



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**LOS DETERMINANTES SOCIALES  
DE LA POBREZA EN LA  
SALUD PÚBLICA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**A C T U A R I O**

P R E S E N T A

**JOSUÉ MUÑOZ MARTÍNEZ**



Tutor:  
ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2010



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.

1.- Datos del alumno

Muñoz

Martínez

Josué

0445523088329

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

3-0223648-8

2.- Datos del Tutor

Actuario

José Fabián

González

Flores

3.- Sinodal 1

Maestra en Estudio de Población

Laura Elena

Gloria

Hernández

4.- Sinodal 2

Maestra en Demografía

Nayeli

Hernández

Arteaga

5.- Sinodal 3

Actuario

Ricardo

Ibarra

Lara

6.- Sinodal 4

Actuaria

Silvia Leticia

Malpica

Flores

Título

Los determinantes sociales de la pobreza en la salud pública.

82 páginas

2010

## **AGRADECIMIENTOS**

En todo momento agradezco a Jehová de los ejércitos, Jesucristo el hijo de Dios y al Espíritu Santo; quienes son el Dios de los cielos y de la tierra. A el sea la gloria, las riquezas, el honor, el poder y la fortaleza por los siglos de los siglos.

¡Gracias a Dios por su don inefable! – 2 Corintios 9:15.

A la máxima casa de estudios la Universidad Nacional Autónoma de México, agradecimiento especial a la proveedora de alimento intelectual mi “Alma máter”, “por mi raza hablara mi espíritu”.

Un agradecimiento especial a mi director de tesis Act. Fabián González Flores por toda su generosa entrega y dedicación que ha permitido la realización de este trabajo. Agradezco no únicamente su labor de dirección activa en la tesis, sino la posibilidad que me brindó de abrirme nuevos horizontes respecto a la profesión del Actuario.

A mis padres José R Muñoz. y M. Laura Martínez y mis hermanos Eric Ricardo, Daniel y Joel Enrique sin cuyo sacrificio y paciencia no hubiera sido posible elaborar este trabajo. Hago extensivo este agradecimiento a los demás familiares que se han interesado por el desarrollo del presente. Agradezco su incondicional apoyo que me han brindado en todo momento.

# ÍNDICE GENERAL

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÍNDICE DE GRÁFICAS.....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>ÍNDICE DE CUADROS.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>CAPÍTULO 1. PANORAMA MUNDIAL DE LA POBREZA.....</b>                             | <b>11</b> |
| 1.1    Introducción.....   | 11        |
| 1.2    Definición de la Pobreza.....   | 11        |
| 1.2.1    Organización de las Naciones Unidas. ....                                 | 12        |
| 1.2.2    Organización Mundial de la Salud.....                                     | 14        |
| 1.2.2.1    Comisión de Determinantes Sociales .....                                | 15        |
| 1.2.3    Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.....              | 16        |
| 1.3    Clasificación de la Pobreza.....  | 17        |
| 1.4    Políticas Públicas en México. ....  | 19        |
| 1.4.1    Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.....                                | 21        |
| 1.4.2    Secretaría de Desarrollo Social.....                                      | 24        |
| 1.4.2.1    Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social..... | 25        |
| 1.4.3    Secretaría de Salud.....  | 26        |
| 1.4.3.1    Comisión Nacional de Protección Social en Salud.....                    | 27        |
| 1.4.2.2    Seguro Popular.....   | 28        |
| <b>CAPÍTULO 2. INDICADORES DE DESIGUALDADES SOCIO-ECONÓMICAS EN MÉXICO.....</b>    | <b>31</b> |
| 2.1    Introducción.....   | 31        |
| 2.2    Los diferenciales socio-demográficos .....                                  | 32        |
| 2.2.1    Dimensión demográfica.....  | 33        |
| 2.2.1.1    Esperanza de vida .....   | 33        |
| 2.2.1.2    Mortalidad y morbilidad .....   | 34        |
| 2.2.1.3    Mortalidad infantil .....   | 36        |
| 2.2.1.4    Sexo y edad.....  | 37        |
| 2.2.2    Dimensión social.....   | 39        |
| 2.2.2.1    Raza y grupo étnico .....   | 39        |
| 2.2.2.2    Zona geográfica de residencia .....                                     | 41        |
| 2.2.2.3    Nivel educativo .....   | 42        |
| 2.3    Los diferenciales económicos.....   | 44        |
| 2.3.1    Nivel de ingreso.....   | 44        |
| 2.3.2    Ocupación .....   | 45        |
| <b>CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN A LA SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES.....</b>        | <b>47</b> |
| 3.1    Introducción.....   | 47        |
| 3.2    Panorama general del Sistema Nacional de Salud.....                         | 47        |
| 3.2.1    Esperanza de vida y la mortalidad .....                                   | 49        |

|                           |   |           |
|---------------------------|---|-----------|
| 3.2.2                     | Morbilidad e invalidez .....  | 49        |
| 3.2.3                     | Compuestos de Mortalidad y morbilidad.....                                | 50        |
| 3.3                       | Acceso y utilización de los servicios médicos.....                        | 54        |
| 3.3.1                     | Cobertura del seguro médico .....   | 56        |
| 3.3.2                     | Utilización de los diversos niveles de cuidados médicos .....             | 57        |
| 3.3.3                     | Necesidades faltantes de los servicios médicos .....                      | 58        |
| 3.4                       | Financiamiento de la atención a la salud. ....                            | 59        |
| 3.4.1                     | Impacto distributivo de las diversas fuentes de financiamiento .....      | 63        |
| 3.4.2                     | Variación del gasto en salud como proporción del ingreso per cápita. .... | 64        |
| 3.5                       | Análisis prospectivo.....   | 67        |
| 3.5.1                     | Discusión .....   | 74        |
| <b>CONCLUSIONES .....</b> |   | <b>75</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b> |   | <b>76</b> |
| <b>APÉNDICE A.....</b>    |   | <b>77</b> |
| <b>APÉNDICE B.....</b>    |   | <b>79</b> |
| <b>APÉNDICE C.....</b>    |   | <b>81</b> |

