
Polarización de la calidad de vida y de la salud en la ciudad de México

José Blanco Gil, José Alberto Rivera Márquez, Oliva López Arellano, Fabiola Rueda Arroniz

RESUMEN

A partir de información censal (1990) se realizó una caracterización de la zona metropolitana de la ciudad de México, según calidad de vida, con base en el concepto de necesidades básicas insatisfechas. Se seleccionaron variables que expresan el patrimonio básico acumulado, el derecho de acceso a servicios o bienes y el ingreso corriente, agrupándolas según el tipo de intervención que se requeriría para su modificación. Con la información de estas variables se construyeron cuatro índices: el primero hace referencia a las condiciones de la vivienda y remite al consumo privado, el segundo y el tercero expresan el consumo colectivo y el cuarto identifica el ingreso corriente. Posteriormente, se construyó un índice general de calidad de vida que permitió ordenar las delegaciones, conformando cinco grupos según necesidades básicas insatisfechas y niveles de prioridad para la acción gubernamental. El comportamiento de las variables muestra calidades de vida heterogéneas, observándose condiciones polares, en donde la diversidad entre las delegaciones y municipios es más acentuada en las variables que expresan el consumo colectivo y el ingreso corriente.

Palabras clave: calidad de vida, condiciones de vida y necesidades básicas, zona metropolitana

ABSTRACT

Using data from the 1990 Mexican Census a characterization of the Metropolitan Zone of Mexico City was performed. The basis for such characterization was the quality of life, derived from the concept of unsatisfied basic needs. There were constructed variables capable to deal with: The accumulated basic infrastructure, the access to goods and services and the added wages. They were grouped according to the type of intervention needed to its modification. With the information provided by these variables four indexes were constructed. The first one refers to the conditions of the house and, therefore, deals with the arena of private consumption. The second and the third are related to collective consumption, and the fourth identifies the added wages. Finally, a general index of quality of life was elaborated. These last index was used to order the political delegations that conform Mexico City. According to their unsatisfied basic needs and priority of government's actions five different groups were identified. The behavior of the variables shows an heterogeneous quality of life. There are polarized conditions. However, the diversity between political delegations and counties is more profound in the variables related with collective consumption and added wages.

Key words: quality of life, living conditions and basic needs, metropolitan zone.

El impacto diferencial –sobre grupos y regiones– de la recesión económica y de las políticas de ajuste, la profundización de la desigualdad social entre países y regiones, así como, el incremento relativo y absoluto de la pobreza en el mundo, colocan en el centro de las preocupaciones sobre calidad de vida, la relación entre desigualdad social, pobreza y necesidades.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾

En América Latina, durante los años ochenta, la magnitud de la pobreza y la indigencia aumenta respecto a la década anterior, pasando de 35 a 37 por ciento y de 15 a 17 por ciento, respectivamente. Una característica de la pobreza en esta década es que el mayor incremento porcentual se produce en las áreas urbanas. El aumento de la proporción de la población urbana y la mayor afectación de esta población por la crisis de los ochenta explican este incremento, que asciende de 26 a 31 por ciento respecto a la década de los setenta. De acuerdo con lo anterior, se reconoce un deterioro desigual de las condiciones particulares de reproducción de los distintos grupos sociales y un ajuste y recomposición del papel redistributivo del Estado, mediante la modernización de las políticas sociales.⁽⁶⁾⁽⁷⁾ Algunos estudios señalan que, en lo que va de la década de los noventa, el rezago social y el incremento en los niveles de pobreza –particularmente en las áreas urbanas– se convertirán en el mayor reto a vencer para el próximo siglo.⁽⁸⁾

En una dinámica de creciente desigualdad –como la que caracteriza a la década de los ochenta y la primera mitad del presente decenio– es frecuente que las regiones aparentemente más desarrolladas sean también las más polarizadas respecto a indicadores de condiciones de vida, coexistiendo zonas muy precarias en relación a otras cuyas condiciones podrían considerarse satisfactorias y que, cuando se analizan como conjuntos homogéneos, producen un efecto de invisibilidad social del deterioro. Esto cobra especial importancia para el caso de la zona metropolitana de la ciudad de México pues, según diversas fuentes, ésta presenta indicadores de bienestar y desarrollo por arriba del promedio nacional.^a Sin embargo, en el análisis de los niveles delegacional y municipal se esperan condiciones de vida profundamente heterogéneas.

