

31261



FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES  
TZUCACALA

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CAMPUS "TZUCACALA"

*Diagnóstico de Salud Integral de la Delegación  
Cuauhtémoc del Distrito Federal, 2000.*

PRESENTA: C.D. MARTÍN FELIPE MEJÍA RAMÍREZ

DIRECTORA: Dra. Ana Luisa González-Celis Rangel

m349081

2005

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	PAG.
RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	5
2.1 Antecedentes	
2.2 La ISS en México y Latinoamérica	6
III. MARCO TEORICO	8
IV. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	11
4.1 Marcadores de la salud	
4.2 Accesibilidad.	14
V. JUSTIFICACIÓN	16
VI. OBJETIVO GENERAL	17
6.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
VII. MATERIAL Y METODOS	18
VIII. RESULTADOS	22
8.1 FACTORES CONDICIONANTES	
8.1.1 Geográficos	
8.1.1.2 Ubicación y extensión territorial	22
8.1.1.3 Extensión territorial	
8.1.1.4 Vías de comunicación	
8.1.2 Demográficos	23
8.1.2.1 Población total y estimada	25
8.1.2.2 Población con y sin Seguridad Social	28
8.1.2.3 Dinámica Poblacional	33
8.1.2.4 Educación	40
8.1.2.5 Densidad Poblacional	41
8.1.2.6 Población Económicamente Activa	
8.2 MEDIO	41
8.2.1 Social	
8.2.2 La Familia	
8.2.2.1 Actividad preponderante económica y ocupacional	42
8.2.3 Religión y Cultura	44
8.2.4 Factores sociales de riesgo	
8.2.5 Perdidas por marchas y manifestaciones	46
8.3 ECOLÓGICO	47
8.3.1 Clima	
8.3.2 Contaminación atmosférica	
8.3.3 Contaminación del agua	48
8.3.4 Basura	49
8.3.5 Fauna	
8.3.6 Vivienda	50
8.3.6.1 Características de la vivienda	
8.4 DAÑOS A LA SALUD	54
8.4.1 Mortalidad	
8.4.2 Muertes por atropellamiento	60

**8.5. PROGRAMAS Y SERVICIOS PERMANENTES, QUE ATIENDIEN A LOS USUARIOS EXTERNOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA DELEGACIÓN**

- 8.5.1 Atención integral al niño.**
  - 8.5.1.1 Vacunación universal.
  - 8.5.1.2 Vigilancia Nutricional.
  - 8.5.1.3 Prevención de enfermedades diarreicas agudas.
  - 8.5.1.4 Prevención de enfermedades respiratorias agudas.
  - 8.5.1.5 Arranque parejo en la vida.
- 8.5.2 Salud de la mujer.**
  - 8.5.2.1 Planificación familiar.
  - 8.5.2.2 Detección oportuna de cáncer cervico-uterino y mamario
  - 8.5.2.3 Enfermedades Sexualmente Transmisibles
  - 8.5.2.4 Embarazo, parto y puerperio
- 8.5.3 Atención al adolescente**
  - 8.5.3.1 Atención al adolescente
  - 8.5.3.2 Prevención del embarazo
  - 8.5.3.3 prevención de las enfermedades transmisibles sexualmente y VIH (SIDA)
  - 8.5.3.4 Prevención de adicciones
  - 8.5.3.5 Prevención de accidentes
- 8.5.4 Atención del adulto y del anciano.**
  - 8.5.4.1 Programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos para el adulto mayor de 70 años.
  - 8.5.4.2 Prevención y control de enfermedades crónicas y degenerativas.
  - 8.5.4.3 Nutrición y salud del adulto mayor.
  - 8.5.4.4 Clubes de ayuda mutua diabéticos e hipertensos.
  - 8.5.4.5 Clubes de mujeres en edad posproductiva.
  - 8.5.4.6 Ejercicios para la salud
- 8.5.5 Salud bucal.**
  - 8.5.5.1 Profilaxis buco dental
  - 8.5.5.2 Obturación de Fosetas y Fisuras dentales
  - 8.5.5.3 Tratamiento Restaurativo Atraumático
  - 8.5.5.4 Obturación con materiales dentales semipermanentes.
  - 8.5.5.6 Aplicación de Fluoruros y educación para la salud bucal.
- 8.6 Vacunación antirrábica humana y canina.**
- 8.7 Educación familiar para la salud (Edufasa).**
- 8.8 Control de la tuberculosis pulmonar.**
- 8.9 Control de la influenza.**
- 8.10 Prevención de cólera.**
- 8.11 Educación sanitaria para manejadores de alimentos.**

	PAG.
<b>8.7. EXPLICACIÓN DE LOS DAÑOS A LA SALUD MAS SOBRESALIENTES ENCONTRADOS EN LOS HABITANTES DE LA DELEGACIÓN</b>	75
8.7.1 Cadena explicativa de la morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas	
8.7.2 Cadena explicativa de las Enfermedades Cardiovasculares como primera causa de defunción	77
<b>8.8 PRONÓSTICO</b>	80
8.8.1 Proyección de la población según censo nominal	81
8.8.2 Proyección de la demanda y otorgamiento de consulta Médica	82
8.8.3 Determinación de consultas potenciales	
8.8.4 Determinación de algunos indicadores de consulta médica y servicios de salud	85
8.8.5 Meta anuales de consultas y servicios para el año 2000 por Médico	
8.8.6 Cálculo de horas médico disponibles	
8.8.7 Consultas potenciales 2010	84
8.8.8 Consultas promedio al año por habitante para el año 2010	
<b>8.9 PROYECCIÓN DE LOS DAÑOS LA SALUD</b>	85
<b>8.10 EVALUACIÓN</b>	
8.10.1 Evaluación de los factores condicionantes	86
8.10.2 Otros factores asociados a daños a la salud	87
8.10.3 Evaluación de los recursos y servicios	
<b>8.11 DISPONIBILIDAD</b>	90
<b>8.12 ACCESIBILIDAD</b>	
<b>8.13 COBERTURA</b>	92
<b>8.14 PRIORIZACIÓN</b>	
<b>8.15 TRASCENDENCIA</b>	98
<b>8.16 VULNERABILIDAD</b>	100
8.16.1 Resultado de la Priorización de los diez primeros problemas de Salud.	102
<b>8.17 EVALUACIÓN</b>	105
8.17.1 Factores condicionantes	
8.17.2 Recursos y servicios	
<b>8.18 ANALISIS DE LA EVALUACION</b>	106
<b>IX DISCUSIÓN</b>	108
<b>X CONCLUSIONES</b>	111
10.1 Factores Condicionantes	
10.2 Principales daños a la Salud	
10.3 Recursos y Servicios	
<b>XI RECOMENDACIONES</b>	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
CONTROL SEMÁNTICO	118

## INDICE DE CUADROS

CUADRO	TITULO	PAG
No. 1	POBLACION EN LA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC 2000	24
No. 2	POBLACIÓN SIN Y CON SEGURIDAD SOCIAL. 2000 Y 2002	26
No. 3	EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE HABITANTES EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS	28
No. 4	POBLACIÓN DE LA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC POR COLONIA	29
No. 5	GRANDES GRUPOS DE EDAD DE LA DELEGACIÓN	31
No. 6	POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS POR GRUPO QUINQUENAL	33
No. 7	PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 6 A 14 Y DE MAYORES DE 15 AÑOS QUE SABE LEER Y ESCRIBIR	34
No. 8	PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 5 A 24 AÑOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA	35
No. 9	INDICE DE RETENCIÓN Y APROBECAMIENTO POR NIVEL ESCOLAR	36
No. 10	HOGARES SEGÚN GRADO DE MARGINACIÓN	42
No. 11	PANORAMA DE LOS PRINCIPALES DELITO COMO FACTORES SOCIALES DE RIESGO	45
No. 12	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS VIVIENDAS	50
No. 13	10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL	54
No. 14	TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SEIS CAUSAS SELECCIONADAS	55
No. 15	10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL , 2000.	57
No. 16	10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL, 2002.	58
No. 17	DEFUNCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO	59
No. 18	PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES	61
No. 19	PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN MUJERES	62
No. 20	MORTALIDAD MATERNA	63
No. 21	PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD	64
No. 22	20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD	65
No. 23	20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL	66
No. 24	20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL	67

CUADRO	TITULO	PAG
No. 25	COMPARACIÓN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 1 AÑO, 2000	69
No. 26	COMPARACIÓN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE LA MORBILIDAD EN MENORES DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS, 2002	
No. 27	COMPARACIÓN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS, 2000 y 2002	70
No. 28	20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL	71
No. 29	SERVICIOS OTORGADOS POR UNIDADES MÉDICAS	72
No. 30	USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	
No. 31	COMPARACIÓN DE RECURSOS HUMANOS INSCRITOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD	74
No. 32	POBLACION TOTAL Y ABIERTA SEGÚN CENSO NOMINAL	81
No. 33	FACTORES CONDICIONANTES DE LA VIVIENDA COMO RIESGO A LA SALUD	86
No. 34	PORCENTAJE DE VIVIENDAS POR TIPO DE COMBUSTIBLE	87
No. 35	MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS POBLACIONALES COMPARADA ENTRE LA DELEGACIÓN Y EL DISTRITO FEDERAL	89
No. 36	EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS	
No. 37	EVALUACIÓN DE LAS CONSULTAS OTORGADAS	91
No. 38	AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR CAUSA DE DEFUNCIÓN SELECCIONADA	94
No. 39	AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVISA) PERDIDOS POR CAUSA DE DEFUNCIÓN SELECCIONADA	95
No. 40	AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVISA) PERDIDOS POR CAUSA DE ENFERMEDAD SELECCIONADA	96
No. 41	PRIORIZACIÓN MEDIANTE EL CALCULO DE LA MAGNITUD	98
No. 42	CALCULO DE TRASCENDENCIA PARA LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN	99
No. 43	CALCULO DE LA VULNERABILIDAD DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN	101
No. 44	MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS 10 PRIMEROS PROBLEMAS DE SALUD	103

## INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA	TITULO	PAG
No. 1	INDICE DE RETENCION POR NIVEL EDUCATIVO	37
No. 2	INDICE DE APROVECHAMIENTO POR NIVEL EDUCATIVO	38
No. 3	EFICIENCIA TERMINAL EN EDUCACIÓN BASICA	39
No. 4	POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR DE ACTIVIDAD	43
No. 5	MATERIALES PREDOMINANTES EN LAS VIVIENDAS	53
No. 6	TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SEIS CAUSAS SELECCIONADAS	56
No. 7	PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR GENERO	63
No. 9	COMPARACIÓN DE RECURSOS HUMANOS INSCRITOS EN LOS SERVICIOS DE SULUD	74

## INDICE DE TABLAS

TABLA	TITULO	PAG
No. 1	CADENA EXPLICATIVA EN LA MORBILIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA DELEGACIÓN, 2000.	76
No. 2	ADENA EXPLICATIVA DE LAS ENFERMEDEDES CARDIOVASCULARES COMO PRIMERA CUASA DE DEFUNCIÓN EN LA DELEGACIÓN, 2000.	79



**RESUMEN** El diagnóstico integral de salud es el documento teórico-metodológico que tiene como objetivo principal fundamentar las políticas públicas de salud; basado en este concepto se realiza el presente trabajo y así dar mayor certeza a los cambios que en la delegación Cuauhtémoc requiere la situación epidemiológica, desde la plataforma analítica realizada de los factores condicionantes, deterioros a la salud, a través de indicadores negativos como son la morbilidad y mortalidad marcadores positivos de la salud, como lo son: años de vida saludables perdidos (AVISA). QALY, (Quality Adjusted Life Years), y años potenciales perdidos. Igualmente se incluye como un parte del pronóstico: proyección de necesidades de consulta para finales de la década, priorización de daños a la salud, cadenas explicativas de la principal causa de morbilidad y mortalidad, estas como base interpretativa de trastornos a la salud, programas que como respuesta pública organizada oferta la delegación a la población solicitante. **Objetivos** la idea rectora es describir, analizar y evaluar el perfil epidemiológico del estado de salud de la población delegacional con la finalidad de explicar los factores intervinientes en dicho perfil y con ello pronosticar la demanda de necesidades de salud en la delegación. **Método y materiales.** El presente estudio es una investigación documental de tipo descriptivo, retrospectivo conducente a diagnosticar, evaluar, y priorizar las condiciones de salud poblacional de la delegación Cuauhtémoc durante el año 2000. Se emplearon documentos oficiales, jurisdiccionales y referencias de autores con la finalidad de cubrir algunos temas incluidos en los contenidos temáticos, seleccionando, los datos pertinentes, aplicándoles procesando estadísticos, porcentuales, tasa, etc. Los datos obtenidos son suficientes, asegurando la confiabilidad y consistencia de la información y con ella cubrir todos y cada uno de los perfiles circunscritos en el diagnóstico. **La priorización** se estimo por el método utilizado por la Organización Panamericana de Salud y el Centro Nacional de Desarrollo Económico y Salud de la Universidad de Venezuela, el método de enfoque de riesgos en donde se incluye la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad fundamentos de las cadenas explicativas **Resultados.** La tasa (1000 hab.) de mortalidad por diabetes mellitus aumentó 33.8 defunciones en el periodo 1996 – 2000 y las enfermedades cardiovasculares 24.6. Se perdieron 11,425 años potenciales de vida en consecuencia a las defunciones por cardiopatías Isquémicas. La delegación presentó el más alto porcentaje (16.5%) de defunciones por accidente atropellamiento, respecto a las otras delegaciones del DF. Las infecciones respiratorias agudas ocuparon el 68.6 % del total de la morbilidad, y los (AVISA) perdidos por esta causa fueron 906,934. El comercio establecido formalmente registra perdidas por 7 millones de pesos diarios como causa de marchas y manifestaciones de protestas en la delegación. La población flotante es un grave problema para el control de las enfermedades y la oferta de servicios de salud. La magnitud y trascendencia del infarto agudo del miocardio, tumores malignos y diabetes mellitus presentaron los más altos (5) puntajes. La vulnerabilidad más baja la registraron los tumores malignos, las enfermedades del corazón y enfermedades cerebrovasculares; a diferencia de las neumonías y los accidentes por atropellamiento problemas que obtuvieron la más alta calificación en su vulnerabilidad. **Conclusiones.** Imperante es reforzar los programas de prevención de enfermedades respiratorias agudas, cardiovasculares, diabetes mellitus. Persistir en la educación para la salud como medio y con ello lograr estilos de vida saludable. Reordenar y reglamentar el comercio ambulante. Regular efectivamente las marchas y manifestaciones de protesta. Eficientizar los recursos materiales y humanos que atienden a los usuarios externos en los servicios de salud. Encontrar mecanismos efectivos en la atención de la población flotante.

## I. INTRODUCCION

La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

Con el progreso de la investigación en servicios de salud se ha podido determinar que las enfermedades no ocurren de forma aleatoria y que la vulnerabilidad de los individuos más propensos a enfermar se debe a la interacción de características ambientales, genéticas, biopsicosociales, económicas, culturales; pero también a factores no médicos y todo esto en su conjunto que caracteriza el proceso de la salud-enfermedad.

El presente diagnóstico de salud inicia en la primera parte describiendo los fenómenos sustantivos que conforman el universo a estudiar. Al hacerlo, se exploran nociones de gran utilidad con la intención de comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad. Todo enmarcado en ámbito de la salud pública de la delegación.

Con base en las concepciones anteriores es menester del presente trabajo describir, explicar, pronosticar, evaluar y priorizar la salud pública desde la óptica de los agentes condicionantes que intervienen en los horizontes epidemiológicos de la población analizada así, de esta forma, se encuentran factores condicionantes como son los sociodemográficos, del medio, indicadores positivos del proceso salud – enfermedad, refiriéndonos a los años de vida saludable perdidos (AVISA) y años de vida potencialmente perdidos por las principales causas de morbilidad y mortalidad respectivamente etc.

Se incluyen cuadros de priorización, trascendencia y vulnerabilidad, cadenas explicativas de causas de morvimortalidad seleccionadas, cálculo de la magnitud, proyección de recursos y demanda de servicios, sin omitir programas y recursos que atienden a los usuarios de los servicios de salud de la delegación en el año enlazado.

En el segundo gran capítulo se presenta la investigación de factores no médicos como son la calidad, utilización y accesibilidad de los servicios de salud que oferta la respuesta pública organizada en la demarcación y encontrar, con esta investigación se pretende metodológicamente dar respuesta a la serie de preguntas que condicionan el estado de salud de la población de la delegación Cuauhtémoc, ubicando todo el desarrollo del trabajo en un contexto temporal y espacial determinados.

Relacionado a la recolección de datos es conveniente mencionar que se consultaron reportes estadísticos impresos: por entidad, jurisdiccionales, anuarios epidemiológicos, cuadernos especializados, información proporcionada de primera mano a través de autoridades de la jurisdicción sanitaria y de los usuarios internos y externos de los servicios de salud, informes de las páginas web especializadas, investigaciones documentales en instituciones periciales.

## II. INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### 2.1 Antecedentes

En 1958, la organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia trascendental de la investigación en servicios de salud (ISS) como método de cambio para mejorar la salud comunitaria.

La Investigación en Servicios de Salud definida ampliamente, es la investigación y evaluación sistemática de aspectos específicos relacionados con el desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud y su correlación con los factores que afectan a la salud... [a fin de dar] la fundamentación racional para la creación de políticas de planeación e implantación de nuevos programas de atención a la salud.<sup>1</sup>

A fin de tener una mejor conceptualización de la ISS J. Frenk y Durán<sup>2</sup> mencionan dos aspectos que son complementarios, el primero es encontrar las verdaderas causas es decir trascendiendo a las apariencias y el segundo aspecto es la intencionalidad siempre de explorar una perspectiva estratégica y así mejorar el presente.

Flood y Sanázaro posterior a los enunciados de Julio Frenk han señalado<sup>3</sup> que: “La Investigación en Servicios de Salud se auto dirige hacia la comprensión de los factores y procesos que subyacen a los servicios de salud. Se espera que con la investigación sistemática, se produzcan nuevos conocimientos, métodos y teorías que sirvan para sustentar planes y políticas de largo plazo para mejorar continuamente la prestación de servicios de atención a la salud”

Por su parte, la OMS señala que ya: Ambas definiciones coinciden en que tanto el objeto como el método de la ISS contienen una unidad teórico-práctica y sólo difieren en las perspectivas tácticas y estratégicas.<sup>4</sup>

Otro autor, Nuyens en una visión global, busca superar las diferencias, asumiendo una posición eficientista, al considerar que la ISS: Se enfoca en el sistema global de salud o en algún componente en particular y por lo tanto debe enfatizar en la planeación y organización óptima de los programas como base para asegurar su desarrollo eficiente.<sup>5</sup>

Taylor,<sup>6</sup> como estudioso del tema, señala que la investigación en sistemas de salud está interesada en el fortalecimiento de la atención a la salud. Empieza con problemas de campo reales y usa una gran variedad de disciplinas de investigación para aplicar el conocimiento científico y mejorar el cuidado de la salud y el estado de salud colectivo.

Respecto de esta actitud se critica que lo colectivo es generalmente más del campo del estudio de la salud pública.

En una época de rápida evolución tecnológica, no podría faltar una visión eficientista. Dentro de este contexto, Hofss y Hjort<sup>7</sup> sintetizan la ISS como el estudio de "un amplio espectro de posibilidades para la acción". En este caso, se trata de establecer un uso racional del conocimiento médico y tecnológico, así como de evaluar métodos de investigación y tratamiento y desarrollar métodos para mantener una alta calidad en los servicios.

## **2.2 La ISS en México y Latinoamérica**

En 1977, se crea en México, una organización formal para la ISS dentro de las instituciones del sector, como un reconocimiento de su utilidad en el terreno de la planeación, organización y evaluación de los servicios de salud. Diversos eventos y acciones impulsaron igualmente el desarrollo de la ISS en el país, como la inclusión de esta área dentro de las prioridades programáticas de las instituciones de salud.

En su formalización académica, destaca la formación de recursos humanos de alta especialidad para responder a las necesidades de desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud, lo que dio origen a la sistematización de planes y programas de estudio en el campo referido.<sup>2</sup>

Destacan también las contribuciones de algunos autores, como J Frenk M, J, Bobadilla J. L, Sepúlveda J, Rosenthal J, Ruelas; plantean criterios para la clasificación de las investigaciones en salud pública, incluyendo las de servicios de salud.<sup>1</sup>

Otros autores como Rodríguez-Domínguez J, Toney S, Durán-Arenas JL, López S, McNally se han referido a la parte operativa en relación con los recursos, regionalización e indicadores así también especialistas como son Kunz I, Cortina M, González-Block MA y Díaz-Polanco J. contribuyeron con estudios sobre prioridades en salud.<sup>8</sup>

En Latinoamérica, diversos estudios han contribuido al desarrollo de la conceptualización y delimitación del campo de aplicación de la ISS como es el aportado por Apezechea H, Gómez D, Sampaio de Almeida E, Vargas H; al profundizar en las etapas de desarrollo y sus aportes al estudio de la calidad de la atención, la problemática de los sistemas de información sanitaria, los costos de la atención y el financiamiento de los servicios. Así como en la búsqueda de modelos y criterios que contribuyan a facilitar su clasificación.<sup>9,10</sup>

Estudios realizados en 1982 por la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República, permitieron identificar 3 821 proyectos, de los cuales solamente 58, esto es 1.5 por ciento, se clasificaron como estudios de ISS. Dato presentado en 1982 por la Coordinación de los Servicios de Salud y la UNAM.<sup>11</sup>

Sin llegar a ser obstáculo la concepción de los diferentes autores la importancia de la Investigación de Servicios de Salud actualmente ha contribuido a lograr un mejor entendimiento del proceso salud – enfermedad; en tanto que posibilita la articulación de diversas disciplinas que permiten, en conjunto, generar conocimientos sobre los factores que inciden en los esquemas de desarrollo operativo de los procesos de atención a la salud con la finalidad de establecer alternativas de solución para fortalecer la prestación de los servicios de salud bajo un esquema institucional de cobertura universal y calidad satisfactoria para esto se requiere, sin lugar a dudas, de una comprensión integral y objetiva de los problemas de salud de la población, en su relación con las respuestas que ofrecen las instituciones de salud y las propias organizaciones sociales y es preciso el potencial de la ISS y este puede contribuir a lograr el cambio en los viejos esquemas de atención a la salud o mejor dicho atención a la enfermedad como a la fecha predominantemente se hace en México.

### III. MARCO TEÓRICO

Ninguno de los problemas que se plantean al médico administrador sanitario es más importante que la medición del nivel de salud en la población. Existen medios para evaluar el nivel de salud de una comunidad con análisis, estadísticas de observaciones clínicas, epidemiológicas, demográficas, así como, la valoración de la eficiencia, eficacia y efectividad de los programas de salud e impacto que estos causan a la población.

El problema de la medición directa del nivel de salud en la población no está resuelto, por lo que se usarán indicadores indirectos en la realidad miden las desviaciones del estado de enfermedad y no de salud misma, esto comprende lo que es el diagnóstico de salud (Dx).

El diagnóstico de salud es la primera etapa del proceso de planificación, a la cual siguen la programación, ejecución y evaluación, estableciendo alternativas viables de solución a las necesidades de salud encontradas en la comunidad.

Los diagnósticos situacionales en salud son momentos que permiten una visión más clara y actual de las diversas problemáticas existentes en el proceso salud-enfermedad, por lo cual es indispensable realizarlo siempre que se requiera hacer una evaluación de algún modelo de servicio médico o de prestación de servicios.

La realización de un diagnóstico integral de salud que muestre una situación innegable es uno de los documentos auxiliares de gran valor teórico metodológico en el cual se apoya la planeación, programación, presupuestación, toma de decisiones así como las estrategias adecuadas para lograr resolver la mayor parte de las necesidades de salud, promoviendo al máximo la efectividad de los recursos humanos y materiales disponibles.

Considerando a la planeación como un producto del diagnóstico de salud es necesario conceptualizarla como el proceso que permite atender la problemática que en materia de salud aqueja a la población, identificando las necesidades de ésta en materia de salud, proyecta necesidades de recursos, establece metas y lleva a cabo acciones técnicas - médicas y administrativas para el logro de los objetivos que conduzcan, por medio de la salud al desarrollo económico y social.