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

|  |    |
|--|----|
| Gráfica 1.1. Porcentaje de la población mundial que vive con menos de un dólar americano por día. .... | 13 |
| Gráfica 1.2. Evolución de la pobreza nacional 1992-2006. Incidencia de la pobreza.....                 | 26 |
| Gráfica 2.1. Esperanza de vida al nacer en México 1930-2009 .....                                      | 34 |
| Gráfica 2.2. Tasa de Mortalidad en México 1990-2001 .....  | 35 |
| Gráfica 2.3. Tasa de Mortalidad Infantil en México 1930-2001 .....                                     | 37 |
| Gráfica 2.4. Esperanza de vida en México 1930-2001 por sexo. ....                                      | 38 |
| Gráfica 3.1. Distribución de la población según condición de aseguramiento.....                        | 48 |
| Gráfica 3.2. Función de sobrevivencia para tres países .....   | 51 |
| Gráfica 3.3. Gasto en salud en los hogares por decil de ingreso. ....                                  | 65 |
| Gráfica 3.4. Porcentaje de población en situación de pobreza. Escenario 1.....                         | 70 |
| Gráfica 3.5. Proyección de la población en México a 2050. Escenario 1 .....                            | 70 |
| Gráfica 3.6. Porcentaje de población en situación de pobreza. Escenario 2.....                         | 71 |
| Gráfica 3.7. Proyección de la población en México a 2050. Escenario 2 .....                            | 72 |
| Gráfica 3.8. Porcentaje de población en situación de pobreza. Escenario 3.....                         | 73 |
| Gráfica 3.9. Proyección de la población en México a 2050. Escenario 3 .....                            | 73 |

## ÍNDICE DE CUADROS

|  |    |
|--|----|
| Cuadro 1.1 Seguro Popular de Salud 2002-2006.....  | 29 |
| Cuadro 2.1 Morbilidad Hospitalaria según causa de egreso y grupos de edad según lita<br>Condesada SSA. México 2000 ..... | 36 |
| Cuadro 2.2 Viviendas particulares habitadas por población indígena según principales<br>características.....             | 40 |
| Cuadro 2.3 Porcentaje de población en situación de pobreza por ingreso, 2005 .....                                       | 41 |
| Cuadro 2.4 Indicadores básicos de educación .....  | 43 |
| Cuadro 2.5 Ingreso corriente monetario mensual de los hogares por decil de ingreso .....                                 | 45 |
| Cuadro 2.6 Población ocupada por posición de trabajo.....  | 46 |
| Cuadro 3.1 Tasa de acceso a servicios médicos por sexo, grupos de edad e institución de<br>afiliación (2005).....        | 56 |
| Cuadro 3.2 Sistema de Servicios de Salud .....   | 61 |
| Cuadro 3.3 Distribución de las fuentes de financiamiento en México .....   | 64 |

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es analizar los contextos teóricos é históricos de la pobreza, a fin de determinar indicadores por medio de estadísticas y estimaciones; así como la situación económica actual, que arrojen como resultado cifras reales del nivel de pobreza y su impacto socio-demográfico y financiero en la salud pública

La pobreza es una situación considerada indeseable que sufren una o más personas y que consiste en una muy baja o nula posibilidad de satisfacer necesidades básicas con medios generados por la misma persona.

Existe un círculo vicioso entre pobreza, enfermedad y subdesarrollo, debido a que los escasos niveles de salud conducen a una mortalidad precoz, perdida de jornadas de trabajo e invalidez y a un gran costo de la asistencia sanitaria curativa.

La baja producción de bienes y servicios conduce a ingresos familiares insuficientes y a un bajo nivel de vida; afectando así, a elementos esenciales como la nutrición, vivienda, educación, vestido y transporte, entre otros; y que desembocarán en el incremento de las enfermedades con la subsecuente perdida en la calidad y cantidad de la energía humana afectando negativamente el nuevo nivel de producción, generando el círculo vicioso antes mencionado. Cabe resaltar que por la escasez de recursos económicos son pocas las intervenciones sociales destinadas a la medicina preventiva y salud pública, pues los recursos se destinan mayoritariamente a los aspectos curativos y de rehabilitación en la atención médica que enfrenta una demanda creciente por el aumento de la pobreza, agravándose el problema.

Generalmente, la pobreza y marginación social propicia notorias desigualdades en la accesibilidad de los cuidados médicos; es decir, la salud de la población está intrínsecamente relacionada con el nivel socioeconómico: a menor nivel socioeconómico aumentan los malos hábitos de higiene, propiciando un importante aumento en la mortalidad y morbilidad.

Para evaluar el nivel de acceso y utilización de los servicios; así como el impacto en la distribución de los servicios médicos y el financiamiento de la atención a la salud pública, diversas organizaciones internacionales han propuesto el cálculo de los indicadores de pobreza y marginación social como parámetros para medir el nivel de vida de los países.

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), los indicadores de pobreza reflejan mejor la cantidad de privación en comparación con el Índice de Desarrollo Humano (IDH).

En este contexto, el Actuario es el profesionalista capaz de comprender e interpretar los mencionados indicadores dada su formación académica con bases matemáticas, sociales y demográficas sólidas.