Dentro de esta perspectiva, el concepto de distribución diferencial del espacio urbano permite avanzar en la caracterización de zonas que responden a condiciones particulares de espacialidad. Es decir, el espacio urbano co-

mo la articulación específica del conjunto de soportes materiales de los procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales, que incluye tanto las particularidades del equipamiento urbano, los diversos servicios (salud, educación, abasto, transporte, etcétera) el tipo y calidad de la vivienda, el medio natural, como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada. Tal aproximación posibilita la identificación de espacios-población de alto riesgo en términos de calidad de vida y riesgos potenciales para la salud.

En el nivel teórico general, calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno. La calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos (o de deterioro) para el desarrollo vital humano. Así, la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas.⁽⁹⁾ Es decir, la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente –en cantidad y calidad– el conjunto de necesidades humanas es lo que posibilita que su población tenga una mejor calidad de vida.

Sin embargo, el carácter complejo del concepto impone límites a su medición integral, su traducción a la investigación empírica lo reduce a sus componentes objetivos, observables y medibles. En otras palabras, más que la calidad de vida se aprehende una parte de los elementos constituyentes de las condiciones de vida, sacrificando la exploración de elementos subjetivos (realización, satisfacción, sensación de bienestar, sentimientos de privación), cuya identificación generalmente es más compleja y requiere aproximaciones cualitativas.⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

A pesar de que las necesidades y los satisfactores constituyen un sistema en la medida en que: a) ciertos satisfactores concurren en la resolución de varias necesidades; b) la satisfacción de algunas está condicionada a la satisfacción de otras y, c) cualquier carencia tiene efectos múltiples de insatisfacción sistémica, el estudio empírico sobre condiciones de vida generalmente considera la observación y medición de los satisfactores básicos que responden al llamado núcleo irreductible de necesidades. Este énfasis simplifica la aproximación empírica, pero tiene el costo de “recortar” el referente teórico

^a Por ejemplo, según el índice de bienestar desarrollado por Osuna Castelán, el Distrito Federal se ubica en niveles altos de desarrollo y de bienestar social. El índice global de desarrollo de Rodríguez, ubica a la entidad en un nivel alto. Mientras que el índice de CONAPO ubica al DF con niveles muy bajos de marginalidad.

inicial. Generalmente, se explora el ingreso corriente, que permite acceder a bienes y servicios, que se atienden por el consumo privado, posibilitando la resolución de necesidades de alimentación, vestido, calzado, transporte, recreación, información y pago por diversos servicios cuando no se tiene derecho de acceso; el derecho de acceso a servicios o bienes (educación, salud, seguridad social, agua, drenaje, electricidad, etcétera); el patrimonio básico acumulado: propiedad o derecho de uso de activos que proporcionan servicios de consumo básico (vivienda, equipamiento del hogar) y el tiempo disponible para educación, descanso, recreación, trabajo doméstico.⁽¹²⁾

En conjunto, estas variables permiten identificar por medio de información secundaria (generalmente datos censales) las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en unidades definidas de espacio-población (por ejemplo; estados, municipios, delegaciones o área geo-estadísticas básicas [AGEB'S]). Algunos autores señalan que la medición de NBI permite identificar a los pobres estructurales⁽¹³⁾ y el componente de satisfactores que deben ser promovidos y desarrollados mediante la intervención redistributiva del Estado vía políticas sociales. En tanto se construyen con datos censales, la identificación de NBI tiene la ventaja de coincidir con las unidades de registro de hechos vitales y con la estructura administrativa de toma de decisiones. Sin embargo, la información se limita a las variables incluidas en el censo, a la forma como éstas fueron formuladas y recolectadas y sólo puede ser tomada como línea base para el comienzo de cada periodo postcensal.⁽¹⁴⁾

Si bien la aproximación al concepto de calidad de vida mediante la exploración de NBI es parcial, se constituye en el punto de partida de un diagnóstico situacional que identifica espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el quehacer gubernamental.

Metodología.

Para una aproximación inicial de la calidad de vida en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), se seleccionaron variables del Censo de Población y Vivienda 1990,⁽¹⁵⁾ las cuales fueron agrupadas según el conjunto de necesidades y sus correspondientes satisfactores, así como por el tipo de intervención gubernamental que se requeriría para su modificación (cuadro 1). Se construyeron diversos índices que resumen el comportamiento de los datos obtenidos para cada una de las delegaciones políticas que conforman el Distrito Federal (DF), así como para cada uno de los municipios del Estado de México (EDOMEX) que se incluyen en la ZMCM. Es necesario señalar, sin embargo, que existen ciertas diferencias metodológicas en cuanto a

la estimación de la calidad de vida en las dos regiones que integran la ZMCM, lo cual responde, fundamentalmente, a que en una primera fase de la investigación se abordó la problemática particular de los municipios del EDOMEX, en la cual se construyeron cinco índices (IGRAL, ICV, IR1, IR2, e IR3); mientras que en la etapa posterior, o sea, la correspondiente al DF, se consideró la importancia de incluir un nuevo índice (IR4).