Igualmente el diagnóstico de salud describe y analiza cualitativamente y cuantitativamente los problemas de salud comunitaria, a la luz de los elementos que los condicionan o determinan, presentándolos en forma tal que permite establecer alternativas viables de solución, a este tenor considerándolo como la herramienta más importante para efectuar una mejor distribución de recursos de acuerdo a las necesidades y una comprensión global del concepto de salud y sus determinantes, como guía para el desarrollo y prestación de los servicios integrales, como base de comunicación entre la administración y los profesionales de la salud, y como método para conciliar los intereses organizacionales con los de la población.

Un aspecto fundamental de esta nueva filosofía es fortalecer la capacidad y decisión de los Estados, de los Municipios así como de las Jurisdicciones Sanitarias, por lo que se debe incrementar su participación en el proceso de elaboración del diagnóstico, definiendo las intervenciones de programación, evaluación y seguimiento de los eventos significativos para conocer los niveles de salud pública.

Para ello una de las etapas esenciales y determinantes de la calidad del fortalecimiento es el diagnóstico Jurisdiccional de Salud en la que la información y su análisis pasan a ser las herramientas del trabajo más importantes. Las características de la población y los recursos disponibles son los elementos que orientan la organización de los sistemas de salud y las estrategias de intervenciones

Por tanto, su desarrollo requiere identificación tanto de grupos de población con necesidades específicas como las de barrera que obstaculizan su desempeño y justamente este es el objetivo del diagnóstico jurisdiccional de salud; ya que el conocimiento de la actuación es la base para la acción.

Para cubrir el cometido del diagnóstico integral de salud es indispensable que la información no sólo sea descriptiva; sino además, debe analizar la situación de salud; priorizar los principales problemas; pronosticar su comportamiento o tendencia y evaluar todo el proceso, visto de esta perspectiva constituye el punto de partida de todo programa o proyecto de intervención.



El estado del arte en la investigación de los servicios de salud y dentro de esta los estudios de diagnósticos integrales son una practica regular y periódica así por ejemplo en el estado de México se realizan diagnósticos de salud denominados diagnósticos de salud, sin embargo no son integrales y su alcance es meramente descriptivos. Otros diagnósticos son específicos como los que se han realizado en el estado de Veracruz bajo el auspicio del instituto de ciencias de la salud por autores como E Sánchez, A., quien denomino diagnóstico de salud a la encuesta de prevalencia de diabetes Mellitus tipo II. En el Municipio de Xalapa para conoce el nivel de mortalidad de la diabetes Mellitus,

Un estudio mas que sus autoras denominaron diagnostico de salud es el Ma. del C. Gogeoascoechea T, P. Pavón L. mismas que describen la Calidad de la atención en salud. Otros mas denotan salud bucal y los procesos psicosociales; estudios que se limitan a ser parciales y no cumplen los requerimientos de un diagnóstico de salud

El diagnóstico La salud en el Estado de Coahuila muestra aún un patrón epidemiológico en cuanto a enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas dada la transición social y demográfica por la que atraviesa la sociedad y debido a que existen rezagos en infraestructura sanitaria, en la promoción del auto cuidado, y en la organización del sistema estatal de salud sin llegar a describir la integralidad requeriente para cumplir las expectativas de un Diagnóstico de salud.

El Diagnóstico del estado de Sinaloa describe, las principales características epidemiológicas de la población, entre las que sobresale el período de transición por el que atraviesa el estado.

En el documento se analizan los factores que influyen sobre la salud, como la educación, vivienda y ambiente. Asimismo, se describen y examinan los recursos disponibles para atender los problemas de salud que han sido identificados por sus características se conforma como un diagnóstico integral de salud.

En este momento es conveniente mencionar que no obstante la búsqueda suficiente por nuestra cuenta, no se encontraron trabajos de investigación que aborden el tema como se hace en el presente trabajo.

## IV. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

### 4.1 Marcadores de la salud

En la actualidad muchas instituciones son calificadas por organismos externos para medir la calidad de los servicios que prestan; este es el caso de universidades, colegios, empresas, y no es la excepción los sistemas de salud así entonces tienen que someterse a un proceso de calificación de sus servicios a través de la acreditación o certificación.

El proceso de acreditación, está definido como "un proceso de evaluación, formal y voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones. Los estándares que utiliza se consideran óptimos factibles y son preestablecidos y conocidos"<sup>12</sup>. Es realizado generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual se evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares.

Para poder evaluar la calidad de los servicios de salud debemos saber cómo se define el principio de Calidad en nuestro país; para ello El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno como lo ha sido en su momento la Cruzada Nacional para la Calidad en Salud y mas actualmente la estrategia de camino a la Excelencia. En ambos casos los indicadores o marcadores de calidad pretenden como fin último el beneficio de los usuarios externos así como también favorecer a los prestadores de los servicios de salud

## Características de la Calidad de la Atención en Salud a través de marcadores

"La Calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la prestación en la atención de los servicios, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida." <sup>13</sup>

Todos los sistemas de Garantía de Calidad deben abarcar tres perspectivas:

- Estándares clínicos.
- Desempeño de la gerencia.
- Satisfacción del usuario.

Para poder medir estas perspectivas se hace necesaria la utilización de marcadores de Calidad los cuales son muchos pero para sintetizar se presentan únicamente los más utilizados en relación con la atención a los usuarios.

<b>MARCADORES DE LABORATORIO</b>	<b>MARCADORES DE ENFERMERÍA</b>
1. Porcentaje de exámenes urgentes por servicio por mes	1. Oportunidad del cumplimiento de las indicaciones médicas en determinado servicio
2. Porcentaje de exámenes repetidos por paciente por trimestre	2. Porcentaje de respuestas por servicio de las solicitudes de valoración
3. Tiempo de espera para obtener cita en laboratorio	3. Calidad de los registros de la historia clínica, para los eventos en los que el paciente es internado en la institución

<b>MARCADORES DE ATENCIÓN MÉDICA</b>	<b>MARCADORES DE FARMACIA</b>
1. Porcentaje de contrarreferencias no recibidas en relación con las enviadas 2. Porcentaje de pacientes readmitidos por la misma causa dentro de 2 semanas 3. Porcentaje de utilización del tiempo disponible en salas de cirugía	1. Porcentaje de recetas devueltas al médico según especificaciones 2. Porcentaje de recetas no retiradas en un periodo de tiempo 3. Porcentaje costo de medicamentos no administrados por el servicio de hospitalización
<b>MARCADORES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b>	
1. Oportunidad de la atención a los usuarios en consulta por médico general programada 2. Oportunidad de la atención a los usuarios en consulta especializada 3. Demanda de atención de urgencias por eventos no urgentes, 4. Oportunidad en la realización de cirugías programadas	5. Utilización del control prenatal por afiliadas 6 Cobertura de vacunación en menores de 5 años 7. Entrega de los medicamentos formulados a los usuarios 8. Satisfacción global de los usuarios con los servicios recibidos

A modo de ejemplo:

“El marcador de trato adecuado en México en 2001 alcanzó una calificación de 5.7, que refleja la capacidad del sistema para responder a las expectativas no médicas de los usuarios. La calificación es más alta para la atención hospitalaria que para la atención ambulatoria (6.1 y 5.1, respectivamente) Dentro de los ocho dominios (Atención pronta, Trato digno, Comunicación, Autonomía, Respeto a la confidencialidad, Acceso a redes de apoyo social, Calidad de las instalaciones y servicios, Capacidad de elección); que componen el marcador de trato adecuado, las calificaciones más altas correspondieron la calidad de las comodidades y trato digno en la atención hospitalaria, ambas con calificaciones superiores a 7. Las calificaciones más bajas fueron las obtenidas por autonomía, tanto en atención hospitalaria como ambulatoria, y atención pronta, particularmente en la atención ambulatoria. No se observaron diferencias marcadas en las calificaciones cuando se compararon los resultados con base en el sexo del informante”.<sup>14</sup>

## **4.2 Accesibilidad.**

La accesibilidad se puede conceptualizar como las capacidades para acceder y recibir servicios ofertados por un sistema de atención a la salud, es decir el acceso de toda la población a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago.

En una idea general se refiere a si los pacientes obtienen los servicios que necesitan en el lugar y tiempo adecuados.

Referente a los factores que influyen en esta capacidad entre otros se incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte, financieras, culturales y organizacionales.

En el Foro Ciudadano de la Salud, en el mes de agosto del 2003 en la Ciudad de México, El Presidente de la Republica subrayó que el acceso a la salud constituye un derecho de las personas, además de ser un pilar de los más sólidos en el desarrollo social y humano, así como un bien social fundamental que debe ser protegido y promovido por el Estado.

No obstante las declaraciones y los esfuerzos para reducir el problema de acceso a los servicios de salud, existen diferencias muy importantes a tomar en consideración entre las distintas Entidades Federativas del país que se deben ir reduciendo con la participación de todos por esto es prioritario atender los grandes rezagos en este indicador.

Para avanzar en la calidad de acceso a los servicios de salud no sólo es necesario que los recursos existan para poder prestar los servicios, es también imperioso que la población a la cual van dirigidos los conozca y puedan llegar a ellos. Conjugado a esto último es menester que las agencias prestadoras de servicios de salud diseñen estos de tal manera que las barreras arriba mencionadas sea reducidas al mínimo o eliminadas.

Así para ilustrar los beneficios de los trabajos de investigación R. Leyva-Flores, y J. Erviti-Erice, Quím reportan en su estudio sobre la accesibilidad a medicamentos lo siguiente:<sup>14</sup>

El acceso a los medicamentos representa uno de los retos más importantes para los sistemas de salud, sobre todo en los denominados países en desarrollo como es el caso de México: Se estima que 75% de la población, concentrada en éstos, tiene acceso a sólo 25% de la producción global de medicamentos. Asimismo, la mayoría de los sistemas de salud, en estos países, enfrentan problemas para disponer de cantidades suficientes de medicamentos de buena calidad, en presentaciones adecuadas y al menor costo posible, así como para lograr su utilización en forma racional. Comprendiendo por accesibilidad a la obtención, con o sin pago directo por el usuario del medicamento prescrito.

En un estudio realizado por la OMS en cuatro países en desarrollo de la región del Pacífico Occidental se encontró que el problema más importante de los ancianos se debía principalmente a su situación económica y a la falta de acceso a los servicios de salud; en otro estudio similar de la OMS realizado en 12 países de América Latina se observaron problemas similares.<sup>1</sup>

Con base en el comentario de los autores antes mencionados podemos apuntar que el acceso y el gasto en medicamentos se encuentran relacionados con las características socioeconómicas de los grupos de población y con las instituciones donde estos últimos se atendieron.

Por esto lograr mayor equidad en el acceso a medicamentos representa uno de los retos prioritarios del sistema de salud en México.

La investigación en servicios de salud es una magnífica metodología para lograr mejorar los problemas de accesibilidad, por la integralidad de variables que conjunta, coadyuvando a superar obstáculos de acceso a los servicios de salud, así como el seguimiento y la evaluación

## **V. JUSTIFICACIÓN**

El diagnóstico es un método que propugna por mostrar una realidad en un momento del tiempo determinado, por esto, el presente trabajo, como aplicación de la Investigación en Servicios de Salud, contempla varios objetivos siendo base de su justificación las atribuciones propias de un diagnóstico integral de salud.

Además sin ser el primordial, es importante contar con un documento metodológico de referencia para organizar la toma de decisiones y la planeación de los servicios de salud. Conocer la epidemiología de los ciudadanos de la demarcación. Establecer las condiciones y situaciones prevalecientes en los servicios, en este caso los de salud en la delegación Cuauhtémoc con la intención de contrastar la eficiencia de las prestaciones de la salud gubernamental y las realidades en salud urbana. Evaluar el modelo de atención ofertada a los colonos de la delegación. Acceden a una visión clara y actual de las diversas problemáticas existentes en el proceso salud-enfermedad en referencia a la planeación en los servicios de salud de la delegación. Proponer sugerencias alternativas en los estados médico administrativos encontrados en el diagnóstico de salud para lograr resolver las necesidades de salud, promoviendo al máximo la efectividad los recursos humanos y materiales disponibles.

## **VI. OBJETIVO GENERAL**

Describir, analizar y evaluar el perfil epidemiológico y los factores que intervienen en los estadios de salud, de los habitantes de la Delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal, durante el año 2000.

### **6.1 Objetivos específicos**

1. Describir los factores condicionantes, daños a la salud, servicios, recursos y programas con los que cuenta la población en la Delegación.
2. Evaluar los daños a la salud de la población en la Delegación, comparada con la media del Distrito Federal.
3. Explicar a través de cadenas de factores, como intervienen estos condicionando daños a la salud de la población en la Delegación.
4. Pronosticar la demanda de servicios de consulta y la situación de los daños a la salud de la población en la Delegación; si los factores condicionantes, servicios, programas y recursos no se modifican favorablemente.
5. Priorizar los daños a la salud encontrados en la población de la Delegación Cuauhtémoc.
6. Calcular los años de vida potencialmente perdidos y años de vida saludables perdidos (AVISA) debido a la primera causa de mortalidad y morbilidad.



## VII. MATERIAL Y MÉTODO

La investigación en servicios de salud, se interesa por mejorar la salud de la comunidad, perfeccionando la eficiencia y la eficacia e integrándose en el desarrollo para la salud y la salud para el desarrollo individual y colectivo.

Una de las partes fundamentales para el avance de la salud comunitaria es la investigación misma que debe de ser la búsqueda sistemática de información y de nuevos conocimientos, estos dos objetivos son esenciales y poderosos. Guiándose en estos dos principios el trabajo que nos ocupa ubicando a este como estudio transversal, retrospectivo, descriptivo de investigación básicamente documental, emanado de fuentes oficiales como son estadísticas epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, anuarios estadísticos, fuentes electrónicas, libros de consulta, artículos temáticos etc. con la finalidad de tener heterogéneos documentos de referencia para conocer la organización y planeación de los servicios de salud de la delegación Cuauhtémoc y del distrito federal.

El trabajo se realiza en la delegación Cuauhtémoc de D.F. y va dirigida a la población total de la misma teniendo en consideración a los usuarios de la red de atención médica de los servicios públicos de la salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La temporalidad de la planeación y ejecución se desarrolló en un lapso de catorce meses entre el mes de septiembre de 2003 y noviembre de 2004 pertinente es aclarar que al momento de la investigación se encontró información limitada e incompleta para el año 2002 como la más actual disponible

Referente al universo de trabajo al definirse como un diagnóstico integral, el estudio se dirigió al total de la población de la delegación Cuauhtémoc agrupándola por áreas geoestadísticas básicas con la finalidad de realizar mediciones como son la densidad poblacional y la distribución de recursos para la atención de la salud.

Al seleccionar fuentes de datos oficiales se busca maximizar la validez y confiabilidad de la investigación y con ello reducir los errores en los resultados.

Para recolectar los datos se asistió a centros de información y entre otros al instituto nacional de estadística geografía e informática (INEGI), el instituto nacional para el federalismo y el desarrollo municipal (INAFED), al departamento de estadística e epidemiología de la delegación sanitaria, bibliotecas publicas y de los centro de información en salud y así obtener bibliografía especializada.

También se obtuvo información de manera personal con directivo de la Jurisdicción Sanitaria

Dentro de los contenidos de las fuentes o instrumentos de información consultadas se seleccionaron los datos benéficos para el desarrollo de los temas a desarrollar

Después de haber obtenido dicha información se selecciono minuciosamente y proceso para adecuarla e incluirla en los contenidos temáticos del trabajo.

Para identificar algunas variables de estudio inmersas en el diagnostico integral de salud se mencionan indicadores como son la morbilidad, mortalidad, perdidas económicas, tasa de crecimiento poblacional, escolaridad y otros indicadores positivos del proceso salud – enfermedad, refiriéndonos a los años de vida saludable perdidos (AVISA) y años de vida potencialmente perdidos por las principales causas de morbilidad y mortalidad respectivamente.

Con el propósito de operacionalizar la mayor parte de las variables utilizadas y debido a las características del trabajo desarrollado se plante el control semántico descrito ampliamente en los anexos del mismo.

Con algunos datos concretos se realizó procesamiento de datos con la intención de darle significancia a la información obtenida como es el caso de la eficiencia escolar terminal, evidenciando los servicios educativos contrastados con los niveles educativos de la población, proyección de demanda de consulta estableciendo de esta forma los recursos necesarios en salud que en años inmediatos enfrentarían los servicios de salud pública de salud en la delegación, el indicador años de vida saludables perdidos permite medir el impacto social y económico de la muerte y la enfermedad.

A través de técnicas estadísticas con datos convenientes se generan cuadros de resumen y gráficos con el empleo de programas computarizados.

Una vez analizada la información se emiten resultados y conclusiones como parte substancial del diagnóstico efectuado.

## VIII. RESULTADOS

### 8.1 FACTORES CONDICIONANTES

#### 8.1.1. Geográficos.

##### 8.1.1.2 Ubicación y extensión territorial.

La Delegación Política Cuauhtémoc, está ubicada en la zona norte centro del Distrito Federal.

Sus coordenadas geográficas son:

☞ Al norte 19° 28'.

☞ Al sur 19° 24' de latitud norte.

☞ Al este 99° 07'.

☞ Al oeste 99° 01' de longitud oeste.

La Delegación Cuauhtémoc está delimitada:

☞ Al norte: por las Delegaciones Gustavo A. Madero y Azcapotzalco.

☞ Al este: por la Delegación Venustiano Carranza.

☞ Al sur: por las Delegaciones Benito Juárez e Iztacalco.

☞ Al oeste: por la Delegación Miguel Hidalgo.

### **8.1.1.3. Extensión territorial.**

Su extensión territorial es de 32.44 Km<sup>2</sup> (3244 hectáreas) que representan sólo el 2.2% del total de Distrito Federal, lo que la sitúa en el decimocuarto lugar en relación con el total de las 16 Delegaciones.

Esta conformado por 34 colonias, 2627 manzanas y 1,267, 000 metros cuadrados de áreas verdes.

Presenta una configuración plana en su totalidad. Ha sufrido serios hundimientos en varias zonas, debido al subsuelo de carácter lacustre, la construcción inadecuada de edificios muy pesados y a la extracción de agua de mantos freáticos.

### **8.1.1.4. Vías de comunicación.**

La delegación Política Cuauhtémoc por encontrarse en la parte central del Distrito Federal y por ser la parte más antigua de la Ciudad, cuenta con gran número de vías y medios de comunicación, como son: 7 Líneas de Metro cruzan la demarcación, 34 Estaciones del Metro; 5 Líneas de trolebuses la atraviesa 182 Rutas de microbuses recorren sus principales calles, así como también los taxis y bici taxis, permiten el fácil acceso a cualquier unidad de salud.

Es importante tomar en cuenta que la delegación Cuauhtémoc cuenta con 14 millones de metros cuadrados de vialidades primaria, secundaria y locales; 322 Km. de vialidades; 3 arterias de acceso controlado (Circuito Interior, Viaducto, San Antonio Abad); 9 ejes viales; 10 arterias principales; y 314 cruceros principales. Respecto al tránsito vehicular en la delegación circulan 800 mil vehículos al día.

Por lo que el tiempo máximo estimado para llegar a la unidad de salud más cercana es de 20 a 25 minutos en promedio. Es elemental resaltar entornos imprevistos que en muchas ocasiones son frecuentes como marchas, mítines y plantones que alteran la circulación vehicular y que ocasionan retrasos.

Para fines estadísticos y de operación de programas de salud, en la Delegación Cuauhtémoc existen 152 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB's), distribuidas en las 34 colonias existentes.

## **8.1.2 Demográficos.**

### **8.1.2.1 Población total y estimada.**

Como se muestra en el cuadro N° 1, en el 2000, la población residente en la Delegación es de 516.255 habitantes (INEGI),

El movimiento demográfico para 2000 es decreciente, debido fundamentalmente a los antecedentes de riesgos telúricos, acentuados con los terremotos del año 1985, por lo que hay consecuencia de éstos, mucha de la anterior área habitacional se convierte predominantemente en zona comercial y de servicios, la tasa de crecimiento de 1990 a 1995 fue de 1.75.

La tasa de crecimiento media anual en el año 2000 es de 1.4. El promedio de hijos nacidos por mujer es de 1.83; por lo que la tasa de fecundidad entre la población de 15 años a 49 años en el año 2000 es de 84.6 por mil habitantes.

Las defunciones generales en año 2000 fueron 4304; con una tasa de 495.8.

En el año 2001 el número de defunciones disminuyó a 3,750, aumentando para el año 2002 con un total de 4182 muertes. (INEGI).<sup>1</sup>

Cuadro No. 1

## POBLACION EN LA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC 2000

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%
0 años	7294	1.41	3782	0.73	3512	0.68
1 año	6922	1.34	3575	0.69	3347	0.64
0 a 4 años	36413	7.05	18450	3.57	17963	3.47
5a 9 años	38930	7.54	19946	3.86	18984	3.67
10 a 14 años	40087	7.76	20378	3.94	19709	3.81
15 a 19 años	44454	8.61	22006	4.26	22448	4.34
20 a 24 años	46487	9.00	32535	4.36	23952	4.63
25 a 29 años	47065	9.11	22537	4.36	24528	4.75
30 a 34 años	41922	8.12	19827	3.84	22095	4.27
35 a 39 años	39913	7.73	18331	3.55	21582	4.18
40 a 44 años	36192	7.01	16519	3.19	19673	3.81
45 a 49 años	29226	5.66	13118	2.54	16108	3.12
50 a 54 años	24990	4.84	11133	2.15	13857	2.68
55 a 59 años	18392	3.56	8005	1.55	10387	2.01
60 a 64 años	16852	3.26	6940	1.34	9912	1.91
65 a 69 años	13511	2.61	5295	1.02	8216	1.59
70 a 74 años	11446	2.21	4286	0.83	7160	1.38
75 a 79 años	8192	1.58	3054	0.59	5138	0.99
80 a 84 años	4862	0.94	1639	0.31	3223	0.62
85 a 89 años	2943	0.57	928	0.17	2015	0.39
90 a 94 años	1198	0.23	357	0.06	841	0.16
95 a 99 años	417	0.08	98	0.01	319	0.06
100 y mas años	97	0.01	31	0.00	66	0.01
No especificado	12666	2.45	6337	1.22	6329	1.22
<b>TOTAL</b>	<b>516255</b>	<b>100.00</b>	<b>241750</b>	<b>46.8276</b>	<b>274505</b>	<b>53.17237</b>

Fuente: Población total por delegación, por edad desplegada y grupos quincenales de edad, su distribución según sexo 2000 CONAPO; y estimación por tasa de crecimiento promedio 2000, S.S.P.D.F.

En la estructura poblacional, los grupos de 15 a 34 años registran los porcentajes con mayor densidad entre los habitantes de la delegación.

Respecto a los grandes divisiones poblacionales; el grupo preproductivo registra el 25.1 % del total de la cantidad de habitantes en la demarcación. Con proporción de 66.9 % se ubica el conjunto de habitantes en edad productiva. La edad posproductiva se constituye con el 8.2 % en la pirámide poblacional de la delegación.

Las mujeres en edad fértil establecen el 29.1 % del cuerpo poblacional del área político administrativa estudiada.

### **8.1:2.2 Población con y sin Seguridad Social.**

El número de habitantes de la Delegación Cuauhtémoc que tiene derecho a ser atendidos por Instituciones de Seguridad Social se estima para 2000 en 275.169, y sin ella (población abierta) se cifro en 241.086, como se muestra el cuadro N° 2

La población sin Seguridad Social el año 2001 en la delegación fue de 224.553. (CONAPO). Respecto a la demanda de uso en los servicios de salud en el mismo año se estableció 270,481. (SSDF).

En el año 2002 la población con derechoahabiciencia se calculó en 297.609 y la población sin seguridad social se tasó en 222.959 y para el 2010 la población abierta que puede asistir a los servicios de salud en la delegación se proyecta en 244522 habitantes

Prudente resulta comentar que la población del Distrito Federal para el año 2004 por medio del seguro popular se inicia su transformación a población con derecho a la atención médica prepagada.



