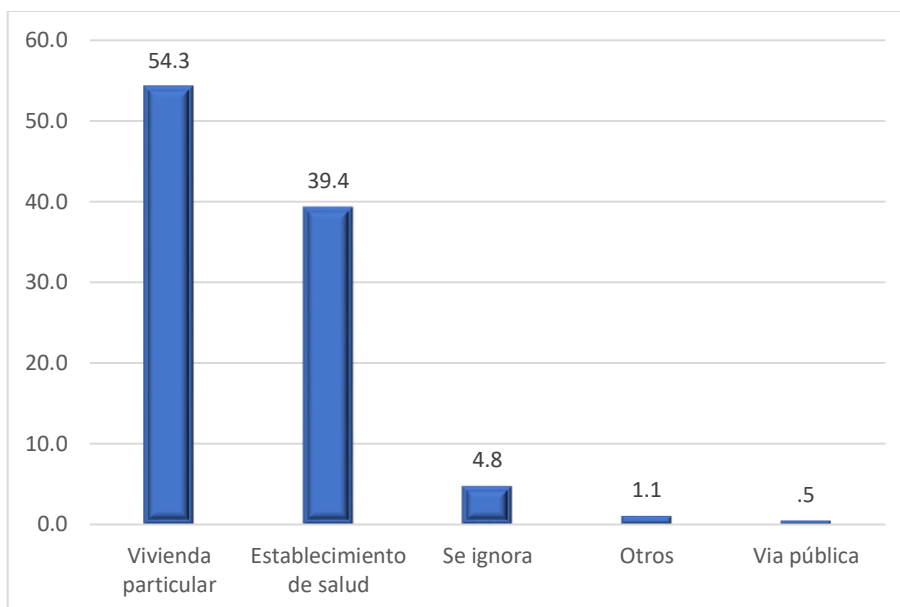
Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Donde, resalta que la mayor información se encuentra registrada en el CEMEUD con un 91.5% (n=932) de un total de 1019 certificados.

8.1.2. Sitio y lugar de atención en el fallecimiento de mujeres por ENT

De las 1019 defunciones en mujeres por ENT en el municipio de La Paz, se evidencio que la mayor proporción se dio en la Vivienda particular con un 54.3% (n=553) y Establecimiento de salud con un 39.4% (n=401), como se aprecia en la Figura N° 3.

Figura 3. Distribución de los casos de mortalidad en mujeres por ENT según lugar de fallecimiento, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

De las 401 mujeres fallecidas por ENT en un establecimiento de salud se tiene la siguiente distribución por tipo de institución de salud, en la Tabla N° 4:

Tabla 4. Distribución de los casos de defunción hospitalaria por tipo de institución, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Tipo de institución	Frecuencia	%
Seguridad social	149	37,16
Subsector público	121	30,17
Privado y ONG	65	16,21
No identificado	62	15,46
Militar	4	1,00
Total	401	100,00

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Donde se observa que 7 de cada 10 de mujeres fallecidas por alguna ENT en un establecimiento de salud, se dieron en un hospital de la Seguridad social o Público.

8.1.3. Lugar de nacimiento y residencia habitual de las fallecidas por ENT

De acuerdo con el estudio, las mujeres fallecidas por ENT tenían el siguiente lugar de nacimiento y residencia habitual detallada en la siguiente Tabla N° 5:

Tabla 5. Distribución de lugar de nacimiento y de residencia habitual de las mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Municipio	Lugar de nacimiento		Residencia habitual	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Municipio La Paz	442	43,4	953	93,5
Otro municipio	577	56,6	66	6,5
Total	1019	100,0	1019	100,0

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Según la tabla anterior se puede indicar que el 50% de las mujeres fallecidas por ENT, tenían un lugar de nacimiento que no era el municipio de La Paz.

8.1.4. Estado civil de las fallecidas por ENT

De conformidad al estudio en los casos de mortalidad por ENT en mujeres se tiene la siguiente distribución de la condición civil de las fallecidas en la Tabla N° 6.

Tabla 6. Estado civil de mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
casado	400	39,3
soltero	363	35,6
Viudo	208	20,4
Divorciado	30	2,9
Menor de edad	9	0,9
Conviviente	7	0,7
Se ignora	2	0,2
Total	1019	100,0

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

De los 1019 casos estudiados se tiene que 9 de ellos tienen la condición de menores de edad, también se ignora el estado civil de 2 casos.

8.1.5. Grado de instrucción de mujeres fallecidas por ENT

El estudio realizado encontró que las mujeres fallecidas por ENT alcanzaron el siguiente grado de instrucción mostrado en la Tabla N° 7:

Tabla 7. Grado de instrucción de mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	145	14,2
Primaria	381	37,4
Secundaria	203	19,9
Técnico	48	4,7
Universitario	24	2,4
Otro	83	8,1
Sin dato	96	9,4
Superior	39	3,8
Total	1019	100,0

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Se puede observar que el 50% de las mujeres fallecidas, por ENT tuvieron el grado de instrucción: “Sin instrucción” y “Primaria”.

8.1.6. Ocupación de las fallecidas por ENT

El estudio de los casos de mortalidad por ENT en mujeres encontró la siguiente distribución de información sobre la ocupación que desempeñaban las fallecidas, en la Tabla Nª 8.

Tabla 8. Ocupación de mujeres fallecidas por ENT, Ciudad de La Paz, enero a diciembre 2017

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Labores de casa	670	65,8
Trabajador por cuenta propia	112	11,0
Jubilado(a)/Rentista	59	5,8
Estudiante	59	5,8
sin dato	34	3,3
Empleado(a)	26	2,6
Profesionales independientes	19	1,9
Normalista	15	1,5
Sin ocupación	10	1,0
Técnicos de Nivel Medio	9	0,9
Patron socio empleador	2	0,2
Trabajador en Agricultura pecuaria, pesca y otros	2	0,2
Incapacitado para trabajar	1	0,1
Militares/Policias	1	0,1
Total	1019	100,0

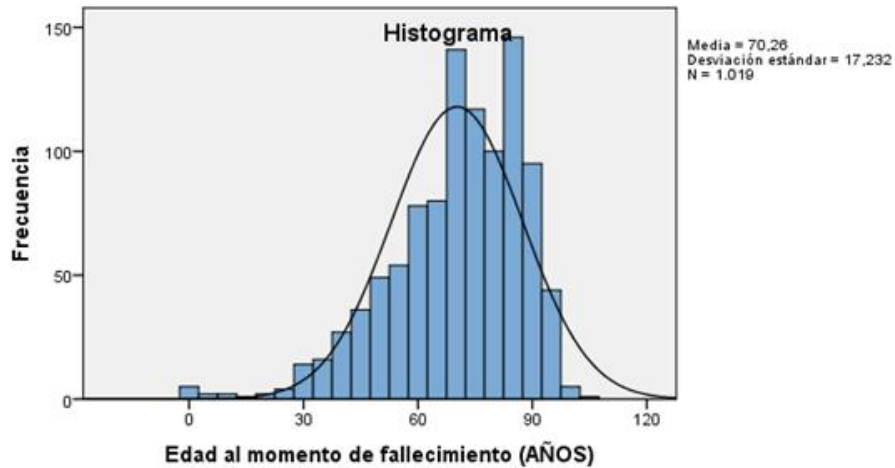
Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Lo más destacado es que el 65.8% (n=670) de las mujeres fallecidas tenían la ocupación de “labores de casa”, o también se puede indicar que 7 de cada 10 mujeres fallecidas por ENT tuvo la ocupación de “Labores de casa”.

8.1.7. Edad de fallecimiento de mujeres por ENT

Continuando con el estudio se tiene la siguiente distribución según edad de fallecimiento de mujeres por ENT, en la Figura N° 4.

Figura 4. Distribución según edad, de casos de mortalidad por ENT en mujeres, Municipio La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Se observando una tendencia de distribución normal de la edad al momento de fallecimiento, se tiene los siguientes indicadores estadísticos de esta distribución en la Tabla N° 9.

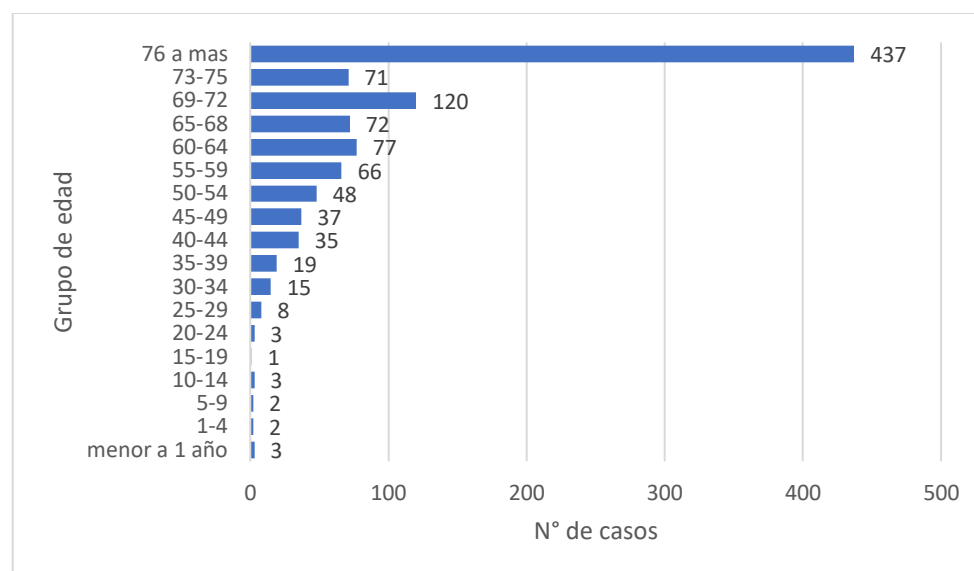
Tabla 9. Indicadores estadísticos de la edad de la muerte por ENT en mujeres Municipio La Paz, enero a diciembre 2017

Indicador	valor
Casos	1019
Promedio	70,26 años
Mediana	72 años
Moda	85 años
Desviación típica	17,23 años
Asimetría	-0,962
Curtosis	1,143

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Se observa un ligero sesgo negativo (asimetría -0.962) y que el 50% de las muertes en mujeres por ENT, se dieron por encima de los 72 años, la misma también puede observarse en la Figura N° 5, ordenada por grupos de edad en quinquenios.

Figura 5. Distribución de mortalidad por ENT en mujeres por grupos quinquenales, Municipio La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

La mayor concentración de mortalidad en mujeres por ENT se dio en el grupo de edad de “76 a más” años.

8.1.8. Clasificación de causas de mortalidad por ENT

Tomando en cuenta la Clasificación general de la CIE – 10 y Lista corta 6/67, según la mortalidad por ENT en mujeres en el Municipio de La Paz, en el año 2017, se ordenó las causas de mortalidad en la siguiente Tabla N° 10.

Tabla 10. Clasificación de causas de mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017

Categoría ENT'S	Lista corta 6/67	CIE 10	N° Casos	%
Enfermedades del sistema circulatorio	3.00	I00 – I99	367	36.0
Neoplasias	2.00	C00 – D48	362	35.5
Diabetes mellitus	6.01	E10 – E14	172	16.9
Insuficiencia renal	6.10	N18 – N19	107	10.5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	6.05	J40 – J47	11	1.1
Total			1019	100.0

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Las Enfermedades del sistema circulatorio y Neoplasias constituyen las mayores causas de mortalidad, indicando que 7 de cada 10 mujeres fallecieron por estas causas.

Dentro las Enfermedades del sistema circulatorio la causa básica de defunción Hipertensión esencial (primaria) es la que más contribuye a la mortalidad con un 9.13% (n=93) y la insuficiencia cardiaca con un 6.08% (n=62). También dentro del grupo de Neoplasias la mortalidad por Tumor maligno de la vesícula biliar aporta con un 3.93% (n=40) y Tumor maligno del cuello del útero contribuye un 3.83% (n=39). Siendo los grupos de Enfermedades del sistema circulatorio y Neoplasias las causas de mayor mortalidad en las mujeres en el municipio de La Paz en el año 2017. (Véase Anexos 13.3).

El desglose de los casos de mortalidad según la Causa básica de mortalidad se muestra en Anexos en la Tabla. Causas Básicas de defunción por ENT en mujeres en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017.

8.1.9. Tasas de mortalidad específica según ENT

La tabla N° 11 muestra las tasas de mortalidad específicas por ENT en mujeres, en la ciudad de la La Paz en el 2017, observando que la tasa de mortalidad por ENT es de 24.69 por 10,000 habitantes mujeres.

Tabla 11. Distribución de la tasa de mortalidad específica según ENT por cada 10,000 habitantes mujeres, Municipio de la Paz, enero a diciembre de 2017

ENT'S 6/67	Tasa de mortalidad x 10000 habitantes mujeres
Enf. del sistema circulatorio	8,89
Neoplasia	8,77
Diabetes mellitus	4,17
Insuficiencia renal	2,59
Enf. crónicas de las vías respiratorias	0,27
Total	24,69

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

8.2. Análisis bivariado

8.2.1. Distribución conjunta Edad y mortalidad por ENT en mujeres

En la tabla de contingencia observada en la tabla N° 12, se resume la distribución de frecuencias conjuntas de dos variables. En esta tabla, cada fila representa una categoría de la variable Grupo de edad y cada columna representa una categoría de la variable ENT. Cada celda de la tabla representa la frecuencia con la que aparecen conjuntamente las categorías de la fila y la columna en la que está ubicada.