Las variables seleccionadas que expresan el patrimonio básico acumulado, entendido como propiedad o derecho de uso de activos que proporcionan servicios de consumo básico, fueron: viviendas con piso de tierra (V1), número de ocupantes por vivienda (V2) y viviendas con un solo cuarto (V3). Con la información de estas variables se construyó un primer índice resumen (IR1) que hace referencia a condiciones de la vivienda y que remite al consumo privado, es decir, a la capacidad del grupo doméstico para mantener y modificar su vivienda.

Las variables que permiten ilustrar el derecho de acceso a servicios o bienes (por ejemplo; servicios básicos, educación, salud, seguridad social) fueron: viviendas con agua entubada (V4), viviendas con drenaje a la calle (V5), viviendas con drenaje al suelo (V6), viviendas con energía eléctrica (V7), población de 15 y más años con primaria completa (V8). Este conjunto remite directamente al consumo colectivo, es decir, al "capital social" acumulado por una sociedad. Estas variables se agruparon en otros dos índices; el (IR2) construido con los valores de las variables V4, V5, V6 y V7, cuya existencia está más ligada a políticas gubernamentales de desarrollo de infraestructura, y el (IR3) conformado por la variable V8, relativa al nivel educativo de la población y que remite a uno de los componentes más importantes de la política social del Estado mexicano.

Otra variable considerada para el caso de las delegaciones del DF fue el ingreso (V9), en tanto que su comportamiento remite al acceso (o no) de los bienes y servicios que se obtienen por medio del mercado (por ejemplo; alimentos, vestido, calzado, transporte, recreación y pago por diversos servicios cuando no existe derechohabencia). Se consideró el ingreso mayor a dos salarios mínimos como parámetro para la construcción del IR4.

Con el conjunto de índices se construyó un índice general de condiciones de vida (IGRAL) que permitió ordenar las delegaciones y municipios de "peor a mejor" según el componente de necesidades básicas insatisfechas. Asimismo, se construyó un Índice de Calidad de la Vivienda (ICV) por su importancia en términos del consumo privado y de las condiciones riesgosas para la salud.

Con los valores y porcentajes acumulados, se definieron localidades que deberían ser prioritarias para la intervención gubernamental. En tanto cada uno de los índices expresa lógicas distintas en el proceso de satisfacción de necesidades, se consideró necesario realizar un análisis por separado de cada uno de ellos y conformar conjuntos de delegaciones y municipios, jerarquizando los problemas identificados para una eventual acción gubernamental. Interesa diferenciar aquellas intervenciones que se derivan de políticas económicas como; (empleo, generación de ingresos, política salarial), de aquellas más directamente relacionadas con políticas sociales (por ejemplo; programas de mejoramiento de la vivienda, desarrollo de infraestructura de servicios, políticas educativas y de salud).

La situación de salud fue reconstruida a nivel de municipios, considerando la frecuencia de enfermedades seleccionadas (gastroenteritis, enfermedades respiratorias y deficiencias nutricionales), la morbilidad proporcional por causas infecciosas y carenciales, crónico-degenerativas y lesiones, así como la mortalidad infantil estimada por el método de Brass.

Resultados

Calidad de Vida en la ZMCM

De los 37 municipios que conforman la ZMCM, son cinco (13.5 por ciento) las que pueden ser considerados con condiciones de vida precaria, según el índice general de calidad de vida (IGRAL): Milpa Alta, Tláhuac, Xochimilco, Chalco y Chimalhuacán (cuadro 1). Éstos presentan consistentemente valores bajos para cada uno de los índices propuestos, con excepción de Xochimilco, en donde el nivel de prioridad correspondiente a escolaridad (IR3) supera considerablemente al resto de las localidades ubicadas en esa categoría. En este primer conjunto, los componentes de protección y/o compensación están prácticamente ausentes y, por tanto, tendrían que constituirse en materia de la más alta prioridad para las autoridades correspondientes.

El grupo de condiciones de vida mala —según el IGRAL— está compuesto por siete (18.9 por ciento) delegaciones y/o municipios: Iztapalapa, Cuajimalpa, Magdalena Contreras, Huixquilucan, Los Reyes la Paz, Nicolás Romero y Zumpango. En ellos se puede apreciar cierta homogeneidad en los valores de cada uno de los índices, ya que, en su mayoría, fueron identificadas con nivel de prioridad 2.