La medición de la pobreza se realiza, generalmente, a través del método conocido como Método del Ingreso o de la Línea de la Pobreza, el cual mide a ésta a través de un enfoque cuantitativo y, a partir de un nivel de ingreso, el umbral de la pobreza. En este sentido, el objetivo de este método es medir a la pobreza a través de la incapacidad monetaria para satisfacer las necesidades más básicas en base a un ingreso mínimo.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) reporta que en México, la pobreza en los últimos años se encuentra en niveles similares a los de 1992: 47 por ciento de la población del país está en situación de pobreza patrimonial y 18.2 por ciento en pobreza alimentaria. De no incrementarse de manera acelerada los salarios reales y el empleo en el país, los cuales son los principales motores del ingreso, la pobreza no podrá reducirse de manera sustantiva en el mediano y largo plazo.

Persisten grandes desigualdades entre las diferentes regiones del país, pues mientras encontramos municipios con muy bajos índices de pobreza en el norte (como lo son Gómez Farías en Chihuahua y San Pedro Garza García en Nuevo León que reportan 0.1 por ciento en pobreza alimentaria en 2005), existen otros con altos niveles de pobreza y marginación en entidades del sur- sureste (por ejemplo, San Juan Canuc y Santiago el Pinar en Chiapas cuya pobreza alimentaria alcanzó el 84.0 por ciento), lo cual representa un reto para el país en los siguientes años.

“Sin embargo, existen avances importantes en la cobertura de servicios básicos, especialmente entre la población en situación de pobreza. Por ejemplo, para la población en pobreza alimentaria, entre 1992 y 2005, el porcentaje de niños entre 13 y 15 años que trabajan y no asisten a la escuela pasó de 16 a 10.1 por ciento, el porcentaje de niños entre 8 y 12 años que no asiste a la escuela se redujo de 8.9 a 4.7 por ciento, y disminuyó de 21 a 4 el porcentaje de viviendas sin energía eléctrica. Además, para la misma población, el porcentaje de hogares sin baño bajó de 51 a 14 por ciento” (CONEVAL, 2007, pag2).

Si bien los esfuerzos de política social han mejorado la cobertura de los servicios básicos, incluso en la población en pobreza, lo anterior no se ha traducido en un incremento acelerado de los ingresos, que son la base para la reducción sostenida de la pobreza. El reto

más importante es consolidar políticas públicas que continúen fortaleciendo el acceso a servicios básicos, especialmente en regiones de mayor pobreza y, al mismo tiempo, coordinar la política económica y social para elevar el ingreso y el empleo de la población en general y especialmente la que se encuentra en situación de pobreza.

La tesis se desarrolla grosso modo en tres capítulos:

El propósito del primer capítulo es analizar aspectos teóricos é históricos sobre pobreza vista desde un punto global a uno particular; definiendo la pobreza alimentaria, de capacidades y de patrimonio; así como se realizará una evaluación de las políticas públicas y acciones del Gobierno Federal, para contrarrestar los niveles de pobreza que aquejan el país.

Por su parte, en el segundo capítulo se analizará el impacto que tienen los aspectos sociales, económicos y demográficos en México, con respecto al crecimiento de la población, la esperanza de vida, el nivel educativo y las diferencias socio-económicas que esto conlleva.

Finalmente, en el tercer capítulo se evaluará al Sistema Nacional de Salud a través de diversos indicadores que arrojen un resultado aproximado de la situación actual de la pobreza y los servicios médicos y un análisis prospectivo al año 2050.

# **CAPÍTULO 1. PANORAMA MUNDIAL DE LA POBREZA**

## **1.1 Introducción**

El objetivo de este capítulo es dar a conocer los conceptos básicos de la pobreza, su definición y clasificación; así como mencionar las acciones y programas de los Organismos internacionales para combatirla.

Además, se dará a conocer el panorama de las políticas públicas en México, presentado los elementos sustanciales del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 vigente en el abatimiento de los umbrales de la pobreza mexicana. En este sentido, se darán a conocer las medidas y los planes que aplicará el gobierno para combatir la pobreza, siendo una de las principales política públicas el Seguro Popular.

Para comprender mejor a la pobreza, se deben de conocer sus orígenes y analizar su evolución; de esta manera se puede predecir como se desarrollará en los próximos años. El origen de la pobreza comienza con las diferencias sociales que nacen al existir la acumulación de bienes y se intensifica con la aparición del dinero acuñado en el Siglo VII AC. Esto aumenta la brecha entre los que logran acumular riquezas y los que al no tener dinero carecían de todo. Posteriormente, en la Edad Media el fenómeno que caracterizaba a la pobreza era la esclavitud; sin embargo, también existía la pobreza constituida por personas que eran libres pero incapaces de sustentarse a sí mismos; este grupo estaba conformado principalmente por ancianos, viudas, huérfanos y siervos. Éstos dependían, principalmente, de la caridad para subsistir.

Posteriormente, con el capitalismo se buscó la libertad social y política, dándole a cada persona la oportunidad de elegir dónde trabajar durante una jornada a cambio de un pago denominado salario. Con este sistema, se buscó maximizar los beneficios tanto de empleados como de los patrones. En la actualidad se puede observar que la brecha diferencial entre salarios y ganancias es todavía muy amplia.

## **1.2 Definición de la Pobreza**

En la actualidad, la pobreza no solo se entiende como la falta de ingresos, sino también como la negación de oportunidades de desarrollo. Esta carencia de oportunidades se traduce en una mayor probabilidad de muerte infantil o a causa de enfermedades prevenibles; mayor vulnerabilidad a delitos y a la violencia; no poder disfrutar de un nivel decente de

vida y/o libertad; y finalmente, no poder acceder a la educación, vivienda, salud y justicia. En el entorno social, “[...] ser pobre significa que, dadas las condiciones sociales e individuales, las personas no tienen acceso a los recursos económicos necesarios para alcanzar las capacidades básicas” (Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 2002) y satisfacer las necesidades de una persona o población.