Tabla 12. Tabla de contingencia entre Edad y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017

ENT \ Edad	Enfermedades del sistema circulatorio		Neoplasias		Diabetes mellitus		Insuficiencia renal y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 44 años	17	1.7%	56	5.5%	8	.8%	10	1.0%	91	8.9%
De 45 a 64 años	47	4.6%	114	11.2%	43	4.2%	24	2.4%	228	22.4%
65 o más años	303	29.7%	192	18.8%	121	11.9%	84	8.2%	700	68.7%
Total	367	36.0%	362	35.5%	172	16.9%	118	11.6%	1019	100.0%

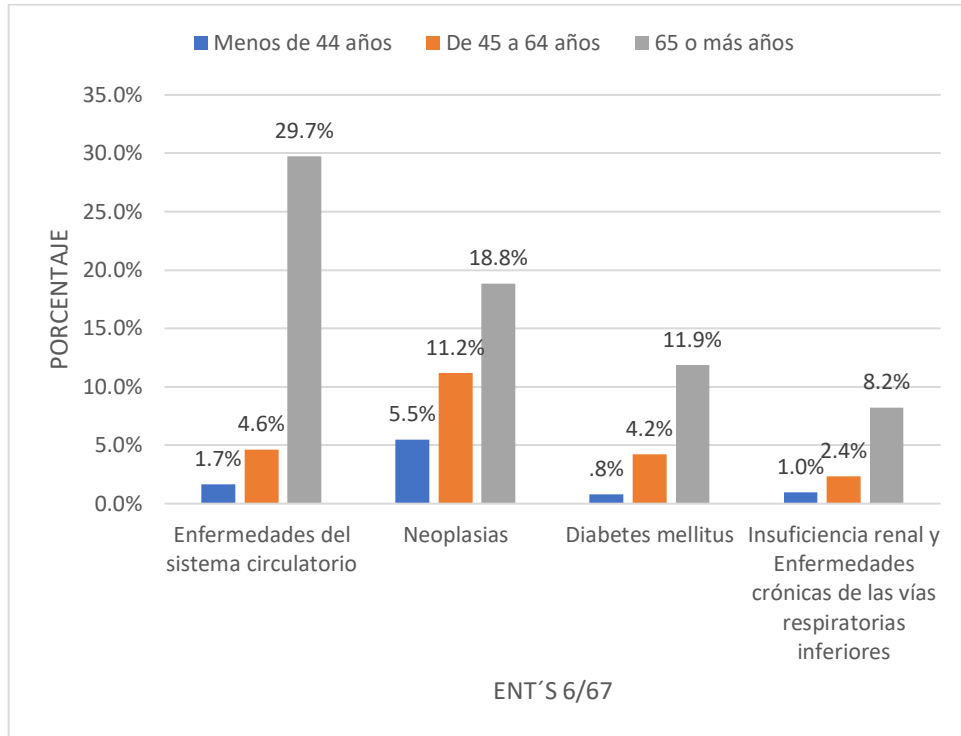
Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Observando la distribución marginal de Grupo de edad se puede indicar que se presentó mayor mortalidad por ENT en mujeres que alcanzaron el grupo de edad de 65 o más años con un 68.7% (n=700).

También se puede observar en la distribución marginal de ENT que se presentó mayor mortalidad por ENT en las modalidades de Enfermedades del sistema circulatorio con un 36.0% (n=367) y Neoplasias con un 35.5% (n=362).

La tabla de contingencia en la Tabla N° 12 podemos construirlo en un gráfico de columnas agrupadas buscando la facilidad de interpretación en su clasificación a las variables de Grupo de edad y ENT, dado en la Figura N° 6 .

Figura 6. Distribución porcentual de Edad y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Podemos señalar que la modalidad grupo de edad **65 o más años** alcanzo el porcentaje más alto de mortalidad por ENT, en la modalidad de Enfermedades del sistema circulatorio con un 29.7% (n=333).

8.2.2. Distribución conjunta Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres

En la tabla de contingencia observada en la Tabla N° 13 se resume la distribución de frecuencias conjuntas de dos variables. En esta tabla, cada fila representa una categoría de la variable Grado de instrucción y cada columna representa una categoría de la variable ENT. Cada celda de la tabla representa la frecuencia con la que aparecen conjuntamente las categorías de la fila y la columna en la que está ubicada.

Se ha realizado el análisis sobre 923 casos válidos, con 96 casos perdidos.

Tabla 13. Tabla de contingencia entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017

ENT \ Grado de instrucción	Enfermedades del sistema circulatorio		Neoplasias		Diabetes mellitus		Insuficiencia renal y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin instrucción	59	6.4%	41	4.4%	30	3.3%	15	1.6%	145	15.7%
Primaria	137	14.8%	133	14.4%	69	7.5%	42	4.6%	381	41.3%
Secundaria	68	7.4%	77	8.3%	29	3.1%	29	3.1%	203	22.0%
Técnico/Universitaria/Otro/Superior	73	7.9%	82	8.9%	21	2.3%	18	2.0%	194	21.0%
Total	337	36.5%	333	36.1%	149	16.1%	104	11.3%	923	100.0%

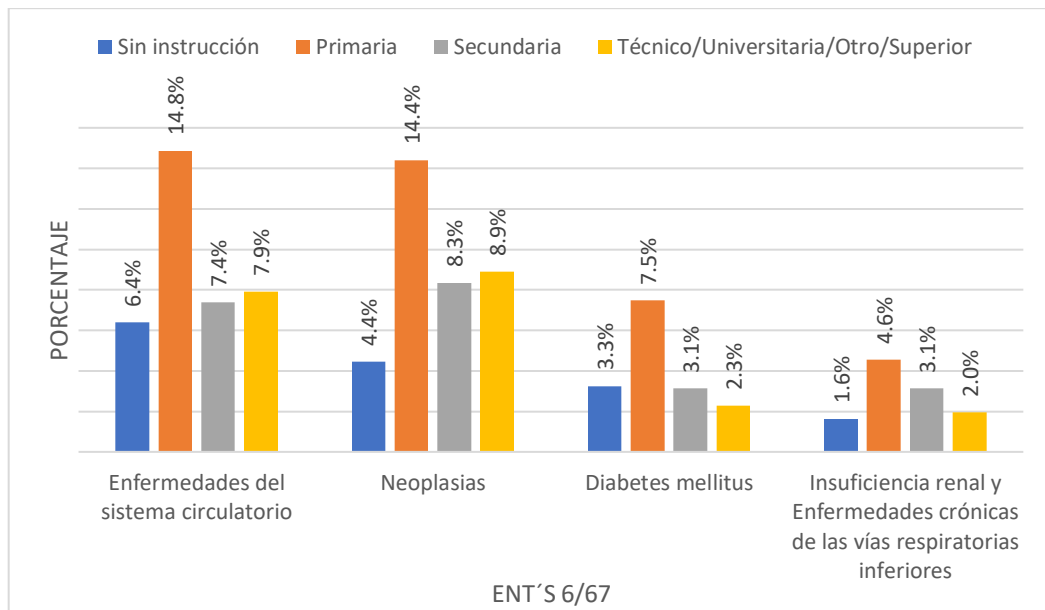
Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Observando la distribución marginal de Grado de instrucción se puede indicar que se presentó mayor mortalidad por ENT en mujeres que alcanzaron el grado de instrucción Primaria con un 41.3% (n=381).

También se puede observar en la distribución marginal de ENT que se presentó mayor mortalidad por ENT en las modalidades de Enfermedades del sistema circulatorio con un 36.5% (n=337) y Neoplasias con un 36.1% (n=333).

La tabla de contingencia en la Tabla N° 13 podemos mostrarlo en un gráfico de columnas agrupadas buscando la facilidad de interpretación en su clasificación a las variables de Grado de instrucción y ENT, dado en la Figura N° 7.

Figura 7. Distribución porcentual de Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Podemos indicar que la modalidad grado de instrucción **Primaria** alcanzó los porcentajes más altos de mortalidad, en la modalidad de **Enfermedades del sistema circulatorio** con un 14.8% (n=137), modalidad de **Neoplasias** con un 14.4% (n=133).

8.2.3. Distribución conjunta entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres

En la tabla de contingencia observada en la tabla N° 14 se resume la distribución de frecuencias conjuntas de dos variables. En esta tabla, cada fila representa una categoría de la variable Ocupación y cada columna representa una categoría de la variable ENT. Cada celda de la tabla representa la frecuencia con la que aparecen conjuntamente las categorías de la fila y la columna en la que está ubicada.

Se ha realizado el análisis sobre 985 casos válidos, con 34 casos perdidos.

Tabla 14. Tabla de contingencia entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017

ENT \ Ocupación	Enfermedades del sistema circulatorio		Neoplasias		Diabetes mellitus		Insuficiencia renal y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Labores de casa	267	27.1%	208	21.1%	114	11.6%	81	8.2%	670	68.0%
Trabajador por cuenta propia	22	2.2%	49	5.0%	32	3.2%	9	0.9%	112	11.4%
Jubilado / Rentista	31	3.1%	13	1.3%	10	1.0%	5	0.5%	59	6.0%
Estudiante	12	1.2%	33	3.4%	7	0.7%	7	0.7%	59	6.0%
Empleado	9	0.9%	11	1.1%	2	0.2%	4	0.4%	26	2.6%
Profesionales independientes	4	0.4%	14	1.4%	0	0.0%	1	0.1%	19	1.9%
Normalista	4	0.4%	6	0.6%	4	0.4%	1	0.1%	15	1.5%
Otros	9	0.9%	13	1.3%	0	0.0%	3	0.3%	25	2.5%
Total	358	36.3%	347	35.2%	169	17.2%	111	11.3%	985	100.0%

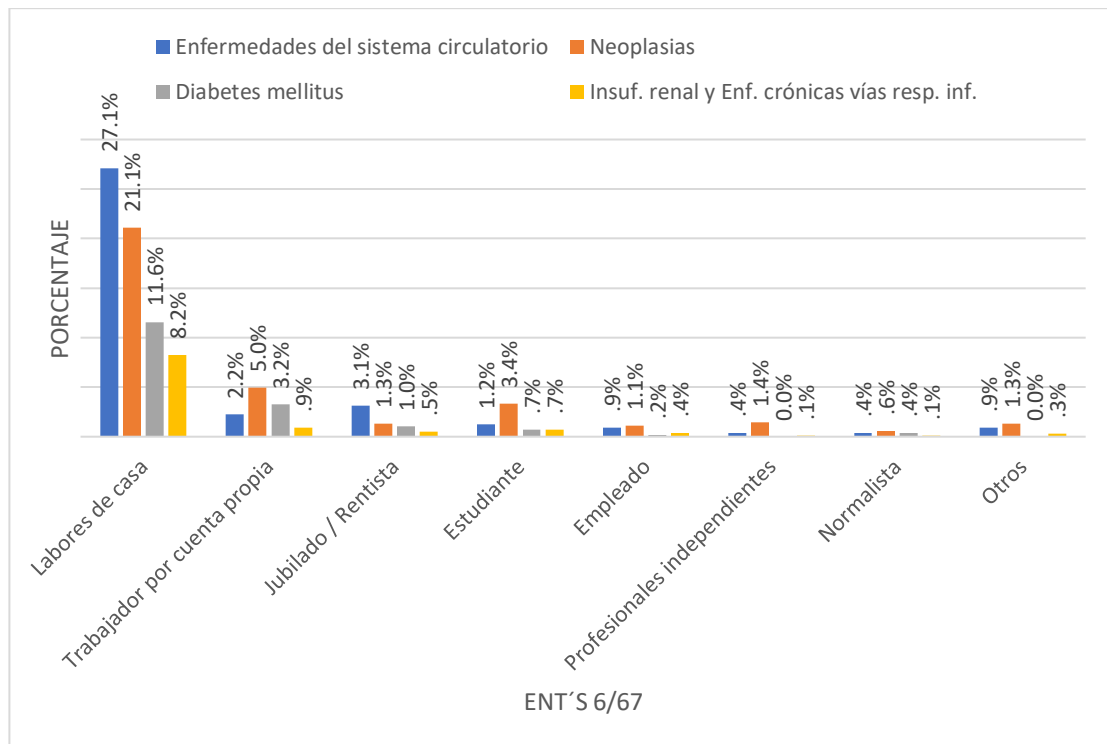
Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Observando la distribución marginal de Ocupación se puede indicar que se presentó mayor mortalidad por ENT en mujeres que tuvieron la ocupación de Labores de casa con un 68.0% (n=670).

También se puede observar en la distribución marginal de ENT donde se presentó mayor mortalidad por ENT en las modalidades de Enfermedades del sistema circulatorio con un 36.3% (n=358) y Neoplasias con un 35.2% (n=347).

La tabla de contingencia en la Tabla N° 14 podemos construirlo en un gráfico de columnas agrupadas buscando la facilidad de interpretación en su clasificación a las variables de Ocupación y ENT, mostrado en la Figura N° 8.

Figura 8. Distribución porcentual de Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

En la Figura N° 8 se destaca que se presentó mayor mortalidad en mujeres con Ocupación: **Labores de casa** y ENT: **Enfermedades del sistema circulatorio** con un 27.1% (n=267); y Ocupación: **Labores de casa** y ENT: **Neoplasias** con un 21.1% (n=208).

8.2.4. Distribución conjunta entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres

En la tabla de contingencia observada en la tabla N° 15 se resume la distribución de frecuencias conjuntas de dos variables. En esta tabla, cada fila representa una categoría de la variable Estado civil y cada columna representa una categoría de la variable ENT. Cada celda de la tabla representa la frecuencia con la que aparecen conjuntamente las categorías de la fila y la columna en la que está ubicada.

Se ha realizado el análisis sobre 1008 casos válidos, con 11 casos perdidos.

Tabla 15. Tabla de contingencia entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre de 2017

ENT \ Estado civil	Enfermedades del sistema circulatorio		Neoplasias		Diabetes mellitus		Insuficiencia renal y Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	122	12.1%	138	13.7%	62	6.2%	41	4.1%	363	36.0%
Casado	142	14.1%	140	13.9%	72	7.1%	46	4.6%	400	39.7%
Divorciado	9	0.9%	13	1.3%	7	0.7%	1	0.1%	30	3.0%
Viudo	89	8.8%	62	6.2%	30	3.0%	27	2.7%	208	20.6%
Conviviente	2	0.2%	2	0.2%	1	0.1%	2	0.2%	7	0.7%
Total	364	36.1%	355	35.2%	172	17.1%	117	11.6%	1008	100.0%

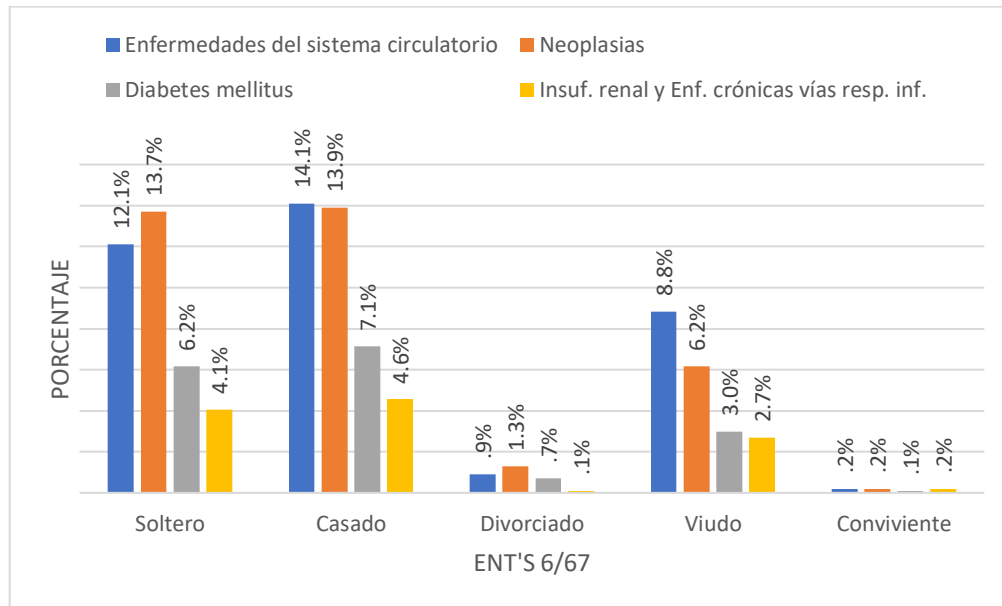
Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Observando la distribución marginal de Estado civil se puede indicar que se presentó mayor mortalidad por ENT en mujeres que tuvieron el Estado civil: Casado con un 39.7% (n=400).