CUADRO N° 2  
POBLACIÓN DE LA DELEGACIÓN  
POR COLONIA SEGÚN SEXO, 2000

NOMBRE DE LA COLONIA	POBLACION TOTAL	HOMBRES	MUJERES
CUAUHTEMOC	516.255	241,750	274,505
ALGARÍN	5,749	2,601	3,148
ASTURIAS	4,821	2,245	2,476
ASTURIAS - AMPLIACIÓN	6,384	3,038	3,346
ATLAMPA	10,196	4,484	5,712
BUENAVISTA	15,863	7,581	8,282
BUENOS AIRES	5,303	2,565	2,738
CENTRO	70.776	34.320	36.457
CENTRO URBANO BENITO J.	697	288	391
CONDESA	10,062	4,400	5,662
CUAUHTÉMOC	10,588	4,867	5,721
DOCTORES	35.339	16.329	18.990
ESPERANZA	2,238	1,096	1,42
EX HIPÓDROMO DE PERALVILLO	11,177	5,173	6,004
FELIPE PESCADOR	1,629	786	843
GUERRERO	41,103	19,664	21,439
HIPÓDROMO	14,043	6,309	7,734
HIPÓDROMO CONDESA	3,788	1,634	2,154
JUÁREZ	8,980	4,216	4,764

Fuente INEGI 2000

MAZA	2144	1.044	1.100
MORELOS	35.302	16.389	18.914
OBRERA	39.323	18.459	20.864
PAULINO NAVARRO	6.451	3.106	3.345
PERALVILLO	16.944	7.879	9.066
REVOLUCIÓN O TABACALERA	4.116	2.025	2.091
ROMA NORTE	27.197	12.501	14.636
ROMA SUR	18.293	8.058	10.235
SAN RAFAEL	18.925	8.702	10.225
SAN SIMÓN TOLNAHUAC	8.907	4.241	4.666
SANTA MARÍA INSURGENTES	1.168	748	920
SANTA MARÍA LA RIVERA	32.436	16.774	19.684
TRÁNSITO	8.446	4.056	4.390
UNIDAD NONOALCO T.	26.762	12.104	14.659
VALLE GÓMEZ	5.523	2.675	2.848
VISTA ALEGRE	3.997	1.853	2.144

### 8.1.2.3 Dinámica Poblacional

CUADRO N° 3

#### DINÁMICA POBACIONAL EN LA DELEGACIÓN 1990 – 2010

AÑOS	POBLACIÓN
1990	595,972
1995	539,842
2000	516,255
2010	499,024

Fuente proyección poblacional 2000 -2030 CONAPO

La población delegacional la conforman las actuales Delegaciones Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc y Venustiano Carranza.

En 1995, INEGI realizó un conteo rápido de la población de las Delegaciones.

La dinámica poblacional como lo muestran las cifras del cuadro N° 3, ha sido negativa a través de las tres últimas décadas.

Así para 1970 la tasa fue de 13.4 por cada 100 habitantes. Para 1990, bajó a 7.2 por cada 100 habitantes, y para 2000, descendió a 0.4 por cien habitantes.

El cuadro N° 4 refleja la concentración poblacional de la delegación. Es importante mencionar que para el año 2000 la colonia Centro (Centro Histórico) ocupa el primer lugar como la zona mas concentrada con el 13.7 %, en segundo termino la colonia Guerrero que concentra al 7.9% de los habitantes de la delegación y en tercer lugar con el 6.8% la colonia Doctores. Es pertinente comentar que en estas tres áreas las vecindades y comercios son factores de concentración poblacional.

Cuadro No. 4

**POBLACIÓN DE LA DELEGACIÓN  
POR COLONIA SEGÚN SEXO, 2000**

<b>NOMBRE DE LA COLONIA</b>	<b>POBLACIÓN TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
CUAUHTEMOC	516.255	241,750	274,505
ALGARÍN	5,749	2,601	3,148
ASTURIAS	4,821	2,245	2,476
ASTURIAS - AMPLIACIÓN	6,384	3,038	3,346
ATLAMPA	10,196	4,484	5,712
BUENAVISTA	15,863	7,581	8,282
BUENOS AIRES	5,303	2,565	2,738
CENTRO	70.776	34.320	36.457
CENTRO URBANO BENITO JUÁREZ	697	288	391
CONDESA	10,062	4,400	5,662
CUAUHTÉMOC	10,588	4,867	5,721
DOCTORES	35.339	16.329	18.990
ESPERANZA	2,238	1,096	1,42
EX HIPÓDROMO DE PERALVILLO	11,177	5,173	6,004
FELIPE PESCADOR	1,629	786	843
GUERRERO	41,103	19,664	21,439
HIPÓDROMO	14,043	6,309	7,734
HIPÓDROMO CONDESA	3,788	1,634	2,154
JUÁREZ	8,980	4,216	4,764

MORELOS	35.302	16.389	18.914
OBRERA	39.323	18.459	20.864
PAULINO NAVARRO	6.451	3.106	3.345
PERALVILLO	16.944	7.879	9.066
REVOLUCIÓN O TABACALERA	4.116	2.025	2.091
ROMA NORTE	27.197	12.501	14.636
ROMA SUR	18.293	8.058	10.235
SAN RAFAEL	18.925	8.702	10.225
SAN SIMÓN TOLNAHUAC	8.907	4.241	4.666
SANTA MARÍA INSURGENTES	1.168	748	920
SANTA MARÍA LA RIVERA	32.436	16.774	19.684
TRÁNSITO	8.446	4.056	4.390
UNIDAD NONOALCO TLATELOLCO	26.762	12.104	14.659
VALLE GÓMEZ	5.523	2.675	2.848
VISTA ALEGRE	3.997	1.853	2.144

Fuente INEGI 2000

Cuadro No. 5

**GRUPOS DE EDAD, POR SEXO Y  
COLONIA EN LA DELEGACIÓN, 2000 .**

NOMBRE DE LA COLONIA	TOTAL			HOMBRES		MUJERES	
	0-14	15-64	65Y+	0-14	15-64	0-14	15-64
CUAUHTEMOC	115.430	345.493	55.332	58.774	160951	56.656	184.542
ALGARIN	1.123	3.921	502	605	1.761	618	2.16
ASTURIAS	1.061	3.302	448	542	1.520	519	1.782
ASTURIAS - AMPLIACIÓN	1.520	4.189	498	788	1.969	732	2.220
ATLAMPA	2.675	5.798	357	1.341	2.716	1.334	3.082
BUENAVISTA	4.042	10.778	1027	2.057	5.115	1.985	5663
BUENOS AIRES	1.522	3.450	293	794	1.650	728	1.800
CENTRO	20100	45.805	6.954	9.075	22.226	8.825	23.547
CENTRO URBANO BENITO JUÁREZ	104	445	127	54	194	50	251
CONDESA	1.721	7.244	1.035	866	3.144	855	4.100
CUAUHTÉMOC	1.625	7.750	1.109	846	3.614	779	4.136
DOCTORES	9.576	22.947	5.280	3.735	10.568	3.641	12.347
ESPERANZA	569	1.476	183	295	718	274	758
EX HIPÓDROMO DE PERALVILLO	2.676	7.442	1.032	1.363	3.423	1.313	4.019
FELIPE PESCADOR	379	949	119	196	446	183	503
GUERRERO	10.608	24.067	4.871	4.280	11.342	4.128	12.693

HIPÓDROMO	2.450	9.818	1.462	1.339	4.338	1.111	5.480
HIPÓDROMO CONDESA	590	2.766	405	302	1.179	288	1.587
JUÁREZ	1.664	6.403	841	841	3.051	823	3.352
MAZA	569	1.448	127	309	686	260	762
MORELOS	11.061	21.276	4.446	4.504	10.143	4.357	11.065
OBRERA	9.492	26.410	3.271	4.809	12.337	4.683	14.073
PAULINO NAVARRO	1.847	4.226	372	986	1.988	861	2.238
PERALVILLO	5.265	14.023	1.609	2.687	6.556	2.578	7.467
REVOLUCIÓN O TABACALERA	846	2.886	378	459	1.426	387	1.460
ROMA NORTE	5.167	16.575	4.446	1.469	7.147	1.498	8.696
ROMA SUR	3.457	12.758	1.929	1.750	5.618	1.707	7.140
SAN RAFAEL	4.048	13.055	1.693	2.057	5.993	1.991	7.062
SAN SIMÓN TOLNAHUAC	2.290	5.995	616	1.143	2.844	1.147	3.151
SANTA MARÍA INSURGENTES	355	1.178	134	192	499	163	679
SANTA MARÍA LA RIVERA	8.953	24.230	5.740	3.465	11.121	3.288	13.077
TRÁNSITO	2.200	5.639	585	1.080	2.743	1.120	2.896
UNIDAD NONOALCO TLATELOLCO	6.535	21.626	2.506	3.280	9.922	3.255	11.704
VALLE GÓMEZ	1.602	3.557	360	818	1.709	784	1.848
VISTA ALEGRE	843	2.765	681	449	1.253	394	1.512

Fuente: INEGI 2000

Como lo muestra el cuadro N° 5 en la Delegación los grupos de edad predominante son los que se encuentran entre 15 y 64 años, ocupando el 66.9% de la población total de la Delegación.

### 8.1.2.4 Educación.

Respecto a los niveles educativos en ésta Delegación, se destaca que el 97% de la población asiste desde el preescolar hasta el nivel de enseñanza secundaria.

Se cuentan con 645 planteles para la educación, entre ellos, 150 centros de educación preescolar, 264 primarias y 116 secundarias, profesional medio 18, bachilleratos 84, y escuelas normal 13. Estos datos incluyen escuelas Federales, Particulares y autónomas. La población total de educandos para estos niveles es de 151.801.

Cuadro No. 6

#### POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS POR GRUPO QUINQUENAL DE EDAD SEGÚN CONDICIONES DE ALFABETISMO Y SEXO, 2000.

GRUPO DE EDAD	TOTAL	ALFABETA		ANALFABETA		NO ESPECIFICADO	
		HOMBRE	MUJERES	HOMBRE	MUJERES	HOMBRE	MUJERES
15 a 19 años	44454	21752	22241	133	158	121	49
20 a 24 años	46487	22337	23697	128	211	70	44
25 a 29 años	47065	22233	24273	136	214	68	41
30 a 34 años	41922	19649	21800	123	252	55	43
35 a 39 años	39913	18122	21187	155	262	54	33
40 a 44 años	36192	16309	19231	142	405	68	37
45 a 49 años	29226	12949	15632	131	439	38	37
50 a 54 años	24990	10958	13356	136	485	39	16
55 a 59 años	18392	7849	9827	128	548	28	12
60 a 64 años	16852	6764	9212	131	674	45	26
65 y mas	42666	15216	24247	394	2599	78	132
<b>TOTAL</b>	<b>388159</b>	<b>174238</b>	<b>204703</b>	<b>1737</b>	<b>6347</b>	<b>664</b>	<b>470</b>

Fuente: INEGI. Distrito Federal, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, Resultados Definitivos; Tabulados Básicos



En el cuadro N° 6 se pueden observar las condiciones de alfabetismo y analfabetismo por genero, destacando que el 97.6% del total de la población mayor de 15 años son alfabetas y solo el 2.4% de esta misma población son analfabetas predominando el sexo femenino en este ultimo grupo poblacional.

Referente a la distribución de alfabetismo en la población de la delegación es mayor en las mujeres dominando con el 52.7 % y para los hombres es de 44.8 %.

El porcentaje general de analfabetismo en la Delegación es de 4.6%. Siendo para los hombres el 1.1 % y para las mujeres es de 3.5%.

El grupo quinquenal de mujeres con mayor porcentaje (11.8%) de alfabetismo es el de 25 a 29 años (24273). En la población masculina el mayor porcentaje (12.8%) de alfabetismo se encuentra en el grupo de edad 20-24 años (22337).

Respecto al analfabetismo en general en la delegación es de 2.0%. Siendo mayor el porcentaje en las mujeres (1.6%) y menor en los hombres 0.4%

Cuadro No.7

**PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 6 A 14 Y DE MAYORES DE 15 AÑOS QUE SABE LEER Y ESCRIBIR EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

POB. DE 6 – 14 AÑOS QUE SABE LEER Y ESCRIBIR		POB. MAYORES DE 15 AÑOS QUE SABE LEER Y ESCRIBIR	
TOTAL	%	TOTAL	%
67010	94.1	378941	97.9

Fuente: INEGI-INAFED 2000.

En el cuadro N° 7 se refiere a los porcentajes de la población que saben leer y escribir mismo que divide a los dos grupos poblacionales y en donde 94.1% de menores de 6 a 14 años saben leer y escribir en tanto que los mayores 15 años alcanza el 97.9% de esta característica.

Cuadro No. 8

**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN DE 5 A 14 AÑOS QUE ASISTEN A LA ESCUELA EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

<b>POBLACIÓN DE 5 A 14 AÑOS QUE ASISTE A LA ESCUELA</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
144.899	85.2

Fuente: INEGI-INAFED 2000

Referente a la población de 5 a 14 años que asiste a la escuela como lo muestra el cuadro N° 8 ocupa el 85.2% del total de esta población de la Delegación.

Cuadro No. 9

**INDICE DE RETENCIÓN Y APROVECHAMIENTO POR NIVEL ESCOLAR EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

NIVEL EDUCATIVO	INDICE DE RETENCIÓN	INDICE DE APROVECHAMIENTO
PREESCOLAR	89.3	NA
PRIMARIA	96.6	96.9
SECUNDARIA	92.7	85.2
SECUNDARIA PARA TRABAJADORES	68.8	66.6
SECUNDARIA TÉCNICA INDUSTRIAL	92.9	75.5
TELÉSECUNDARIA	84.6	93.0
TÉCNICO MEDIO	83.0	46.1
BACHILLERATO	92.7	57.8
NORMAL	93.4	100
<b>TOTAL</b>	<b>93.1</b>	<b>83.2</b>

Fuente: SEP. Dirección de Sistemas de Información. 2000.

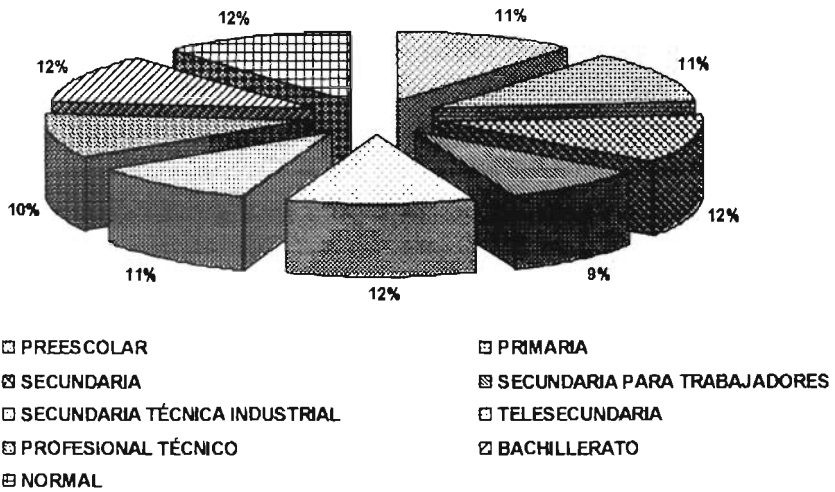
El porcentaje de retención general en la delegación es alto, ya que del total de alumnos que se inscriben en los diferentes niveles educativos solo el 6.9 % abandonan en algún momento los estudios escolarizados, en contraparte el 93.1% concluyen los niveles de aprovechamiento escolar se encuentran por debajo de lo deseable. Los niveles en donde se refleja los menores grados de aprovechamiento son el nivel técnico medio y el bachillerato.

El aprovechamiento general de los alumnos desde el nivel preescolar hasta el nivel de estudios normalista es del 83.2% como lo muestra el cuadro No.9 y la Grafica No.2.

La eficiencia Terminal de los alumnos de educación básica se describe en la grafica No. 3 considerando los años lectivos de 1997 al año 2000 donde se refleja que la eficiencia terminal se mantiene alrededor del 74% y que, comparada con el nivel de eficiencia del Distrito Federal, es 10 puntos porcentuales menor.

Grafica. N° 1

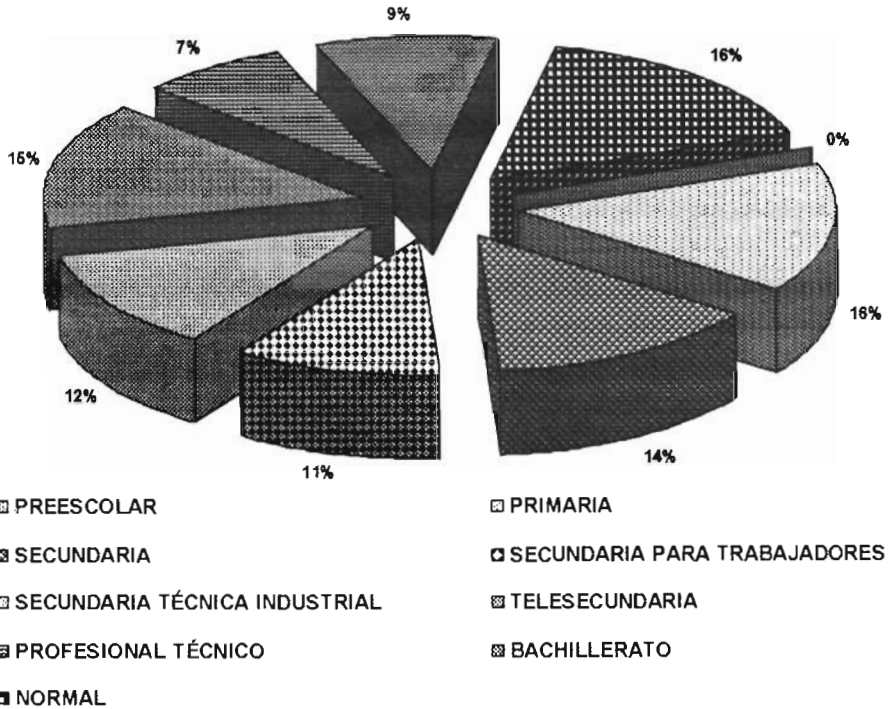
**INDICE DE RETENCIÓN POR NIVEL EDUCATIVO EN LA  
DELEGACIÓN CUAUHTEMOC. 2000**



Fuente: SEP. Dirección de Sistemas de Información. 2000.

Grafica. N° 2

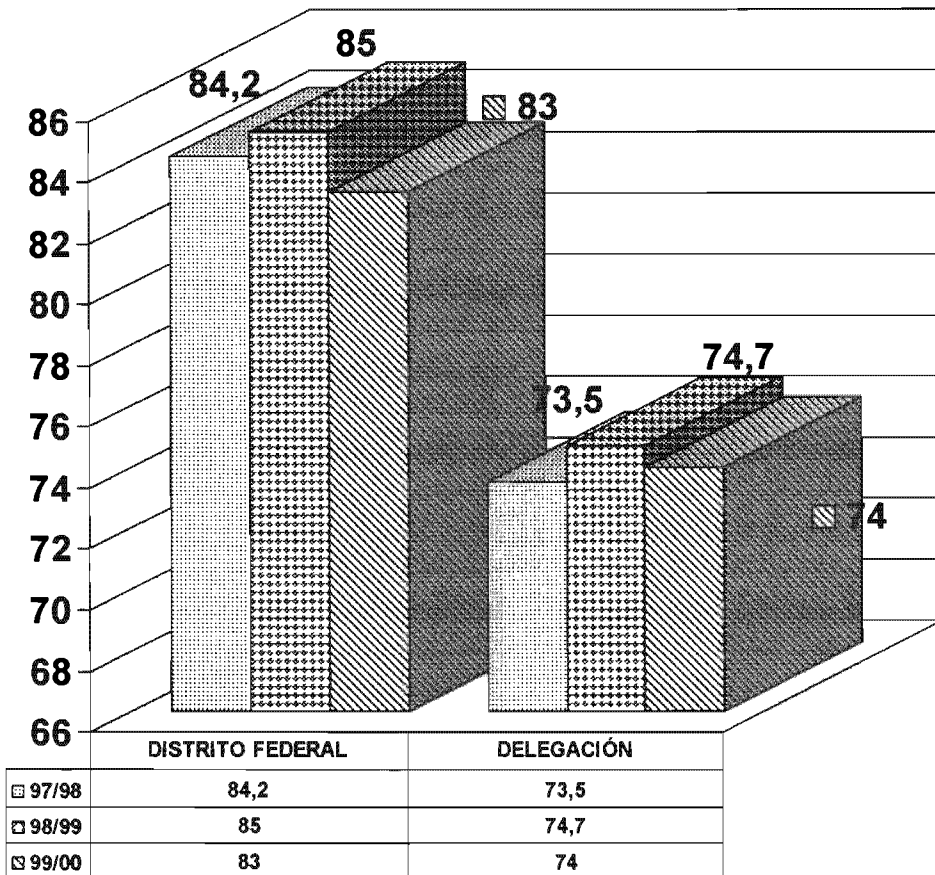
**INDICE DE APROVECHAMIENTO POR NIVEL EDUCATIVO EN LA DELEGACIÓN CUAUHEMOC. 2000**



Fuente: SEP, Dirección de Sistemas de Información. 2000.

Grafica. N° 3

EFICIENCIA TERMINAL EN EDUCACIÓN BÁSICA DELEGACIÓN  
CUAUHTEMOC, 2000.



Fuente: SEP. Dirección de Sistemas de Información. 2000.

### **8.1.2.5 Densidad Poblacional.**

Para 1980, la densidad de población se estimó en 24,644 habitantes por km<sup>2</sup>

Para el año de 1990, la densidad poblacional fue de 18,860 habitantes por km<sup>2</sup>

Para el 2000, la densidad poblacional disminuyó hasta 13,480 habitantes por km<sup>2</sup>.

### **8.1.2.6 Población Económicamente Activa.**

La actividad económica de la comunidad, como elemento para apreciar el estilo de vida de la población está basado fundamentalmente en la actividad comercial y de servicios, que para el 2000 representaba 77.0% de la población económicamente activa, cifra por encima del promedio del Distrito Federal, que oscila entre 50 y 65%, a pesar de tener un peso importante la industria manufacturera, abarca solo 19%, la población económicamente activa (4.0%) restante no tiene una actividad definida.

En cuanto al ingreso familiar, 20.3% de la población económicamente activa tiene una percepción inferior al salario mínimo mensual, 42.7% recibe hasta dos veces el salario mínimo, 31.09% hasta 4 veces el salario mínimo y 5.84% disfruta de 5 o más veces el salario mínimo. (Encuesta de salario mínimo en las unidades médicas del DF.)

Del total de la PEA en la Delegación, el 75% trabaja dentro de la misma, y es importante por motivos de atención médica preventiva y curativa que diariamente entre las 6-00 y 22-00 horas, se agrega una población flotante que se ha llegado a estimar en numerosas fuentes autorizadas, en cifras de unos 5 millones o más provenientes de otras Delegaciones del Distrito Federal y de la zona metropolitana conurbada del Estado de México principalmente, quienes asisten por motivos laborales o en demanda u ofrecimiento de servicios tales como: médicos, Organismos públicos, comercial, escolar, recreativo, histórico o cultural, de investigación o consulta, etc.

La actividad económica de la población en general está basada fundamentalmente en empleados y obreros con un 80.75% del total de la PEA, de ellos, se dedica a trabajar por cuenta propia el 0.89% principalmente como peón o jornalero.

De la población mayor de 12 años económicamente activa (412. 113) el 56.6 % (233.403) se encuentra ocupada, y el .009 % (3714) se encuentra en condición desocupada.

La población económicamente inactiva es 173.15, correspondiendo al 42.0% de esta. Los estudiantes conforman el 70.7 % y los jubilados y pensionados el 24.3.