Al sumar las delegaciones y municipios incluidos en los grupos de prioridad 1 y 2 —según el IGRAL— se verá que

aproximadamente un tercio de la ZMCM (32.4 por ciento) presenta condiciones de vida no satisfactorias. Conviene añadir que en esas demarcaciones habita alrededor de la quinta parte de la población de la región metropolitana (22.8 por ciento).

En lo que se refiere a las categorías con niveles intermedios de condiciones de vida —según el IGRAL— se ubican 15 delegaciones y/o municipios. De estas, ocho (21.6 por ciento) fueron clasificadas como regulares: Tlalpan, Alvaro Obregón, Gustavo A. Madero, Iztacalco, Chicoloapan, Huehuetoca, Tezoyuca y Tultepec. En tanto, fueron siete (18.9 por ciento) cuyas condiciones de vida pueden considerarse suficientes: Venustiano Carranza, Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Atizapán de Zaragoza, Ecatepec, Tecamac y Texcoco.

En la categoría de condiciones de vida satisfactoria (IGRAL) fueron clasificadas 10 delegaciones y/o municipios (27.0 por ciento): Miguel Hidalgo, Coyoacán, Benito Juárez, Coacalco, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Naucalpan, Nezahualcóyotl, Tlalnepantla y Tultitlán. Este conjunto presenta una imagen más homogénea que el resto de los grupos, sobre todo por lo que respecta a escolaridad (IR3) e ingresos (IR4).

Condiciones de Salud en la ZMCM.

En relación a las condiciones de salud-enfermedad de la población de la ZMCM, se presenta información de morbilidad por gastroenteritis probablemente infecciosa (GEPI) e infecciones respiratorias agudas (IRAS). Es importante señalar que, al diferenciar las demarcaciones según su entidad federativa, los municipios del EDOMEX presentan consistentemente incidencias más altas que las delegaciones del DF para ambas causas (cuadro 2). En el caso de las infecciones gastrointestinales, los municipios que registraron tasas de incidencia más altas fueron: Huehuetoca, Chicoloapan, Chalco, Chimalhuacán, Zumpango y Cuautitlán Izcalli (EDOMEX), cuyos valores oscilan entre 12.2 y 16.2 por 1 000 habitantes; mientras que en el DF, las delegaciones que ocupan los primeros lugares por GEPI fueron: Milpa Alta, Tláhuac, Venustiano Carranza y Xochimilco, con tasas entre 7.2 y 11.1 por 1 000 habitantes. Con excepción de Cuautitlán Izcalli y Venustiano Carranza, las delegaciones y/o municipios antes mencionados se ubican en las categorías de precaria a regular calidad de vida según IGRAL.

Por su parte, las IRAS presentan una mayor incidencia en Tultepec, Nicolás Romero, Chicoloapan, Chalco y Chimalhuacán, todas ellas localizadas en el EDOMEX y con tasas superiores a 20.0 por 1 000; mientras que en el DF, las

delegaciones con mayor incidencia por este tipo de morbilidad fueron Cuajimalpa, Magdalena Contreras y Tlalpan, en donde los valores no rebasan una tasa de 22.4 por 1 000. Al igual que en la morbilidad por GEPI, la incidencia por IRAS fue generalmente más alta en los grupos de localidades con condiciones de vida de precaria a regular.

Respecto al problema de las enfermedades carenciales en menores de cinco años, situación ligada estrechamente al poder de compra de la unidad familiar, se observa que los municipios de Chalco, Chimalhuacán y Huxquilucan, así como las delegaciones de Milpa Alta y Tláhuac, presentan la mayor frecuencia de estos padecimientos.

En la ZMCM coexisten problemas ligados a la calidad de la vivienda y del equipamiento urbano, lo que posibilita que ciertos municipios o delegaciones, como Chalco, Chimalhuacán, Milpa Alta, Tláhuac e Iztapalapa presenten porcentajes elevados de enfermedades transmisibles, condiciones de urbanización desordenada y entorno contaminado que se expresan en la relativa homogeneidad de las proporciones por enfermedades crónicas; así como zonas donde los accidentes y la violencia generan un grave problema de lesiones accidentales e intencionales, por ejemplo: Huixquilucan, Cuautitlán Izcalli, Cuautitlán, Cuauhtémoc y Cuajimalpa.