También se puede observar en la distribución marginal de ENT donde se presentó mayor mortalidad por ENT en las modalidades de Enfermedades del sistema circulatorio con un 36.1% (n=364) y Neoplasias con un 35.2% (n=355).

De la tabla de contingencia en la Tabla N° 15 se construyó un gráfico de columnas agrupadas buscando la facilidad de interpretación en su clasificación a las variables de Estado civil y ENT, mostrado en la Figura N° 9.

Figura 9. Distribución porcentual de Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017



Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

La mortalidad por ENT según Estado civil en mujeres en el Municipio de La Paz, en la gestión 2017, mostradas en la Figura N° 9 se corroboró que hubo mayor mortalidad en:

- Estado civil: Soltero y ENT: Enfermedades del sistema circulatorio con un 12.1% (n=122),
- Estado civil: Soltero y ENT: Neoplasias con un 13.7% (n=138)
- Estado civil: Casado y ENT: Enfermedades del sistema circulatorio con un 14.1% (n=142)
- Estado civil: Casado y ENT: Neoplasias con un 13.9% (n=140).

8.2.5. Asociación entre Edad y mortalidad por ENT en mujeres

Una vez descritas las causas de mortalidad, se realizaron las pruebas estadísticas para determinar la asociación entre las categorías de las variables Edad y las causas de mortalidad por ENT.

Se calculó el Chi2 para cada variable de manera independiente, convirtiéndolas en variables dicotómicas. Para medir el grado de asociación, con el Coeficiente de Contingencia cuyos valores van de 0 a 1 (0 = pobre concordancia y 1 = muy buena concordancia). Construyendo todas las tablas 2 x 2, teniendo 1 gL, con un valor Chi2 teórico de 3.84, con un nivel de significación $p=0.05$.

Para el caso, de Edad y mortalidad por ENT, se realizó 15 pruebas estadísticas de Chi2, asociando cada categoría de la variable Edad y las categorías de la variable mortalidad por ENT en mujeres.

Se estableció la hipótesis nula (H_0) e hipótesis del investigador (H_1) para las 15 pruebas entre las variables de Edad y mortalidad por ENT en mujeres, con el siguiente modelo:

H_0 : la categoría X de Edad y la categoría Y de la mortalidad por ENT son independientes

H_1 : la categoría X de Edad y la categoría Y de la mortalidad por ENT están asociados

Utilizando el software estadístico SPSS creamos la tabla de contingencia entre las categorías de Edad y las categorías de mortalidad por ENT, utilizando la prueba de Chi2 obtenemos los resultados mostrados en la Tabla 16, cabe aclarar que en la misma se muestran las asociaciones entre las categorías de las variables en estudio que alcanzaron un p-valor menor al 0.05. Y las otras relaciones que alcanzaron un p-valor mayor a 0.05 se muestran en el total de resultados dado en la tabla del Anexo 4.

También en la Tabla 16 se muestra la columna del Coeficiente de contingencia que indica el grado de asociación entre las categorías de las variables estudiadas.

Tabla 16. Asociación entre Edad y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Grupo de edad	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	De 0 a 44 años	13.029	0.000	0.112
	De 45 a 64 años	30.234	0.000	0.170
	De 65 a más años	51.285	0.000	0.219
Neoplasias	De 0 a 44 años	29.521	0.000	0.168
	De 45 a 64 años	26.868	0.000	0.160
	De 65 a más años	63.995	0.000	0.243
Diabetes mellitus	De 0 a 44 años	4.659	0.031	0.067

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Realizadas las pruebas estadísticas se identifica las siguientes asociaciones entre las categorías de Edad y las categorías de mortalidad por ENT que alcanzaron un p-valor menor a 0.05, con su correspondiente Coeficiente de contingencia.

Tomando la hipótesis del investigador a la luz de los resultados se tiene:

- La categoría de 0 a 44 años de Edad y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.112).
- La categoría de 45 a 64 años de Edad y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una

probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.170).

- La categoría de 65 a más años de Edad y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.219).
- La categoría de 0 a 44 años de Edad y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.168).
- La categoría de 45 a 64 años de Edad y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.160).
- La categoría de 65 a más años de Edad y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.243).
- La categoría de 0 a 44 años de Edad y la categoría Diabetes mellitus de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 3.1%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.067).

8.2.6. Asociación entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres

Una vez descritas las causas de mortalidad, se realizaron las pruebas estadísticas para determinar la asociación entre las categorías de las variables Grado de instrucción y las causas de mortalidad por ENT.

Se calculó el Chi² para cada variable de manera independiente, convirtiéndolas en variables dicotómicas. Para medir el grado de asociación, con el Coeficiente de Contingencia cuyos valores van de 0 a 1 (0 = pobre concordancia y 1 = muy buena concordancia). Construyendo todas las tablas 2 x 2, teniendo 1 gL, con un valor Chi² teórico de 3.84, con un nivel de significación p=0.05.

Para el caso, se realizó 35 pruebas estadísticas de Chi², asociando cada categoría de la variable Grado de instrucción y las categorías de la variable mortalidad por ENT en mujeres.

Se estableció la hipótesis nula (H₀) e hipótesis del investigador (H₁) para las 35 pruebas entre las variables de Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, con el siguiente modelo:

H₀: la categoría X de Grado de instrucción y la categoría Y de la mortalidad por ENT son independientes

H₁: la categoría X de Grado de instrucción y la categoría Y de la mortalidad por ENT están asociados

Utilizando el software estadístico SPSS creamos la tabla de contingencia entre las categorías de Grado de instrucción y las categorías de mortalidad por ENT, utilizando la prueba de Chi² obtenemos los resultados mostrados en la Tabla 17, cabe aclarar que en la misma se muestran las asociaciones entre las categorías de las variables en estudio que alcanzaron un p-valor menor al 0.05. Y las otras relaciones que alcanzaron un p-valor mayor a 0.05 se muestran en el total de resultados dado en la tabla del Anexo 5.

También en la Tabla 17 se muestra la columna del Coeficiente de contingencia que indica el grado de asociación entre las categorías de las variables estudiadas.

Tabla 17. Asociación entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Grado de instrucción	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Neoplasias	Sin instrucción	4.541	0.033	0.070
	Superior	11.446	0.001	0.111
Diabetes mellitus	Superior	5.547	0.019	0.077

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Realizadas las pruebas estadísticas se identifica las siguientes asociaciones entre las categorías de Grado de instrucción y las categorías de mortalidad por ENT que alcanzaron un p-valor menor a 0.05, con su correspondiente Coeficiente de contingencia.

Tomando la hipótesis del investigador a la luz de los resultados se tiene:

- o La categoría Sin instrucción de Grado de Instrucción y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 3.3%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.070).
- o La categoría Superior de Grado de Instrucción y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.1%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.111).
- o La categoría Superior de Grado de instrucción y la categoría Diabetes mellitus de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 1.9%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.077).

8.2.7. Asociación entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres

Una vez descritas las causas de mortalidad, se realizaron las pruebas estadísticas para determinar la asociación entre las categorías de las variables Ocupación y las causas de mortalidad por ENT.

Se calculó el Chi2 para cada variable de manera independiente, convirtiéndolas en variables dicotómicas. Para medir el grado de asociación, con el Coeficiente de Contingencia cuyos valores van de 0 a 1 (0 = pobre concordancia y 1 = muy buena concordancia). Construyendo todas las tablas 2 x 2, teniendo 1 gL, con un valor Chi2 teórico de 3.84, con un nivel de significación $p=0.05$.

Para el caso, se realizó 40 pruebas estadísticas de Chi2, asociando cada categoría de la variable Ocupación y las categorías de la variable mortalidad por ENT en mujeres.

Se estableció la hipótesis nula (H_0) e hipótesis del investigador (H_1) para las 40 pruebas entre las variables de Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, con el siguiente modelo:

H_0 : la categoría X de Ocupación y la categoría Y de la mortalidad por ENT son independientes

H_1 : la categoría X de Ocupación y la categoría Y de la mortalidad por ENT están asociados

Utilizando el software estadístico SPSS creamos la tabla de contingencia entre las categorías de Ocupación y las categorías de mortalidad por ENT, utilizando la prueba de Chi2 obtenemos los resultados mostrados en la Tabla 18, cabe aclarar que en la misma se muestran las asociaciones entre las categorías de las variables en estudio que alcanzaron un p-valor menor al 0.05. Y las otras relaciones que alcanzaron un p-valor mayor a 0.05 se muestran en el total de resultados dado en la tabla del Anexo 6.

También en la Tabla 18 se muestra la columna del Coeficiente de contingencia que indica el grado de asociación entre las categorías de las variables estudiadas.

Tabla 18. Asociación entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Ocupación	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	Labores de casa	12.485	0.000	0.110
	Trabajador por cuenta propia	14.638	0.000	0.119
	Jubilado / Rentista	7.423	0.006	0.051
	Estudiante	6.679	0.010	0.081
Neoplasias	Labores de casa	17.144	0.000	0.129
	Jubilado / Rentista	4.977	0.026	0.070
	Estudiante	11.387	0.001	0.105
	Profesionales independientes	12.308	0.000	0.109
Diabetes mellitus	Trabajador por cuenta propia	12.261	0.000	0.106
	Otros	5.204	0.023	0.071

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Realizadas las pruebas estadísticas se identifica las siguientes asociaciones entre las categorías de Ocupación y las categorías de mortalidad por ENT que alcanzaron un p-valor menor a 0.05, con su correspondiente Coeficiente de contingencia.

Tomando la hipótesis del investigador a la luz de los resultados se tiene:

- La categoría Labores de casa de Ocupación y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.110).

- La categoría Trabajador por cuenta propia de Ocupación y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.119).
- La categoría Jubilado/Rentista de Ocupación y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.6%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.051).
- La categoría Estudiante de Ocupación y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.1%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.081).
- La categoría Labores de casa de Ocupación y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.129).
- La categoría Jubilado/Rentista de Ocupación y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 2.6%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.070).
- La categoría Estudiante de Ocupación y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.1%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.105).
- La categoría Profesionales independientes de Ocupación y la categoría Neoplasias de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.109).
- La categoría Trabajadores por cuenta propia de Ocupación y la categoría Diabetes mellitus de la mortalidad por ENT están asociados con una

probabilidad de error del 0.0%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.106).

- La categoría Otros de Ocupación y la categoría Diabetes mellitus de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 2.3%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.071).

8.2.8. Asociación entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres

Una vez descritas las causas de mortalidad, se realizaron las pruebas estadísticas para determinar la asociación entre las categorías de las variables Estado civil y las causas de mortalidad por ENT.

Se calculó el Chi2 para cada variable de manera independiente, convirtiéndolas en variables dicotómicas. Para medir el grado de asociación, con el Coeficiente de Contingencia cuyos valores van de 0 a 1 (0 = pobre concordancia y 1 = muy buena concordancia). Construyendo todas las tablas 2 x 2, teniendo 1 gL, con un valor Chi2 teórico de 3.84, con un nivel de significación $p=0.05$.

Para el caso, se realizó 25 pruebas estadísticas de Chi2, asociando cada categoría de la variable Estado civil y las categorías de la variable mortalidad por ENT en mujeres.

Se estableció la hipótesis nula (H_0) e hipótesis del investigador (H_1) para las 25 pruebas entre las variables de Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, con el siguiente modelo:

H_0 : la categoría X de Estado civil y la categoría Y de la mortalidad por ENT son independientes

H_1 : la categoría X de Estado civil y la categoría Y de la mortalidad por ENT están asociados

Utilizando el software estadístico SPSS creamos la tabla de contingencia entre las categorías de Estado civil y las categorías de mortalidad por ENT, utilizando la prueba de Chi2 obtenemos los resultados mostrados en la Tabla 19, cabe aclarar que en la misma se muestran las asociaciones entre las categorías de las variables en estudio que alcanzaron un p-valor menor al 0.05. Y las otras relaciones que alcanzaron un p-valor mayor a 0.05 se muestran en el total de resultados dado en la tabla del Anexo 7.

También en la Tabla 19 se muestra la columna del Coeficiente de contingencia que indica el grado de asociación entre las categorías de las variables estudiadas.

Tabla 19. Asociación entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Estado civil	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	Divorciado	5.065	0.024	0.071

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Realizadas las pruebas estadísticas se identifica las siguientes asociaciones entre las categorías de Estado civil y las categorías de mortalidad por ENT que alcanzaron un p-valor menor a 0.05, con su correspondiente Coeficiente de contingencia.

Tomando la hipótesis del investigador a la luz de los resultados se tiene:

- La categoría Divorciado de Estado civil y la categoría Enfermedades del sistema circulatorio de la mortalidad por ENT están asociados con una probabilidad de error del 2.4%, con un coeficiente de contingencia pobre en concordancia (0.071).

8.3. Años Potenciales de Vida Perdidos en mortalidad por ENT en mujeres

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), nos muestran cuántos años se dejan de vivir por diferentes causas de muerte. Para el análisis se tomó como edad límite, la esperanza de vida al nacer, de acuerdo con las proyecciones del INE en el Censo Nacional de Población y Vivienda (2012)

Realizado el estudio, en el 2017, de acuerdo a los 1019 casos revisados, se tiene que dicha población perdió 9793.5 años de vida, correspondiente a 23.7 años por cada 1000 habitantes mujeres. El mayor número de APVP se dio en el grupo de 40 – 44 años con 1172.5 años perdidos. El IAPVP nos indica que los grupos de edad de 69 a 72, de 60 a 64 y 65 a 68 años, se alcanzaron las puntuaciones más altas, mostrando mayor mortalidad en esas edades, según Tabla 20.