## **8.2. MEDIO**

### **8.2.1 Social**

Para situar éste trabajo de investigación documental en el contexto socio-económico y la prestación de servicios de salud, es importante señalar que de la población económicamente activa de la Delegación Política, el 75% trabaja dentro de la misma y con esto la atención médica, preventiva y curativa, son de fácil accesibilidad a la misma comunidad. La población flotante que a diario se registra en la Delegación hace que aumente la demanda de servicios de salud. Esta población asiste por diferentes motivos, entre ellos laborales, en demanda u ofrecimiento de servicios específicos, como ejemplo es la atención médica que brindan algunas unidades para el diagnóstico integral a los aspirantes a trabajadores agrícolas emigrantes al Canadá.

En la misma delegación se encuentra una gran cantidad de dependencias oficiales y privadas, comerciales, escolares, culturales, de investigación, recreativas, etc.

### **8.2.2 La Familia**

La organización de la comunidad Delegacional está basada en el prototipo de la familia nuclear, sin embargo, también se identifica la llamada familia nuclear extensa, donde además del núcleo familiar al que se agregan otros familiares como son los abuelos, tíos, sobrinos, así también se puede considerar al personal doméstico como otro anexo de la familia, representando todo lo anterior en ocasiones condicionantes a la salud como el hacinamiento, promiscuidad, disminución en los recursos nutricionales y económicos por persona.



El factor de marginación en la familia es una condicionante del proceso salud enfermedad; en el cuadro No. 10 se muestran comparativamente los grados de marginación y pobreza entre habitantes de la Delegación y del D.F.

Cuadro No. 10  
**HOGARES SEGÚN GRADO DE MARGINACIÓN DELEGACIÓN, 2000.**

Lugar	Grado de marginación				Grado de pobreza		
	Alta	%	Muy alta	%	Total de hogares	Intensidad de pobreza	Proporción de personas pobres
Distrito Federal	521, 304	23.9	311, 119	14.3	2, 180, 243	0.25	0.65
Delegación	10, 400	6.9	2, 862	1.9	151, 036	0.22	0.60

Fuente: INEGI, COPLADE – GDF

### 8.2.2.1 Actividad preponderante económica y ocupacional de la familia

La actividad económica de la comunidad, es un elemento para reconocer los estilos de vida de la población con relación a la salud.

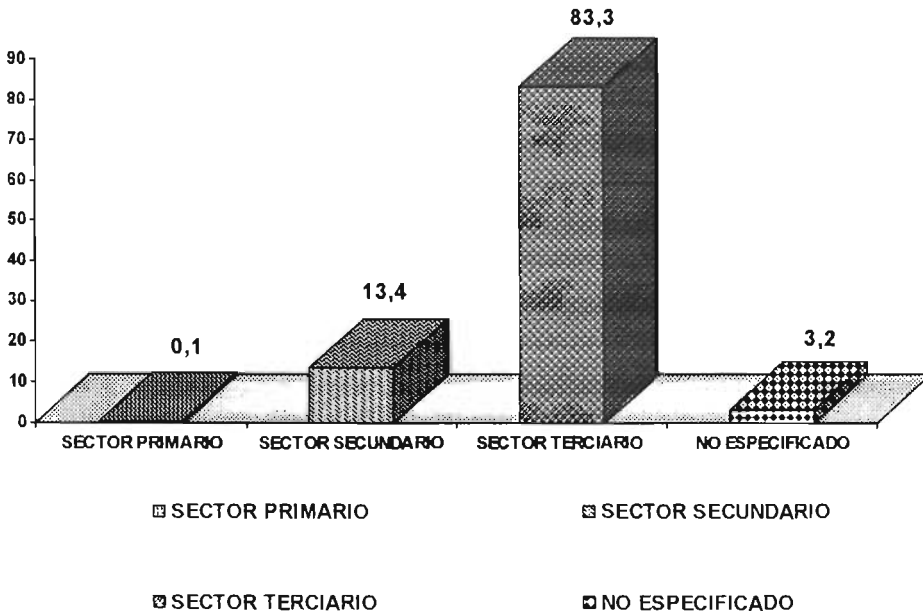
La producción está basada fundamentalmente en las actividades del sector terciario y de bienes y servicios, y que en suma representan el 83.3% que ocupa a la población económicamente activa, encontrándose por arriba de la media del Distrito Federal, misma que es del 57.5%.

Preponderantemente la industria manufacturera tiene el mayor peso de la actividad productiva que abarca el 19% del total. El resto de la población económicamente activa se distribuye en otras actividades, del sector terciario productivo.

El sector secundario ocupa el 13.4% de la población económicamente activa y la población ocupada por el sector primario apenas incluye al 0.1% de la población como lo muestra la Grafica. N° 4

Grafica. N° 4

**POBLACIÓN OCUPADA POR SECTOR DE ACTIVIDAD, DELEGACIÓN CUAUHTEMOC , 2000.**



Fuente: INEGI, COPLADE – GDF

### **8.2.3 Religión y Cultura**

Para identificar los aspectos relacionados con la cultura local, habremos de iniciar denotando que en su mayoría la población tiene como religión la católica, en segundo término la evangélica y la última en importancia será la cristiana.

Así también mencionaremos que distintos grupos sociales tienen diversas creencias acerca de la causa de las enfermedades. Algunos patrones culturales asocian la religión y la salud. Hay quien asocia la enfermedad al clima, otros a la alimentación, algunos a las creencias mágicas y otros a la vida sedentaria. En la Delegación Cuauhtémoc, existen numerosos grupos que tienen la creencia de que la curación se logra por la influencia de santos de su devoción, como ejemplo de esto último los días 28 de cada mes, por las noches se congregan grandes multitudes en la Iglesia de San Judas Tadeo para solicitarle remedio a sus males o algunas otras peticiones.

Otra parte aún cuando mínima buscan alivio a sus enfermedades por medio de personajes denominados brujos o chamanes, los que practican rituales llamados limpias.

También algún sector de la población asocia la enfermedad con los efectos de la contaminación ambiental, con la higiene, el mal manejo del agua y de alimentos contaminados.

### **8.2.4 Factores sociales de riesgo.**

Los principales factores sociales de riesgo que se presentan dentro del área de la Delegación Cuauhtémoc, se pueden mencionar entre otros el ambulante, niños en y de la calle, prostitución, alcoholismo, venta y consumo de drogas ilícitas, violencias, marchas, mítines y plantones.

Una gran cantidad de centros nocturnos, destacando los giros negros en donde la prostitución, fármaco dependencia alcoholismo son potencialmente condicionantes de problemas sociales.

Cuadro No. 11

**PANORAMA DE LOS PRINCIPALES DELITO COMO FACTORES SOCIALES DE RIESGO EN LA DELEGACIÓN AÑO 1993-2000.**

<b>AÑO</b>	<b>ROBO</b>	<b>HOMICIDIO</b>	<b>LESIONES</b>
1993	890	74	264
1994	966	70	259
1995	982	72	183
1996	1527	38	165
1997	1663	68	165
1998	1804	59	167
1999	1982	62	133
2000	8569	96	197

Fuente: INEGI 2000

El cuadro N° 11 plasma las cifras de otros ilícitos que potencialmente aumentan el número de defunciones, el uso de servicios de salud de segundo y tercer nivel, así como gastos sociales y familiares, considerando que los robos, homicidios y lesiones violentas condicionan los gastos en atención médica.

El mencionado cuadro demuestra los aumentos de los ilícitos entre el año 1995 y 2000.

El problema del abuso de sustancias aditivas entre los menores que trabajan y viven en la calle, es una gran problemática social en esta delegación y sus autoridades del gobierno de la ciudad. Normalmente a estos niños se les asocia con los fenómenos de drogadicción y delincuencia.

Entre los factores protectores al consumo de drogas entre los niños de la calle se encuentran la asistencia a la escuela, actividades como son las deportivas y artísticas, el contacto más prolongado con la familia y proyectos específicos de prevención a través de la educación para la salud que inciden en el no consumo de drogas.

En un estudio hecho en la delegación se demostró que los factores protectores al consumo de drogas tanto ilícitas como socialmente permitidas ha observado decremento en los últimos 5 años.

La vivienda, el hacinamiento, el subempleo, desempleo, nivel educativo, hábitos inadecuados de alimentación y contaminación del medio son otro grupo de factores que pueden incrementar la enfermedad entre los pobladores de la delegación.

En el año 2000 los delitos registrados en la delegación fueron 8862 de los cuales 96.6% corresponde a robo, mientras que 1.0% es por homicidio y por lesiones el porcentaje es de 2.2. De esto se desprende la gran cantidad de noticias delictivas y políticas que a diario surgen en los diarios de circulación nacional, prudente es aclarar que las notas periodísticas se encuentran tendenciadas por los intereses de grupos de poder que en la delegación se asientan.

### **8.2.5 Pérdidas por marchas y manifestaciones.**

En la delegación Cuauhtémoc las marchas hacen perder hasta 7 millones de pesos diarios. Y con ellas se corre un riesgo mayor de desorden social. (Cámara Nacional de Restaurantes y Alimentos).

## **8.3 ECOLÓGICO**

### **8.3.1. Clima**

La delegación Cuauhtémoc, al igual que buena parte del DF, tiene un clima templado moderado y subhúmedo, con lluvias abundantes alcanzando los 563.5 milímetros en verano. Las temperaturas promedio se encuentran entre 3 y 18 grados centígrados y la temperatura media anual es de 17.5°C, la temperatura máxima extrema que en los meses más calurosos se registra es de 33°C y la mínima extrema es de 4.5°C durante los meses más fríos.

### **8.3. 2 Contaminación atmosférica**

Los principales contaminantes atmosféricos son el bióxido de azufre (SO<sub>2</sub>), bióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), monóxido de carbono (CO) y ozono (O<sub>3</sub>), producidos por vehículos automotores, la industria y otras fuentes como baños públicos, panaderías, anafres y quemadores de gas de puestos ambulantes y semifijos, etc.

Las partículas suspendidas se componen de polvo, material fecal y otros elementos, de acuerdo con los datos de los Programas Delegacionales de Mejoramiento

Estos contaminantes atmosféricos constituyen un factor de riesgo para menores de un año, ancianos o enfermos de vías respiratorias o del aparato cardiovascular, particularmente en épocas de frío cuando las inversiones térmicas son más comunes.

También se agudiza éste riesgo para personas que tienen un contacto directo con el tránsito vehicular, como son los vendedores ambulantes a pie de coche, limpiaparabrisas, agentes de tránsito en los cruceros y aquellos que transitan por la vía pública, sobre todo en las horas de mayor afluencia o entre congestionamientos ocasionados por marchas y otro tipo de manifestaciones populares.

### **8.3.3 Contaminación del agua**

Hay que tener presente al considerar los factores de riesgo a la salud que esta Delegación y en especial el Centro Histórico y sus colonias aledañas son la parte más antigua de la Ciudad, por tanto, las viviendas y edificios públicos fueron construidos en zonas lacustre sin bases de cimentación adecuadas, así también, la red de agua potable y alcantarillado que en la mayoría del área presentando atraso hasta hacerlas deficientes, agudizada esta situación por los movimientos telúricos, provocando la mezcla de aguas residuales con la red de agua de uso y consumo humano y con consecuentes daños a la salud en particular las enfermedades llamadas del agua.

A lo anterior hay que agregar el problema de tinacos insalubres ubicados en la mayoría de los inmuebles de la misma área, y que debido a ciertos estratos socioeconómicos no les prestan la atención de higiene y limpieza adecuada.

A pesar de lo anterior, la red de agua Delegacional, comprobada por los muestreos de análisis que se realizan en ella posee cantidades adecuadas de cloro para considerarla libre de colonias patógenas y que en la mayoría de los casos la contaminación se da en el interior de las redes domiciliarias. Debido a las propias características de las redes intradomiciliarias y a las de almacenaje de agua en los hogares se favorece la contaminación del agua de consumo para esta población.

### **8.3.4 Basura**

Para el año 2000 el promedio de basura recolectada es de 261.705 toneladas equivaliendo al 6.0 % del total de la basura recolectada en el D.F.

Por lo que respecta a la basura, aún cuando la Delegación dispone de vehículos recolectores, éstos son insuficientes, ya que además de la basura domiciliaria, el comercio ambulante, las marchas, mítines y plantones, transforman en superlativos los volúmenes y acumulación de desechos sólidos.

Aunado a todo lo anterior, la falta de una cultura en un buen porcentaje de la población para la eliminación adecuada de las basuras domésticas, concentrándolas en sitios públicos y en la calle, que además de perjudicar el aspecto ambiental, resulta un factor que condiciona la proliferación de fauna nociva con repercusión en la salud de la comunidad, además de taponar los drenajes, que a su vez provocan encharcamientos e inundaciones durante la época de lluvia.

### **8.3.5 Fauna**

Entre la fauna del área se encuentran roedores como la rata noruega, la rata de tejados y ratón doméstico; de los cánidos, el perro, que en su gran mayoría son callejeros, es decir no tienen dueño que se responsabilice de éstos, es oportuno aclarar que durante la recolección de la fauna canina sin dueño (en la calle), contrariamente a lo descrito aparecen dueños de los perros recolectados que una vez rescatados, regresan a la calle.

En cuanto a la fauna felina el más común es el gato doméstico.

Con respecto a los insectos, algunos posibles vectores transmisores de padecimiento son la mosca doméstica, las cucarachas, pulgas, chinches y piojos, viviendo en simbiosis con población en donde la higiene y las condiciones de vivienda son extremas.

Algunos insectos más, son los mosquitos, termitas, arácnidos y ocasionalmente algunos alacranes poco ponzoñosos.



### 8.3.6 Vivienda

Actualmente ésta Delegación presenta problemas de vivienda debido a la antigüedad generalizada de las mismas, así como también a la falta de conservación y mantenimiento de algunas colonias, no obstante en zonas como el área del Centro Histórico se presentan proyectos de restauración de gran magnitud, además de planes de redoblamiento que implica nueva vivienda.

De impacto para la salud y reordenación social y fisiográfico. Los sismos de 1985 que afectaron un gran número de construcciones, quedaron pendientes para su demolición y éstas son ocupadas ilegalmente siendo principalmente guarida de personas de escasos recursos y de niños de la calle y delincuentes

En contraste encontramos colonias como la Juárez, Cuauhtémoc, Roma, Condesa e Hipódromo Condesa, etc. Donde las construcciones se les ha dado apariencia de modernidad y reforzadas en su estructura física.

Cuadro No. 12

#### CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS VIVIENDAS EN LA DELEGACIÓN, 2000

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA						
DRENAJE A RED PÚBLICA		ENERGÍA ELÉCTRICA		AGUA ENTUBADA EN LA VIVIENDA		PROMEDIO DE OCUPANTES
144.671	99%	145.617	100%	144.117	99.6%	3.7

Fuente: INEGI 2000.

#### 8.3.6.1 Características de la vivienda.

El 99.6% cuenta con servicio de agua intradomiciliaria, el 99% de las viviendas están conectadas a la red de drenaje y sólo el 1 % cuenta con fosa séptica; y el 100% dispone de energía eléctrica. Como se muestra en el cuadro N° 12.

Los principales materiales usados en la construcción de las viviendas son:

95.6%	Techos de concreto
97.0%	Paredes de tabique
0.39%	Paredes de madera
0.60%	Paredes de adobe
67.7%	Pisos de mosaico, madera u otro
30.5%	Pisos de cemento

El promedio de ocupantes por vivienda es de 3.7 que francamente ha ido en decremento, ya que en 1970, fue de 5.1, esto puede ser un indicador de la emigración Delegacional.

La mayor parte de las vecindades del Centro Histórico y muchas colonias como la Guerrero, Santa María la Rivera, Morelos, etc, debido al estado ruinoso en que se encuentran han dejado de ser ocupados por sus antiguos moradores, quienes han emigrado a Delegaciones periurbanas como Iztapalapa, Tláhuac, Milpa Alta u otros municipios conurbanos de la Ciudad.

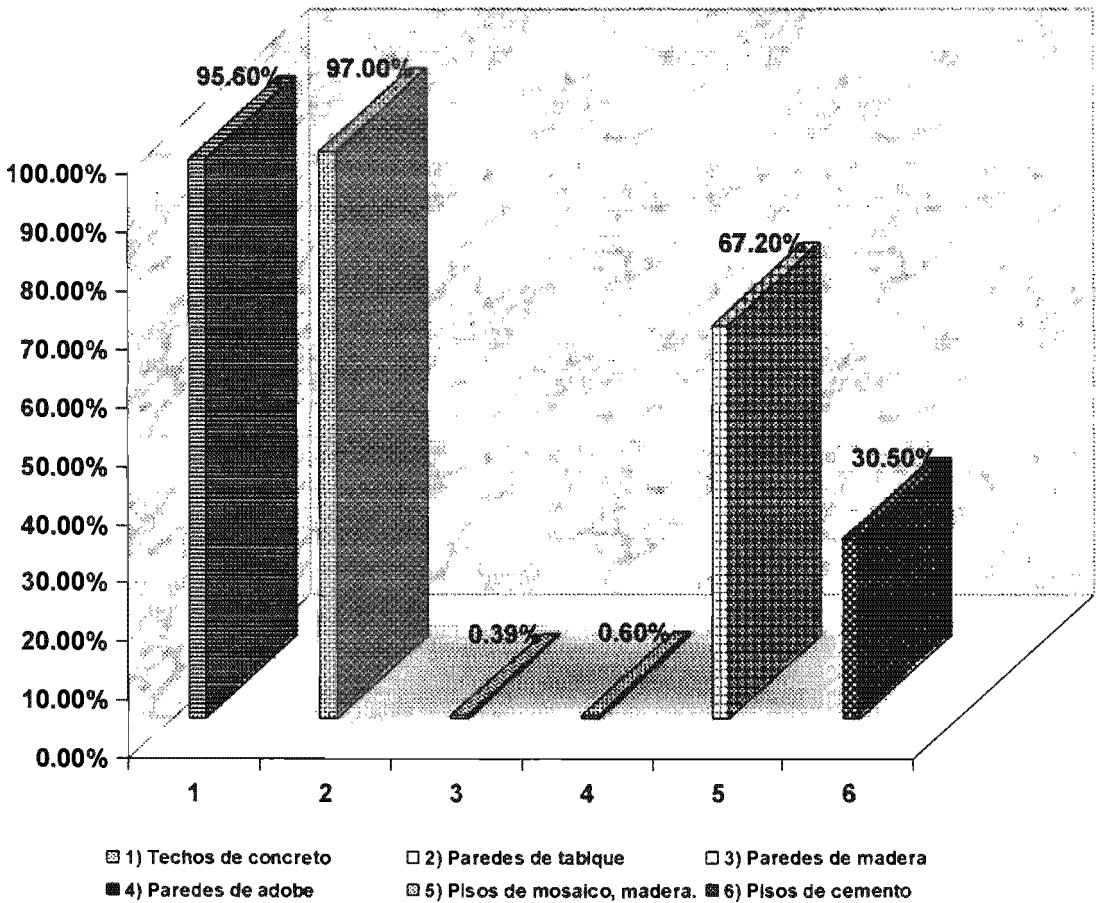
Este problema se originó también por la Ley de congelamiento de rentas propiciando que los propietarios de las viviendas de renta dejaran de invertir en el mantenimiento, mejoras y reparaciones de éstos inmuebles. A su vez esto ocasionó otro problema, ya que los predios o habitaciones en ruina son ocupados ahora por la población en la calle tomándolos como refugio.

Otro tipo de construcciones son las mansiones porfirianas de familias adineradas, como son las ubicadas a lo largo del Paseo de la Reforma, colonia Roma, Juárez, Condesa Cuauhtémoc, y aún más en el mismo Centro Histórico, que en muchos de los casos han alojado mediante su adecuación a oficinas, restaurantes y comercios; y que cuando éstas han sido demolidas se edifican viviendas departamentales o corporativos.

Con los anteriores hechos, se encuentran las explicaciones en el decremento poblacional y los cambios en los estilos de vida para ciertos sectores poblacionales de la Delegación Cuauhtémoc.

Grafica. N° 5

### MATERIALES PREDOMINANTES EN LAS VIVIENDAS DE LA DELEGACIÓN, 2000.



Fuente: Cuadro 12.

## 8.4 DAÑOS A LA SALUD

### 8.4.1 Mortalidad

Cuadro No. 13

#### PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL, 2000.

CAUSAS	NÚMERO DE DEFUNCIÓNES	TASA
ENFERMEDADES DEL CORAZON	8.321	94.6
DIABETES MELLITUS	6.202	70.5
TUMORES MALIGNOS	6.137	69.8
ENFERMEDAD CEREBROVASCULARES	2.777	31.6
ENFERMEDAD DEL HÍGADO	2.555	29.0
ACCIDENTES	1.674	19.0
INFLUENZA Y NEUMONÍA	1.468	16.7
CIERTAS AFECCIONES ORINIADAS EN EL PERIODO PRENATAL	1.425	16.2
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVAS CRONICA	1.160	13.2
MALFORMACIONES CONGENITAS	896	10.2
<b>TOTAL</b>	<b>43.617</b>	<b>495.8</b>

Fuente: SEED-S.S.A, 2000. \*TASA por 100,000 habitantes.

De los daños a la salud que contiene el cuadro No. 13 se describen las 10 principales causas de muerte, el número de defunciones la tasa y porcentajes que ocupa las causas. Sobresaliente pero igual que el Distrito Federal y en el país la primera causa de muerte son las enfermedades del corazón seguida por los tumores malignos y la diabetes mellitus.

Cuadro No. 14

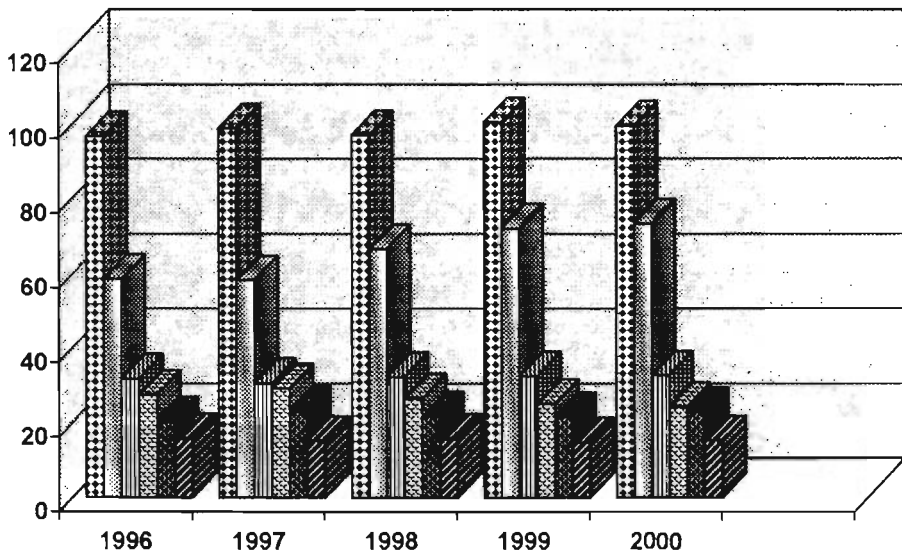
**TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SEIS CAUSAS  
SELECCIONADAS EN LA DELEGACIÓN, 1996 – 2000.**

CAUSA	1996	1997	1998	1999	2000
ENFERMEDADES ISQUEMICA DEL CORAZÓN	96.6	98.8	96.9	100.3	121.2
DIABETES MELLITUS	58.5	58.1	66.5	72.0	92.3
ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	31.7	30.6	32.3	32.4	45.3
ACCIDENTES	27.5	29.3	26.5	25.1	33.8
CÁNCER DE MAMA EN MUJERES DE 25 Y MAS AÑOS	20.3	23.2	21.7	21.5	22.9
CÁNCER CERVICO UTERINO EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS	15.7	15.1	15.7	14.7	15.2

Fuente: INEGI /SSA, BASE DE DATOS Tasa por 100, 000 hab.