La pobreza es un fenómeno relativo, complejo y multidimensional. Por ello, su análisis debe considerar la situación socio-económico y cultural. Además, es dependiente de la subjetividad de la persona que la estudia generando un prisma de enfoques, múltiples definiciones y métodos para su medición.

El estudio de la pobreza abarca sus causas y diversos planes para combatirla. Las acciones inmediatas suelen ser a través de medios externos, es decir, que no son generados por la persona misma, como la caridad y los donativos, entre otros; sin embargo, estos medios aunque son admirables por parte de terceros y resuelven problemas inmediatos, no van a la raíz del problema, aminoran la pobreza pero no ayudan a erradicarla, pues el problema verdadero se encuentra en que la persona no es capaz de generar los medios para poder mejorar su condición de vida. Por su parte, los medios internos son aquellos que genera la persona misma permitiendo romper el círculo vicioso entre pobreza, enfermedad y subdesarrollo.

### **1.2.1 Organización de las Naciones Unidas.**

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) es una asociación de gobiernos global que facilita la cooperación en asuntos como el derecho internacional; la paz y seguridad internacional; el desarrollo económico y social; los asuntos humanitarios y los derechos humanos. Desde su inicio (1947) ha trabajado por mejorar las condiciones de vida, principalmente en los países en vías de desarrollo.

En 1970 aprobó una resolución en la que recomendaba a los países económicamente desarrollados que destinasen el 0,7% de su PNB (Producto Nacional Bruto) a Cooperación Internacional. En 2007 sólo 5 de los 30 países considerados ricos cumplen con este compromiso <sup>1</sup>

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es el organismo miembro de la ONU que, desde 1965, trabaja para reducir la pobreza mundial y los problemas

---

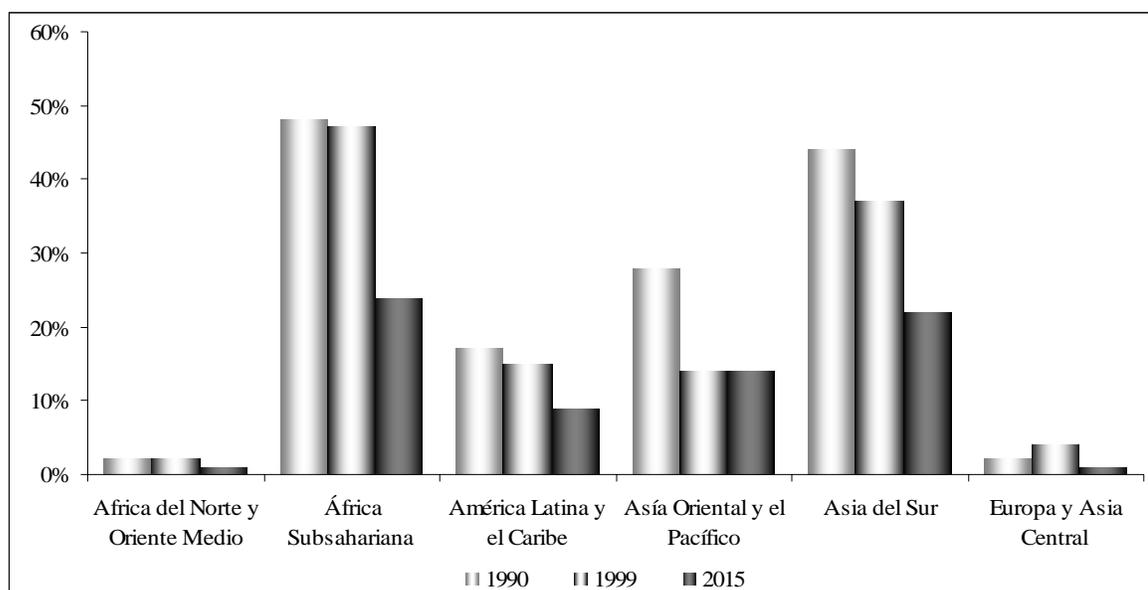
<sup>1</sup> Información obtenida de la página oficial de la ONU

asociados con ésta a través de prácticas que apoyan al desarrollo humano y el progreso económico y social. El PNUD considera 3 elementos para la medición del Índice de Desarrollo Humano: 1º. Una vida longeva y sana, medida por las esperanzas de vida al nacer; 2º. El conocimiento, medido por la tasa de analfabetismo adulto y la tasa de matrícula total combinada de primaria, secundaria y terciaria; 3º Un nivel económico de vida decente, medido por el Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita*.

En Septiembre del 2000, la ONU celebró la Cumbre del Milenio, en donde los líderes de todo el mundo se comprometieron a reducir la pobreza a nivel mundial antes del 2015. Para alcanzar este compromiso, el PNUD se centra en proveer a los países en desarrollo servicios de asesoramiento basados en conocimientos; así como en concertar alianzas internacionales.

El PNUD realiza intensas actividades de promoción relativas a los problemas de la pobreza. Su publicación más importante denominada: Informe sobre Desarrollo Humano, categoriza a todos los países, año tras año, en función de factores como el ingreso *per cápita*, el grado de alfabetización, la esperanza de vida y el respeto de los derechos de la mujer. La gráfica 1.1 muestra una categorización de la población mundial que vive en extrema pobreza, representado como la proporción de la población que vive con menos de un dólar americano cada día.

**Gráfica 1.1. Porcentaje de la población mundial que vive con menos de un dólar americano por día.**



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe del Desarrollo Humano 2007-2008.

En el *Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008*, México ocupó el lugar 52 en el índice del desarrollo humano. En este informe se menciona que en 2007 el Gobierno Federal inició la estrategia 100 x 100 (Cien acciones en 100 municipios de menor Índice de Desarrollo Humano, IDH). Este programa pretende transformar de manera integral las condiciones de rezago de los municipios con menor IDH. Los ejes de actuación de esta estrategia son: educación, salud, generación de opciones de ingreso, fortalecimiento de la actividad económica, creación de infraestructura social básica y vivienda, y desarrollo del medio ambiente.