Conclusiones

Una primera consideración se refiere a la parcialidad que entraña abordar el concepto de calidad de vida mediante la exploración empírica de necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo, a pesar del recorte conceptual, esta aproximación se constituye en el punto de partida de un diagnóstico situacional que identifica espacios y poblaciones que deberían ser prioritarios para el quehacer gubernamental.

En conjunto, las variables abordadas permiten identificar por medio de información censal las NBI en unidades definidas de espacio-población, la pobreza estructural y el componente de satisfactores que deben ser promovidos y desarrollados mediante la intervención distributiva del Estado vía políticas sociales. En tanto se parte de datos censales, la identificación de NBI tiene la ventaja de coincidir con las unidades de registro de hechos vitales y con la estructura administrativa de toma de decisiones.

En esta aproximación inicial se identifican diversas situaciones: una primera, es que a pesar de que la ZMCM es reconocida por sus altos niveles de desarrollo y bienestar social respecto al resto de los estados del país, en su interior

existe heterogeneidad de condiciones, que posibilita la coexistencia de diferentes calidades de vida entre las localidades. Los grupos uno y cinco representan los polos de condiciones de vida en que se desenvuelven los habitantes de la ZMCM, así se puede concluir que en el polo de deterioro (precaria y mala calidad de vida), se sienta el 32.4 por ciento de la población.

Otro hallazgo importante es que aún en el interior de los conglomerados delegacionales y municipales (relativamente homogéneos), existen situaciones diferenciadas de bienestar, tanto de las condiciones globales de vida como de cada uno de sus componentes. Esta diversidad intragrupo es más acentuada para las localidades con condiciones de vida "precaria y mala" y tiende a suavizarse conforme mejoran sus condiciones.

El comportamiento de los índices en el nivel delegacional y municipal podría orientar a encontrar espacios cuya población comparte mayoritariamente condiciones de vida precarias y malas y/o delegaciones/municipios con niveles satisfactorios de calidad de vida, pero con enclaves de deterioro. Aún en el grupo cinco conformado por aquéllos que tienen una calidad de vida satisfactoria, se identifica un desarrollo desigual de los índices. Como ejemplo de lo anterior, se puede observar que mientras Coyoacán y Miguel Hidalgo tienen valores altos en el IGRAL, el IR3, IR4, presentan valores bajos en el índice de calidad de la vivienda, probablemente a expensas de zonas delimitadas de precariedad. El resto de las delegaciones/municipios ubicados en el grupo cinco presentan un desarrollo armónico entre los distintos componentes del IGRAL.

El desarrollo de las delegaciones y municipios tiene que ver, por una parte, con la capacidad/incapacidad de las poblaciones para modificar sus condiciones de vida y de manera fundamental —sobre todo para los grupos más vulnerables— con la capacidad/incapacidad redistributiva de las políticas gubernamentales.

El espacio urbano es el escenario donde se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de la vida y a las que se les atribuye, por lo tanto, vinculación estrecha con el proceso salud-enfermedad. A una distribución socialmente diferenciada del espacio urbano se corresponderá estrechamente un patrón diferencial de morbilidad. El punto de partida de esta aseveración es la relación determinante de las condiciones de vida sobre los perfiles de daño de los distintos grupos sociales. Condiciones de vida que tienen una expresión territorial y pueden ser observables por medio de las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el acceso a servicios de

educación y atención médica y las posibilidades de utilización positiva del tiempo libre, entre otras.⁽¹⁶⁾ Otro de los componentes esenciales en la relación condiciones de vida y salud es la conexión a servicios (abastecimiento de agua,^b disposición higiénica de las excretas^c y electricidad).^d El principal riesgo para la salud que se deriva de un saneamiento inadecuado es el de la transmisión de microorganismos patógenos procedentes de las excretas humanas por conducto de los alimentos y el agua contaminados que resulta en enfermedades gastrointestinales.⁽¹⁷⁾

Diversos autores señalan que el 80 por ciento del territorio del área metropolitana se encuentra ocupado por viviendas, de las cuales sólo el 35 por ciento corresponde a viviendas que cumplen con las disposiciones urbanas y son ocupadas por familias con ingresos económicos altos y medios; el resto, es decir, la mayoría de las viviendas se encuentran localizadas en fraccionamientos irregulares y precarios fuera de las disposiciones urbanas y habitados por familias de trabajadores industriales y de servicios, así como por población subempleada y desempleada.⁽¹⁸⁾ Según el Índice de Calidad de la Vivienda (ICV) construido con información censal, en las zonas clasificadas como precarias o malas, sólo entre el 20 y el 35 por ciento de la población tiene una vivienda suficiente con el consecuente impacto sobre su situación de salud. Precariedad que se expresa en un perfil de morbilidad caracterizado por el predominio de enfermedades infecto-contagiosas y carenciales.