La tendencia de la tasa de las seis causas de defunción seleccionadas que se muestran en el cuadro 14 plasma los aumentos que se han registrado del año 1996 al 2000 es de especial mención la tendencia de la diabetes mellitus misma que aumento 33.8 defunciones en los 5 años analizados por cada 100 mil habitantes en la delegación

Grafica. N° 6



Fuente: INEGI /SSA

Cuadro No. 15

**10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL  
EN EL DISTRITO FEDERAL, 2000.**

CAUSA	1-4	5-14	15-24	25-34	35-64	45-64	65+	S/D	TOTAL
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	0	0	2	10	30	187	580	1	810
DIABETES MELLITUS	0	0	1	4	23	212	318	0	558
DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADO	0	0	1	2	12	123	235	0	373
NEUMONÍA	16	13	3	15	17	68	166	0	298
CIRROSIS HEPÁTICA	1	2	1	4	34	121	95	0	258
ENFERMEDAD ALCOHÓLICA	0	0	1	18	70	115	37	1	242
BRONQUITIS AGUDA	0	0	0	0	2	20	174	0	196
ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZO	0	0	0	0	2	28	132	0	162
SÍNDROME RESPIRATORIO DEL RECIÉN NACIDO	69	49	23	3	0	0	1	0	145
TUMOR MALIGNO DEL PULMÓN Y BRONQUIOS	0	0	0	4	3	43	90	0	140
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>64</b>	<b>32</b>	<b>60</b>	<b>183</b>	<b>917</b>	<b>1828</b>	<b>2</b>	<b>3182</b>

Fuente: SEED-S.S.A, 2000. \*TASA por 100,000 habitantes.



En el año 2000 la tasa de mortalidad mas alta dentro de las 10 principales causas de muerte en el D.F la ocupo las enfermedades del corazón con 94.6 defunciones por cada 100 mil habitantes, seguida de la Diabetes Mellitus, enfermedad que en los últimos 10 años se ha incrementado alarmantemente, los decesos por esta causa en el año analizado presenta tasa de 70.5 por cada 100 mil habitantes. La tercera causa de muerte son los tumores malignos con tasa del 69.8%, las defunciones por enfermedades cerebro vascular y enfermedades del hígado ocupan el 4º y 5º lugar respectivamente, con tasa de una tercera parte respecto a la primera causa, (Cuadro N° 15).

Cuadro No. 16

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD  
GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL, 2002.**

<b>GRUPO DE EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJERES</b>	<b>%</b>
<1	143	90	53	3.3
1-4	15	9	5	0.3
5-9	4	0	4	0.09
10-14	15	11	4	0.3
15-19	41	25	16	0.9
20-24	70	50	20	1.6
25-29	114	90	24	2.7
30-34	139	121	18	3.3
35-39	169	141	28	4.0
40-44	202	146	56	4.8
45-49	194	129	65	4.6
50-54	225	138	87	5.3
55-59	245	155	87	5.8
60-64	278	157	121	6.6
65-69	279	207	172	6.6
70-74	447	203	244	10.6
75-79	497	211	286	11.8
80-84	397	173	224	9.4
85-89	715	218	497	16.9
No especifico	19	16	2	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>4208</b>	<b>2290</b>	<b>2013</b>	<b>100</b>

Fuente: SEED-S.S.A. 2002. \*TASA por 100,000 habitantes.

En el año 2002 las 10 primeras causas de muerte son muy similares a las del año 2000, diferenciándose, las tasas de las enfermedades del corazón, diabetes Mellitus, Tumores malignos las mismas que aumentaron considerablemente y en general para las causas analizadas, como lo muestra el cuadró N° 16.

Cuadro No. 17

**DEFUNCIÓN POR GRUPO DE EDAD  
Y SEXO EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

GRUPO DE EDAD	TOTAL	HOMBRE	MUJERES	%
<1	143	90	53	3.3
1-4	15	9	5	0.3
5-9	4	0	4	0.09
10-14	15	11	4	0.3
15-19	41	25	16	0.9
20-24	70	50	20	1.6
25-29	114	90	24	2.7
30-34	139	121	18	3.3
35-39	169	141	28	4.0
40-44	202	146	56	4.8
45-49	194	129	65	4.6
50-54	225	138	87	5.3
55-59	258	155	87	5.8
60-64	278	157	121	6.6
65-69	315	207	172	6.6
70-74	447	203	244	10.6
75-79	497	211	286	11.8
80-84	397	173	224	9.4
85-89	757	218	497	16.9
No especifico	24	16	3	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>4304</b>	<b>2290</b>	<b>2014</b>	<b>100</b>

Fuente: SEED-S.S.A. INEGI.

En el año 2000 las defunciones en mujeres es superior comparada con la de los hombres.

Del total de las defunciones como es natural el mas alto porcentaje se presenta en le grupo etario de mayores de 85 años y de este el sexo femenino tiene un mayor numero de funciones, como lo muestra el cuadro N° 17 mismo que describe las defunciones por grupo de edad y sexo. Resaltando que el mayor número de defunciones entre los varones se presenta en edades de 75 – 79 años.

#### **8.4.2 Muertes por atropellamiento en la Delegación Cuauhtémoc**

En el Distrito Federal, las muertes por atropellamiento son la principal causa dentro del capítulo de accidentes de tráfico. Son, además, una de las principales causas de incapacidad.

La población más afectada se encuentra en edad productiva, pues la media de edad es de 45 años para hombres y 51 para mujeres.

Se notifica un promedio de dos defunciones diarias en el Distrito Federal por esta causa, de las cuales se desconoce cuántas reciben atención prehospitolaria y hospitalaria, pero se calcula que es del orden de 13 por cada defunción, lo que significaría que además de las defunciones, 26 atropellados diarios requieren algún tipo de atención médica

En estudio realizado en el año 2000 de 3687 certificados de defunción de personas que murieron por atropellamiento en la ciudad de México entre 1994 y 1997: resultando que el 71 % vivían en la ciudad de México.

Las delegaciones políticas con mayores tasas (23/100000 hab.) Milpa Alta, Cuajimalpa y Cuauhtémoc siendo esta última la delegación que presentó el porcentaje más alto (16.5%) del total de las defunciones.

Las causas de muerte entre hombres y mujeres en la delegación es similar encontrando algunas diferencias, la 7ª causa; es decir mientras en los hombres es debidas a las enfermedades relacionadas por VIH/SIDA en las mujeres son consecuencia de enfermedad pulmonar obstructiva y el VIH/SIDA no aparece entre las mujeres como causa de defunción. Otra distinción que merece mención es que en las mujeres como 4ª causa de muerte se registraron las enfermedades cerebrovascular y mientras que entre los hombres se registro como 8ª causa de defunción; como lo muestran los cuadros 18 y 19.

Además de las enfermedades de la mala nutrición que aparecen como causa de muerte en las mujeres y en los hombres no; las implicaciones sociales de esta problemática se mencionaran entre otras: productos de bajo peso al nacer, la talla baja de los individuos con historia algún grado de desnutrición, bajo rendimiento escolar, gasto monetario considerable en atención médica, etc.

Cuadro No. 18

**PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN HOMBRES EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

	<b>CAUSA</b>	<b>NO.</b>
1	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	434
2	TUMOR MALIGNO	232
3	DIABETES MELLITUS	218
4	ENFERMEDADES DEL HÍGADO	144
5	ACCIDENTES	122
6	INFLUENZA Y NEUMONÍA	95
7	ENFERMEDADES POR VIH-SIDA	93
8	ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	83
9	AGRESIONES (HOMICIDIO)	69
10	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVA	64
	<b>TOTAL</b>	<b>1554</b>

Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) D.G.E., SSA,

Cuadro No. 19

**PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN  
MUJERES DE LA DELEGACIÓN, 2000**

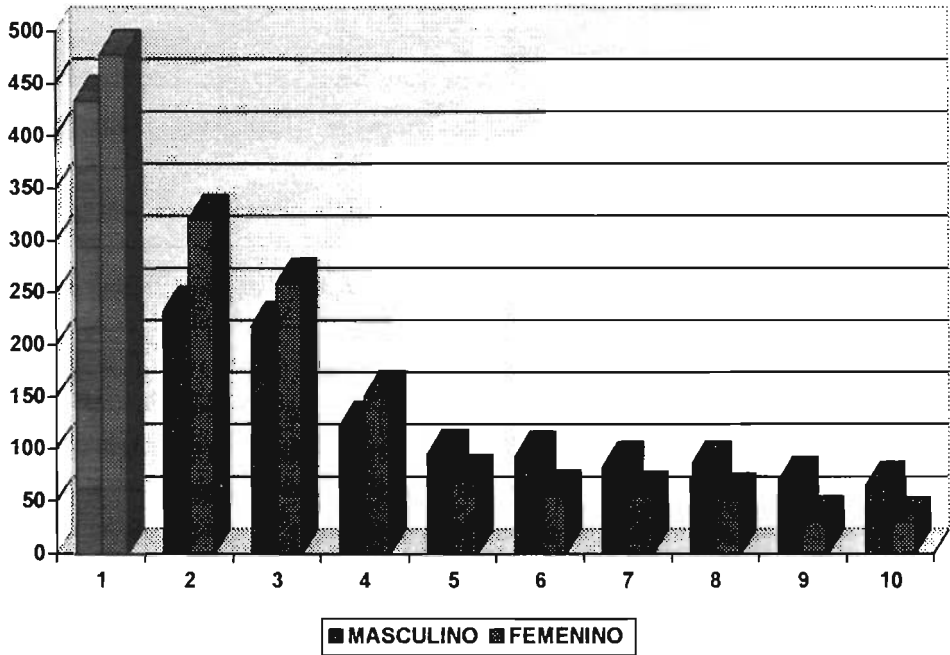
	<b>CAUSA</b>	<b>NO.</b>
1	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	478
2	TUMOR MALIGNO	320
3	DIABETES MELLITUS	259
4	ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	151
5	ENFERMEDADES DEL HÍGADO	71
6	INFLUENZA Y NEUMONIA	56
7	ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVA	55
8	ACCIDENTES	53
9	INSUFICIENCIA RENAL	31
10	DESNUTRICIÓN Y OTRAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.	30
	<b>TOTAL</b>	<b>1504</b>

Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED) D.G.E., SSA,

La grafica N° 7 compara el número de las defunciones entre las mujeres y hombres de la delegación considerando las 10 primeras causas de muerte

Grafica. 7

**PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR  
GENERO EN LA DELEGACIÓN, 2000**



Fuente: Cuadro No. 18

Como lo refleja el cuadro N° 20 la mortalidad materna en la delegación registra menor tasa en 1.4 puntos comparados con la del Distrito Federal

Cuadro No. 20

**MORTALIDAD MATERNA EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

LUGAR	NUMERO	TASA**
DISTRITO FEDERAL	96	5.3
DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC	5	3.9

Fuente: SS DF \*\* Tasa por 1,000 NVR

En el cuadro N° 21 se resumen las cinco principales causas de discapacidad, comparando los porcentajes con los del Distrito Federal en el año 2000, resaltando las discapacidades motrices como primera causa en personas de la delegación.

Cuadro No. 21

**PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD EN LA DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC, 2000.**

	D.F.	%	DELEGACION	%
DISCAPACIDAD MOTRIZ	80392	0.93	6443	1.24
DISCAPACIDAD AUDITIVA	25900	0.30	2142	0.41
DISCAPACIDAD VISUAL	31576	0.36	2029	0.39
DISCAPACIDAD MENTAL	27528	0.31	1673	0.32
DISCAPACIDAD DEL LENGUAJE	4986	0.05	316	0.06
<b>TOTAL</b>	<b>170382</b>	<b>1.98</b>	<b>12603</b>	<b>2.44</b>

Fuente: INEGI, INAFED

Las causas de enfermedad se enumeran en el cuadro N° 22, así también compara los grupos de edad y las enfermedades que en ellos se presentan. Sobresalientes son las enfermedades respiratorias agudas, infecciones intestinales, ocupando el primero y segundo lugar respectivamente; condición similar que guarda el Distrito Federal y el país referente a las principales causas de morbilidad.

Cuadro No. 22

## 20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD 2000

NO.	CAUSAS	TOTALES	GRUPOS DE EDAD										
			1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-49	50-59	60-64	65+
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	63422	10483	19092	10790	5691	3035	2638	6308	1621	1683	884	1197
2	INF. INT. POR OTROS ORGANISMOS	8805	1602	2355	1016	643	516	481	1227	338	310	122	193
3	INF. DE VIAS URINARIAS	4674	103	270	282	186	356	518	1538	448	495	198	272
4	DIABETES MELLITUS	2353	1	5	17	16	17	33	480	497	556	315	415
5	OTITIS MEDIA AGUDA	2154	89	443	418	198	123	111	418	119	119	37	79
6	HIPERTENCIÓN ARTERIAL	1790	2	6	6	11	20	22	352	403	407	206	354
7	ASMA	1205	50	367	393	141	50	30	112	22	21	8	11
8	GASTRITIS, DUODENITIS Y ULCERAS	1130	2	5	21	27	62	138	440	169	135	57	72
9	AMIBIASIS INTESTINAL	997	27	81	119	105	105	99	258	71	73	22	37
10	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	838	358	265	61	37	13	8	31	24	10	7	24
11	DESNTRICIÓN LEVE	797	179	331	184	88	6	2	5	0	0	0	2
12	MORDEDURAS	618	3	64	81	68	63	61	153	39	40	14	32
13	INF. DEBIDAS A PROTOZOARIOS	518	94	134	64	44	19	28	68	34	26	9	6
14	CANDIDIASIS UROGENITAL	493	0	0	0	2	33	81	285	40	26	17	9
15	VARICELA	333	25	88	105	60	24	17	11	0	2	0	1
16	CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTA	471	63	76	58	44	41	32	69	30	21	13	24
17	GIARDIASIS	252	6	43	31	23	24	17	55	20	18	4	11
18	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA	159	0	0	0	0	8	30	86	18	9	2	6
19	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	148	0	0	0	1	23	32	70	8	6	6	2
20	VIH	131	0	0	1	1	2	29	69	12	11	4	2
	<b>TOTAL</b>	<b>91268</b>	<b>13686</b>	<b>23625</b>	<b>13647</b>	<b>7386</b>	<b>4540</b>	<b>4407</b>	<b>12035</b>	<b>3913</b>	<b>3968</b>	<b>1925</b>	<b>2749</b>

Fuente: Informe mensual de casos nuevos de enfermedades 2000.



Al analizar las principales patologías resultan las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades intestinales y las de vías urinarias son las de mayores porcentajes y tasa entre las veinte principales causas de morbilidad en el Distrito Federal como lo muestra el cuadro N° 23

Cuadro No. 23  
**20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD  
GENERAL EN EL DISTRITO FEDERAL, 2000**

No.	CAUSAS	TOTALES	TASA	%
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2998193	580,758.1	74.9
2	INF. INT. POR OTROS ORGANISMOS	555431	107,588.5	13.9
3	OTRAS HELMINTIASIS	66939	12,966.3	1.7
4	AMIBIASIS INTESTINAL	64703	12533.1	1.6
5	HIPERTENCIÓN ARTERIAL	57161	11072.2	1.4
6	OTITIS MEDIA AGUDA	43287	8384.8	1.4
7	DIABETES MELLITUS	40749	7893.2	1.4
8	VARICELA	35229	6823.9	0.9
9	ASMA	24961	4835.0	0.6
10	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZOARIOS	18182	3521.9	0.4
11	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	16861	3266.0	0.4
12	CANDIDIASIS UROGENITAL	10444	2023.0	0.3
13	ENF. ISQUEMICAS DEL CORAZÓN	10065	1949.6	0.2
14	ASCARIASIS	10046	1945.9	0.2
15	PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS	7459	1444.8	0.2
16	GIARDIASIS	6331	1226.3	0.1
17	TRICOMONIASIS UROGENITAL	5516	1068.5	0.1
18	ENF. CEREBRO VASCULARES	4537	878.8	0.1
19	PAROTIDITIS	3043	589.4	0.1
20	HEPATITIS	2809	544.1	0.1
<b>TOTAL</b>		<b>4005005</b>	<b>771,313.4</b>	<b>100</b>

Fuente: Informe mensual de casos nuevos de enfermedades 2000

Las principales causas de enfermedad en la población delegacional son similares a la morbilidad del Distrito Federal y a la del país.

Las dos primeras causas de enfermedades, son determinadas por factores condicionantes que se relacionan con factores socioeconómicos, falta de servicios de saneamiento básico así como la falta de la cultura de prevención y educación para la salud.

En el cuadro N° 24 se muestran los números de casos y tasa de las veinte principales causas de morbilidad en la delegación, reconocidas en el año 2000.

Cuadro No. 24

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD  
GENERAL EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

No.	CAUSAS	CASOS	TASA*
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	63422	12285.01
2	INFECCIONES INTESTINALES OTROS ORGANISMOS	8805	1706.13
3	INFECCIONE DE VÍAS URINARIAS	4674	905.36
4	DIABETES MELLITUS	2353	455.78
5	OTITIS MEDIA SUPURATIVA	2154	417.23
6	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1790	346.72
7	INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA	1241	240.38
8	ASMA	1205	233.41
9	GASTRITIS, DUODENITIS Y ULCERA	1130	218.88
10	AMIBIASIS INTESTINAL	997	193.12
11	NEUMONÍAS Y BRONCONEUMONIAS	838	162.32
12	DESNUTRICIÓN LEVE	797	154.38
13	MORDEDURAS	618	119.70
14	INFECCIONES INTESTINALES DEBIDAS A PROTOZO	518	100.33
15	CANDIDIASIS UROGENITAL	493	95.49
16	CONJUNTIVITIS	471	91.23
17	VARICELA	333	64.50
18	GIARDIASIS	252	48.81
19	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA	152	29.44
20	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	148	28.66
<b>TOTAL</b>		<b>92391</b>	<b>17896.88</b>

Fuente: Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica. 2000 Jurisdicción Cuauhtémoc \*Tasa. 100000 hab.

En la pareja de los cuadros N° 25 se comparan como se presentan las diez principales causas de morbilidad entre los años 2000 y 2002 en el grupo de menores de un año. Observando que las dos principales enfermedades son las mismas en ambos años, mientras el tercer lugar si se modifico en la comparativa esto en el año 2002, es decir el tercer lugar se ocupo por la desnutrición leve en tanto que la neumonía ocupa el tercer lugar en el año 2000.

Cuadro No. 25

**COMPARACIÓN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 1 AÑO, 2000 y 2002.**

**2000**

No	CAUSAS	CASOS	%
1	INF. RESPIRATORIAS AGUDAS	10483	16.5
2	INFECCIONES INTESTINALES	1602	18.1
3	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	358	42.7
4	DESNUTRICIÓN LEVE	179	22.4
5	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	103	2.2
6	OTRAS INF. DEBIDAS A PROTOZOARIOS	94	18.1
7	OTITIS MEDIA AGUDA	89	4.1
8	CONJUTIVITIS MUCOPURULENTO	63	13.3
9	DESNUTRICIÓN MODERADA	52	50
10	ASMA	50	4.1
<b>TOTAL</b>		<b>13073</b>	<b>100</b>

Es importante resaltar que dentro de la morbilidad se marca la transición y la retransición epidemiológica ya que las tres primeras causas continúan siendo las enfermedades infecto contagiosas, para después aparecer los procesos crónicos degenerativos

**2002**

No	CAUSAS	CASOS	%
1	INF. RESPIRATORIAS AGUDAS	11111	13.2
2	INFECCIONES POR OTROS ORGANISMOS	1834	13.9
3	DESNUTRICIÓN LEVE	425	31.5
4	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	344	32.6
5	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	207	2.1
6	OTITIS MEDIA AGUDA	78	2.4
7	DESNUTRICIÓN MODERADA	50	20.7
8	ASMA	35	1.5
9	AMIBIASIS INTESTINAL	29	2.0
10	DESNUTRICIÓN SEVERA	22	40.0
<b>TOTAL</b>		<b>14135</b>	<b>100</b>

Fuente: Informe mensual de casos nuevo de enfermedades. Jurisdicción Sanitaria.

La comparación de las diez principales causas de en los años 2000 y 2002 que registro el grupo de edad menores de cinco años fueron similares, modificándose 2002 registrando la desnutrición leve como tercera causa y en el año 2000 se registro las infecciones de otitis media en este tercer lugar, como lo muestra el cuadro N° 26.

Cuadro No. 27

**COMPARACIÓN DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MENORES DE 1 A MENORES DE 5 AÑOS, 2000 y 2002.**

2000

No	CAUSAS	CASOS	%
1	INF. RESPIRATORIAS AGUDAS	19092	30.1
2	INFECCIONES INTESTINALES	2355	26.7
3	OTITIS MEDIA AGUDA	443	20.5
4	ASMA	367	30.4
5	DESNUTRICIÓN LEVE	331	41.5
6	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	270	5.7
7	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	265	31.6
8	OTRAS INF. DEBIDAS A PROTOZOARIOS	134	25.8
9	VARICELA	88	26.4
10	AMIBIASIS INTESTINAL	81	8.1
<b>TOTAL</b>		<b>23426</b>	<b>100</b>

2002

No	CAUSAS	CASOS	%
1	INF. RESPIRATORIAS AGUDAS	23659	28.1
2	INFECCIONES INTESTINALES POR OTROS ORGANI	3525	26.7
3	DESNUTRICIÓN LEVE	641	47.6
4	INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	609	6.2
5	OTITIS MEDIA AGUDA	472	14.7
6	ASMA	459	20.5
7	NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS	250	23.7
8	AMIBIASIS INTESTINAL	164	11.6
9	VARICELA	116	29.0
10	DESNUTRICIÓN MODERADA	113	46.8
<b>TOTAL</b>		<b>30006</b>	<b>100</b>

Fuente: Informe mensual de casos nuevo de enfermedades. Jurisdicción Sanitaria

En el cuadro N° 28 se identifican las veinte principales causas de morbilidad general en la población delegacional durante el año 2002, así como la tasa por cada cien mil habitantes.

Cuadro No. 28

**20 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL  
DE LA DELEGACIÓN CUAUHTEMOC 2002**

No.	CAUSAS	CASOS	TASA*
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	84088	16153.12
2	INFECCIONES INTESTINALES OTROS ORGANI	13159	2527.81
3	INFECCIONE DE VÍAS URINARIAS	9686	1860.65
4	DIABETES MELLITUS	4993	959.14
5	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4396	844.46
6	GASTRITIS, DUODENITIS Y ULCERA	4355	836.58
7	INSUFICIENCIA VENOSA PERIFÉRICA	3756	721.51
8	OTITIS MEDIA AGUDA	3195	613.75
9	ASMA	2238	429.91
10	AMIBIASIS INTESTINAL	1412	271.24
11	DESNUTRICIÓN LEVE	1345	258.37
12	MORDEDURAS	1219	234.16
13	GIARDIASIS	975	187.29
14	CANDIDIASIS UROGENITAL	730	140.23
15	DISPLASIA CERVICAL LEVE Y MODERADA	598	114.87
16	ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN	422	81.06
17	VARICELA	400	76.83
18	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL ÚTERO	388	73.53
19	OTRAS INFECCIONES INTESTINALES DEBIDA	351	67.42
20	VIH/SIDA	200	38.41
<b>TOTAL</b>		<b>137906</b>	<b>26490.34</b>

Fuente: Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica. Jurisdicción Cuauhtémoc  
Tasa. 100 000 hab.

Es necesario destacar que las tres primeras causas de morbilidad corresponden a enfermedades llamadas de la pobreza es decir a patologías infectocontagiosas, que pueden ser perfectamente prevenibles, seguidas a estas los problemas crónicos y degenerativos.

La descripción de los principales servicios otorgados entre los usuarios que asistieron a solicitarlos a las diferentes unidades médicas que forman la red de atención médica de la delegación comparada con los proporcionados en todo el Distrito federal; se identifican en el cuadro N° 29 en donde el número de consultas generales en la delegación ocupó el 11.7 % del total proporcionadas en el DF en el año 2000.

Cuadro. No. 29

### SERVICIOS OTORGADOS POR UNIDADES MÉDICAS EN LA DELEGACIÓN, 2000.

SERVICIOS	ENTIDAD			
	CUAHUTÉMOC		DISTRITO FEDERAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
GENERALES	409 325	34.2	3 485 690	28.5
ESPECIALIDAD	42 998	2.5	667 210	4.9
ODONTOLÓGICAS	50 358	3.0	712 852	5.3
INTERV. QUIRÚRGICAS	1 209	0.07	43 932	0.3
PARTOS	724	0.04	30 913	0.2
DOSIS DE BIOLÓGICOS	177 728	10.5	2 802 126	14.9
ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO	439 901	56.0	4 821 601	36.4
OTRAS	73 373	4.3	1 068 878	7.8
TOTAL	1,195,616	100	13.633.202	100

Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal GDF Servicios prestados por unidades del gobierno del DF.