Tabla 20. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) e Índice de Años Potenciales de Vida Perdidos (IAPVP) por mortalidad de ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

Edad en quinquenios	APVP	Índice APVP
menor a 1 año	226.5	28.7
1 - 4	147	4.7
5 - 9	137	3.4
10 - 14	190.5	4.7
15 -19	58.5	1.5
20 - 24	160.5	4.5
25 - 29	388	12.0
30 - 34	652.5	21.1
35 - 39	731.5	25.6
40 - 44	1172.5	46.9
45 - 49	1054.5	48.6
50 - 54	1128	61.4
55 - 59	1221	79.0
60 - 64	1039.5	80.8
65 - 68	684	80.1
69 - 72	660	91.2
73 - 75	142	32.1
76 o más años	0	0.0
Total	9793.5	23.7

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

9. DISCUSIÓN

En el año 2017 se presentó en la ciudad de La Paz, 4509 defunciones, de los cuales el 19.48% (n=1019), tuvo como causa básica de muerte una enfermedad no transmisible en mujeres. En ese contexto, dichas enfermedades adquieren una gran importancia, ya que son responsables de un alto porcentaje de muertes, muchas de ellas prematuras, o anteriores al cumplimiento de la esperanza de vida en Bolivia, donde se espera que las mujeres vivan por lo menos hasta los 69 años.

La tasa de mortalidad global en general, en el país, el año 2017 fue de 72.9 por cada 10000 habitantes y la misma tasa en mujeres que fallecieron por ENT fue de 24.69 por cada 10000 habitantes mujeres en la ciudad de La Paz,

Al comparar las defunciones en mujeres agrupando en 5 grandes categorías de ENT más frecuentes, se pudo observar que las enfermedades del sistema circulatorio tuvieron una disminución del 7.6% en relación con el estudio realizado por el INSAD en la ciudad de La Paz en la Gestión 2009 por el Dr. De la Gálvez y Dr. Carlos Tamayo, se constató un aumento en la mortalidad por Diabetes mellitus en un 9.7%., y en los otros grupos se mostró una tendencia parecida. El grupo de mortalidad por Enfermedades del sistema circulatorio continúa siendo la primera causa de muerte por de Enfermedades no transmisibles en la ciudad de La Paz.

En relación con el estudio de Carga de mortalidad de enfermedades no transmisibles en la población igual o mayor de 20 años de el salvador 2011 – 2015, donde se muestra que la mortalidad proporcional por ENT en mujeres guarda una relación parecida al presente estudio, donde las ENT más frecuentes son, Enfermedades del sistema circulatorio y Neoplasias.

En comparación al estudio de Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012 de Julio

Cesar Martínez, se acuerda que la mayor concentración de mortalidad por ENT se dio a edades tardías, con la salvedad que en el estudio de Martínez, se tomaron en cuenta dentro de las ENT, causas externas y accidentes de tránsito, además de incluir la mortalidad por ENT en hombres.

Con relación al Estudio de Determinantes sociodemográficos y muerte súbita cardiovascular de la Habana cuba en el año 2015 por el Dr. Rafael Araujo Gonzales, se tiene que en el mismo afirma que es la posición socioeconómica baja, que se refleja en los ingresos, la ocupación, el nivel de estudios u otros recursos influye en el aumento en los casos de muerte súbita cardiovascular, a comparación de nuestro estudio, este no se comprueba en las enfermedades del sistema circulatorio asociado a los factores socioeconómicos, que si bien, se encontró una asociación entre los mismos, este no fue significativo en la ciudad de La Paz.

9.1. Implicaciones de los resultados

Los resultados obtenidos del presente estudio están en correspondencia con el hecho de que la mortalidad por Enfermedades no transmisibles tanto en mujeres como hombres son un problema de salud pública pues constituye la principal causa de mortalidad mundial de 56 millones de defunciones, donde 38 millones (63%) se atribuyeron las Enfermedades No transmisibles, va en concordancia también con lo realizado el año 2009 y el 2012, estudios de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles realizados por el Dr. Alberto de la Gálvez y el IINSAD por el Dr. Carlos Tamayo donde se presentó un perfil completo de mortalidad por estas patologías.

9.2. Audiencias interesadas en los resultados

Los resultados del estudio expusieron que la Mortalidad por Enfermedades no transmisibles en mujeres en la ciudad de La Paz, en el año 2017, son de mucha importancia y gran preocupación dentro de las causas de mortalidad en mujeres, donde las autoridades del Ministerio de Salud, Servicio Departamental de Salud y Municipio de La Paz y otros entes gestores en salud, deberán considerar y tomar muy en cuenta el presente trabajo para aplicar estrategias institucionales y prevenir la mortalidad por estas causas y de esta manera lograr disminuir las Tasas de Mortalidad por Enfermedades no transmisibles, replicando el mismo en otros departamentos y ciudades de Bolivia.

10. CONCLUSIONES

Realizado el análisis de la mortalidad por Enfermedades no transmisibles en mujeres en la ciudad de La Paz en el año 2017 y el comportamiento y su relación con factores sociodemográficos de acuerdo con los objetivos planteados, se determinó las siguientes conclusiones:

El estudio determinó el perfil epidemiológico de mortalidad por Enfermedades No transmisibles en mujeres en la ciudad de La Paz, de acuerdo con el objetivo general que nos planteamos y cuyos resultados muestran que las Enfermedades no transmisibles continúan siendo una de las principales causas de mortalidad.

Se determinó las siguientes asociaciones entre variables socio demográficas y mortalidad por ENT en mujeres.

- Neoplasias con Grado de instrucción: Sin instrucción y Superior.
- Diabetes mellitus con Grado de instrucción Superior.
- Enfermedades del sistema circulatorio con Ocupación: Labores de casa, Trabajador por cuenta propia, Jubilado/Rentista y Estudiante.
- Neoplasias con Ocupación: Labores de casa, Jubilado/Rentista, Estudiante y Profesionales independientes.
- Diabetes mellitus con Ocupación: Trabajador por cuenta propia y Otros
- Enfermedades del sistema circulatorio con Estado civil: Divorciado.
- Enfermedades del sistema circulatorio con grupos de edad: de 0 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 a más años.
- Neoplasias con grupos de edad: de 0 a 44 años, de 45 a 64 años y de 65 a más años.
- Diabetes mellitus y grupo de edad de 0 a 44 años

Si bien se halló asociación entre los factores sociodemográficos, edad, grado de instrucción, ocupación y estado civil con la mortalidad por ENT en mujeres, en el municipio de La Paz, de acuerdo con la medición del coeficiente de contingencia

se encontró un mínimo grado de fuerza de asociación entre las distintas categorías de los factores sociodemográficos y la mortalidad por ENT en mujeres.

Se comprobó que la población femenina perdió 9793.5 años de vida, correspondiente a 23.7 años por cada 1000 habitantes mujeres. El mayor número de APVP se dio en el grupo de 40 – 44 años con 1172.5 años perdidos.

El IAPVP estableció que los grupos de edad de 69 a 72, de 60 a 64 y 65 a 68 años, alcanzaron las puntuaciones más altas, mostrando mayor mortalidad en esas edades.

11. RECOMENDACIONES

El presente estudio sirva como referencia actualizada para poder tomar determinaciones por parte de las autoridades a nivel general y plantear estrategias de prevención y control de la mortalidad por Enfermedades no transmisibles en mujeres, no cerrándose solo a ellas, sino a ambos sexos, a nivel de las ciudades estudiadas y otras ciudades del territorio nacional.

Que el estudio realizado se replique en otras ciudades para ver el perfil y el comportamiento de la mortalidad por Enfermedades no transmisibles.

Se sugiere también generar un sistema de información en salud efectivo y eficiente sobre mortalidad, para obtener datos confiables, precisos, consistentes y oportunos, de esta forma poder contar con una base de datos en salud a nivel nacional. Mediante la implementación de redes a través de un sistema informático de última generación.

El Ministerio de Salud debe realizar cursos de capacitación al personal médico de los Establecimientos de Salud Públicos y Privados, sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y el llenado correcto de los certificados de defunción (CEMEUD), a fin de promover datos estadísticos de mortalidad confiables.

Las Facultades de Medicina Públicas y Privadas de todo el territorio nacional deberán incorporar en su Pensum Académico materias que impartan temas relacionados con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 y el llenado correcto del CEMEUD.

Se recomienda también realizar un estudio de costos para determinar las pérdidas económicas que se tiene por causa de Enfermedades no transmisibles por año en el territorio nacional y cuanto afectan a la economía del estado

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Moreno J. La pandemia de enfermedades crónicas no transmisibles Retos de salud pública y nuevos paradigmas en el siglo XXI [Internet]. Uv.es. 2013 [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.uv.es/ramcv/2013/018_III_Martin_Moreno.pdf
2. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Who.int. 2020 [citado 15 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 [Internet]. pdf; 2014 [citado 15 de agosto de 2019]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/ops-pe-14-19-compendium-indicadores-nov-2014.pdf>
4. Bolivia I. Bolivia cuenta con más de 11 millones de habitantes a 2018 - INE [Internet]. INE. 2018 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/bolivia-cuenta-con-mas-de-11-millones-de-habitantes-a-2018/>
5. Antezana R. OPS/OMS Bolivia - Salud desarrollará primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en Bolivia | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2020 [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2175:salud-desarrollara-primera-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-de-enfermedades-no-transmisibles-en-bolivia&Itemid=481
6. Hacer frente a las enfermedades no transmisibles en la comunidad La contribución de los farmacéuticos 2019 [Internet]. La Haya, Países Bajos; 2020 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.fip.org/files/content/publications/2019/Hacer-frente-a-las-enfermedades-no-transmisibles-en-la-comunidad.pdf>
7. Situación sobre Alcohol y Salud [Internet]. Los Círculos de la vida saludable. 2020 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://circulosdelavida.es/la-organizacion-mundial-de-la-salud-pide-los-gobiernos-que-redoblen-sus-esfuerzos-para-prevenir-las-defunciones-y-las-enfermedades-relacionadas-con-el-alcohol/>
8. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-EPOC-completa.pdf>

9. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe [Internet]. 3rd ed. Washington DC.: pdf; 2017 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>
10. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria Documento técnico de referencia REGULA [Internet]. 1st ed. Washington DC.: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
11. Resolución. c. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Comparta.com.co. 2018 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.comparta.com.co/publicaciones/miscelanea/enfermedades-no-transmisibles>
12. Plan andino para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2018 – 2022 [Internet]. 1st ed. Lima, Perú: Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito UNANUE; 2020 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: http://orasconhu.org/portal/sites/default/files/Plan%20Andino%20ENT_Versi%C3%B3n%2030_Oct_2018_Cr%C3%A9ditos.pdf
13. Es hora de actuar: Informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 1st ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. La Asamblea Mundial de la Salud llega a una serie de acuerdos sobre el control de vectores, las enfermedades no transmisibles y los ODS [Internet]. Who.int. 2017 [citado 20 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-05-2017-seventieth-world-health-assembly-update-30-may-2017>
15. Rangel Caballero L. Nutrición Hospitalaria - Arán Ediciones, S.L. [Internet]. Nutricionhospitalaria.org. 2017 [citado 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/01057/show#!>
16. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]. 1.^a ed. La Paz, Bolivia; 2009 [citado 16 octubre 2019]. Disponible en: <http://www.sepdavi.gob.bo/cs/doc/159Bolivia%20Consitucion.pdf>

17. Decreto Supremo N° 29.601 - Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural [Internet]. 1.ª ed. La Paz, Bolivia; 2008 [citado 14 octubre de 2019]. Disponible en: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/bolivia_decreto_supremo_nro_29601_2008.pdf
18. Informe mundial sobre la diabetes [Internet]. 1.ª ed. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 14 octubre 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=7226F7BC3977103B5447FAA9FE035836?sequence=1>
19. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Pan American Health Organization. 2017 [citado 18 octubre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=218&Itemid=40876&lang=es
20. La hipertensión arterial genera más de 4.000 muertes al año en Bolivia [Internet]. Red Uno. 2019 [citado 21 octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.reduno.com.bo/nota/la-hipertension-arterial-genera-mas-de-4-000-muertes-al-ano-en-bolivia-20192220480>
21. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 10 octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/es/>
22. Mortalidad precoz por enfermedades crónicas no transmisibles: algo evitable, pero no resuelto [Internet]. Scielo. 2018 [citado 10 octubre de 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000200002
23. Mortalidad precoz por enfermedades crónicas no transmisibles: algo evitable, pero no resuelto [Internet]. iSanidad. 2017 [citado 22 octubre de 2019]. Disponible en: <http://isanidad.com/91076/la-oms-asegura-que-las-enfermedades-no-transmisibles-ponen-en-peligro-reducir-las-muertes-prematuras-en-un-33-para-2030/>
24. Serra Valdés MA, Serra Ruíz M, Viera Garcia M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras [Internet]. Scielo. 2018 [citado 21 octubre de 2019]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf08208.pdf>
25. Veron JM. Enfermedades no transmisibles [Internet]. El papiro de ebers. 2017 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.elpapirodeebbers.com.ar/2017/09/enfermedades-no-transmisibles.html>

26. Agenda de salud sostenible para las américas 2018-2030 [Internet]. 1.^a ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [citado 10 octubre de 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Conceptos de enfermedades transmisibles y no transmisibles panorama epidemiológico de las enfermedades medidas de frecuencia prevalencia y mortalidad [Internet]. 1.^a ed. Veracruz, México: Universidad Veracruzana; 2014 [citado 10 octubre de 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/VargasZero15/conceptos-de-enfermedades-transmisibles-y-no-transmisibles-panorama-epidemiologico-de-las-enfermedades-medidas-de-frecuencia-prevalencia-y-mortalidad>
28. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014 [Internet]. 1.^a ed. Veracruz, México: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 2 octubre de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=1DC79CB1E24D8DC71640AFDAAB4931D0?sequence=1
29. La probabilidad de morir en Bolivia de enfermedades no transmisibles es de 18% [Internet]. Periódico digital de investigación sobre Bolivia. 2015 [citado 10 octubre de 2019]. Disponible en: http://www.pieb.com.bo/sipieb_notas.php?idn=9440
30. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. 1.^a ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [citado 10 octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>.
31. Rodriguez Llach A. Causas de defunción mal definidas o imprecisas [Internet]. Organización Panamericana para la Salud. 2018 [citado 15 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/item/879-foro-becker-causas-de-defuncion-mal-definidas-o-imprecisas>
32. Diccionario médico [Internet]. esacademic. 2019 [citado 16 octubre 2019]. Disponible en: https://esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/13933/muerte
33. Cada año, las enfermedades no transmisibles provocan 16 millones de defunciones prematuras, por lo que la OMS insta a redoblar esfuerzos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015 [citado 20 septiembre de 2019]. Disponible en:

<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>

34. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 10 octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
35. CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión Volumen 1 [Internet]. 10.^a ed. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2003 [citado 10 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
36. El registro correcto de las causas de defunción por parte del médico [Internet]. México DF: Dirección General de Información en Salud, Secretaria de Salud, Estados Unidos Mexicanos; 2016 [citado 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/RegCorrCausasDef.pdf>
37. Diccionario de lengua española [Internet]. Real Academia Española. 2019 [citado 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
38. El proceso de observación y las variables [Internet]. Revista Biomédica Revisada Por Pares. 2011 [citado 10 de octubre de 2019]. Disponible en: [https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/MBE04/4844?ver=sindise no](https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/MBE04/4844?ver=sindise%20no)
39. Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna [Internet]. 1.^a ed. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2014 [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/continuo/dgss_acion_norma_nacional_de_vigilancia.pdf
40. De la Galvez Murillo Gamberro A, Calani Lazcano F, Tamayo Caballero C. Perfil de mortalidad en la ciudad de La Paz 2009 [Internet]. La Paz, Bolivia: Instituto de Investigación en salud y desarrollo, UMSA; 2012 [citado 22 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://sicyt.umsa.bo/proyectos/informacion/495>
41. Carga de mortalidad de enfermedades no transmisibles en la población igual o mayor de 20 años de el salvador Periodo 2011-2015 [Internet]. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud; 2017 [citado 25 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2018/07/Carga-de-mortalidad-de-enfermedades-no-transmisibles.pdf>
42. Araujo Gonzales R, Ochoa Montes LA, Lopez Tutusaus T. Determinantes sociodemográficos y muerte súbita cardiovascular [Internet]. Scielo. 2015

[citado 25 de septiembre de 2019]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300004

43. Martínez JC. Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012 [Internet]. Revista del Instituto Nacional de Salud. 2016 [citado 5 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3069>
44. Encuesta de Demografía y Salud 2016 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística - Bolivia. 2017 [citado 13 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/?s=demografia>
45. La población de Bolivia se mantiene joven [Internet]. Instituto Nacional de Estadística - Bolivia. 2017 [citado 16 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/la-poblacion-de-bolivia-se-mantiene-joven/>
46. Información general sobre la hipertensión en el mundo [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado de 20 agosto de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=6D4E69C5978B865272299AA0808DEBD1?sequence=1
47. Población económicamente activa representa 61,1% de la población en edad de trabajar [Internet]. Instituto Nacional de Estadística - Bolivia. 2017 [citado 15 octubre 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/poblacion-economicamente-activa-representa-611-de-la-poblacion-en-edad-de-trabajar/>
48. Aguilar: "Bolivia reduce tasa de analfabetismo a 2,4 % hasta el 2018" [Internet]. Ministerio de Educación. 2018 [citado 10 octubre 2019]. Disponible en: <https://impresa.lapatria.bo/?nota=330221>
49. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2014 [citado 15 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf>
50. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras [Internet]. Organización Panamericana para la Salud. 2019 [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51482>
51. Lineamientos básicos para el análisis de la mortalidad [Internet]. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [citado 20 de septiembre de 2019]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34492/9789275319819-spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y5LINEAM>

52. Enfermedades no transmisibles Estrategia de actuación integrada [Internet]. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2015 [citado 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=61-estrategia-de-actuacion-integrada&Itemid=1094
53. Martínez R, Soliz P, Caixeta R, Ordunez P. Años de vida perdidos por muerte prematura: una medida versátil y abarcadora para el monitoreo de la mortalidad por enfermedades no transmisibles* [Internet]. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50476/v43eAPHA12019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
54. Martínez R. Guía de investigación de ciencias sociales [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Sanidad Gobierno de España; 2014 [citado 15 de octubre de 2019]. Disponible en: https://ingesa.sanidad.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Metodologica_Inv_CCSS.pdf
55. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Organización Panamericana para la Salud. 2018 [citado 12 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49058>
56. Indicadores de salud Aspectos conceptuales y operativos [Internet]. Washington DC, EUA: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [citado 12 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Indicadores-de-Salud_spa.pdf
57. Plan territorial de desarrollo integral [Internet]. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. 2018 [citado 16 septiembre 2019]. Disponible en: <http://sitservicios.lapaz.bo/sit/ptdi/>

13 ANEXOS

Anexo 1. Plan de análisis

Objetivos	Hipótesis	Variables	Plan de tabulación	Procedimiento estadístico
<p>General</p> <p>Determinar los factores socio demográficos asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en mujeres a partir de certificados de defunción en la ciudad de La Paz en la gestión 2017</p> <p>Específicos</p> <p>Describir la estructura de mortalidad por enfermedades no transmisibles relacionadas con nivel educativo, edad, estado civil y por decenios extraídos de los certificados de defunción de mujeres de la ciudad de La Paz en la gestión 2017</p> <p>Determinar la mortalidad por las patologías más predominantes de Enfermedades no transmisibles</p> <p>Establecer los años potenciales de vida perdidos por causa de enfermedades no transmisibles en mujeres de la ciudad de La Paz en la gestión 2017.</p>	<p>Existen una relación entre los factores sociodemográficos y la mortalidad por Enfermedades no Transmisibles en mujeres de la ciudad de La Paz en la gestión 2017</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Factores socio demográficos</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Muerte por Enfermedades No Transmisibles en mujeres</p>	<p>Magnitud del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Grado de instrucción • Diabetes • Cardiovasculares • Enfermedades respiratorias crónicas • Cáncer • Años potenciales de vida perdidos <p>Causa básica de mortalidad por Enfermedades no Transmisibles</p>	<p>Se realizaron las siguientes especificaciones:</p> <p>Referentes teóricos</p> <p>Recopilación de datos del certificado de defunción</p> <p>Codificación según código CIE10</p> <p>Elaboración de base de datos en programa estadístico SPSS versión 23</p> <p>Construcción de tablas y gráficos de frecuencias y cálculos estadísticos.</p> <p>Análisis e interpretación de datos obtenidos.</p> <p>Coeficiente de fiabilidad de 95%.</p> <p>Error típico de medida del 5%</p>

Anexo 2. Revisión bibliográfica

En esta sección se realiza una descripción de algunas publicaciones relacionadas con el tema de estudio.

- Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad por ENT declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra: OMS
- 1999. Resalta el problema de la mortalidad por ENT Haciendo un análisis a cerca de la magnitud del problema, así como también las consideraciones sociales, económicas, y estilos de vida.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad por ENT.
- World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva: s.n., 2012. Pese a las dificultades en la lectura del documento los cuadros de resultados ayudaron a plantear la tendencia de la situación de la mortalidad por ENT.
- Bolivia INE 2017 datos de este documento ayudaron a formular los antecedentes demográficos del departamento de La Paz.
- Servicio Departamental de Salud La Paz - Unidad de Epidemiología. Memorias del Perfil Epidemiológico - 2012. La Paz: s.n., 2012. El documento nos ayuda en el marco teórico en relación a la cobertura de atención del sistema de salud boliviano.
- Alberto De la Gálvez Murillo, Carlos Tamayo Caballero, Franz Calani L.
- Perfil de la mortalidad en la ciudad de La Paz 2009. La Paz: s.n., 2012.
- El documento de la Vigilancia epidemiológica un pilar importante para la presente investigación, se han revisado los conceptos relacionados a la muerte por ENT.
- Alberto De la Gálvez Murillo C., Ramiro Pando M. Mario E. Padilla C. Teoría y práctica de la investigación en salud. La Paz: MEDICON, 2010.

Básicamente constituye un documento de referencia dentro el diseño de la investigación.

- Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años Potenciales de
- Vida Perdida. Salud, Organización Panamericana de la. 2, Washington, D.C.
- OPS, 2003, Vol. 24. Puentes Madera Isabel Cristina, Aldama Figueroa Alfredo, Barnés Domínguez José A, Rodríguez Álvarez Maritza. Mortalidad y años de vida potenciales perdidos por enfermedades aterotrombóticas en el municipio Cerro. Rev. Cubana [Internet]. 2016
- Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes por ENT, Ginebra: OPS, 2012. El documento constituye un instrumento muy utilizado para la codificación de las causas de las muertes por ENT.
- Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa ENT, junio 2018 utilizado para la elaboración del marco teórico.
- Diccionario medicina enfermería ciencias de la salud MOSBY. Útil para la elaboración del marco teórico
- OPS, Indicadores de salud, Aspectos conceptuales operativos 2017. Útil para la elaboración del marco teórico
- Buen vivir plan nacional 2013,2017. Útil para la elaboración del marco teórico

Anexo 3. Tabla: Causas básicas de defunción por ENT en mujeres en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

Clasificación CIE 10 Lista corta 6/67 OPS	Causa básica de defunción con diagnóstico según CIE 10	N° Casos	%	
Enfermedades del sistema circulatorio	Hipertensión esencial (primaria)	93	9.13	
	Enfermedad cardiaca hipertensiva	24	2.36	
	Enfermedad renal hipertensiva	2	0.20	
	Angina de pecho	1	0.10	
	Infarto agudo de miocardio	49	4.81	
	Otras enfermedades isquémicas agudas del corazón	1	0.10	
	Enfermedad isquémica crónica del corazón	21	2.06	
	Insuficiencia cardiaca	62	6.08	
	Complicaciones y descripciones mal definidas en enfermedades cardiacas	19	1.86	
	Hemorragia subaracnoidea	8	0.79	
	Hemorragia intra encefálica	5	0.49	
	Infarto cerebral	4	0.39	
	Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico	61	5.99	
	Oclusión y estenosis en arterias cerebrales sin ocasionar infarto cerebral	4	0.39	
	Otras enfermedades cerebrovasculares	9	0.88	
	Secuelas de enfermedades cerebrovascular	4	0.39	
		Total Enfermedades del Sistema circulatorio	367	36.02
	Neoplasias	Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de la boca	2	0.20
Tumor maligno de otras glándulas salivales mayores y de las no especificadas		1	0.10	
Tumor maligno del esófago		2	0.20	
Tumor maligno del estomago		20	1.96	
Tumor maligno del intestino delgado		4	0.39	
Tumor maligno del colon		9	0.88	
Tumor maligno del recto		3	0.29	
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intra hepáticas		16	1.57	
Tumor maligno de la vesícula biliar		40	3.93	
Tumor maligno de otras partes y de las no especificadas de las vías biliares		2	0.20	
Tumor maligno del páncreas		9	0.88	

Tumor maligno de la laringe	1	0.10
Tumor maligno de los bronquios y del pulmón	14	1.37
Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	2	0.20
Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares de los miembros	1	0.10
Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares, de otros sitios y de sitios no especificados	4	0.39
Otros tumores maligno de la piel	5	0.49
Tumor maligno del peritoneo y retroperitoneal	3	0.29
Tumor maligno de la mama	23	2.26
Tumor maligno de la vulva	3	0.29
Tumor maligno de la vagina	1	0.10
Tumor maligno del cuello del útero	39	3.83
Tumor maligno del cuerpo del útero	2	0.20
Tumor maligno del útero parte no especificada	9	0.88
Tumor maligno del ovario	12	1.18
Tumor maligno de la placenta	2	0.20
Tumor maligno del riñón excepto de la pelvis renal	6	0.59
Tumor maligno de la vejiga urinaria	2	0.20
Tumor maligno del ojo y sus anexos	1	0.10
Tumor maligno de las meninges	1	0.10
Tumor maligno del encéfalo	9	0.88
Tumor maligno de la glándula tiroides	4	0.39
Tumor maligno de otras glándulas endocrinas y de estructuras afines	4	0.39
Tumor maligno de otros sitios y de sitios mal definidos	6	0.59
Tumor maligno secundario de los órganos respiratorios y digestivos	24	2.36
Tumor maligno secundario de otros sitios	28	2.75
Tumor maligno de sitios no especificados	1	0.10
Enfermedad de hodgkin	3	0.29
Linfoma no-hodgkin difuso	1	0.10
Linfoma no hodgkin de otro tipo y el no especificado	9	0.88
Mieloma múltiples y tumores malignos de células plasmáticas	6	0.59
Leucemia linfoide	4	0.39
Leucemia mieloide	6	0.59
Leucemia de células de tipo no especificado	3	0.29
Tumor benigno de otras partes y de las mal definidas del sistema digestivo	1	0.10
Tumores benignos lipomatosos	1	0.10

	Otros tumores benignos del tejido conjuntivo y tejido blando	1	0.10
	Tumor benigno de otros sitios y de los no especificados	1	0.10
	Tumor de comportamiento incierto de la cavidad bucal y de los órganos digestivos	5	0.49
	Tumor de comportamiento incierto de los órganos genitales femeninos	1	0.10
	Síndromes mielodisplásicos	1	0.10
	Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1	0.10
	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados	3	0.29
	Total Neoplasias	362	35.53
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus insulino dependiente	2	0.20
	Diabetes mellitus no insulino dependiente	141	13.84
	Diabetes mellitus no especificada	29	2.85
	Total Diabetes mellitus	172	16.88
Insuficiencia renal	Insuficiencia renal crónica	84	8.24
	Insuficiencia renal no especificada	23	2.26
	Total Insuficiencia renal	107	10.50
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Bronquitis no especificada como aguda o crónica	1	0.10
	Bronquitis crónica no especificada	1	0.10
	Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	3	0.29
	Asma	5	0.49
	Bronquiectasia	1	0.10
	Total Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	11	1.08
	TOTAL	1019	100.00

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Anexo 4. Tabla: Asociación entre la edad (agrupada) y mortalidad por ENT en mujeres, Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Grupo de edad	Chi cuadrado de		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	De 0 a 44	13.029	0.000	0.112
	De 45 a 64	30.234	0.000	0.170
	De 65 a más	51.285	0.000	0.219
Neoplasias	De 0 a 44	29.521	0.000	0.168
	De 45 a 64	26.868	0.000	0.160
	De 65 a más	63.995	0.000	0.243
Diabetes mellitus	De 0 a 44	4.659	0.031	0.067
	De 45 a 64	0.821	0.365	
	De 65 a más	0.263	0.608	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas e insuficiencia renal	De 0 a 44	0.034	0.854	
	De 45 a 64	0.318	0.573	
	De 65 a más	0.385	0.535	