A la situación antes descrita, se agregan: el crecimiento natural de la población, la intensa migración de poblaciones de las áreas semiurbanas y rurales hacia los centros industrializados que aumentan la demanda por servicios de la infraestructura urbana (entre ellos servicios de salud). También en esta demanda contribuye el cambio de la estructura demográfica que se demuestra en la tendencia al envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida al nacer, a consecuencia de la disminución de la mortalidad infantil. Al contrario de los países desarrollados, que han pasado por etapas evolutivas en la situación de salud de sus poblaciones en el transcurso de un siglo, los países de América Latina se encuentran conviviendo con una situación en que se suman las enfermedades

infecciosas, desnutrición (ya controladas o eliminadas de aquellos países) con enfermedades crónicas (neoplasias y enfermedades cardiovasculares), accidentes de tránsito y de trabajo,⁽¹⁹⁾ así como, intoxicaciones por productos químicos y deterioro ambiental. En esa complejización del perfil de los riesgos y los daños para la salud destacan algunos grupos que se constituyen en los grupos más vulnerables,⁽²⁰⁾ como serían: los niños, los adolescentes, las mujeres, los ancianos y los trabajadores.

En síntesis, las condiciones de salud de los habitantes de la ZMCM condensan la multiplicidad de carencias y/o elementos "amortiguadores" o de protección que se desarrollan en la ciudad, dando origen a complejos problemas cuya solución trasciende el simple ámbito sectorial. Se presenta así un fenómeno de polarización epidemiológica en donde los grupos sociales más depauperados presentan una sobremorbilidad y sobremortalidad respecto a otros grupos de población, con elevada incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y una creciente mortalidad por enfermedades crónicas y lesiones accidentales e intencionales.⁽²¹⁾

En términos generales, la información aquí presentada conforma un panorama de heterogeneidad urbana, de desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicios, de condiciones educativas y para la salud. Este diagnóstico, además de aportar datos sobre las condiciones de vida en la ZMCM, intenta contribuir a la identificación de prioridades para la acción gubernamental y orientar sobre el tipo de intervenciones que posibilitarían un desarrollo más equilibrado para la entidad. La calificación de las demarcaciones y su agrupación en niveles de prioridad permitiría definir el tipo de acciones y las zonas con mayores necesidades: programas de mejoramiento de la vivienda, desarrollo de infraestructura de servicios, políticas educativas y de salud y desarrollo e implementación de procedimientos de monitoreo ambiental y poblacional. La definición por niveles de prioridad cobra especial importancia, en vista del grave deterioro social de la última década y de los rezagos pre-existentes, por lo que es urgente el reordenamiento radical de las prioridades nacionales para alcanzar la justicia, bienestar e igualdad social. El medio para garantizarlas es una política social, integral y activa, sustentada en una política económica orientada al crecimiento con equidad. Es decir, orientada por el interés de garantizar los derechos sociales de todos los mexicanos, como responsabilidad colectiva de la sociedad y tarea del Estado, a través de un quehacer público que permita la intensificación de las intervenciones y la movilización de recursos compensatorios a los espacios-población más vulnerables en términos de calidad de vida e indicadores de salud. □

^b Definida como accesibilidad práctica y cantidad suficiente para beber, bañarse, cocinar y hacer la limpieza doméstica. Se ha adoptado como definición operativa la toma domiciliaria de agua o agua entubada en el interior de la vivienda.

^c Definida como "cualquier medio fiable de evitar materialmente la exposición humana a los gérmenes patógenos presentes en las excretas, ya sea directa o indirectamente", adoptando el concepto censal de drenaje y albañal que el censo define como "un sistema higiénico para la eliminación de aguas negras".

^d Se adoptó el concepto censal consistente en si la vivienda cuenta o no con energía eléctrica: "conectada a la red en adecuadas condiciones técnicas".