El 2.9 % del total de las usuarias de los métodos anticonceptivos que atiende los servicios de salud del DF son atendidas por la delegación, como se resume en el cuadro N° 30.

Cuadro. No. 30

### USUARIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

TIPO DE MÉTODO	ENTIDAD			
	CUAHUTÉMOC		DISTRITO FEDERAL	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HORMONAL	432	16.8	18, 119	21.0
DIU	784	30.5	26,269	30.4
QUIRÚRGICO	1, 133	44.3	30, 400	35.1
OTOS	222	8.4	11, 683	13.5
TOTAL	222	100	86471	100

Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal GDF Servicios prestados por unidades del gobierno del DF.

## **8.5 PROGRAMAS Y SERVICIOS PERMANENTES, QUE ATIENDIEN A LOS USUARIOS EXTERNOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA DELEGACIÓN**

### **8.5.1 Atención integral al niño.**

**8.5.1.1** Vacunación universal.

**8.5.1.2** Vigilancia Nutricional.

**8.5.1.3** Prevención de enfermedades diarreicas agudas.

**8.5.1.4** Prevención de enfermedades respiratorias agudas.

**8.5.1.5** Arranque parejo en la vida.

### **8.5.2 Salud de la mujer.**

**8.5.2.1** Planificación familiar.

**8.5.2.2** Detección oportuna de cáncer cervico-uterino y mamario

**8.5.2.3** Enfermedades sexualmente transmisibles.

**8.5.2.4** Embarazo, parto y puerperio.

### **8.5.3 Atención al adolescente.**

**8.5.3.1** Prevención del embarazo.

**8.5.3.2** Prevención de las enfermedades transmisibles sexualmente VIH (SIDA)

**8.5.3.3** Prevención de adicciones.

**8.5.3.4** Prevención de accidentes.

### **8.5.4 Atención del adulto y del anciano.**

**8.5.4.1** Programa de apoyo alimentario, atención médica y medicamentos gratuitos para el adulto mayor de 70 años.

**8.5.4.2** Prevención y control de enfermedades crónicas y degenerativas.

**8.5.4.3** Nutrición y salud del adulto mayor.

**8.5.4.4** Clubes de ayuda mutua diabéticos e hipertensos.

**8.5.4.5** Clubes de mujeres en edad posproductiva.

**8.5.4.6** Ejercicios para la salud

### **8.5.5 Salud bucal.**

**8.5.5.1** Profilaxis buco dental

**8.5.5.2** Obturación de foseetas y fisuras dentales

**8.5.5.3** Tratamiento restaurativo atraumático

**8.5.5.4** Obturación con materiales dentales semipermanentes.

**8.5.5.6** Aplicación de fluoruros y educación para la salud bucal.

### **8.6 Vacunación antirrábica humana y canina.**

### **8.7 Educación familiar para la salud (Edufasa).**

### **8.8 Control de la tuberculosis pulmonar.**

### **8.9 Control de la influenza.**

### **8.10 Prevención de cólera.**

### **8.11 Educación sanitaria para manejadores de alimentos.**



Los recursos médicos y paramédicos que atienden en los servicios de salud de la delegación ocupan el 9.3 % del total del Distrito Federal datos que muestra el cuadro N° 31.

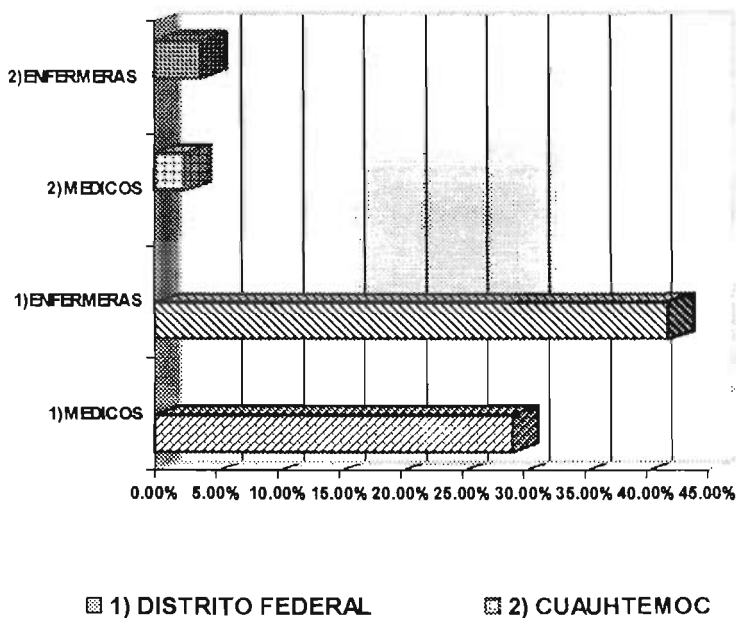
Cuadro No 31

**COMPARACIÓN DE RECURSOS HUMANOS INSCRITOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

ENTIDAD	MEDICOS				ENFERMERAS		
	GENERALES	ESPECIALISTAS	OTROS	TOTAL	EN CONTACTO	OTRA ACTIVIDAD	TOTAL
DISTRITO FEDERAL	6694	13351	9044	29089	40464	1417	41881
CUAUHTÉMOC	499	1596	571	2666	3641	289	3930

Fuente: Dirección General de Estadística, SSA.

Grafica No. 9



Fuente: Cuadro No. 31

## **8.7 EXPLICACIÓN DE LOS DAÑOS A LA SALUD MAS SOBRESALIENTES ENCONTRADOS EN LOS HABITANTES DE LA DELEGACIÓN**

### **8.7.1 Cadena explicativa de la morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas en la Delegación Cuauhtémoc, 2000.**

Como observaremos en la Tabla No. 1 para las infecciones respiratorias agudas existen varios factores determinantes, tales como los económicos, educativos, culturales, de percepción social, la falta de promoción a la salud efectiva a la comunidad sobre el cuidado y protección a la su salud por parte del personal médico, el desconocimiento y/o aplicación estricta de las normas oficiales mexicanas, resistencia a la capacitación por parte del personal de salud y actitud desinteresada a la prevención durante la consulta médica.

Aunado a esto la automedicación de las personas por falta de recursos económicos o por desconocimiento de los servicios, originando resistencia bacteriana o que los cuadros se compliquen.

Un factor importante de indicar es la contaminación ambiental, la grave polución del aire, siendo un factor que afecta a las vías respiratorias considerablemente predisponiendo a las enfermedades respiratorias a los habitantes, personas que permanecen en el área diariamente y durante largos horario sin soslayar a los visitantes a la delegación ya que como en su momento se comento, es la zona mas comercial del Distrito Federal

La contaminación del medio es mayormente debido a la gran cantidad de vehículos que transitan en la delegación condicionando daños a la salud poblacional.

TABLA No. 1

**CADENA EXPLICATIVA EN LA MORBILIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LA DELEGACIÓN, 2000.**



### **8.7.2 Cadena explicativa de las enfermedades Cardiovasculares como primera causa de defunción**

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en entre la población delegacional, por esta razón se tomo como prioridad para conocer o responder explicativamente sus condicionantes y con ello estar en la posibilidad de eficientizar los programas que eviten estos padecimientos y defunciones.

Como se esquematiza en la cadena de explicación de las enfermedades cardiovasculares, estas como primera causa de muerte en la delegación Cuauhtémoc en el año 2000, situación no extraña, ya que en el ámbito nacional ha ocupado durante los últimos seis años la primera causa de muerte. Como se muestra en la tabla N° 2.

Así también para el año analizado, el promedio de años de vida perdidos fue de 10.5 por cada defunción por enfermedades cardiovasculares y que en total sumaron 263,025 años potenciales de vida perdidos.

Los determinantes de la salud pueden clasificarse en tres grandes grupos 1) Referente a los estilos de vida en donde la transformación de hábitos dietéticos, sedentarismo y adicciones perniciosas, son en conjunto factores que intervienen significativamente en las patologías cardiovasculares 2) El medio ambiente y social, indudable es que el grado de adaptación del hombre a su medio representa el tipo de respuesta a los factores que en el entorno se encuentran, mismos que sintetizados son, factores heredo familiares, exposición a tabaco, radiaciones y a enfermedades asociadas como la aterosclerosis, fiebre reumática, diabetes, hipertensión, etc. 3) Sistema de asistencia sanitaria y entre otros mencionaremos la atención de calidad y accesible desde el primer nivel de atención, planeación de la organización laboral, creación, reforzamiento y aplicación de políticas saludables. Refiriéndonos a los tres grandes grupos de factores es conveniente mencionar que según diferentes estadísticas de mortalidad de distintos países industrializados, las causas de muerte se relacionan en un 40% de los casos con

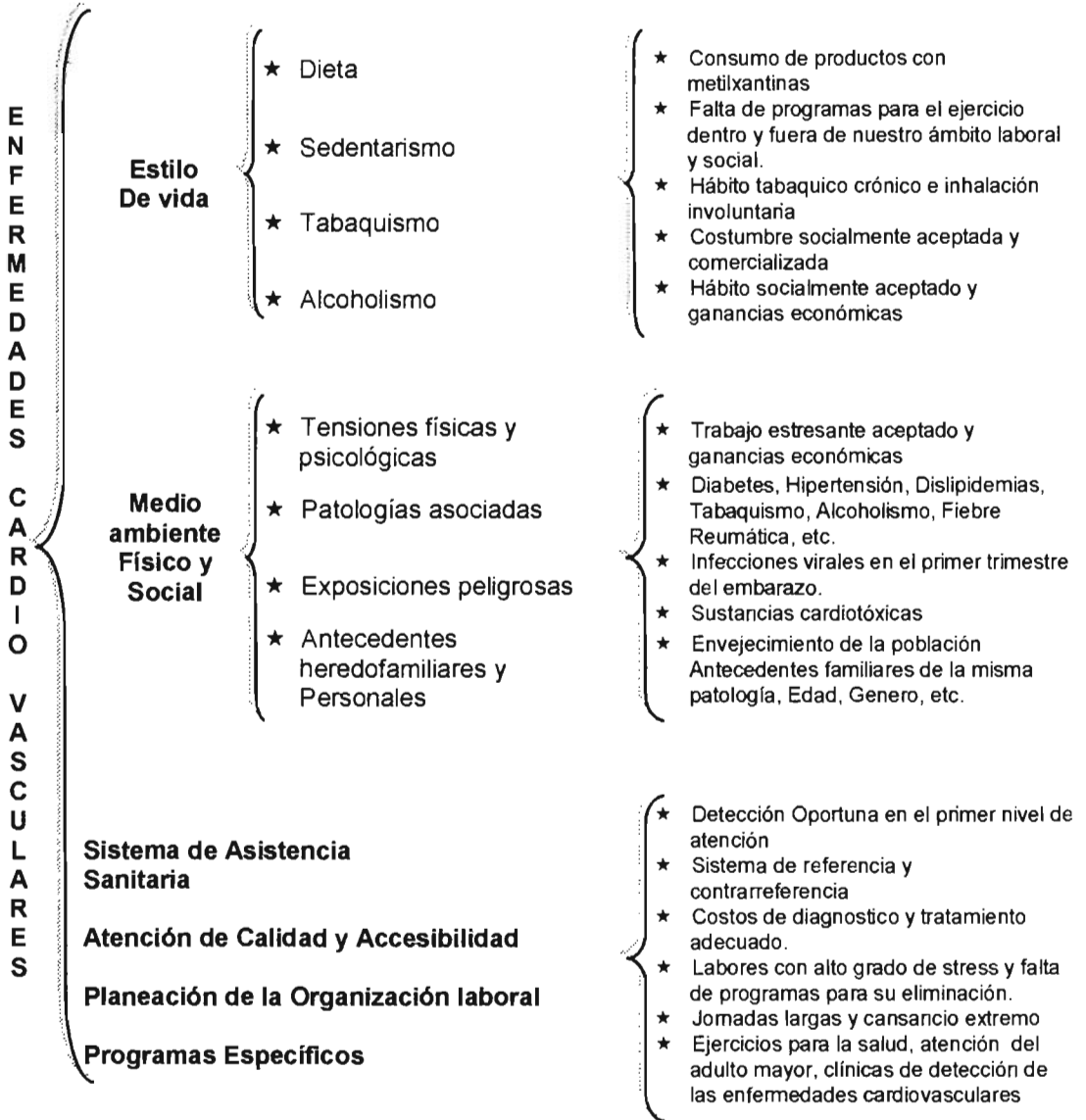
el estilo de vida en un 50% con el medio ambiente y la biología humana y en un 10% con el sistema sanitario.

La educación para la salud debe empezar con la creación y aplicación de políticas saludables por parte de los gobernantes. Diferentes tipos de instituciones pueden y deben intervenir en los métodos de educación para la salud. Por último, distintas clases de profesionales, la población en general y los individuos pueden colaborar en el proceso de enseñanza-aprendizaje para mejorar la salud y evitar las muertes por enfermedades crónicas.

La educación para la salud debe iniciarse desde la infancia, en el colegio, lugares de juego, el hogar, etc, y continuarse en edad adulta; dicha educación debe encaminar programas y proyectos educativos a la disminución de consumo de tabaco, retomar dietas cardiosaludable, práctica del ejercicio físico, eliminación de fuentes emisoras de productos cardiotóxicos, así como hacer eficientes los programas de prevención de la diabetes hipertensión y obesidad.

TABLA No. 2

**CADENA EXPLICATIVA DE LAS ENFERMEDES CARDIOVASCULARES  
COMO PRIMERA CUASA DE DEFUNCIÓN EN LA DELEGACIÓN, 2000.**



## 8.8 PRONÓSTICO

El pronóstico de salud de la Delegación, nos permite entrever acontecimientos que ocurrirán en el futuro, de continuar las tendencias conocidas de años pasados de una situación determinada. Con este pronóstico se intenciona la planificación administrativa de gran importancia para la toma de decisiones y la programación operativa de salud que será resultado de la identificación de prioridades para instaurar las intervenciones en salud urgentes sustentadas en conocimientos teórico metodológicos de la investigación de los servicios de salud.

En esta fase se toma importancia a las acciones proyectadas sobre:

- ↳ Crecimiento de la población.
- ↳ Demanda de servicios.
- ↳ Daños a la salud.

Si los factores condicionantes, los recursos y servicios permanecen sin cambios, la infraestructura de servicios y de recursos existentes no podrán soportar la demanda de atención, ya que técnicamente significará un aumento en los daños a la salud, en el crecimiento poblacional y en la demanda de servicios.

Con el diagnóstico integral, se pretende apoyar el proceso de selección de prioridades, dándole la importancia al pronóstico como la fase estratégica de la planeación.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

### 8.8.1 Proyección de la población total y sin seguridad social.

Para la proyección de la población 2000 - 2010 de la Delegación, se utilizó como base la población registrada en CONAPO, proyecciones de población por Delegación política 1990-2030, al aplica la tasa de crecimiento promedio anual es de 1.3 %.

En el año de 2000 se contabilizo a la población en 516,255 habitantes para el año 2010 de 499 024 habitantes.

La distribución de población de responsabilidad de las unidades de la Secretaría de Salud en 1999, fue de 247,179 habitantes y para los años del 2000 y 2010 será de 226,776 y 244 522 habitantes respectivamente como se inscribe en el cuadro N° 32.

Cuadro No. 32

#### PROYECCION DE POBLACION TOTAL Y SIN SEGURIDAD SOCIAL 2000- 2010 EN LA DELEGACIÓN

TOTAL	POBLACION TOTAL		POBLACION ABIERTA	
	AÑO 2000	AÑO 2010	AÑO 2000	AÑO 2010
	490,327	499 024	226,776	244 522

Fuente: Censo nominal delegacional – proyección poblacional CONAPO 20000-2030.



### 8.8.2 Proyección de la demanda y otorgamiento de consulta médica

Para calcular la proyección de demandada de servicios, en año 2010, fue necesario conocer el funcionamiento, rendimiento y el grado de utilización de los recursos y servicios del año 2000.

Determinación de consultas potenciales que se pueden atender con los recursos existentes, así como el cálculo de rendimiento se realizo de la siguiente forma.

Conociendo el comportamiento de las variables, nos dio la posibilidad de proyectar para el año 2010 y así determinar la demanda en el supuesto de que los recursos y servicios permanezcan como se encuentran al momento de realizar ésta investigación.

### 8.8.3 Determinación de consultas potenciales

Se realiza:

$$\text{Consulta x habitante.} = \frac{\text{*Consultas otorgadas en el 2000}}{\text{Población responsabilidad de los servicios salud delegacionales.}}$$

Fuente: INEGI \*Comprende consulta general, especializada, odontológica, planificación familiar y detección de enfermedades.

$$\text{Consulta x habitante.} = \frac{575.054}{244522} \quad 2.4$$

$$(\text{Consulta x hab. En 2000}) (\text{Pob. esperada en 2010}) = (2.4) (244522)$$

$$\text{Proyección de consultas para el año 2010} = 586\ 852.8$$

#### **8.8.4 Determinación de algunos indicadores de consulta médica y servicios de salud**

En los siguientes cálculos debe aclararse que esto se dan considerando condiciones optimas de recursos, se incluyen consultas generales, especializadas, odontológicas, de urgencias, de planificación familiar y detección de enfermedades.

Para esta determinación se consideraron 8 horas como promedio laboral, 232 días laborables, el parámetro de 3 consultas por hora estos últimos con base en revisión previa de metas promedio logradas por recurso en los servicios de salud de la delegación y proyecciones de población INEGI.

#### **8.8.5 Meta anuales de consultas y servicios para el año 2000 por médico**

Fórmula para la determinación:

Promedio de consulta por hora x horas laborables x días laborables.

$$3 \times 8 \times 232 = 5568$$

#### **8.7.6 Cálculo de horas médico disponibles**

Fórmula para la determinación:

Horas - médico = No. de médicos X 8 horas X 232 días hábiles.

Sustituyendo:

$$446 \times 8 \times 232 = 827\ 776 \text{ horas médico disponible para consulta.}$$

Significa que existen 827 776 horas - médico para el otorgamiento de consultas al año.

### 8.8.7 Consultas potenciales 2010

Para determinar las consultas que puede ofertar los servicios de salud de la delegación, con los recursos actuales disponibles, se aplicará la fórmula siguiente.

Consulta/ hora X horas laboradas al día x médico x días laborables.

Sustituyendo.

$3.5 \times 8 \times 446 \times 232 = 2,897,216$  consultas potenciales a otorgar en los servicios de salud de la Delegación Cuauhtémoc para el año 2010.

### 8.7.8 Consultas promedio al año por habitante para el año 2010

Para determinar cuántas consultas se otorgarán por habitante de la delegación, se dividirá en número total de consultas entre la población abierta.

$$\frac{\text{Consultas potenciales}}{\text{Población sin seguridad social 2010}} = \frac{2,897,216}{221,106}$$

Consultas por individuo sin seguridad social en el 2010 = 13.1

Considerando a la población total de la delegación las consultas promedio por habitante serían 5.5 consultas al año a cada uno de los habitantes que conforman la Delegación Cuauhtémoc para el 2010, por lo que cada médico estaría en posibilidades de dar 6,496 consultas al año.

El rendimiento de consultas por hora está supeditado a factores inherentes a los prestadores de los servicios de salud así como a los recursos humanos y materiales disponibles con oportunidad y suficiencia.

La utilidad de conocer los anteriores indicadores provee al gerente de los servicios médicos a gestionar con sustentos teórico metodológicos los presupuestos y fijar metas y compromisos en los diferentes servicios e intervenciones de salud para la población y de igual manera contar con parámetros de desempeño por recurso humano.

## 8.9 PROYECCIÓN DE LOS DAÑOS LA SALUD

Esta proyección se hará por medio de la mortalidad, ya que es un indicador que mide las condiciones de salud de una población. Se manejó la técnica estadística de mínimos cuadrados para hacer la proyección de la tasa de mortalidad esperada para 2010 en los siguientes indicadores:

- ↳ Mortalidad general
- ↳ Mortalidad infantil
- ↳ Mortalidad preescolar
- ↳ Mortalidad productiva
- ↳ Mortalidad materna

## 8.10 EVALUACIÓN

La finalidad de evaluar consiste en emitir un juicio de valor resultante de la comparación de las características observadas en un sujeto con un patrón de referencia y del análisis explicativo de las similitudes y diferencias observadas y detectadas en dicha comparación.

Como un punto de la evaluación se analizaron los factores condicionantes, daños a la salud, y programas, servicios y recursos existentes en la Delegación para la atención de la población demandante: el propósito de ésta, evaluación es medir los productos finales del diagnóstico y compararlos con criterios que se fijaron con anterioridad.

### 8.10.1 Evaluación de los factores condicionantes

En los cuadros 33 y 34 muestran los factores condicionantes que intervienen e inciden de manera significativa en el proceso salud - enfermedad, así se consideran los datos presentados por la Delegación Cuauhtémoc en comparación con el Distrito Federal, como lo muestra los cuadros siguientes:

Cuadro No. 33

#### FACTORES CONDICIONANTES DE LA VIVIENDA COMO RIESGO A LA SALUD COMPARACIÓN DELEGACIÓN – DISTRITO FEDERAL, AÑO 2000.

CARACTERÍSTICA	DELEGACIÓN CUAUHTEMOC	DISTRITO FEDERAL	RIESGOS DE LA DELEGACIÓN VS. DISTRITO FEDERAL
DENSIDAD DE POBLACIÓN POR KM <sup>2</sup>	32.44	5,728	Mayor
PORCENTAJE DE ANALFABETISMO	2.0*	4.3*	Menor
PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON AGUA POTABLE	95.8*	94.5*	Mayor
PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON DRENAJE	96.1*	75.7*	Mayor
PROMEDIO DE OCUPANTES POR VIVIENDA	3.4*	4.0*	Menor

Fuente: Instituto Nacional Para el Federalismo y Desarrollo Municipal

\* INAFED -Censo nominal Delegacional.

Cuadro: No. 34

PORCENTAJE DE VIVIENDAS POR TIPO DE COMBUSTIBLE PARA COCINAR	DELEGACIÓN CUAUHTEMOC	DISTRITO FEDERAL	RIESGOS DE LA DELEGACIÓN VS. DISTRITO FEDERAL
Gas	94.7	97.0	Menor
Leña	0.07	0.19	Menor
Carbón	0.05	0.04	Mayor
Petróleo	0.06	0.01	Mayor

Fuente: INAFED

Analizando los datos registrados en los cuadros anteriores 33 y 34, se observa que de manera general las condiciones de riesgo para la salud de la población que habita en ésta Delegación no se encuentran asociadas a componentes de saneamiento básico intradomiciliarias ya que un alto porcentaje de las viviendas cuentan con agua potable y drenaje siendo similares e incluso mayor a la media del Distrito Federal.

### 8.10.2 Otros factores asociados a daños a la salud

En la Delegación existe una alta concentración poblacional, superando comparativamente la densidad de población del Distrito Federal, es primordial mencionar que la densidad se debe a que en esta delegación se encuentran las zonas comerciales del Distrito Federal más densas de esta entidad.

La población flotante que comercia es lo que aparenta la gran densidad poblacional ya que inclusive del interior de la Republica arriban a esta delegación comerciantes para mercantilizar productos; aun así el promedio de ocupantes por vivienda en dicha Delegación es menor a la que se estima para toda la entidad.

Evaluación de los daños a la salud: el porcentaje de combustible a gas para cocinar en los hogares de la delegación es ligeramente menor (2.3) comparado con el Distrito Federal y de igual forma otros combustibles son superiores sólo con algunas décimas, mostrando poca significancia como daños a la salud comunitaria así lo demuestra el cuadro N° 34.

La salud poblacional se encuentra amenazada por otro factor como son los grandes volúmenes de basura que es un problema en las ciudades y como "corazón de la

ciudad" de México, la delegación Cuauhtémoc recolecta 261,705 toneladas anualmente y su destino final es eficiente solo en un 62 % y los servicios de recolección son insuficientes (252 vehículos recolectores datos de la Secretaría de Obras y Servicios, GDF) con lo cual los sistemas de alcantarillado se taponan y las inundaciones son frecuentes en época de lluvias, así como la basura en la vía pública en constante, provocando focos de infección y asentamiento de fauna nociva.