## **1.2.2 Organización Mundial de la Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo de la ONU especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. El propósito de la OMS es que todos los pueblos de la tierra puedan gozar del grado máximo de salud. Su reto es otorgar prioridad a los resultados de salud entre los grupos más pobres, desfavorecidos o vulnerables. Generalmente, a estas comunidades no logra llegar la ayuda debido a que son lejanas y no hay caminos, por lo que es difícil hacerles llegar algún tipo de ayuda médica.

En la “Estrategia de Cooperación con México de la OPS/OMS para el período 2005-2009” se muestra un análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2000), donde se clasifica la pobreza según tres categorías: pobreza alimentaria, cuando los hogares no tienen suficiente ingreso para satisfacer las necesidades de alimentación; pobreza de capacidades, cuando no se satisfacen las necesidades de alimentación, salud y educación; y, pobreza de patrimonio, definida como los hogares que no cubren las necesidades de alimentación, salud, educación, sumadas a las de vestido, calzado, vivienda y transporte.

En el Coloquio sobre la Prevención de la Criminalidad en 2008, la OMS enfatizó que a mayor pobreza, aumentan los niveles de crímenes y violencia. En 2009 la OMS reveló que los países más pobres, aquellos donde existen conflictos violentos y los que tienen mayor incidencia de contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), registran la mayor mortandad de niños menores de cinco años.

En las oficinas regionales de la OMS en México se desarrollan programas específicos para la erradicación de la pobreza a través de la publicación constante de documentos referentes a la salud pública; así como la implementación de estos programas, de los cuáles se pueden destacar:

- *Agua, Saneamiento y Salud*, que va desde la investigación en temas relacionados a la calidad del agua potable y sus consecuencias hasta relaciones con diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG) para llevar a cabo los mejoramientos.
- *Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño*, que trata de mejorar la calidad de vida de las mujeres durante el embarazo y niños durante los primeros cinco años de vida.
- *Alerta y respuesta ante epidemias y pandemias*, que se encarga de detectar e identificar, rápidamente, para responder de forma adecuada a las amenazas de enfermedades emergentes y con tendencia a producir epidemias, a fin de reducir al mínimo su impacto en la salud y la economía de la población mundial.
- *Salud y desarrollo del niño y el adolescente*, cuyo objetivo es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, en comparación con las cifras de 1990, promover la salud física y mental de los adolescentes, y reducir en un 25% la prevalencia del VIH en los jóvenes de 15 a 24 años para 2010.
- *Vigilancia de las enfermedades no transmisibles*, encargado del análisis e interpretación sistemáticos de información estadística en salud y su oportuna difusión a los encargados de formular políticas públicas y a otros agentes interesados.
- *Sistema de Información Estadística de la OMS (WHOSIS*, por sus siglas en inglés), que es una base interactiva que reúne las estadísticas básicas en salud de los 193 Estados Miembros de la OMS, entre los que se encuentra México.

### **1.2.2.1 Comisión de Determinantes Sociales**

En 2004 se estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales, cuyo propósito es contribuir a enfrentar las graves inequidades de salud que existen entre los países y entre sus grupos sociales. En este sentido, su objetivo es mejorar la salud en algunas de las comunidades del mundo más pobres y con mayor vulnerabilidad abordando las causas fundamentales de las enfermedades y de las inequidades en salud. Para conseguirlo se han propuesto acciones paralelas como aumentar los esfuerzos en torno al control de las enfermedades graves y a su vez mejorar el desempeño y la equidad de los sistemas de salud. Por su parte, se busca contrarrestar a la pobreza y adoptar medidas que permitan minorizar la pobreza y mejorar las circunstancias en las cuales viven y trabajan las personas.

En este contexto, el quehacer central de la Comisión de Determinantes Sociales está en el desarrollo de una comunidad crítica a las inequidades en salud, fundamentado en la evidencia y con propuesta de intervenciones efectivas para su modificación. En la opinión de esta Comisión las desigualdades e inequidades en salud entre los distintos grupos sociales y países son muy notables y exigen acciones inmediatas para su control. Estas desigualdades surgen debido a las diferencias injustas con respecto a las oportunidades que tienen las personas de lograr un desarrollo social y personal total. La Comisión señala que a menos que se aborden estos determinantes fundamentales de la salud, no se logrará mejorar la salud de la población, ni se abatirán a las desigualdades en atención a la misma y debido a ello, no se alcanzará las metas sociales propuestas a nivel mundial.

Los niveles actuales de la mala salud de la población y las desigualdades en la atención a la salud representan un reto para la equidad en materia de salud y de justicia social. En México las políticas públicas que abordan las condiciones sociales y económicas no están logrando satisfacer de manera adecuada las necesidades sociales. Por lo tanto, son una señal del fracaso o la debilidad de éstas y una amenaza para el logro de las metas mundiales.

Las acciones centrales de esta Comisión, se describen de la siguiente manera:

- *Organización del conocimiento*, es decir, compilar los datos probatorios sobre las intervenciones exitosas y formular políticas que aborden a los determinantes sociales clave, en particular en los países de bajos ingresos;
- *Promoción de la acción*, es decir, fomentar la ejecución de políticas eficaces mundiales y nacionales a fin de abordar a los determinantes sociales de la salud;
- *Estimulación de la promoción de la causa*, es decir, fomentar el debate y la promoción de la causa social a fin de aplicar políticas que aborden a los determinantes sociales.