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Anexo 5. Tabla: Asociación entre Grado de instrucción y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Grado de instrucción	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	Sin instrucción	1.296	0.255	
	Primaria	0.086	0.770	
	Secundaria	1.020	0.313	
	Técnico	1.178	0.278	
	Universitario	0.010	0.919	
	Superior	0.579	0.447	
	Otros	3.382	0.066	
Neoplasias	Sin instrucción	4.541	0.033	0.070
	Primaria	0.385	0.535	
	Secundaria	0.387	0.534	
	Técnico	2.089	0.148	
	Universitario	0.334	0.563	
	Superior	11.446	0.001	0.111
	Otros	0.893	0.345	
Diabetes mellitus	Sin instrucción	2.627	0.105	
	Primaria	1.855	0.173	
	Secundaria	0.663	0.415	
	Técnico	0.091	0.763	
	Universitario*	4.743	0.029	
	Superior	5.547	0.019	0.077
	Otros	0.016	0.901	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas e insuficiencia renal	Sin instrucción	0.147	0.702	
	Primaria	0.039	0.844	
	Secundaria	2.371	0.124	
	Técnico	0.037	0.848	
	Universitario	2.255	0.133	
	Superior	1.535	0.215	
	Otros	1.488	0.223	

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Anexo 6. Tabla: Asociación entre Ocupación y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Ocupación	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	Labores de casa	12.485	0.000	0.110
	Trabajador por	14.638	0.000	0.119
	Jubilado / Rentista	7.423	0.006	0.051
	Estudiante	6.679	0.010	0.081
	Empleado	0.023	0.880	
	Profesionales	1.881	0.170	
	Normalista	0.577	0.447	
	Otros	0.000	0.999	
Neoplasias	Labores de casa	17.144	0.000	0.129
	Trabajador por	3.716	0.054	
	Jubilado / Rentista	4.977	0.026	0.070
	Estudiante	11.387	0.001	0.105
	Empleado	0.536	0.464	
	Profesionales	12.308	0.000	0.109
	Normalista	0.133	0.715	
	Otros	3.037	0.081	
Diabetes mellitus	Labores de casa	0.026	0.873	
	Trabajador por	12.261	0.000	0.109
	Jubilado / Rentista	0.00	0.988	
	Estudiante	1.123	0.289	
	Empleado	1.605	0.205	
	Profesionales	3.932	0.047	
	Normalista	1.039	0.308	
	Otros*	5.204	0.023	0.071
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas e insuficiencia renal	Labores de casa	0.496	0.481	
	Trabajador por	1.544	0.214	
	Jubilado / Rentista	0.590	0.442	
	Estudiante	0.005	0.944	
	Empleado	0.377	0.539	
	Profesionales	0.755	0.385	
	Normalista	0.359	0.549	
	Otros	0.004	0.947	

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Anexo 7. Tabla: Asociación entre Estado civil y mortalidad por ENT en mujeres, en el Municipio de La Paz, enero a diciembre 2017

ENT	Estado civil	Chi cuadrado de Pearson		Coeficiente de Contingencia
		Estadístico	Valor p	
Enfermedades del sistema circulatorio	Soltero	1.54	0.215	
	Casado	0.107	0.743	
	Viudo	0.501	0.479	
	Divorciado	5.065	0.024	0.071
	Conviviente	0.174	0.677	
Neoplasias	Soltero	1.947	0.163	
	Casado	0.014	0.906	
	Viudo	0.892	0.345	
	Divorciado	3.363	0.067	
	Conviviente	0.136	0.712	
Diabetes mellitus	Soltero	0.000	0.992	
	Casado	0.411	0.521	
	Viudo	0.859	0.354	
	Divorciado	1.291	0.256	
	Conviviente	0.038	0.845	
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas e insuficiencia renal	Soltero	0.054	0.816	
	Casado	0.007	0.931	
	Viudo	2.063	0.151	
	Divorciado	0.482	0.488	
	Conviviente	1.977	0.16	

Fuente: Base de datos de los certificados de defunción del municipio de La Paz gestión 2017

Anexo 8. Nota solicitud de acceso a CEMUD cementerios de La Paz



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
LA PAZ - BOLIVIA

La Paz, 8 de Agosto 2018

Unidad de
Epidemiología
Clínica

Señor
Dr. Ricardo Udler,
ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO JUDIO
Presente

Unidad de
Epidemiología
Social

Ref.: Solicitud de Acceso a Certificados de Defunción en los Cementerios del Municipio de LA PAZ

A quien corresponda:

El IINSAD y la Unidad de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés – UMSA, realiza periódicamente estudios epidemiológicos vinculados a las causas de muerte como insumo importante para determinar el perfil epidemiológico de la población, además ver la calidad de certificación como un acto administrativo.

La Unidad de análisis es el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, normado por el Ministerio de Salud u otro alternativo, además del Carnet de identidad que permita complementar y cruzar los datos, con estos insumos cada investigador, logrará reportar un informe de investigación el mismo que será de utilidad en la toma de decisiones.

En éste propósito solicito respetuosamente a su autoridad, el acceso a esta documentación a través de quien corresponda en la administración del Cementerio Judío, datos que correspondan a los meses de enero a diciembre de la gestión 2017.

Unidad de
CRECIMIENTO Y
DESARROLLO
INFANTO JUVENIL

En el trabajo que estará a cargo de los doctores:

- Dra. Erika Viviana Alejo Limachi C.I. 6752415 LP.
- Dr. Ernesto Orellana Rivas C.I. 2616549 LP.
- Dra. Juana Eugenia Navarro Castillo C.I. 4363703 L.P.
- Dra. Ruth July Apaza Marca C.I. 4810284-1C LP.

Unidad de
Parasitología
Medicina Tropical
y
Medio Ambiente

A tiempo de agradecer su comprensión, es nuestro compromiso de manejo ETICO y rigor metodológico de los datos y con la seguridad de compartir con su autoridad los resultados, reitero mis consideraciones personales


Dr. Carlos Tamayo Caballero
RESPONSABLE UNIDAD
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL
IINSAD FAC. MENT UMSA



Calle Claudio Sanjinés s/n, Complejo Hospitalario de Miraflores, frente al Instituto Nacional del Tórax
Tel/fax: • 2246550 - 2612325 • PÁGINA Web: iinsad.fment.umsa.bo

Scanned by CamScanner



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
 INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
 LA PAZ - BOLIVIA



La Paz, 24 de julio 2018

Unidad de
Epidemiología
Clínica

SEÑOR:
 ARQ. ARIEL CONITZER MEJIA
 ADMINISTRADOR CEMENTERIO GENERAL
 LA PAZ
 PRESENTE.-

Ref.: Solicitud de Acceso a Certificados de Defunción en los Cementerios del Municipio de LA PAZ

Unidad de
Epidemiología
Social

A quien corresponda:

El IINSAD y la Unidad de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés – UMSA, realiza periódicamente estudios epidemiológicos vinculados a las causas de muerte como insumo importante para determinar el perfil epidemiológico de la población, además ver la calidad de certificación como un acto administrativo.

La Unidad de análisis es el CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, normado por el Ministerio de Salud u otro alternativo, además del Carnet de identidad que permita complementar y cruzar los datos, con estos insumos cada investigador logrará reportar un informe de investigación el mismo que será de utilidad en la toma de decisiones.

Unidad de
CRECIMIENTO Y
DESARROLLO
INFANTO JUVENIL

En éste propósito solicito respetuosamente a su autoridad, el acceso a esta documentación a través de quien corresponda en la administración del Cementerio Jardín, datos que correspondan a los meses de enero a diciembre de la gestión 2017.

El trabajo estará a cargo de PROFESIONALES en salud, en horarios y tiempos que ustedes dispongan y el periodo necesario; para fines prácticos presentamos a los investigadores que llegaran munidos de una credencial:

Unidad de
Parasitología
Medicina Tropical
y
Medio Ambiente

NOMBRES Y APELLIDOS	C.I.
- ARUQUIPA HUANQUIRI RITA	6175537LP
- ARUQUIPA QUISPE RITA MARGOT	4786944LP
- BUSTILLOS ZAMORANO GUIDO MARCIAL	4288392LP
- CAPIA FLORES LUCY AMALIA	4316703LP
- CHAMBI FERNANDEZ JENNY ROSARIO	4794996LP
- CHURA MACUCHAPI SEVERO MILTON	4807750LP
- COLQUE QUISPE RONALD	6074319LP
- CONDORI LIMACHI JUSTINA	4258609LP
- FLORES ARCANI SANTOS BASILIO	4823379LP
- GARCIA BAUTISTA GABRIELA BEATRIZ	6728775LP
- GUTIERREZ AGUILAR NIEVES MIRIAM	4371314LP
- INCA SOLDADO JUAN CARLOS	6802407LP
- LIMACHI RAMOS JUANA BENITA	4836503LP
- MAMANI ESPINOZA BETTY	6186762LP
- MENDOZA OCAMPO ELIA SOLEDAD	4920724LP
- ORELLANA QUISPE MAGALY ROSARIO	4832190LP

1

Calle Claudio Sanjinés s/n, Complejo Hospitalario de Miraflores, frente al Instituto Nacional del Tórax
 Tell/fax: • 2246550 - 2612325 • Página Web: iinsad.fment.umsa.bo



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO - IINSAD
LA PAZ - BOLIVIA

Unidad de
Epidemiología
Clínica

- PAREDES ALCON DIANA MARGOT	5954480LP
- PATIÑO AZUGA KHARLA	6197395LP
- PAYE CHAMBI YHOVANA REINA	6048793LP
- RIOS CHUQUICHAMBI GABRIEL MARCOS	6159081LP
- SALINAS PIEROLA DANIEL	6589611LP
- SARZURI FLORES LAYDA	3403712LP
- PARY CALIZAYA HERMINIA	4760253LP
- GUTIERRES CACERES VILMA PATRICIA	3432703LP

A tiempo de agradecer su comprensión, es nuestro compromiso de manejo ETICO y rigor metodológico de los datos y con la seguridad de compartir con su autoridad los resultados, reitero mis consideraciones personales.

Unidad de
Epidemiología
Social

DR. Carlos Tamayo Caballero
RESPONSABLE UNIDAD
EPIDEMIOLOGIA SOCIAL
IINSAD FAC. MENT UMSA

Unidad de
CRECIMIENTO Y
DESARROLLO
INFANTO JUVENIL

Unidad de
Parasitología
Medicina Tropical
y
Medio Ambiente

Anexo 9. Certificado Médico de Defunción

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD		CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN CÓDIGO R.A. SALUD INE 102 (01/2006) (Para defunciones de personas mayores de 7 días de edad)		CDGPD 1609 N° 000051	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO:			CODIGO SUBSECTOR A B C D E F I		
A. DATOS DEL / LA FALLECIDO(A)					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
1. LUGAR DE NACIMIENTO		2. LUGAR GEOGRÁFICO DEL FALLECIMIENTO		3. RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE	
País		País		País	
Departamento		Departamento		Departamento	
Provincia		Provincia		Provincia	
Municipio		Municipio		Municipio	
Localidad		Localidad		Localidad	
No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	
4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN		5. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO		3. RESIDENCIA HABITUAL / PERMANENTE	
Establecimiento de Salud <input type="checkbox"/>		Edad (días 07 a 30) <input type="checkbox"/>		Hora (de 00:00 a 23:59) <input type="checkbox"/>	
Vivienda (domicilio) <input type="checkbox"/>		Edad (meses 01 a 11) <input type="checkbox"/>		Día (de 01 a 31) <input type="checkbox"/>	
Via Pública <input type="checkbox"/>		Edad (años) <input type="checkbox"/>		Mes (de 01 a 12) <input type="checkbox"/>	
Trabajo <input type="checkbox"/>		Día (de 01 a 31) <input type="checkbox"/>		Año <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>		Mes (de 01 a 12) <input type="checkbox"/>		Probable <input type="checkbox"/>	
No puede determinarse <input type="checkbox"/>		Año <input type="checkbox"/>			
7. SEXO		8. ESTADO CIVIL		9. GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Masculino <input type="checkbox"/>		Soltero(a) <input type="checkbox"/>		Sin instrucción <input type="checkbox"/>	
Femenino <input type="checkbox"/>		Casado(a) <input type="checkbox"/>		Primaria <input type="checkbox"/>	
No puede determinarse <input type="checkbox"/>		Divorciado(a) <input type="checkbox"/>		Secundaria <input type="checkbox"/>	
		Viudo(a) <input type="checkbox"/>		Técnico <input type="checkbox"/>	
		Unión Estable <input type="checkbox"/>		Universitario <input type="checkbox"/>	
		No puede determinarse <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
				No puede determinarse <input type="checkbox"/>	
10. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL/LA FALLECIDO(A) C.I.: <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> R.U.N.: <input type="checkbox"/> Certificado o Informe de Partida de Nacimiento: <input type="checkbox"/> No porta: <input type="checkbox"/>					
Expedido en: <input type="checkbox"/> Número: <input type="checkbox"/>					
B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN					
11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE?			12. ¿LA ATENDIÓ EL/LA MÉDICO(A) QUE SUSCRIBE?		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN					
NO EXCRIBA PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA Y NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS					
Parte I. Causa Directa					
Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente a) <input type="checkbox"/> Debido a o como consecuencia de <input type="checkbox"/>					
Causas Antecedentes					
Estados morbosos que produjeron la causa arriba consignada b) <input type="checkbox"/> Debido a o como consecuencia de <input type="checkbox"/>					
Causa Antecedente Originaria (Básica) Es la que produjo o desencadenó la muerte y es la última en registrarse (puede ser en a, b, c, o d) c) <input type="checkbox"/> Debido a o como consecuencia de <input type="checkbox"/>					
Parte II. Causas Contribuyentes					
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa d) <input type="checkbox"/>					
Código Causa Básica <input type="checkbox"/>					
14. Intervalo entre el inicio de la enfermedad y la muerte <input type="checkbox"/>					
15. CODIGOS CIE-10 Llenado sólo por Estadística <input type="checkbox"/>					
16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL HECHO (A ser llenado en caso de Muerte Violenta o Dudosas)					
a) Manera: Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Subita <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/>					
b) Mecanismo: (Relacionado con las circunstancias de cómo se produjo la muerte)					
Accidente de transporte <input type="checkbox"/> Caída (Precipitación) <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> Ataque de Animal <input type="checkbox"/> Asfixia <input type="checkbox"/>					
Electrocución <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Desastre Natural <input type="checkbox"/> Arma Blanca <input type="checkbox"/>					
Proyectil de Arma de Fuego <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>					
c) Lugar: Domicilio <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>					
Especificar Probable Hecho: <input type="checkbox"/>					
17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO		18. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 59 AÑOS		18.1 Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?	
Examen Físico Clínico o Reconocimiento de Cadáver <input type="checkbox"/>		Especifique si la muerte ocurrió durante: Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio postparto <input type="checkbox"/> Puerperio postaborto <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Levantamiento de Cadáver <input type="checkbox"/>		43 días a 11 meses después <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Autopsia <input type="checkbox"/>		Exhumación <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
19. CERTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA (A ser llenado por personal de salud no médico o en su ausencia por una autoridad regional)					
Causa probable del fallecimiento: <input type="checkbox"/>					
C. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN					
20. CERTIFICADO POR		Nombre y Apellidos		Sello de la Institución	
Médico <input type="checkbox"/>		Matricula Profesional MS:			
Forense <input type="checkbox"/>		C.I.:			
Lic. Enfermería <input type="checkbox"/>		Exp. en:			
Aux. Enfermería <input type="checkbox"/>		Firma:		Sello Profesional	
Otro <input type="checkbox"/>		Fecha de Emisión del Certificado:		Año 20	
Especifique: <input type="checkbox"/>					

TODA ENMIENDA O CORRECCIÓN QUE SE REALICE DEBE TENER "NOTA ACLARATORIA" EN LA CARA POSTERIOR DEL ORIGINAL Y EN LAS DOS COPIAS

INSTRUCTIVO DE LLENADO CEMED

ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: Anotar el nombre del establecimiento que certifica. **CÓDIGO DEL SUBSECTOR:** Al que corresponda (A: Público, B: Seguridad Social, G: Dependiente de ONG, D: Dependiente de Iglesia, E: Privado, F: Fuerzas Armadas, I: Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF).