Esto generado por la comercialización de miles de productos al día y conveniente ejemplo son los mercados de Tepito, la Lagunilla, la Merced, Plaza de la Computación, plaza Meabe, mercado de Mesones, Plaza Garibaldi, gran cantidad de centros nocturnos, jardines y alamedas ubicadas en esta demarcación política, aunado a esto en la semana se instalan 5 mercados sobre ruedas y 49 tianguis y 4 concentraciones. (Secretaría de Desarrollo Económico, GDF) Relevante es apuntar que el 91 % de estos comercios y comerciantes no cumplen con los requisitos mínimos indispensables en sus personas, puestos y condiciones de expedición de productos seguros para la salud. (Dirección General de Abasto, Comercio y Distribución GDF).

En la delegación se encuentran hospitales y consultorios públicos y privados influyendo unidades médicas de seguridad social que aproximadamente son 63 brindando servicios a población derechohabiente, hecho que genera volúmenes de residuos biológicos infecto contagiosos (RPBI), y que en algunos casos no son tratados de acuerdo a la normatividad para convertirlos en inocuos a la salud de la población, pudiendo agregar riesgo para la salud comunitaria.

También son sobresalientes los daños a la salud que pueden constituir las manifestaciones y marchas que se generan hacia las instituciones gubernamentales y 120 edificios destinados a la administración pública que son predominantes en esta delegación respecto al total del Distrito Federal.

En el cuadro N° 35 se compara la mortalidad por grandes grupos poblacionales de la Delegación respecto a la mortalidad presentada en el Distrito Federal, y con ello lograr la identificación de problemas, construyendo juicios de valor del fenómeno evaluado tomando en cuenta la magnitud y rumbo de la misma.

Cuadro No. 35

**COMPARACIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD, POR GRANDES GRUPOS POBLACIONALES ENTRE EL DISTRITO FEDERAL - DELEGACIÓN. 2000.**

INDICADOR	DISTRITO FEDERAL	DELEG. CUAUHEMOC
MORTALIDAD GENERAL	523.2	815.0
MORTALIDAD INFANTIL	17.2	11.1
MORTALIDAD PREESCOLAR	60.7	50.8
MORTALIDAD ESCOLAR	25.0	22.6
MORTALIDAD PRODUCTIVA	279.8	467.7
MORTALIDAD POST-PRODUCTIVA	4864.6	5045.0

Fuente: SSDF, Agenda Estadística \*Tasas por 100 000 habitantes.

**8.10.3 Evaluación de los recursos y servicios**

Cuadro No. 36

**PROPORCION DE RECURSOS MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y CENTROS DE SALUD, POR MIL HABITANTES EN LA DELEGACIÓN, AÑO 2000.**

INDICADOR	FORMULA	RESULTADO
MÉDICO POR CADA 1000 HABITANTES	$\frac{\text{NO. MÉDICOS X 1 000}}{\text{*POBLACIÓN SIN S.S.}}$	2.0
ENFERMERAS POR CADA 1 000 HAB.	$\frac{\text{NO. ENFERMERAS X 1000}}{\text{*POBLACIÓN SIN S.S.}}$	3.3
CENTROS DE SALUD POR CADA 1 000 HABITANTES	$\frac{\text{NO. CENTROS DE SALUD}}{\text{1000 HABITANTES}}$	0.1

Fuente: SSDF, \* Se calculo en base a población sin seguridad social



## **8.11 DISPONIBILIDAD**

Al analizar los datos del cuadro N° 36, se observa que los médicos que atienden a la población de la Delegación Cuauhtémoc es de 2.0 por cada 1 000 habitantes sin seguridad social de la misma, en tanto que para el Distrito Federal éste mismo dato es de 3.1; los datos para el grupo de enfermeras, el promedio que atiende a cada 1000 habitantes de la Delegación es de 3.3, mientras que para el Distrito Federal, es de 4.7

## **8.12 ACCESIBILIDAD**

De manera general, los centros de salud que atienden a la población en la Delegación Cuauhtémoc presentan gran accesibilidad geográfica, ya que a todos ellos confluyen un sinnúmero de avenidas importantes, así como de rutas de transporte público, facilitando éste tipo de accesibilidad.

Referente a la accesibilidad económica, los precios por costo de servicio, en su gran mayoría son cubiertos sin problemas por la población usuaria esto se afirma en base a dos documentos la investigación realizada por M. Mejía y T. Serrano sobre accesibilidad en el año 2002 incluyendo la económica en donde el resultado fue: de las personas usuarias el 98.2 % no tienen problema para el pago y la otra base son los listados de costos al público.

Importante es mencionar que en ésta Delegación se encuentran hospitales de concentración a nivel nacional y sus cuotas de recuperación varían dependiendo del servicio y tipo de especialidad, así también del número de estudios a realizar, sin embargo los costos de todo ello son accesibles a la gran mayoría de la población demandante.

Al analizar la accesibilidad administrativa se debe mencionar que en los diferentes servicios de salud de la delegación persiste diferente grado de complejidad, obstante, todos ellos proporcionan los servicios demandados.

Cuadro No. 37

**RESULTADOS ENTRE LO PLANEADO Y OBTENIDOS POR CONSULTA OTORGADAS, HORAS – MÉDICO Y PROMEDIO DIARIO DE CONSULTAS, 2000.**

INDICADOR	FORMULA	SUSTITUCIÓN	META	LOGRO	%
% CONSULTAS OTORGADAS RESPECTO A LAS PROGRAMADAS	NO. CONSULTAS OTORGADAS	$\frac{*575\ 054}{827\ 776}$	827 776	575 054	69.4
	NO. CONSULTAS PROGRAMADAS				
NO. CONSULTAS/ HORAS/ MÉDICO	TOTAL DE CONSULTAS	$\frac{*575\ 054}{796,\ 224}$	3	4.3	107.5
	NO. DE HORAS/ MÉDICO/AÑO				
PROMEDIO DIARIO CONSULTA/ MÉD.	CONSULTA ANUAL POR MÉDICO DÍAS LABORALES	$\frac{6496}{232}$	24	28	116.6

Fuente: Anuario Estadístico de Recursos, SSA, y Metas Operativas Jurisdiccionales.\*Incluye consulta general, especializada, odontológica, de planificación familiar y detección de enfermedades.

De los resultados observados en el cuadro N° 37, podemos concluir que el número de consultas otorgadas durante el año 2000, en promedio rebasó al 100%, por tanto es necesario replantear las metas para el otorgamiento de consultas. En cuanto a las consultas por horas 1 médico y sobre la base de lo analizado se observa que al igual que los otros indicadores rebasó la meta, sin embargo se encuentra dentro de los parámetros de tolerancia para la planeación. Así también para el promedio de consultas diarias, el indicador llegó a un porcentaje ligeramente superior a las consultas diarias por medico programadas.

### **8.13 COBERTURA**

El número de habitantes de la Delegación que tiene derecho a su atención por Instituciones de Seguridad Social se estima para el año 2000 en 275.169 (53.3%) y la población abierta se estipula en 241.086 que corresponde a 46.6%.

Prudente resulta comentar que es muy similar la derechohabencia y la población sin seguridad social.

### **8.14 PRIORIZACIÓN**

Los determinantes de la salud se pueden abordar con diferentes perfiles dependiendo de la intencionalidad del estudio, mismo del que provenga la determinación de las prioridades. Así por ejemplo a partir del enfoque más universal en donde la prioridad es abordar 1) La biología humana 2) El medio ambiente y social 3) Estilo de vida, y 4) sistema de asistencia sanitaria.

Otra forma de priorizar los daños a la salud es a través del enfoque de riesgos en el cual se actúa sobre la base de los factores condicionantes con un modelo anticipatorio es decir atender a la población cuando el daño es riesgo.

La forma más común para priorizar es por medio de criterios de Magnitud, Trascendencia, Vulnerabilidad., en donde la técnica, valora el número de veces que el daño se repite en la población de estudio por medio de la magnitud, la vulnerabilidad plantea la posibilidad de respuesta organizada existente al o los problemas de salud, y la trascendencia se refiere al impacto que la enfermedad ejerce sobre la sociedad.

En el mismo orden de ideas la determinación de prioridades en salud cuando la epidemiología y la administración de servicios de salud es retomada puede ser priorizada por algunos indicadores como:

- a) La magnitud de la pérdida en donde se calcula los años de vida perdidos por causa de la morbilidad con base en el riesgo atribuible, absoluto, y relativo.
- b) La prevención en este indicador busca la sensibilidad que acusa un problema de salud frente a un programa o la celeridad con que puede ser prevenida la enfermedad, esta forma es determinada por medio de las opiniones y criterios de expertos.

Una de las técnicas más actuales para la priorización es la medición conjunta de daños a la salud que no llegan a provocar la muerte, pero sí daño así como del tiempo perdido por la mortalidad prematura, los indicadores de años de vida ganados (QALY, Quality Adjusted Life Years), denominados en México Años de vida saludables (AVISA).

Estos indicadores facilitan la determinación con mayor precisión de las necesidades en salud y permiten mejorar la asignación de los recursos.

Por lo anterior se consideran como indicadores compuestos, que miden de manera integral, tanto el efecto social de la enfermedad como el que ocasiona la muerte en edades tempranas, aceptando que el proceso salud-enfermedad- muerte es un continuo.

Se han desarrollado indicadores sencillos que combinan el incremento de sobre vida y la ganancia en salud relacionada con la calidad de vida.

Este indicador contabiliza de manera muy precisa los años de vida ganados, mismo, que busca medir la importancia relativa de los problemas de salud a partir de la cuantificador de la vida saludable perdida.

En relación con los avisa, la medición del peso de la enfermedad debe abarcar, en lo posible, toda alteración de la salud que represente pérdida de bienestar.

Gracias a este indicador se cuenta con un patrón de medida métrica común para las pérdidas de salud por todas las causas a todas las edades, por ello, el indicar utiliza el tiempo, y no el número de eventos.

Los economistas y planificadores del desarrollo han incrementado el uso de indicadores sociales para la medición del estado de salud con la finalidad de guiar las decisiones en la estrategia de atención en los programas de salud y sociales, sobre la base de esto anterior- en los siguientes cuadros se presenta la medición de los años potenciales perdidos, los años de vida saludables (AVISA) perdidos por causa de muerte y enfermedad seleccionada.

Para calcular los años potencialmente perdidos se utilizó, el número de defunciones por causa seleccionada y el indicador establecido para los años promedio perdidos por causa de defunción, misma que se encuentra en la fuente bibliográfica N° 24

Cuadro No. 38

**AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR CAUSA DE DEFUNCIÓN SELECCIONADA, EN LA DELEGACIÓN, 2001.**

CAUSA	DEFUNCIONES	AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (PROMEDIO URBANO)	TOTAL
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	799	14.4	11425
TUMORES MALIGNOS DE BRONQUIO Y PULMON	550	11.9	6545
DIABETES MELLITUS	471	47.8	22513.8
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	206	18.8	3872.8
ENFERMEDADES DEL HIGADO	163	18.7	2982.9
<b>TOTAL</b>			<b>47339.5</b>

Fuente: SEED, DGE, SSA. Anuario de mortalidad SSA..

De los datos observados en el cuadro N° 38, se desprende que las enfermedades del corazón alcanzaron el 21.3 %, seguidas de los tumores malignos los cuales obtuvieron un porcentaje de 14.6%, así la diabetes Mellitus en tercer lugar obtuvo un porcentaje de 12.5, encontrándose en cuarto lugar las enfermedades cerebrovasculares con un porcentaje de 5.4 y por último en quinto lugar se encuentran las enfermedades del hígado con un porcentaje de 4.3. que no por centrarse en último lugar deja de ser importante ya que este problema repunta en la transición epidemiológica del país.

Cuadro No. 39

**AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVISA) PERDIDOS POR CAUSA DE DEFUNCIÓN SELECCIONADA, EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

CAUSA	DEFUNCIONES	AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (PROMEDIO URBANO)	TOTAL DE AÑOS PERDIDOS
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	799	14.4	11505.6
TUMORES MALIGNOS DE BRONQUIO Y PULMON	550	5.8	3190
DIABETES MELLITUS	471	3.9	1836.9
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	206	6.3	1297.8
ENFERMEDADES DEL HIGADO	163	8.2	1336.6

Fuente: SEED, DGE, SSA. Economía y Salud.

No obstante que el infarto agudo al miocardio fue la primera causa de defunción general, seguido de los tumores malignos y la diabetes Mellitus se presentó como tercera causa de años potenciales de vida perdidos (AVISA) representando el 12.5% del total de AVISA de las cinco principales causas de defunción en la delegación Cuauhtémoc en el año estudiado.

Cuadro No. 40

**AÑOS DE VIDA SALUDABLES (AVISA) PERDIDOS POR CAUSA DE ENFERMEDAD SELECCIONADA, EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

CAUSA	CASOS	AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS (PROMEDIO URBANO)	TOTAL DE AÑOS PERDIDOS
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	63422	14.3	906,934.6
INF. INT. PÓR OTROS ORGANISMOS	8805	4.5	39,622.5
INF. DE VIAS URINARIAS	4674	1.42	6637.0
DIABETES MELLITUS	2353	1.8	4235.4
OTITIS MEDIA AGUDA	2154	0.78	1680.1
<b>TOTAL</b>	<b>81408</b>		<b>959109.6</b>

Fuente: SEED, DGE, SSA. Economía y Salud, Fundación para la salud. (FUNSALUD)

Las infecciones respiratorias agudas en la delegación Cuauhtémoc en el año analizado causaron el 94.5% del total de los años saludables perdidos que suman las 5 primeras causas de morbilidad. Las infecciones intestinales por otros organismos ocuparon el 4.1% de los (AVISA), en tercer lugar con el 0.69% las infecciones urinarias, la diabetes Mellitus obtuvo el 0.44% y en quinto lugar las otitis medias agudas con un porcentaje de 0.17%; datos que se presentan el cuadro N° 40.

Entre otros métodos para determinar las prioridades en salud y ya antes mencionados son indicadores de: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, costo de abordaje, potencial epidémico, respuesta pública organizada, demanda de servicios. Para el presente trabajo de investigación se emplearon las estimaciones de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad por considerarlos como los de mayor significancia.

La magnitud se operacionalizó para el presente trabajo como el peso porcentual que tiene cada causa de defunción en relación al total de causas.

Para la cuantificación numérica se emplearon valores del 1 al 5 de la siguiente manera.

#### **d) Magnitud**

MUY ALTA = 5

ALTA = 4

MODERADA = 3

BAJA = 2

MUY BAJA = 1



Cuadro No. 41

**CUADRO DE PRIORIZACIÓN MEDIANTE EL CALCULO DE LA MAGNITUD, DE LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

ORDEN	CAUSA DE DEFUNCIÓN	No DE DEFUNCIÓNES	%	PUNTAJE
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	799	21.4	5
2	TUMORES MALIGNOS DE BRONQUIO Y PULMON	550	14.6	5
3	DIABETES MELLITUS	373	12.6	5
4	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	206	5.4	4
5	ENFERMEDADES DEL HIGADO	163	4.3	4

Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, DGE, SSA.

Sobre la base de los resultados numéricos contenidos el cuadro N° 41, las defunciones por enfermedades del corazón, tumores malignos y la Diabetes Mellitus son entre la población de la delegación Cuauhtémoc de muy alta magnitud, las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades del hígado son de magnitud alta.

### 8.15 TRASCENDENCIA

Se define como trascendencia al impacto que tiene una defunción en relación con los años perdidos. Para el cálculo de esta se utilizó los criterios de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, mismos que asignan valores a las defunciones según el grupo de edad analizado.

Así entonces para el:

MÉTODO OPS.-C.E.N.D.E.S.	Y	ESCALA DE TRASCENDENCIA	
Menores de 15 años = 1 -0		MUY ALTA	= 5
De 15 - 65 años = 0.75		ALTA	= 4
Mayores de 65 años = 0.50		MODERADA	= 3
		BAJA	= 2
		MUY BAJA	= 1

Una vez realizado el calculo se suman los valores resultantes de los grupos de Edad y se dividen entre el total de defunciones.

Cuadro No. 42

**CALCULO DE TRASCENDENCIA PARA LAS CINCO PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIÓN, COMO METODO DE PRIORIZACIÓN EN NECESIDADES EN SALUD DE LA DELEGACIÓN CUAUHTEMOC, 2000.**

ORDEN	CAUSA DE DEFUNCIÓN	NO DE DEFUNCIONES	TRASCENDENCIA	PUNTAJE
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	799	5	5
2	TUMORES MALIGNOS DE BRONQUIO Y PULMON	550	5	5
3	DIABETES MELLITUS	373	5	5
4	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	206	4	4
5	ENFERMEDADES DEL HIGADO	163	4	4

Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, DGE, SSA.

Al analizar los resultados resumidos en el cuadro N° 42, sobre la priorización se comenta, que las defunciones por enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y la Diabetes Mellitus presentan muy alta trascendencia y que las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades del hígado se registran con alta trascendencia para la población de la delegación en estudio.

### 8.16 VULNERABILIDAD

Este término para el estudio se entiende como la forma de atender a los problemas de salud, teniendo como base los recursos que aseguren el beneficio a la población. La escala de medición para asignarle valores numéricos a la vulnerabilidad es la siguiente:

VULNERABILIDAD		ÍNDICE DE PONDERACIÓN	
MUY ALTA	= 5	POCO REDUCIBLES	0.10
ALTA	= 4	MEDIANAMENTE REDUCIBLES	0.33
MODERADA	= 3	MUY REDUCIBLES	0.66
BAJA	= 2		
MUY BAJA	= 1		

Cuadro No. 43

**CALCULO DE LA VULNERABILIDAD DE LAS DIEZ PRIMERAS  
CAUSAS DE DEFUNCIÓN EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

CAUSA	INDICE DE PONDERACIÓN	VULNERABILIDAD
ENF. DEL CORAZON	0.10	2
TUMORES MALIGNOS	0.10	1
DIABETES MELLITUS	0.33	4
ENF. CEREBRO VASCULAR	0.10	1
ENF. ALCOHOLICAS DEL HÍGADO	0.33	4
ACCIDENTES	0.66	5
INFUENZA Y NEUMONIA	0.66	5
ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA	0.33	2
ENF. POR VIH/SIDA	0.33	4
AFECC. DEL PERIODO PERINATAL	0.66	3

Fuente: Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, DGE, SSA.

A partir de los datos del cuadro N° 43, es notable que las enfermedades del corazón y tumores malignos de pulmón y bronquios por su multifactorialidad presentan muy alta dificultad para su abordaje y solución, ya que en ellos intervienen factores de la biología, sanitaria; a diferencia de los padecimientos de tipo infeccioso siendo que éstos presentan la mejor vulnerabilidad para ser atendidos positivamente.

### **8.16.1 Resultado de la Priorización de los diez primeros problemas de Salud en la Delegación, 2000.**

Con base en los criterios descritos anteriormente (magnitud, trascendencia y vulnerabilidad), en el cuadro siguiente se observan, los valores obtenidos en cada uno de las diez principales causas de mortalidad en la Delegación Cuauhtémoc durante 2001.

Procedimiento: Los puntajes se sumaron de acuerdo a la escala que se describe a continuación:

ESCALA DE PRIORIDAD:

A - 11 a 15 puntos = Alta prioridad

B - 6 a 10 puntos = Moderada prioridad

C - 1 a 5 puntos = Baja prioridad

Cuadro No. 44

**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS 10 PRIMEROS  
PROBLEMAS DE SALUD EN LA DELEGACIÓN, 2000.**

PROBLEMAS DE SALUD	1	2	3	A	B	C
ENF. DEL CORAZON	5	5	2	12		
TUMORES MALIGNOS	5	5	1	11		
DIABETES MELLITUS	5	5	3	13		
ENF. CEREBRO VASCULAR	4	4	1		9	
ENF. ALCOHOLICAS DEL HÍGADO	4	3	4	11		
ACCIDENTES	4	3	5	12		
INFUENZA Y NEUMONIA	1	3	5		9	
ENF. PULMONAR OBSTRUCTIVA	1	2	2			5
ENF. POR VIH/SIDA	3	2	4		9	
AFECC. DEL PERIODO PERINATAL	1	2	2			5

- |                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 1. Magnitud       | A. Alta prioridad     |
| 2. Trascendencia  | B. Moderada prioridad |
| 3. Vulnerabilidad | C. Baja prioridad     |

La resultante de la priorización de las primeras diez causas de defunción en la delegación Cuauhtémoc en el 2000, que aparecen en el cuadro N° 44, se describen a continuación:

Las enfermedad del corazón, tumores malignos y la diabetes Mellitus, enfermedad alcohólicas del hígado, y los accidentes son padecimientos que presentan alta prioridad en su atención, y la enfermedad cerebro vascular, la influenza y neumonía y el VIH/SIDA son de prioridad mediana y las afecciones del recién nacido y la enfermedad pulmonar obstructiva se presentan de baja prioridad.

Sobre la base de lo anterior se analiza y se sugiere que los programas para la problemática encontrada en la demarcación estudiada deben estar encaminados a resolver los padecimientos crónicos, y prevención del cáncer.

## **8.17 EVALUACIÓN**

Esta es la forma de establecer la comparación entre lo programado y lo realizado y su principal función es la retroalimentación, así como permitir la comparación contra otros indicadores.

### **8.17.1 Factores condicionantes**

Comparativamente la delegación respecto al Distrito Federal presenta una mayor cantidad de accidentes por automotor, así como el porcentaje de analfabetismo es de 5.3 y la densidad poblacional es por mucho menor a la del Distrito Federal que corresponde a 3 244, a diferencia del Distrito Federal que se cuantifica en 13 480 habitantes por km<sup>2</sup>

### **8.17.2 Recursos y servicios**

En la Delegación se encuentran un gran número de servicios y recursos para atender la salud de la población, ya que en ésta se han establecido grandes complejos médicos, tanto públicos como privados, y solo por mencionar algunos se encuentran Hospitales Generales, Centros Médicos de concentración Nacional.

## 8.18. ANALISIS DE LA EVALUACION

Analizando los indicadores desarrollados en el método de prioridades para conocer las necesidades principales en salud de la delegación se pueden mencionar los siguientes y se desarrollan en los párrafos a continuación.

- a) Años de vida potenciales perdidos
- b) Años de vida saludables perdidos
- c) Magnitud
- d) Trascendencia
- e) Vulnerabilidad

Las necesidades prioritarias para la Delegación Cuauhtémoc son las enfermedades del corazón como primera causa de muerte alcanzando el 24.1% del total de los años potenciales perdidos sumados de las primeras cinco causas de defunción y las infecciones respiratorias agudas como causa de morbilidad, mismas que alcanzaron el 99.5 % del total de años saludables perdidos.

Los tumores malignos de bronquios y pulmón alcanzo el 13.8% del total de los años potencialmente perdidos, no así para la Diabetes Mellitus misma que con un alarmante 47.5% contribuyo a la perdida de años potenciales y por ello se toma en muy importante problema de salud publica ya que este problema repunta en la transición epidemiológica de la Delegación.

No obstante que el infarto agudo al miocardio fue la primera causa de defunción general, la Diabetes Mellitus se presentó como primera causa en la Delegación cuando se miden los años de vida potenciales perdidos representando una autentica prioridad a ser atendida en la Delegación Cuauhtémoc.

Las infecciones respiratorias agudas en la delegación Cuauhtémoc en el año de 2000 causaron el 94.5% de la perdida de los años de vida saludables (AVISA), sumando el total de años perdidos de las cinco primeras causas de morbilidad en dicha Delegación. a diferencia de las infecciones de oído medio que alcanzaron el 0.7%, siendo de menor compromiso para la perdida de la vida.



Sobre la base de los resultados numéricos las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades alcohólicas del hígado y los accidentes son entre la población de la delegación Cuauhtémoc de muy alta magnitud, en tanto que las enfermedades cerebro vascular, la influenza y neumonía así como el VIH-SIDA son entidades patológicas de moderada prioridad. Solo la enfermedad pulmonar obstructiva y las afecciones del periodo Perinatal presentan baja prioridad.