Bibliografía

- Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1990, *La pobreza*, Washington, Banco Mundial, 1990.
- PNUD, *Desarrollo sin pobreza*, I Conferencia regional sobre la pobreza en América Latina y el Caribe, Quito, PNUD, 1990, pp 59-88.
- Bustelo, E.S., "La producción del estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina", *Salud Pública de México*, México, 1991, núm. 33, pp. 215-226.
- Ayala, R., C. Schaffer, "Salud y seguridad social. Crisis, ajuste y grupos vulnerables", *Perspectivas en Salud Pública*, México, INSP, 1991, núm. 12.
- Almada, I. (coord.), *Crisis y salud en México. Textos para el debate*, México, Siglo XXI Editores, 1990.
- PNUD/ONU, *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta*, Mayo de 1990, pp. 65-66 (Documento fotocopiado).
- López Arellano, O., J. Blanco Gil, *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*, México, Ensayos, UAM-Xochimilco, 1993.
- The World Bank, *Urban policy and economic development. An agenda for the 1990's (A World Bank Policy Paper)*, Washington DC, The World Bank, 1991.
- Breilh J., *Deterioro de la vida en el neoliberalismo*, Quito Ecuador, 1992, pp. 2-5 (Documento fotocopiado).
- Blanco Gil, J., O. Sáenz Zapata, "Reproducción social, su exploración empírica: condiciones de vida y salud en el ámbito urbano", *Cuadernos Médico-Sociales*, 1990, núm. 56, pp. 61-76.
- Townsend, P. "Poverty as relative deprivation: resources and styles of living", en Wedderburn, D. *Poverty, inequality and class structure*, Cambridge, Cambridge University Press, 1974, p. 36.
- Boltvinik, J., *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*, Caracas, 1990, pp. 27 y
- Minujin, A., P. Vinocur, "¿Quiénes son los pobres del gran Buenos Aires?", *Comercio Exterior*, 1992, núm. 42, pp. 393-410.
- Catellanos, P.L., "Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad", Washington D.C., OMS/OPS, enero 1992, p.23, (documento fotocopiado).
- Since, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, [base de datos en CD-ROM], México, INEGI, 1990.
- Tecke, Shorter, *Proyecto habitat and health*, 1983, p. 28 (Documento fotocopiado).
- COPLAMAR, "Necesidades esenciales en México", *Salud. México*, Siglo XXI Editores, 1982, p. 24.
- Puente, S., "La calidad material de vida en la ZMCM. Hacia un enfoque totalizante," en *Medio ambiente y calidad de vida*, México, Plaza y Valdés, 1988.
- Blanco Gil, J., J.A. Rivera Márquez, "La carga global de morbilidad," en Laurell A.C. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, México, Fundación Friedrich Ebert/UAM-Xochimilco, 1994, pp. 111-128.
- PNUD, Documento técnico y declaración regional sobre la pobreza, Bogotá, 1988.
- Blanco Gil, J., O. López Arellano, "De la transición epidemiológica a la epidemiología de la crisis", en *La política sanitaria mexicana en los años 80*, México, Colectivo CES-Editorial Fin de Siglo, 1990.

Cuadro 1
Prioridades según los distintos índices por delegación/municipio.
ZMCM, 1990

LOCALIDAD	IGRAL	ICV	IR1	IR2	IR3	IR4
DISTRITO FEDERAL						
Milpa Alta	1	1	1	1	1	1
Tláhuac	1	1	2	1	1	1
Xochimilco	1	1	1	1	4	1
Cuajimalpa	2	2	1	2	2	2
Iztapalapa	2	2	3	2	1	1
M. Contreras	2	2	2	3	2	2
A. Obregón	3	3	2	3	4	2
G. A. Madero	3	3	4	3	3	3
Iztacalco	3	4	5	4	3	3
Tlalpan	3	2	3	1	5	4
Azcapozalco	4	4	4	4	3	4
Cuauhtémoc	4	5	4	5	4	4
V. Carranza	4	5	4	5	2	3
B. Juárez	5	5	5	5	5	5
Coyoacán	5	3	5	2	5	5
M. Hidalgo	5	4	3	4	5	5
ESTADO DE MEXICO						
Chalco	1	1	1	1	1	
Chimalhuacan	1	1	1	1	1	
Huixquilucan	2	2	2	3	2	
Los Reyes La Paz	2	2	2	2	2	
Nicolás Romero	2	2	2	2	2	
Zumpango	2	2	2	2	2	
Chicolapan	3	3	3	3	2	
Huehuetoca	3	3	3	3	3	
Tezoyuca	3	3	3	3	3	
Tultepec	3	3	3	3	3	
Atizapán de Zaragoza	4	4	4	4	4	
Ecatepec	4	4	4	4	4	
Tecamac	4	4	4	4	4	
Texcoco	4	4	4	4	4	
Coacalco	5	5	5	5	5	
Cuautitlán	5	5	5	5	5	
Cuautitlán Izcalli	5	5	5	5	5	
Naucalpan	5	4	4	5	5	
Nezahualcóyotl	5	5	5	5	5	
Tlanepantla	5	5	5	5	5	
Tultitlán	5	5	5	5	5	

Fuentes: Elaboración propia en base al Censo General de Población y Vivienda, 1990.