A: DATOS DEL/LA FALLECIDO(A)

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRES: Escribir con letra imprenta y de forma completa (no iniciales) los nombres y apellidos del/la occiso(a), preferentemente copiado de un documento de identidad. Sólo en caso de difuntos "no identificados" se aceptan los términos "NN".

1, 2 y 3. LUGAR DE NACIMIENTO, LUGAR GEOGRÁFICO DE FALLECIMIENTO Y RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE: En estos espacios se debe escribir con letra de imprenta el lugar exacto del nacimiento, de fallecimiento y de residencia habitual de la persona fallecida, consignando país, departamento, provincia, municipio, localidad. Si el nacimiento, la defunción o la residencia fueron en otro país, solamente se anota el nombre del país y además marcarse la casilla "Extranjero". El término "No puede determinarse" se utiliza para los casos donde se desconoce el lugar de nacimiento, de fallecimiento y de residencia (cadáveres abandonados o NN). La Residencia Habitual/Permanente es el tiempo computable hasta los últimos doce meses, exceptuando periodos largos de hospitalización.

4. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN: Marcar en la casilla correspondiente el lugar físico donde se produjo la muerte.

DEFUNCIÓN EN SERVICIO (ESTABLECIMIENTO DE SALUD)

Es aquella que ocurre en cualquier momento y en cualquier lugar del hospital, centro, puesto u otro establecimiento de salud, independientemente del tiempo transcurrido entre la llegada y su fallecimiento. Si la muerte ocurre en tránsito hacia un establecimiento de salud en una ambulancia, será también como "en servicio" y certificada por el personal de salud.

La defunción en servicio será certificada por Médico Forense cuando la muerte es por causas violentas (accidentes, suicidios, homicidios).

5. EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO Y 6. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: Anotar en las casillas correspondientes la edad (cumplida al momento del fallecimiento), el día, el mes (en números) y el año en que nació la persona fallecida. Para anotar la hora se usa la escala del 00:00 a 23:59 (para las horas son dos números por casilla). Ej. Persona de 38 años nació el 5 de junio de 1974, y que falleció el 14 de octubre de 2012 a las diez con cinco p.m.:

	Aproximada		Probable	
Edad (días 7 a 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	05
Edad (meses 01 al 11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	4
Edad (años)	3	8	1	0
Día	0	5	2	0
Mes	0	6	1	2
Año	1	9	7	4

* Cuando no se tienen datos de la fecha y la hora (en casos de fallecimiento en domicilio o cadáveres descompuestos), se anota el día aproximado y la hora siempre será 00:00 (para fines estadísticos, que no deberán ser mal interpretados por la justicia), y se debe marcar en la casilla de la columna de "Probable".

7. SEXO: Debe marcarse en la casilla que corresponde. Si es difícil determinar el sexo de la persona fallecida, se marcará en la opción "No puede determinarse".

8. ESTADO CIVIL: En estas casillas se debe marcar en la casilla donde corresponda el estado civil del/la difunto(a).

9. GRADO DE INSTRUCCIÓN: En estas casillas se debe marcar el más alto grado de instrucción del/la difunto(a). Si es postgrado se debe marcar en "Otro".

10. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL/LA FALLECIDO(A): Marcar la casilla correspondiente si es C.I., RUN, Pasaporte, Certificado o Informe de Partida de Nacimiento. Se marca en "No Porta" si no se cuenta con ningún documento. Escribir el lugar donde se expidió el documento. Registrar también el número (no aplica el número para Certificados o Informes de Partidas de Nacimiento).

B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN

11. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE?: En esta pregunta se debe marcar en la casilla "SI", si la persona fallecida tuvo atención médica durante la enfermedad previa a la muerte, o en "NO" si no la tuvo o si no se está seguro.

12. ¿LA ATENDIÓ EL MÉDICO QUE SUSCRIBE?: En estas casillas se debe marcar en la casilla "SI" en caso de que el médico que certifica también atendió la enfermedad que condujo a la muerte de la persona fallecida. Debe marcarse en "NO" en caso de no haber asistido.

13. CAUSAS DE DEFUNCIÓN: La parte I (incisos a, b, c y d) se destina al registro de la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. **NO ESCRIBIR PARO CARDIORESPIRATORIO NI FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE, UN SOLO DIAGNÓSTICO POR FILA, NO USE ABBREVIATURAS NI SIGLAS.**

Causa Directa: Registrar en la línea a) la enfermedad o condición patológica que causó directamente la muerte. Este dato no puede faltar por lo que esta línea no se debe dejar en blanco. Evítese colocar síntomas o modo de morir.

Causas Antecedentes: En los incisos b) y c) se registran las enfermedades que produjeron o desencadenaron la Causa Directa siguiendo la lógica de que a) es consecuencia de b) y ésta es consecuencia de c) y ésta de d).

El evento que originó todo el proceso **Causa Antecedente Originaria** o **Causa Básica**, se anotará en último inciso utilizado que puede ser: b), c) o d).

Causa Contribuyentes: En la parte II se registran otras entidades morbosas que hubieran contribuido al proceso de muerte, pero no relacionados con la causa directa.

14. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE: En este recuadro se debe anotar el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad anotada en cada línea registrada en el punto 13 y la muerte. Registrar en horas, días, semanas, meses o años.

15. CÓDIGOS CIE-10: Serán llenados exclusivamente por los estadísticos codificadores (no son necesarios para la entrega del certificado a los dolientes).

16. PROBABLE MANERA, MECANISMO Y LUGAR DEL EVENTO: Estas casillas deben ser llenadas sólo en caso o sospecha de Muerte violenta o dudosa, por médico forense o personal de salud autorizado, se deben marcar las casillas correspondientes. Registrar en "Especificar Probable Hecho" el evento, Ejemplo: ELECTROCUCIÓN POR RAYO.

17. PROCEDIMIENTO EFECTUADO: En estas casillas debe marcar el procedimiento por el cual se determinó el fallecimiento. Para los médicos clínicos el "Reconocimiento de Cadáver" es la única opción si es que no participaron de las otras opciones.

18. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER ENTRE 10 A 59 AÑOS: Por ningún motivo debe dejarse sin marcar una opción. Marque en 18.1 y 18.2 las opciones que corresponda.

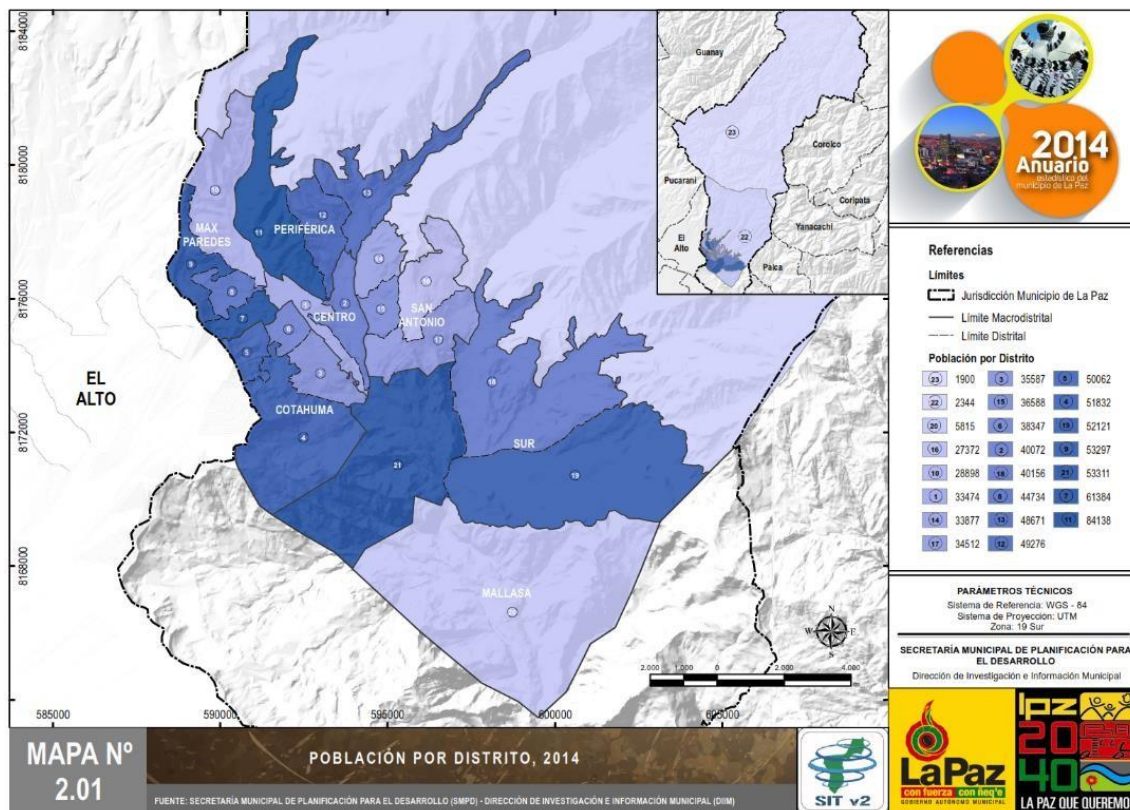
19. CERTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO SIN INTERVENCIÓN MÉDICA: Debe ser llenado sólo en caso de no contar con un médico para la certificación, pudiendo realizarlo otro personal de salud o en su ausencia una autoridad local.

C. PERSONAL QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

20. CERTIFICADO POR: En estas casillas debe marcarse en la casilla correspondiente, para indicar si la persona que está suscribiendo el presente certificado es médico, personal de enfermería, forense y si es "otro" registrar quien es.

En este apartado debe registrarse con letra de imprenta los datos de la persona que suscribe el presente certificado, su firma y sello correspondientes. Finalmente se debe también imprimir el sello de la institución donde se certifica. Los sellos deben ir en el original y dos copias del certificado.

Anexo 10. Mapa del Municipio de La Paz



Anexo 11. Población del Municipio de La Paz Macrodistrictos y Distritos

MACRODISTRITO Y DISTRITO	m ²	Ha	km ²
MUNICIPIO DE LA PAZ	3.020.242.252	302.024	3.020
Total Urbano	148.859.312	14.886	149
Macrodistrito Cotahuma	16.304.862	1.630	16
Distrito 3	2.851.121	285	3
Distrito 4	10.585.042	1.059	11
Distrito 5	1.579.951	158	2
Distrito 6	1.288.748	129	1
Macrodistrito Max Paredes	12.906.419	1.291	13
Distrito 7	1.577.995	158	2
Distrito 8	1.605.430	161	2
Distrito 9	2.812.998	281	3
Distrito 10	6.909.997	691	7
Macrodistrito Periférica	17.245.033	1.725	17
Distrito 11	8.264.328	826	8
Distrito 12	3.434.388	343	3
Distrito 13	5.546.317	555	6
Macrodistrito San Antonio	12.748.025	1.275	13
Distrito 14	2.303.157	230	2
Distrito 15	1.530.696	153	2
Distrito 16	4.193.149	419	4
Distrito 17	4.721.023	472	5
Macrodistrito Sur	51.438.781	5.144	51
Distrito 18	15.803.626	1.580	16
Distrito 19	18.732.484	1.873	19
Distrito 21	16.902.671	1.690	17
Macrodistrito Mallasa	33.217.439	3.322	33
Distrito 20	33.217.439	3.322	33
Macrodistrito Centro	4.998.753	500	5
Distrito 1	2.256.231	226	2
Distrito 2	2.742.522	274	3
Total Rural	2.871.382.940	287.138	2.871
Macrodistrito Hampaturi	475.997.486	47.600	476
Distrito 22	475.997.486	47.600	476
Macrodistrito Zongo	2.395.385.454	239.539	2.395
Distrito 23	2.395.385.454	239.539	2.395
⁽¹⁾ Datos obtenidos de la Ordenanza Municipal 192/2012			

m ² : Metro Cuadrado			
ha: Hectárea			
km ² : Kilómetro Cuadrado			
Nota: 1 kilómetro cuadrado = 1.000.000 metros cuadrados; 1 ha = 0,01 kilómetro cuadrado			
Fuente: Oficialía Mayor de Planificación para el Desarrollo - Dirección de Investigación e Información Mu			

Anexo 12. Algunas pruebas de contraste de hipótesis Chi Cuadrado en SPSS

Sin instrucción * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Sin instrucción	0	Recuento	59	86	145
		% del total	6,4%	9,3%	15,7%
	1	Recuento	278	500	778
		% del total	30,1%	54,2%	84,3%
Total		Recuento	337	586	923
		% del total	36,5%	63,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,296 ^a	1	,255		
Corrección de continuidad ^b	1,091	1	,296		
Razón de verosimilitud	1,280	1	,258		
Prueba exacta de Fisher				,261	,148
Asociación lineal por lineal	1,294	1	,255		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 52,94.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,037	,255
N de casos válidos		923	