### **1.2.3 Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico**

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) es una organización internacional intergubernamental que, en sus inicios, reunió a los países más industrializados con economía de mercado. Este organismo se ha constituido en uno de los más influyentes Foros Mundiales en el que se analizan y se establecen orientaciones y normas sobre temas, económicos, educacionales, medioambientales y muchos otros de gran relevancia internacional. Los representantes de los países miembros, entre ellos México, intercambian información y armonizan sus políticas, con el objetivo de maximizar el crecimiento económico, apoyar su desarrollo propio y de los países no miembros.

Para la OCDE una persona está por debajo del umbral de pobreza relativa cuando su gasto es inferior a un porcentaje del gasto medio equivalente. Este porcentaje varía dependiendo el país. Para México, la OCDE ha establecido que este porcentaje deberá corresponder a la mediana del ingreso de los hogares. En 2007, 24% de los hogares mexicanos se encontraban debajo de este promedio.

Es por esto que la ONU, la OCDE, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional han fijado siete objetivos para la reducción de la pobreza para el año 2015. Los objetivos generales son:

1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que viven en pobreza extrema.
2. Matricular a todos los niños en la escuela primaria para el año 2015.
3. Avanzar hacia la igualdad entre géneros y dar poder a la mujer a través de la eliminación de las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para el año 2015.
4. Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.
5. Reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes entre 1990 y 2015.
6. Proporcionar acceso a servicios de salud reproductiva para 2015 a quienes lo necesiten.
7. Poner en práctica estrategias nacionales de desarrollo sostenible a fin de revertir para 2015 la pérdida de recursos ecológicos.

### **1.3 Clasificación de la Pobreza**

De acuerdo a la clasificación del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional, existen dos tipos de pobreza: la pobreza absoluta y la pobreza relativa. La primera parte de las diferencias entre los pobres y los no pobres, estableciendo una canasta mínima de consumo, representativa de las necesidades de la sociedad que se pretende analizar. La canasta de pobreza crítica incluye a la pobreza extrema. Para la pobreza crítica la canasta de consumo incluye los gastos de alimentación, vivienda, salud, vestido y otros. Mientras que para detectar la pobreza extrema únicamente se consideran los gastos de alimentación. Por su parte, la segunda clasificación es relativa de las ciudades, campos, países, situaciones geográficas, etcétera. En este sentido, cada sociedad, cada país, o cada *modus vivendi* tiene un nivel o canal de pobreza, viéndolo desde el punto de vista de la relatividad de las cosas; por ejemplo, el pobre de un país desarrollado es aquel que no tiene automóvil o casa de verano, mientras en países en vías de desarrollo son aquellos que no cuentan con lo necesario para vivir o comer.

Para una mejor clasificación de la pobreza, el Banco Mundial la clasifica más detalladamente en:

- *Pobreza educativa.* Este tipo de pobreza pertenece a la pobreza relativa, ya que el individuo que la padezca, no necesariamente padecerá otro tipo de pobreza. La pobreza educativa como su nombre lo indica es la carencia de oportunidad de educación tanto laboral, como pedagógica. Se dice que los pobres educativos son las personas de 15 años y más sin instrucción.

Esta pobreza se puede subdividir en dos grupos, los pobres extremos educativos y los pobres moderados educativos. Los Pobres Extremos Educativos (sin contar a los indigentes) son los adultos con alguna instrucción pero sin primaria completa y los pobres moderados educativos (sin pobreza extrema) son los que tienen la primaria, pero no tienen la secundaria completa.

- *Pobreza de espacio habitacional.* Este tipo de pobreza se refiere al sobre-cupo en una vivienda. El sobre-cupo es igual a las personas que habitan en viviendas sobre ocupadas (hacinadas), menos la capacidad de alojamiento, de acuerdo con las normas de esas viviendas, zonas, países, o regiones.<sup>2</sup>
- *Pobreza de servicios.* La indigencia de servicios es la situación que pueden sufrir los habitantes de viviendas que cuentan con los tres servicios básicos: agua, drenaje y electricidad, por debajo de las normas "subjetivas". Se cita como subjetivas por que son distanciadas de la realidad y de los estándares, debido a que en naciones subdesarrolladas siempre se carece de una o dos al mismo tiempo, o paulatinamente.
- *Pobreza de seguridad social.* Es el tipo de pobreza más "relativo", debido a que la sufren los que no tienen los beneficios de seguridad social. La misma no depende de la riqueza de un país, y de la capacidad que tenga esa nación de proveer la misma, en el entendido de que existen países con una grave seguridad social, aunque tienen una infraestructura de riqueza inconmensurable y, a su vez, existen países con zonas altamente pobres, pero tienen o han creado una seguridad social estable, buena y sana. En este contexto, la globalización y la privatización de ciertos renglones de la seguridad social han aumentado el problema de la pobreza debido a la creación de los

---

<sup>2</sup> En México, las normas utilizadas son de COPLAMAR, es decir, dos personas por habitación (sin contar las áreas comunes como tal) en el medio urbano y, en el medio rural, dos personas y media por habitación.

sistemas privados de previsión, como son las Administradoras de Fondos de Pensiones y las Administradoras de Salud Pública. En la mayoría de los países existen, además de los sistemas públicos, los sistemas privados de la seguridad social.

La crítica principal al sistema estatal de seguridad social apunta a que éste excluya por completo a los más desfavorecidos de la sociedad, los marginales, desempleados, trabajadores del sector informal, campesinos sin tierras, trabajadores domésticos, etcétera, y que por el contrario, favorezca a los más "privilegiados", tales como la clase trabajadora urbana, los empleados públicos, la clase media, las cúpulas empresariales, etcétera.

El número de los que están excluidos del sistema público (y del privado) de seguridad social es correlativo, por lo general, con el tamaño del sector informal, es decir, con los que de cualquier modo están excluidos de la sociedad. Éstos tienen que depender de las instituciones gratuitas, por ejemplo, para la previsión sanitaria. Existe también un desnivel entre la ciudad y el campo en la distribución de la seguridad social, es decir, el sistema estatal de seguridad social reproduce la estructura social extremadamente desigual y la heterogeneidad estructural de las sociedades latinoamericanas.

