

* NOMBRE DE LA INSTITUCION: Universidad Del Sureste
* NOMBRE DE LA ASIGNATURA: Salud Publica
* UNIDAD CORRESPONDIENTE: 1 unidad
* NOMBRE DEL DOCENTE: La parra López Malleli Jazmín
* NOMBRE DEL ALUMNO: Duque Mina Elia Azenet
* SEMESTRE Y GRUPO: 1er A
* FECHA DE ENTREGA: 16 SEP-2023

La primera hace referencia al conocimiento: cuantos individuos o efectivos lo componen y como se diferencia según las características diversas de personas y lugar.

Desde el punto de vista conceptual , las definiciones precedentes nos permiten afirmar que la demografía estudia las poblaciones humanas en una doble dimensión.

Que trata de su dimensión, estructura evaluación y caracteres de vista cuantitativo, como lo ha señalado Luis Henry , el punto de vista cuantitativo

La demografía, más allá de su significado etimológico, se ha sido definida por la organización de naciones unidas (ONU) como la ciencia cuyo objeto es el estudio de las poblaciones humanas.

En nuestro campo de estudio se entiende por población l conjunto de personas que habitualmente residen en un territorio geográfico determinado, asi puede hablarse de la población de España.

Puesto la población humana son, como se verá a continuación, el objeto de estudio de la demografía parece conveniente que, a modo de introducción, comencemos por definirlas.

La dimensión es el numero de personas que residen normalmente en un territorio geográficamente bien delimitado , la estructura de una población es la clasificación de sus habitantes según variables de personas.

Definida demografía estática como el estudio en un momento determinado de la dimensión , la estructura y las características generales de la población de una circunscripción territorial , nos ocuparemos a continuación de analizar sus aspectos básicos

Una prueba de residencia en el municipio y el domicilio habitual. Su formación, mantenimiento , revisión y custodia corresponde al ayuntamiento de acuerdo con las normas aprobadas conjuntamente por el misterio de economía y hacienda y el ministerio para las administraciones publicas a propuesta del consejo de empadronamiento , con lo que se obtiene la revisión del Padrón municipal, con referencia al 1 de enero de cada año.

El Padrón municipal esta regulado por la ley 4/1996, de 1º de enero , por la modifica la ley 7/1985, de 2 de abril , reguladora de las bases del régimen local en lo relativo al Padrón municipal, por el real decreto 2612/1996, de 20 de diciembre , por el que modifica el reglamento de población y demarcación territorial de las entidades local .

Por comunidades autónomas , la de mas baja natalidad es Asturias (7,28%), seguida de castilla y León (7,98%), mientras que la natalidad mas elevada son melilla (20,38%) y Murcia (13,43%).

Para este calculo se define como nacidos vivos los productos de la concepción que , una vez expulsados o extraídos completamente el cuerpo de la madre, respiren o muestren cualquier otra señal.

Comenzaremos el estudio de dinámica de las poblaciones de natalidad y la fecundación. El termino natalidad hace referencia a los nacimientos como componentes del cambio poblacional, relacionada por el medio de la tasa de natalidad , los nacidos vivos durante un año en una comunidad con población media del año considerado.

Conocer la dinámica demografía es básico para la planificación y programación sanitarias , por cuanto permite realizar estimaciones y proyecciones de la población en el futuro.

La demografía dinámica estudia los cambios que se producen a lo largo del tiempo en la dimensión, la estructura y la distribución geográfica de las poblaciones humanas y tambien describe las leyes que determina esa evolución , estos cambios , responsables de la dinámica población.

Esta situación contrasta con la de 1975 , cuando el grupo de 25-29 años y el 30 -34 años}. Esta distribución es radicalmente diferente a la de los países en desarrollo , como ocurre en África , en la máxima fecundidad se produce , por lo general , entre los 20 y los 24.

En consecuencia , al aplicarce estas tasas especificas de fecundidad que en las diferentes edades de ese periodo , existen en un momento.

La mortalidad, esto es, el conjunto de fallecidos en una población durante un período de tiempo concreto (habitual- mente un año), es el segundo de los determinantes de la dinámica demográfica que describiremos en este capítulo, en el que también nos ocuparemos de los indicadores que permiten analizar la mortalidad desde un punto de vista estrictamente sanitario. Como ocurría con la natalidad, para cuantificar este fenómeno demográfico y realizar comparaciones entre poblaciones distintas, es necesario relativizar las defunciones en cada población según el número de sus efectivos, calculando la tasa de mortalidad:

publica datos agregados sobre las estadísticas vitales (nacimientos, defunciones, muertes fetales, matrimonios y divorcios) y, específicamente en la mortalidad, sobre su distribución geográfica, por edad a la muerte y por causas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).La consideración en el denominador de la población total, generalmente a 1 de julio como estimación de la población promedio sometida a riesgo, permite definir esta tasa como una tasa cruda, global o bruta, que expresa la velocidad a la que los integrantes de una población dejan de formar parte de ella por causas naturales o no migratorias.

fallecimiento a lo largo de la vida se han reducido, y han aumentado para todos los españoles los años que pueden vivir en promedio desde su nacimiento. El número de ancianos aumenta, y no sólo en términos absolutos, sino también en términos relativos, pues ya hemos descrito cómo paralela- mente se han reducido los nacimientos y, por lo tanto, el número de jóvenes. En definitiva, la tasa de mortalidad aumenta porque en su denominador hay cada vez más candi- datos al deceso.