Cuadro 2.

Indicadores de morbi-mortalidad y nivel de prioridad según IGRAL por delegación/municipio. ZMCM, 1993.

LOCALIDAD	INDICE DE	MORTALIDAD			MORBILIDAD (4)		LESIONES	PRIOR.
	DESNUTRICIÓN (1)	GEPI (2)	IRAS (2)	BRASS (3)	ENF. TRASM.	ENF. NO TRASM.		SEGUN IGRAL
DISTRITO FEDERAL								
Milpa Alta	10.5	11.1	18.5	21.2	14.4	71.3	13.4	1
Tláhuac	9.0	8.0	16.8	22.9	11.6	76.3	12.2	1
Xochimilco	7.2	7.2	14.9	20.6	9.4	79.1	11.3	1
Cuajimalpa	7.7	5.0	22.0	30.8	9.4	75.9	14.2	2
Iztapalapa	7.1	6.7	16.3	23.2	10.6	77.1	11.9	2
M. Contreras	7.6	3.7	22.4	24.4	7.0	84.0	8.5	2
A. Obregón	6.1	5.9	15.1	20.8	8.0	81.5	10.3	3
G.A. Madero	5.5	6.3	13.7	20.2	7.4	83.4	9.0	3
Iztacalco	5.0	3.9	10.2	20.1	7.1	83.1	9.5	3
Tlalpan	6.2	6.8	17.4	22.8	8.3	81.0	10.3	3
Azcapozalco	4.0	2.6	10.0	18.5	7.1	83.4	9.3	4
Cuauhtémoc	4.6	3.5	7.3	18.0	5.4	79.4	14.9	4
V. Carranza	4.8	7.8	13.2	20.0	6.6	85.2	8.1	4
B. Juárez	3.3	3.3	8.0	16.3	5.1	88.3	6.3	5
Coyoacán	4.7	4.3	10.8	19.3	6.0	83.4	10.3	5
M. Hidalgo	4.5	1.0	4.9	18.1	9.8	82.8	7.2	5
ESTADO DE MEXICO								
Chalco	16.7	15.1	22.3	30.2	16.4	66.2	16.7	1
Chimalhuacán	16.4	12.7	21.3	33.5	17.5	65.4	16.7	1
Huixquilucan	16.7	11.9	20.2	34.7	10.4	67.6	20.5	2
Los Reyes La Paz	11.1	10.6	20.5	29.8	12.2	72.2	15.2	2
Nicolás Romero	12.9	6.7	25.5	29.9	13.1	71.7	14.6	2
Zumpango	9.7	12.2	16.2	28.4	17.9	69.3	10.5	2
Chicoloapan	12.9	13.6	25.0	25.2	12.3	70.8	15.1	3
Huehuetoca	12.2	16.2	10.8	33.9	13.2	70.5	16.3	3
Tezoyuca	9.3	9.1	18.2	19.9	10.9	70.9	18.2	3
Tultepec	7.9	10.0	27.5	24.2	10.4	75.3	13.0	3
Atizapán de Zaragoza	8.9	7.8	16.1	24.1	12.0	70.2	17.3	4
Ecatepec	9.1	9.9	14.6	24.4	12.6	69.6	17.4	4
Tecamac	10.0	6.8	15.6	35.9	15.1	67.5	17.2	4
Texcoco	12.1	6.7	20.0	33.2	9.3	72.7	17.3	4
Coacalco	4.9	7.4	8.5	n.d.	10.5	74.7	14.3	5
Cuautitlán	7.8	3.5	12.3	29.0	10.0	68.0	21.7	5
Cuautitlán Izcalli	7.1	11.2	14.8	21.9	11.1	67.8	21.0	5
Naucalpan	10.0	8.7	17.5	28.4	11.0	79.9	16.7	5
Nezahualcóyotl	8.8	8.0	16.1	24.1	10.4	74.3	15.1	5
Tlalnepantla	8.4	5.8	17.3	26.3	10.2	74.5	15.0	5
Tultitlán	8.4	8.9	12.7	23.1	11.1	69.1	19.6	5

Fuente: DGEI, SSA, 1994.

(1) Menores de 5 años.

(2) Población general (Tasa por 100)

(3) Menores de 1 año (Tasa por 1 000 nacidos vivos registrados)

(4) Proporción de defunciones según causa en población general