- *Pobreza de salud.* Esta clasificación está determinada como la proporción de la población nacional de una zona o país, en relación a las instituciones de salud del sector público, mismas que no alcanzan a cubrir adecuadamente a la población demandante de los servicios. Para su evaluación, se utilizan varios indicadores como personal médico, camas, equipos y recursos disponibles, generalmente, *per cápita*.
- *Pobreza por ingresos.* Esta pobreza se mide porcentualmente y es muy subjetiva, debido a que se estima en función de la población que vive en hogares en los cuales el ingreso *per cápita* es menor que la línea de pobreza *per cápita*. Es relativa, ya que existen países desarrollados con altos índices de PIB y altos ingresos *per cápita*.

#### **1.4 Políticas Públicas en México.**

El gobierno tiene la obligación de resolver problemas trascendentales para la sociedad, como empleo, salud, vivienda, abastecimiento de agua, seguridad, etcétera. Para resolver o incluso prevenir estos problemas es necesaria la eficiente implementación de las políticas públicas, las cuales si cuentan con un aparato administrativo adecuado podrán dar satisfacción a los ciudadanos en el cumplimiento a sus demandas. Así, una política pública es la decisión gubernamental plasmada en la resolución de un problema en la comunidad.

Para el desarrollo de cualquier Estado es necesario el estudio de las Políticas Públicas abarcando el planteamiento, análisis, evaluación e implementación. Para esto, el Estado requiere contar con instituciones eficaces que sepan captar los problemas de los ciudadanos, presentar reformas e implementar de manera adecuada las políticas públicas.

Para elaborar una política pública se estipulan seis pasos:<sup>3</sup>

1. *Identificar y definir los problemas.*
2. *Percibir la problemática actual o futura.* Establecer a quién afecta, en donde se presentan y cuánto afectan las alteraciones propuestas. En este paso es necesario el análisis de los aspectos sociales y políticos del entorno.
3. *Seleccionar soluciones.* Se debe analizar el respaldo ideológico-político, la valoración de los criterios políticos, técnicos y administrativos.
4. *Establecer objetivos o metas.*
5. *Seleccionar los medios.* Considerar los recursos tecnológicos y administrativos con los que se cuenta; así como la organización operativa, gasto, etcétera. Considerar la mayor parte de las soluciones y analizarlas, objetivamente, con el fin de seleccionar las más viables.
6. *Implementarla.* Son las instituciones las que instrumentarán y crearán la estructura necesaria para llevar a cabo la implementación, y de ellas dependerá la viabilidad del sistema político, social y económico.

En México, se ha creado la Oficina de la Presidencia para las Políticas Públicas y Crecimiento con Calidad, las principales funciones referentes a las políticas públicas, son:

- Contribuir al reemplazamiento a través de la innovación, de los sistemas burocráticos por sistemas emprendedores que transformen a las organizaciones públicas en elementos de mejora y desarrollo, mediante un cambio profundo de cultura hacia enfoques visionarios y de futuro que permitan encontrar solución a los grandes problemas nacionales.

---

<sup>3</sup> Ruiz Sánchez Carlos, Manual para la Elaboración de Políticas Publicas.

- Coadyuvar en el logro de las políticas públicas mediante la definición de espacios de libertad de los individuos, los ámbitos de acción y de responsabilidad propios de los sectores social y privado; sí como el grado de intervención que corresponde al estado.
- Propiciar el desarrollo regional bajo el fundamento del respeto a la libertad de cada región y entidad para controlar su propio destino en armonía con el resto de país.
- Propiciar la participación directa de los pueblos indígenas en el desarrollo nacional y combatir los rezagos y las causas estructurales de su marginación, con pleno respeto a sus usos y costumbres; así como promover y fortalecer el desarrollo de las personas con discapacidad para equiparar y facilitar su integración plena en todos los ámbitos de la vida nacional y promover la construcción eficiente de políticas para el cuidado y desarrollo de la infancia y la adolescencia.
- Propiciar relaciones eficaces y aportar información estratégica entre el equipo de trabajo, sectores de la sociedad, instituciones y órganos de gobierno para acercar el ejercicio del poder público a las expresiones ciudadanas.

#### **1.4.1 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012**

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) es el compromiso del Gobierno Federal con los ciudadanos, su finalidad es establecer los objetivos nacionales y estrategias del gobierno durante su administración.

En la primera parte del PND 2007-2012 se definen los objetivos y las prioridades nacionales que regirán en el país durante la presente administración. La segunda parte corresponde a los cinco ejes de política pública del plan, que son: Estado de Derecho y Seguridad; Economía Competitiva y Generadora de Empleos; Igualdad de Oportunidades; Sustentabilidad Ambiental; y, Democracia Efectiva y Política Exterior Responsable.

Estos cinco ejes se encuentran estrechamente ligados; sin embargo, para los fines de este estudio, el análisis de estos ejes se enfocará, únicamente, en el desarrollo humano sustentable y en la igualdad de oportunidades, debido a que son los compromisos del Estado que se refieren directamente a la pobreza.

El Desarrollo Humano Sustentable, asume que "el propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras"<sup>4</sup> En este informe también se plantea el fortalecimiento de la comunidad familiar, pues la familia es el punto de partida de cualquier forma de solidaridad social. Por otra parte, el Informe establece que una política económica sólida, en las condiciones que ha heredado México, no sería suficiente para propiciar el desarrollo armónico y pleno de la sociedad, por lo que debe complementarse con una estrategia eficaz de superación de la pobreza y la marginación.