Al analizar los resultados de la trascendencia se comenta, que las defunciones por enfermedades cardiovasculares, tumores de pulmón y la Diabetes Mellitus son enfermedades de muy alta trascendencia a diferencia de las enfermedades cerebro vascular y enfermedades del hígado se registran con trascendencia para la población de la delegación en estudio.

## IX DISCUSIÓN

La científicidad en la toma de decisiones en el área de la salud debe ser sustentada por medio de estudios metodológicos y entre otros el diagnóstico integral de salud es la herramienta teórico metodológica capaz de orientar la actualización de las necesidades que en materia de atención médica requiere la población, por ello el presente trabajo es un estudio exploratorio realizado en la delegación Cuauhtémoc.

Con las consideraciones anteriores es prudente enfatizar que lo reportado en el cuerpo del documento son datos consistentes, teniendo como substancial función abordar los principales detrimentos sanitarios entre la población así por ejemplo aproximadamente el 50% de los residentes de la delegación no cuentan con seguridad social, agravado esto por la población flotante que asiste diariamente a ofrecer servicios, comercializar y consumir miles de productos en esta área geopolítica del distrito federal repercutiendo esto en la demanda de servicios de salud, entre otras consecuencias la dificultad saneamiento básico, control en algunos programas como es la vacunación y de enfermos que requieren seguimiento.

Favorablemente se debe mencionar, que entre la población de 15 años y más que habita en este territorio el alfabetismo cubre al 97.6% predominando el sexo femenino. El analfabetismo general es del 2.0%. El aprovechamiento escolar considerando el nivel preescolar hasta estudios superiores (normalistas) es de 83.2%.

Población económicamente activa (PEA) de la delegación es del 77.0% superando a la del distrito federal que se calculó entre 50 y 65%. La ocupación principal en la delegación es de actividades comerciales y servicios. Referente al ingreso familiar de la PEA el 20.3% tiene una percepción de un salario mínimo, el 42.7% recibe hasta dos veces el salario mínimo y solo el 5.8 disfruta de 5 o más salarios mínimos mensuales; analizando estos datos se puede explicar la demanda de los servicios de salud pública en esta delegación.

Mencionando los factores sociales de riesgo que se presentan en el área entre los más denotados se encuentra el ambulante, niños en y de la calle la prostitución, alcoholismo, venta y consumo de drogas ilícitas, marchas, mítines y plantones.

De especial referencia son las pérdidas por marchas y manifestaciones las cuales repercuten en el comercio establecido mismo que hacen hasta 7 millones de pesos por día; otro flagelo social son los crecientes robos y homicidios registrados en esta área.

Superlativos son los volúmenes de basura y desechos sólidos acumulados en la vía pública sobresaliendo las colonias del primer cuadro.

El promedio de basura recolectada es de 261.705 toneladas equivalente al 6.0 % del total de la basura recolectada en el D.F. La razón de esta cantidad de desechos es principalmente el comercio ambulante, las marchas, mítines y plantones. Teniendo como consecuencia la obstrucción de las redes de drenaje.

Identificando los notables daños a la salud se encuentran como principales causas de defunción general las enfermedades del corazón registrando tasa de 176.6 por cien mil habitantes los tumores malignos, la diabetes Mellitus, las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades del hígado, como sexta causa de muerte los accidentes, los homicidios ocupan la décima causa de mortalidad general. Todas estas causas contrastadas con las principales causas de defunción del D.F registran tasa superiores a este. El grupo que registra mayor número de defunciones en general es el que se encuentra entre 70 y 75 años y en sentido opuesto el grupo que registra menores defunciones en de 1 a 4 años

La tendencia de las enfermedades no transmisibles se ha mantenido en una tendencia ascendente en el periodo 1996-2000.

La muerte por atropellamiento en el periodo analizado se indica con el mayor porcentaje respecto al total de las otras delegaciones que conforman el D.F.

Las principales causas de morbilidad en la delegación Cuauhtémoc son similares a las del país siendo estas las enfermedades respiratorias agudas mismas que alcanzaron tasa 12285.0 por cien mil habitantes y en segundo termino las infecciones intestinales seguidas de las infecciones de vías urinarias y como cuarta causa la Diabetes Mellitus morbilidad con registros ostensiblemente ascendente en la última década.

Los servicios otorgados por unidades médicas que constituyen la red de atención pública de la Delegación Cuauhtémoc otorgaron el 11.7 de consultas generales y el 6.4% de especialidad con respecto al total de las otorgadas por todas las unidades médicas de los servicios de salud del Distrito Federal. Del total de dosis de biológicos aplicadas fue del 6.3% comparadas con el porcentaje general de DF.

La prevención y educación para la salud tienen una plataforma amplia desde los programas de salud empleados para promover estilos de vida saludables entre los residentes de la delegación así como para los usuarios que asisten a los servicios de salud, dichos programas optimizados en sus objetivos y finalidades serán competitivos ante la proyección demandada de servicios por los usuarios externos. Sin embargo es necesario fortalecer algunos programas y subprogramas a través de la asignación de recursos humanos, materiales y económicos mínimos indispensables que requieren estos con la intención de lograr la viabilidad y factibilidad en su operación y que teniendo como base la priorización realizada en el presente trabajo se programen las intervenciones de salud capaces de resarcir el equilibrio del proceso salud enfermedad comunitario hasta lograr un impacto positivo en la salud pública y así disminuir los daños a la salud.

## **X CONCLUSIONES**

### **10.1 Factores Condicionantes**

Entre otros, en la delegación Cuauhtémoc, los factores condicionantes que deben ser resaltados son el económico, las características de la vivienda y aspectos culturales mismos que le dan un matiz de riesgo para la salud de la población del área.

El comercio informal como parte de la economía en la demarcación es una situación que influye en la calidad de vida de los habitantes Delegacionales, debido a que los comerciantes son población flotante que demanda servicios de salud disminuyendo la posibilidad de ser cubierta con la calidad necesaria.

Referente a la calidad de la vivienda y no obstante la alta concentración de ellas la densidad de población es de 13 480 habitantes por km<sup>2</sup>, sin embargo la gran cantidad de viviendas de construcción muy antigua han hecho que se pierda la resistencia de los materiales de construcción y con ello se eleva el riesgo durante los fenómenos naturales como son los sismos e inundaciones en tiempo de lluvias.

En relación al saneamiento básico esta condición es óptima, sustentando en los datos que a continuación se expresan.

Del total de las viviendas el 99.6 %, cuentan con agua intradomiciliaria, respecto al drenaje el 99.22% se encuentran conectados a la red, el promedio de ocupantes por vivienda es de 3.6 misma que decreció respecto a los últimos tres años.

Los hábitos culturales es un factor de peso esto visto de la problemática social (robo, delincuencia, accidentes, etc.) ya que se prohijan en los barrios como el de Tepito, la Merced, La Lagunilla, La colonia Buenos Aires, etc. encontrando asiento bandas de delincuentes y organizaciones delictivas.

Otra consideración son los graves niveles de contaminación del medio físico por basura. Otro flagelo para los habitantes son las marchas y manifestaciones sumamente frecuentes hacia las autoridades que se encuentran en edificios públicos de la delegación Cuauhtémoc y que además del daño al medio llegan a causar pérdidas de hasta 7 millones de pesos diarios al comercio establecido.

La gran concentración de edificios destinados a la administración pública tanto para el territorio del Distrito Federal como algunos de gestiones administrativas de tipo nacional y esto aunado a hospitales de concentración influyen como factores condicionantes a la salud de los habitantes de la demarcación.

Respecto a las defunciones por accidentes las delegaciones políticas con mayores tasas (23/100000 hab.) de mortalidad por accidentes automotores son Milpa Alta, Cuajimalpa y Cuauhtémoc siendo esta última la delegación que presentó el porcentaje más alto (16.5%) del total de las defunciones por esta causa.

## **10.2 Principales Daños a la Salud**

Las enfermedades cardiovasculares e infecciones respiratorias son las principales causas de mortalidad y morbilidad respectivamente son consecuencia de los años de vida potencialmente perdidos y años de vida saludable perdidos, así como las tasas de mortalidad específica que en el cuerpo del documento se describen, logran delinear las necesidades de salud prioritarias para la delegación.

Para reforzar la descripción también se realizaron las cadenas explicativas de los padecimientos antes mencionados, mismas que establecen que los estilos de vida, sedentarismo, la tras culturización de la dieta, las adicciones, la polución del medio físico, desnutrición y la inefectiva consolidación de programas de educación para la salud, en suma todo ello acude a establecer la multifactorialidad del perfil epidemiológico del área analizada.

La Demanda creciente de los servicios de salud debe ser considerada ya que para el año de 2000 el número de médicos fue 2.0 por cada 1000 habitante sin seguridad social, dando como resultado que el número de consultas horas médico solo cubrió el 51.25% de lo programado, de la misma forma el promedio diario de consultas por médico se estableció en el 66.6% en base a estas cifras es necesario reforzar los recursos para la atención de la salud.

Las tasa de mortalidad por las enfermedades del corazón fue de 151.56 y para las enfermedades infecciosas de las vías respiratorias 12285.01 siendo estas las principal preocupación de los servicios de salud en la delegación, seguidas por las enfermedades infecciosas de vías urinarias ocupando el tercer lugar

La cobertura de derechohabiencia es del 53.3% de la población que habita en la Delegación, mientras el 46.6% corresponde a población sin seguridad social La transición epidemiológica que presenta la delegación es parecida al resto del país ya que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares como causa de defunción y entre otras las enfermedades cardiovasculares, la Diabetes Mellitus y enfermedades cirróticas son las primeras causas, pero así también las enfermedades infecciosas como las diarreas e infecciones respiratorias son la primera causa de morbilidad. Otro daño a la salud que cabe mencionar son los accidentes por automotor, así como las neoplasias malignas.

### **10.3 Recursos y Servicios**

Los recursos con los que cuenta la delegación son muy amplios ya que entre otro en esta demarcación se ubican el Centro Médico Nacional Siglo XXI, el Hospital General de México, el Hospital Juárez centro, 38 unidades que ofertan servicios de salud de diferente nivel, los servicios médicos privados son verdaderamente cuantiosos.

El número de consultas médicas para el año analizado fueron en total contando solo los servicios de salud del D.F. (SSDF) 575 054, el número de usuarias activas fue de 7878, los partos alcanzaron la cifra de 724, las dosis de biológicos aplicados 177 728

No obstante los estragos económicos que sufre el sector hacen que los suministros y recursos materiales sean inadecuados para realizar la atención de calidad.



## **XI RECOMENDACIONES|**

- ↳ Necesidad del fortalecimiento de los programas de prevención de la contaminación del medio.
- ↳ Intensificar las acciones de educación para la salud de acuerdo al nivel cultural de los grupos mas desprotegidos
- ↳ Reforzar y promover los programas de salud enfocados a la atención de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas en los grupos de riesgo.
- ↳ Promover programas tendientes a la prevención de accidentes por causa externa, en el hogar, y la violencia intrafamiliar.
- ↳ Instrumentar programas integrales que promuevan estilos de vida saludable, ambiente propicio, protección de la biología humana y organización de los sistemas de salud entre los grupos de educación básica. Fortalecimiento de políticas de salud orientadas hacia una planeación estratégica y operativo que atiendan las necesidades de la población.
- ↳ Vincular las actividades conjuntas intersectoriales e interinstitucionales.
- ↳ Capacitación efectiva al personal de salud para la aplicación de las definiciones operacionales en la identificación de riesgos a la salud.
- ↳ Eficientizar los programas de detección oportuna de diabetes Mellitus, hipertensión arteriales, obesidad y patologías cardiovasculares.
- ↳ Optimización de los proyectos de prevención de las adicciones.
- ↳ Programar y calendarizar supervisiones de retroalimentación y apoyo a los responsables de ejecutar los programas.
- ↳ Evaluar la utilidad de las acciones por medio del impacto en los cambios de estilo de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francisco Aguilar-Cab, M.C., M.S.P.- Carlos h. Álvarez-Lucas, C.D., M.I.S.S.- Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991 revista salud publica de México noviembre-diciembre de 1993, Vol.35, no.6
2. Frenk J, Durán L. Investigación en sistemas de salud: estado del arte en México y perspectivas de desarrollo. Ciencia 1990; núm. especial: 15-25.
3. Flook EE, Sanázaro PJ, ed. Health Services Research and R & Din perspective. Ann Harbor: Health Administration Press, 1973 . Citado en: Frenk J, Durán L. Investigación en sistemas de salud: estado del arte en México y perspectivas de desarrollo. Ciencia 1990; núm. especial: 15-25.
4. Organización Mundial de la Salud. WHO Advisory Committee on Medical Research, Informal consultation on health services research: Report and recommendations. Ginebra, Suiza: OMS, 1976.
5. Nuyens Y. Module II: The research process. Kuala Lumpur, Malasia: OMS, 1988.
6. Taylor CE. The uses of health systems research. Ginebra, Suiza: OMS, 1984.
7. Hofss D, Hjort PF. Health services in Norway: Finding out what is wrong and trying to put it right. En: Nuyens Y, ed. Health systems research in action. Ginebra, Suiza: OMS, 1988: 101-109.
8. Frenk J, González-Block MA, Ruelas E. La investigación en servicios de salud y la descentralización: el caso de la atención primaria. La descentralización de los servicios de salud: el caso de México: México: Porrúa, 1986:131-154.
9. Díaz-Polanco J. La investigación en salud y la organización social: propuesta de nuevos indicadores; el sector salud y la organización de los servicios. Taller
10. Coordinación de los Servicios de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México. La investigación de servicios de salud en México 1960-1981: revisión documental. México, D.F.: UNAM, 1982.

11. Escuela de Salud Pública de México. Análisis de los cuestionarios sobre las tendencias en investigación de servicios de salud en México 1974-1983. México: ESPM, SSA,
12. M. L. Munar C. "Acreditación de las entidades prestadoras de Salud y el Sistema de calidad de Salud"; monografías. umng.edu.com
13. Luengas S. La acreditación en el ámbito internacional y en Colombia. Documento de trabajo de la Dirección General de Calidad del Instituto de los Seguros Sociales, Bogotá, 1997; 5-15.
14. E. Puentes R; F Garrido "Trato Adecuado en México: Respuesta a las Expectativas no Médicas de los Usuarios de Servicios de Salud" Coordinación General de Planeación Estratégica Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño Pág. 3-7 México 2001.
15. CONAMED. "Los Derechos Humanos y el derecho a la protección de la salud". Año 3, No. 9. Octubre - Diciembre, 1998- Pág. 10 - 11.
16. Revista CONAMED. "Participación de la comunidad en la prestación de los servicios de salud". Año 1, No. 4. Julio - Septiembre, 1997; Pág. 18 y 27.
17. Revista Directivo Médico- "Consideraciones del derecho penal y la práctica médica". Vol. V, No. 2. Marzo - Abril, 1998; Pág. 28 - 34.
18. SSA-CONAVA. "Programa de atención a la salud del niño". Junio, 1997; Pág. 5-6
19. SSA. Planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. "El derecho a la libre decisión". Octubre, 1998; Pág. 7 - 9.
20. SSA "Vacunas, ciencia y salud". Colecciones publicaciones técnicas del INDRE. México, 1992; Pág. 3 - 5.
21. Sistema Estadístico Epidemiológico de Defunciones, SSA, DGE, 2000.
22. Boletín de Información estadística No. 19, Vol. 1, SSA, 2000.
23. Economía y Salud. Funsalud, 1998.
24. Anuario Estadístico de Mortalidad, DGE, SSA, 2000.
25. Sistema Municipal de Información Municipal del Instituto Nacional para el Federalismo (INAFED). 2000
26. Cuaderno Estadístico Delegacional. INEGI – Gobierno del Distrito Federal
27. Anuario Estadístico de Recursos y Servicios 2000. SINAIS – SSA

28. Agenda Estadística SS DF; 1997 – 2000
29. CONAPO), Estimaciones de la Población en México 1995 - 2050
30. SSDF. SISPA/ Subsistema de Servicios 2000
31. Dirección General de Epidemiología, Informe de casos nuevos de enfermedades 2000
32. SINAIS – Boletín de Información estadística Vol. II 2000.
33. SSA DF Mortalidad 2000
34. SEP. Estadísticas básicas del sistema educativo nacional 1999 2000.

## CONTROL SEMÁNTICO

**ACCESIBILIDAD:** La ausencia de todo tipo de barreras (geográficas, financieras, culturales, lingüísticas, etc.) para que la comunidad pueda utilizar servicios de salud disponibles, en forma oportuna.

**ATENCIÓN MÉDICA:** Proceso que tiene relación con la enfermedad desde su prevención cuando es posible o si no lo fuera, su diagnóstico, tratamiento, control y rehabilitación.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:** Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, basadas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituyen el primer elemento de un elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

**CALIDAD:** Grado de conformidad, similitud o concordancia entre dos situaciones  
a) situaciones que ocurre en la realidad o situación estudiada, versus b) la situación deseable a ocurrir y que ha sido predefinida, preestablecida en el estándar o en la norma.

**COEFICIENTE DE CORRELACIÓN:** Medida del grado de relación entre dos conjuntos de medidas del mismo grupo de individuos. El coeficiente de correlación más conocido en investigación es el método de Pearson.

**COMUNIDAD,** Agrupación relativamente pequeña de gentes centradas alrededor de residencias individuales o de lugares de trabajo y basadas en pautas o patrones de interacción diarios.

**CONSULTA MÉDICA:** La atención brindada por un profesional médico en un consultorio externo o en el domicilio de un paciente.

**COORDINACIÓN:** El proceso por el cual las diferentes partes interdependientes de una organización funcionan cada una de acuerdo con las necesidades y requerimientos de las otras y del sistema total.

**COSTO-BENEFICIO:** El gasto de un programa con los beneficios o ventajas económicas que determina. Provee el conocimiento suficiente para hacer elecciones lógicas en un conjunto de opciones o alternativas destinadas a conseguir un cierto fin en salud: cabe destacar que los factores económicos no son los elementos básicos de decisión en materias de salud.

**COSTO-EFECTO:** Cantidad de dinero que se requiere para obtener un determinado resultado, tal como evitar una muerte o agregar un año adicional de vida.

**DEFUNCIÓN:** Desaparición de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo sin posibilidad de resucitación. Por lo tanto defunción fetal no es defunción.

**DEFUNCIÓN FETAL:** Muerte del producto de la concepción ocurrido antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo.

**DEMANDA:** Lo que se pide por autoridad o lo que se reclama como un derecho. También puede ser un término de mercado.

**DENSIDAD DE POBLACIÓN:** medida estadística que indica el grado de aglomeración de una zona.

**DESNUTRICIÓN:** Suspensión o falla en los procesos nutritivos, con la consiguiente atrofia y degeneración de los órganos y tejidos.

**DISPONIBILIDAD:** La presencia de infraestructura física y de potencial humano para la provisión de servicios personales de salud.

**ESTADÍSTICAS VITALES:** Información sobre números y características de nacimientos, defunciones, matrimonios, que ocurren en una comunidad.

**EVALUACIÓN:** El proceso de comparación entre valores observados y valores esperados establecidos previamente desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo en un período de tiempo.

**EFICACIA:** El logro de los objetivos sin reparar en el costo, sin tomar en cuenta los recursos, pero organizando cuatro determinantes- producción, satisfacción, adaptación y desarrollo.

**EFICIENCIA:** La racionalización del gasto para aumentar el ingreso, es decir, la diferencia máxima posible entre los dos conceptos.

**ENCUESTA:** Método de investigación con el cual se miden las opiniones de un vasto número de personas.

**ENDEMIAS:** Cuando la enfermedad mantiene un nivel usual, incluyendo sus variaciones estacionales.

**ENFERMEDAD:** Condición patológica, física o psicológica influida, y tal vez causada por factores sociales, culturales, biológicos, genéticos, etc. Depende del nivel de conocimientos y de los valores de la sociedad.

**EPIDEMIA:** Cuando la frecuencia de la enfermedad excede a la que se espera con base a experiencias anteriores.

**EQUIDAD:** La noción de compartir los beneficios y las responsabilidades de una sociedad en forma proporcional a las necesidades y capacidades de la población, dando un trato igual a los que tienen las mismas necesidades y capacidades.

**FACTIBILIDAD:** La capacidad o cualidad de ser realizado o llevado a cabo con buen éxito. Se refiere básicamente a aspecto teórico.

**FACTOR DE RIESGO:** Características del huésped, de origen endógeno o exógeno el cual se sabe que antecede a la enfermedad y/o que está asociado con deterioro dentro de la enfermedad, aumentando, por tanto, el riesgo de progresión, complicación, o muerte prematura.

**FAMILIA:** Grupo de personas que comparten una vivienda y una misma fuente de alimentos (concepto doméstico). O bien, unidad de parentesco básico con vinculación biológica o por relaciones sexuales o adopción (concepto biológica).

**INDICADOR :** Fenómeno observable o perceptible que puede en evidencia otros fenómenos que no son inmediatamente aprehensibles. Es una medida única y específica.

**INDICE:** Número compuesto por otros dos o más números o indicadores que permite una expresión en forma sucinta, la cual puede ser tomada como un estándar para ser comparada con la realidad.

**META:** El resultado cuantificable esperado de; número o tipo de actividades que debe realizarse como parte de un determinado componente en un programa en un plazo de tiempo.

**MÉTODO:** El procedimiento específico por el cual la muestra y la información de la muestra serán recolectados de acuerdo al diseño de investigación escogido.

**MUERTE MATERNA:** La producida por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

**MUESTRA:** Grupo específico de personas, -cosas o eventos incluidos en el estudio de investigación. La muestra debe representar o ser características de la población de la cual se extrae.

**MUESTRA REPRESENTAIVA:** Grupo de sujetos semejantes en ciertos aspectos a otros de un grupo mayor (universo) del cual fueron seleccionados. Si los sujetos de un experimento no son representativos del grupo más numeroso, las generalizaciones hechas a partir de ellos carecerán de validez.

**MUESTREO:** La práctica de selección de una pequeña parte del grupo total a considerar con la finalidad de deducir el valor de una o varias características del grupo.

**N:** Símbolo comúnmente usada para representar el número de casos de una distribución, estudio, etc.

**POBLACIÓN:** Universo de personas, cosas, o eventos. En temas de investigación, la población tiene características específicas y sirve como base para la selección de la muestra.

**POBLACIÓN TOTAL.** Las personas en el sitio en que se encuentra físicamente en el Momento del censo o bien las personas que habitualmente residen en ella, independientemente de donde se encuentre en el momento del censo.

**PROGRAMA:** Un conjunto organizado de servicios, actividades y proyectos de desarrollo dirigidos al logro de objetivos definidos.

**RENDIMIENTO:** La relación entre tiempo-tipo de ejecución y el tiempo real, corrientemente expresada en tanto por ciento.



**SALUD:** La capacidad que lleva una vida de acuerdo con una selección personal y las convenciones sociales y no únicamente la ausencia de la enfermedad.

**SALUD COMUNITARIA:** Todos los servicios de salud personales y ambientales en cualquier comunidad humana, independientemente si los servicios son público o privados.

**SALUD PÚBLICA:** Conjunto de acciones colectivas y organizadas que tienen como propósito promover, proteger y recuperar la salud de los individuos que componen una comunidad.

**SERVICIOS DE SALUD:** Un sistema permanente de instituciones establecidas, cuyos objetivos múltiples son afrontar las variadas necesidades de salud y demandas de la población, y en consecuencia, prever atención de salud a los individuos y a la comunidad.

**SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD:** Todas aquellas actividades formales e informales centradas en la provisión de servicios de salud para una población dada y la utilización de tales servicios para la población.

**TASA:** Medida de riesgo de que ocurra un evento dado en una población, sea ésta total o específica de alguna característica.

**UNIVERSO:** Número total de medidas individuales, casos, valores, eventos o ítems de referencia relacionados de los cuales se puede.; seleccionar muestras.

**VARIABLE:** Cualquier cosa, evento o persona que puede ser medida o descrita en alguna escala; cualquier cosa que varía o que alterna cualitativamente alguna dimensión.