Sin instrucción * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Sin instrucción	0	Recuento	41	104	145
		% del total	4,4%	11,3%	15,7%
	1	Recuento	292	486	778
		% del total	31,6%	52,7%	84,3%
Total		Recuento	333	590	923
		% del total	36,1%	63,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,541 ^a	1	,033		
Corrección de continuidad ^b	4,148	1	,042		
Razón de verosimilitud	4,682	1	,030		
Prueba exacta de Fisher				,038	,020
Asociación lineal por lineal	4,536	1	,033		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 52,31.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,070	,033
N de casos válidos		923	

Sin instrucción * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Sin instrucción	0	Recuento	30	115	145
		% del total	3,3%	12,5%	15,7%
	1	Recuento	119	659	778
		% del total	12,9%	71,4%	84,3%
Total	Recuento	149	774	923	
	% del total	16,1%	83,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,627 ^a	1	,105		
Corrección de continuidad ^b	2,244	1	,134		
Razón de verosimilitud	2,486	1	,115		
Prueba exacta de Fisher				,111	,070
Asociación lineal por lineal	2,624	1	,105		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23,41.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,053	,105
N de casos válidos		923	

Sin instrucción * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Sin instrucción	0	Recuento	15	130	145
		% del total	1,6%	14,1%	15,7%
	1	Recuento	89	689	778
		% del total	9,6%	74,6%	84,3%
Total		Recuento	104	819	923
		% del total	11,3%	88,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,147 ^a	1	,702		
Corrección de continuidad ^b	,057	1	,811		
Razón de verosimilitud	,149	1	,699		
Prueba exacta de Fisher				,776	,415
Asociación lineal por lineal	,146	1	,702		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,34.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,013	,702
N de casos válidos		923	

Primaria * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Primaria	0	Recuento	137	244	381
		% del total	14,8%	26,4%	41,3%
1	Recuento	200	342	542	
	% del total	21,7%	37,1%	58,7%	
Total	Recuento	337	586	923	
	% del total	36,5%	63,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,086 ^a	1	,770		
Corrección de continuidad ^b	,050	1	,823		
Razón de verosimilitud	,086	1	,770		
Prueba exacta de Fisher				,782	,412
Asociación lineal por lineal	,086	1	,770		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 139,11.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,010	,770
N de casos válidos		923	

Primaria * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Primaria	0	Recuento	133	248	381
		% del total	14,4%	26,9%	41,3%
	1	Recuento	200	342	542
		% del total	21,7%	37,1%	58,7%
Total		Recuento	333	590	923
		% del total	36,1%	63,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,385 ^a	1	,535		
Corrección de continuidad ^b	,304	1	,582		
Razón de verosimilitud	,386	1	,535		
Prueba exacta de Fisher				,578	,291
Asociación lineal por lineal	,385	1	,535		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 137,46.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,020	,535
N de casos válidos		923	

Primaria * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Primaria	0	Recuento	69	312	381
		% del total	7,5%	33,8%	41,3%
	1	Recuento	80	462	542
		% del total	8,7%	50,1%	58,7%
Total		Recuento	149	774	923
		% del total	16,1%	83,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,855 ^a	1	,173		
Corrección de continuidad ^b	1,616	1	,204		
Razón de verosimilitud	1,840	1	,175		
Prueba exacta de Fisher				,174	,102
Asociación lineal por lineal	1,853	1	,173		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 61,50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,045	,173
N de casos válidos		923	

Primaria * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Primaria	0	Recuento	42	339	381
		% del total	4,6%	36,7%	41,3%
1	Recuento	62	480	542	
	% del total	6,7%	52,0%	58,7%	
Total	Recuento	104	819	923	
	% del total	11,3%	88,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,039 ^a	1	,844	,916	,466
Corrección de continuidad ^b	,008	1	,928		
Razón de verosimilitud	,039	1	,844		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,039	1	,844		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 42,93.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,006	,844
N de casos válidos		923	

Secundaria * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Secundaria	0	Recuento	68	135	203
		% del total	7,4%	14,6%	22,0%
	1	Recuento	269	451	720
		% del total	29,1%	48,9%	78,0%
Total		Recuento	337	586	923
		% del total	36,5%	63,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,020 ^a	1	,313		
Corrección de continuidad ^b	,860	1	,354		
Razón de verosimilitud	1,029	1	,310		
Prueba exacta de Fisher				,323	,177
Asociación lineal por lineal	1,019	1	,313		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 74,12.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,033	,313
N de casos válidos		923	

Secundaria * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Secundaria	0	Recuento	77	126	203
		% del total	8,3%	13,7%	22,0%
	1	Recuento	256	464	720
		% del total	27,7%	50,3%	78,0%
Total		Recuento	333	590	923
		% del total	36,1%	63,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,387 ^a	1	,534		
Corrección de continuidad ^b	,291	1	,589		
Razón de verosimilitud	,385	1	,535		
Prueba exacta de Fisher				,563	,294
Asociación lineal por lineal	,387	1	,534		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 73,24.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,020	,534
N de casos válidos		923	

Secundaria * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Secundaria	0	Recuento	29	174	203
		% del total	3,1%	18,9%	22,0%
	1	Recuento	120	600	720
		% del total	13,0%	65,0%	78,0%
Total		Recuento	149	774	923
		% del total	16,1%	83,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,663 ^a	1	,415		
Corrección de continuidad ^b	,499	1	,480		
Razón de verosimilitud	,679	1	,410		
Prueba exacta de Fisher				,451	,242
Asociación lineal por lineal	,662	1	,416		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 32,77.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,027	,415
N de casos válidos		923	

Secundaria * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Secundaria	0	Recuento	29	174	203
		% del total	3,1%	18,9%	22,0%
	1	Recuento	75	645	720
		% del total	8,1%	69,9%	78,0%
Total		Recuento	104	819	923
		% del total	11,3%	88,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,371 ^a	1	,124		
Corrección de continuidad ^b	2,000	1	,157		
Razón de verosimilitud	2,256	1	,133		
Prueba exacta de Fisher				,132	,081
Asociación lineal por lineal	2,368	1	,124		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,051	,124
N de casos válidos		923	

Técnico * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Técnico	0	Recuento	14	34	48
		% del total	1,5%	3,7%	5,2%
	1	Recuento	323	552	875
		% del total	35,0%	59,8%	94,8%
Total		Recuento	337	586	923
		% del total	36,5%	63,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,178 ^a	1	,278		
Corrección de continuidad ^b	,868	1	,352		
Razón de verosimilitud	1,216	1	,270		
Prueba exacta de Fisher				,356	,176
Asociación lineal por lineal	1,177	1	,278		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,036	,278
N de casos válidos		923	

Técnico * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Técnico	0	Recuento	22	26	48
		% del total	2,4%	2,8%	5,2%
	1	Recuento	311	564	875
		% del total	33,7%	61,1%	94,8%
Total		Recuento	333	590	923
		% del total	36,1%	63,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,089 ^a	1	,148		
Corrección de continuidad ^b	1,667	1	,197		
Razón de verosimilitud	2,028	1	,154		
Prueba exacta de Fisher				,165	,099
Asociación lineal por lineal	2,087	1	,149		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,32.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,048	,148
N de casos válidos		923	

Técnico * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Técnico	0	Recuento	7	41	48
		% del total	0,8%	4,4%	5,2%
	1	Recuento	142	733	875
		% del total	15,4%	79,4%	94,8%
Total		Recuento	149	774	923
		% del total	16,1%	83,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,091 ^a	1	,763	1,000	,477
Corrección de continuidad ^b	,010	1	,920		
Razón de verosimilitud	,093	1	,760		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,091	1	,763		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,75.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,010	,763
N de casos válidos		923	

Técnico * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Técnico	0	Recuento	5	43	48
		% del total	0,5%	4,7%	5,2%
	1	Recuento	99	776	875
		% del total	10,7%	84,1%	94,8%
Total		Recuento	104	819	923
		% del total	11,3%	88,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,037 ^a	1	,848	1,000	,539
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,037	1	,847		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,037	1	,848		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,41.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,006	,848
N de casos válidos		923	

Universitario * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Universitario	0	Recuento	9	15	24
		% del total	1,0%	1,6%	2,6%
	1	Recuento	328	571	899
		% del total	35,5%	61,9%	97,4%
Total		Recuento	337	586	923
		% del total	36,5%	63,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,010 ^a	1	,919	1,000	,537
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,010	1	,919		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,010	1	,919		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,76.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,003	,919
N de casos válidos		923	

Universitario * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Universitario	0	Recuento	10	14	24
		% del total	1,1%	1,5%	2,6%
	1	Recuento	323	576	899
		% del total	35,0%	62,4%	97,4%
Total		Recuento	333	590	923
		% del total	36,1%	63,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,334 ^a	1	,563		
Corrección de continuidad ^b	,131	1	,717		
Razón de verosimilitud	,327	1	,567		
Prueba exacta de Fisher				,667	,353
Asociación lineal por lineal	,333	1	,564		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,66.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,019	,563
N de casos válidos		923	

Universitario * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Universitario	0	Recuento	0	24	24
		% del total	0,0%	2,6%	2,6%
	1	Recuento	149	750	899
		% del total	16,1%	81,3%	97,4%
Total		Recuento	149	774	923
		% del total	16,1%	83,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,743 ^a	1	,029		
Corrección de continuidad ^b	3,598	1	,058		
Razón de verosimilitud	8,573	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,022	,014
Asociación lineal por lineal	4,738	1	,029		
N de casos válidos	923				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,072	,029
N de casos válidos		923	

Universitario * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Universitario	0	Recuento	5	19	24
		% del total	0,5%	2,1%	2,6%
	1	Recuento	99	800	899
		% del total	10,7%	86,7%	97,4%
Total		Recuento	104	819	923
		% del total	11,3%	88,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,255 ^a	1	,133	,178	,123
Corrección de continuidad ^b	1,380	1	,240		
Razón de verosimilitud	1,871	1	,171		
Prueba exacta de Fisher					
Asociación lineal por lineal	2,253	1	,133		
N de casos válidos	923				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,70.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,049	,133
N de casos válidos		923	

Superior * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Superior	0	Recuento	12	27	39
		% del total	1,3%	2,9%	4,2%
	1	Recuento	325	559	884
		% del total	35,2%	60,6%	95,8%
Total		Recuento	337	586	923
		% del total	36,5%	63,5%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,579 ^a	1	,447		
Corrección de continuidad ^b	,349	1	,554		
Razón de verosimilitud	,593	1	,441		
Prueba exacta de Fisher				,500	,281
Asociación lineal por lineal	,579	1	,447		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,24.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,025	,447
N de casos válidos		923	

Superior * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Superior	0	Recuento	24	15	39
		% del total	2,6%	1,6%	4,2%
	1	Recuento	309	575	884
		% del total	33,5%	62,3%	95,8%
Total		Recuento	333	590	923
		% del total	36,1%	63,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,446 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	10,322	1	,001		
Razón de verosimilitud	10,877	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,434	1	,001		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,111	,001
N de casos válidos		923	

Superior * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Superior	0	Recuento	1	38	39
		% del total	0,1%	4,1%	4,2%
	1	Recuento	148	736	884
		% del total	16,0%	79,7%	95,8%
Total		Recuento	149	774	923
		% del total	16,1%	83,9%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,547 ^a	1	,019		
Corrección de continuidad ^b	4,549	1	,033		
Razón de verosimilitud	7,959	1	,005		
Prueba exacta de Fisher				,013	,008
Asociación lineal por lineal	5,541	1	,019		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,30.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,077	,019
N de casos válidos		923	

Superior * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Superior	0	Recuento	2	37	39
		% del total	0,2%	4,0%	4,2%
	1	Recuento	102	782	884
		% del total	11,1%	84,7%	95,8%
Total		Recuento	104	819	923
		% del total	11,3%	88,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,535 ^a	1	,215		
Corrección de continuidad ^b	,961	1	,327		
Razón de verosimilitud	1,866	1	,172		
Prueba exacta de Fisher				,302	,163
Asociación lineal por lineal	1,533	1	,216		
N de casos válidos	923				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,39.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,041	,215
N de casos válidos		923	

Otros * Enfermedades del sistema circulatorio

Tabla cruzada

			Enfermedades del sistema circulatorio		Total
			0	1	
Otros	0	Recuento	38	45	83
		% del total	4,1%	4,9%	9,0%
1	Recuento	299	541	840	
	% del total	32,4%	58,6%	91,0%	
Total	Recuento	337	586	923	
	% del total	36,5%	63,5%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,382 ^a	1	,066		
Corrección de continuidad ^b	2,957	1	,086		
Razón de verosimilitud	3,295	1	,069		
Prueba exacta de Fisher				,073	,044
Asociación lineal por lineal	3,379	1	,066		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 30,30.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coefficiente de contingencia	,060	,066
N de casos válidos		923	

Otros * Neoplasias

Tabla cruzada

			Neoplasias		Total
			0	1	
Otros	0	Recuento	26	57	83
		% del total	2,8%	6,2%	9,0%
1	Recuento	307	533	840	
	% del total	33,3%	57,7%	91,0%	
Total	Recuento	333	590	923	
	% del total	36,1%	63,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,893 ^a	1	,345		
Corrección de continuidad ^b	,681	1	,409		
Razón de verosimilitud	,911	1	,340		
Prueba exacta de Fisher				,402	,205
Asociación lineal por lineal	,892	1	,345		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,94.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,031	,345
N de casos válidos		923	

Otros * Diabetes Mellitus

Tabla cruzada

			Diabetes Mellitus		Total
			0	1	
Otros	0	Recuento	13	70	83
		% del total	1,4%	7,6%	9,0%
1	Recuento	136	704	840	
	% del total	14,7%	76,3%	91,0%	
Total	Recuento	149	774	923	
	% del total	16,1%	83,9%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,016 ^a	1	,901		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,016	1	,900		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,524
Asociación lineal por lineal	,016	1	,901		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,004	,901
N de casos válidos		923	

Otros * Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal

Tabla cruzada

			Enfermedades crónicas de las vías respiratorias bajas y Insuficiencia renal		Total
			0	1	
Otros	0	Recuento	6	77	83
		% del total	0,7%	8,3%	9,0%
1	Recuento	98	742	840	
	% del total	10,6%	80,4%	91,0%	
Total	Recuento	104	819	923	
	% del total	11,3%	88,7%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,488 ^a	1	,223		
Corrección de continuidad ^b	1,077	1	,299		
Razón de verosimilitud	1,661	1	,197		
Prueba exacta de Fisher				,276	,148
Asociación lineal por lineal	1,486	1	,223		
N de casos válidos	923				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,35.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Medidas simétricas

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Coficiente de contingencia	,040	,223
N de casos válidos		923	