Lógicamente ello limita su valor como indicador sanitario. Las diferencias entre países, o entre comunidades de un mismo país, no podrán atribuirse sólo a que las condiciones sanitarias y los riesgos intrínsecos de mortalidad asociados sean distintos, pues pueden ser igualmente debidas a diferencias en las estructuras por edad

pese a todo ello, debemos insistir en que la tasa cruda de mortalidad sigue resultando un indicador muy valioso desde el punto de vista demográfico. Desde el punto de vista sanitario, tratar de medir el nivel de un país según la fuerza con la que se producen las defunciones constituye, cuanto me- nos, un enfoque simple y negativista de las complejas relaciones entre salud y enfermedad descritas en el primer capítulo de este libro.

Mortalidad por edades confusión que la estructura por edad de las poblaciones tiene en la comparación de las tasas crudas de mortalidad consiste en calcular tasas de mortalidad específicas por edad.

La CIE, cuya décima revisión aún está siendo incorporada en muchos países, establece las normas para identificar la causa básica de la defunción, en la que se basan estas estadísticas de mortalidad y las comparaciones inter o internacionales entre los diversos grupos de población.

Una primera aproximación al análisis de la mortalidad consiste en calcular la proporción de defunciones por cada causa, o grupo de éstas, con respecto al total de fallecidos, lo que se denomina mortalidad proporcional por causa.

Su valor es relativo, pues el peso específico de cada causa de muerte depende, lógicamente, del peso de las restantes. Una alternativa es calcular tasas de mortalidad específicas por causa, relacionando los fallecidos por cada causa a lo largo de un año con la población media de ese año.

En efecto, la tasa específica por esta causa fue en ese año de 292,42 × 10–5, considerando las 126.907 defunciones por esta causa de 2005. Adviértase que la cifra de defunciones es muy superior a la empleada en el cálculo de los APVP (17.844), pues la mayoría se produce por encima de los 70 años. Del mismo modo, en el denominador de la tasa se considera la población total, y no únicamente los habitantes entre 1 y 70 años

El número de defunciones por tumores (100.206) y la tasa específica por esta causa fueron menores (230,9 × 10–5) a los debidos por enfermedad cardiovascular; sin embargo, un número proporcionalmente mayor de defunciones se produjo entre el primer año y los 70 años de vida (37.018), y en edades más precoces que las muertes por enfermedad car- dio vascular, lo que les confiere más peso en este cálculo.

El análisis de APVP es, en esencia, una cualificación de las defunciones, que son tanto más valoradas cuanto más precoz es la edad a la que se producen.

La diferencia entre la marca de clase y el límite superior elegido (en nuestro caso, 70 años) nos da el número de años potenciales de vida que ha perdido cada individuo fallecido en cada intervalo de edad: 67 años en el primer grupo y 2,5 años en el grupo de 65 a 69 años.

Si el análisis se hubiera limitado a contar defunciones, la mortalidad cardiovascular se hubiera considerado como la más importante.

El análisis de la mortalidad puede profundizarse si, además de contar muertos, contabilizamos también tiempos: por un lado, el tiempo vivido, medido por la edad al fallecer, y por otro lado, el tiempo perdido, o años que se dejan de vivir cuando se muere prematuramente. La tesis sostiene que la importancia de las causas de muerte podría variar si, además de su frecuencia, se examina a un tiempo en qué edades se producen

En términos absolutos, actualmente nacen 130 millones de niños cada año, poco más de 15.000 cada hora, o 4 por segundo. La población mundial se incrementa en 78 millones de personas anualmente, esto es, a un ritmo de crecimiento próximo al 1,2%. De mantenerse, pasaríamos de los 6,7 millardos actuales (2007) a 7 millardos poco después del año 2010, la población de la Tierra se duplicaría en 60 años, y al acabar el siglo se habrían añadido 13.000 millones más al total de nacimientos.

En estos últimos 200 años han nacido 15.000 millones de seres humanos, 1 de cada 5 de cuantos hasta ahora han formado parte de la humanidad, y hoy en día vive 1 de cada 12 de cuantos han habitado la Tierra en toda su historia. Los avances en saneamiento, desarrollo económico y educación, así como la universalización del acceso a los ser- vicios sanitarios y la mejora de su calidad, han reducido drásticamente las tasas de mortalidad y han conducido a este incremento poblacional. Estas mejoras han sido especialmente intensas en los países menos desarrollados.

El siglo XX fue testigo de una explosión demográfica; para pasar de 2 a 3 millardos bastaron 33 años (1960), y los 4 millardos se alcanzaron sólo 14 años más tarde (1974). Trece años después, en 1987, convivían 5.000 millones, y tan sólo se necesitaron 12 más para llegar a 6.000 millones (1999). En estos últimos 200 años han nacido 15.000 millones de seres humanos.

En ese año 1 habitaban la Tierra unos 300 millones de seres humanos, y a lo largo de los 18 siglos siguientes lo hicieron en torno a 25.000 millones. La gran mayoría de ellos vivieron pocos años, lo que explica que el siglo XIX fuera recibido por algo menos de 1.000 millones de personas. A partir de ese momento el crecimiento se aceleró, y unos 120 años después la cifra de habitantes se dobló (1927).