En materia de igualdad de oportunidades el PND busca que cada mexicano, principalmente los que se encuentran en situación de pobreza, tengan las mismas oportunidades educativas, profesionales y de salud para que todos los mexicanos puedan participar plenamente en las actividades productivas para desarrollar sus aspiraciones y mejorar sus condiciones de vida.

En esta área de igualdad de oportunidades se reconoce que tanto la pobreza en las ciudades y la pobreza en áreas rurales, ya que por su naturaleza, deben ser combatidas con mecanismos diferentes. Por ejemplo, para las comunidades rurales es necesario llevar a éstas más acciones en educación, salud, nutrición, vivienda; así como obras de agua potable, drenaje, electricidad, caminos, e incluso teléfono para comunicar a las poblaciones distantes; mientras que para las ciudades es necesario crear proyectos que generen oportunidades de trabajo digno para sus habitantes.

Las estrategias que se plantearon en el PND 2007-2012 son<sup>5</sup>:

- *Estrategia 1:* Fortalecer los programas existentes de superación de la pobreza, ampliándolos para incluir otras vertientes de apoyo social y asegurar que lleguen a la población que realmente los necesita.
- *Estrategia 2:* Impulsar los municipios de mayor marginación, a través de una efectiva focalización de recursos. Reducir la desigualdad en los municipios con menor índice de desarrollo, mediante inversiones que se incrementen año con año.<sup>6</sup>
- *Estrategia 3:* Resolver las necesidades de alimentación y vivienda, y acceso a educación y salud. Asegurar que los mexicanos en situación de pobreza resuelvan

---

<sup>4</sup> PNUD (1994, septiembre). Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 1994.

<sup>5</sup> Estas estrategias se detallan en el PND 2007-2012 Páginas 150-200

<sup>6</sup> El primero de estos planes es el denominado "Estrategia 100 x 100" mencionado en el Capítulo 1.1 ONU

sus necesidades de alimentación y vivienda digna, con pleno acceso a servicios básicos y a una educación y salud de calidad. Prevención de enfermedades, epidemias y riesgos de trabajo.

- *Estrategia 4:* Mejorar los procesos de planeación, operación y evaluación de los programas para la superación de la pobreza, incluyendo la elaboración de un padrón único de beneficiarios para todos los programas sociales.
- *Estrategia 5:* Fortalecer y ampliar los programas e instrumentos del Estado para el combate de la pobreza en las ciudades del país.
- *Estrategia 6:* Promover la participación responsable de la sociedad civil en el combate a la pobreza.
- *Estrategia 7:* Apoyar el arranque y la operación de proyectos productivos familiares y de grupos comunitarios mediante asesoría y programas de microfinanciamiento, en el campo y las ciudades.
- *Estrategia 8:* Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las vías y medios de comunicación y de transporte para conectar a las regiones menos desarrolladas del país.
- *Estrategia 9:* Promover proyectos de ecoturismo, turismo de aventura y turismo cultural en las zonas rurales para que puedan aprovechar sus ventajas comparativas en cuanto a riqueza cultural y natural y hagan de ésta una actividad que detone su desarrollo económico y social.
- *Estrategia 10:* Reorientar y fortalecer los programas de las instituciones públicas del sector agropecuario para detonar el desarrollo de actividades económicas en el campo.
- *Estrategia 11:* Empezar acciones para propiciar el empleo en zonas donde se genera la expulsión de personas, procurando convertirlas en receptoras de inversión.
- *Estrategia 12:* Promover el ordenamiento territorial, la certeza jurídica en la tenencia de la tierra y la seguridad pública en zonas marginadas de las ciudades.

- *Estrategia 13:* Impulsar el ordenamiento territorial nacional y el desarrollo regional a través de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y concertadas con la sociedad civil.
- *Estrategia 14:* Prevenir y atender los riesgos naturales.
- *Estrategia 15:* Fortalecer el marco institucional federal en materia de desarrollo urbano creando los instrumentos financieros, técnicos y normativos que requiere la problemática actual de nuestras ciudades.

#### **1.4.2 Secretaría de Desarrollo Social.**

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) tiene como misión coordinar las políticas sociales del gobierno y orientarlas hacia el bien común para lograr la superación de la pobreza mediante el desarrollo humano integral, incluyente y corresponsable; alcanzando así, los niveles suficientes de bienestar y equidad, mejorando las condiciones sociales, económicas y políticas en espacios rurales y urbanos.

A partir de su creación, la SEDESOL ha ido evolucionando el concepto de la pobreza, antes entendida únicamente como consecuencia del ingreso de la población; ahora, ha logrado que el gobierno también ponga atención en los generadores del ingreso como educación, salud, patrimonio y vivienda. Es decir, la SEDESOL ataca las consecuencias de la pobreza, su origen.

Entre sus logros más importantes se encuentran la descentralización de decisiones importantes y recursos a estados y municipios y la creación de espacios comunitarios útiles para el combate de la pobreza.

Las principales funciones de la SEDESOL son:

- Fomentar el desarrollo social con respeto a los derechos y la dignidad de las personas;
- Impulsar una visión compartida para la superación de la pobreza en todas las políticas públicas;
- Generar una política social con, de y para los pobres;
- Proteger a las familias en condición de pobreza;
- Respetar y proteger la diversidad étnica y cultural;
- Privilegiar el enfoque territorial y la focalización hacia los más pobres; y,
- Asegurar la eficiencia de los programas.

Para lograr cumplir con estas funciones, la SEDESOL cuenta con diferentes unidades como la Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano, la Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio y la Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación.

Además, dependen de ella el Programa de Oportunidades, la Comisión Nacional de Fomento a la Vivienda (CONAFOVI), el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), el Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO), el Fondo Nacional para el Fomento a las Artesanías (FONART), entre otras.

#### **1.4.2.1 Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social**

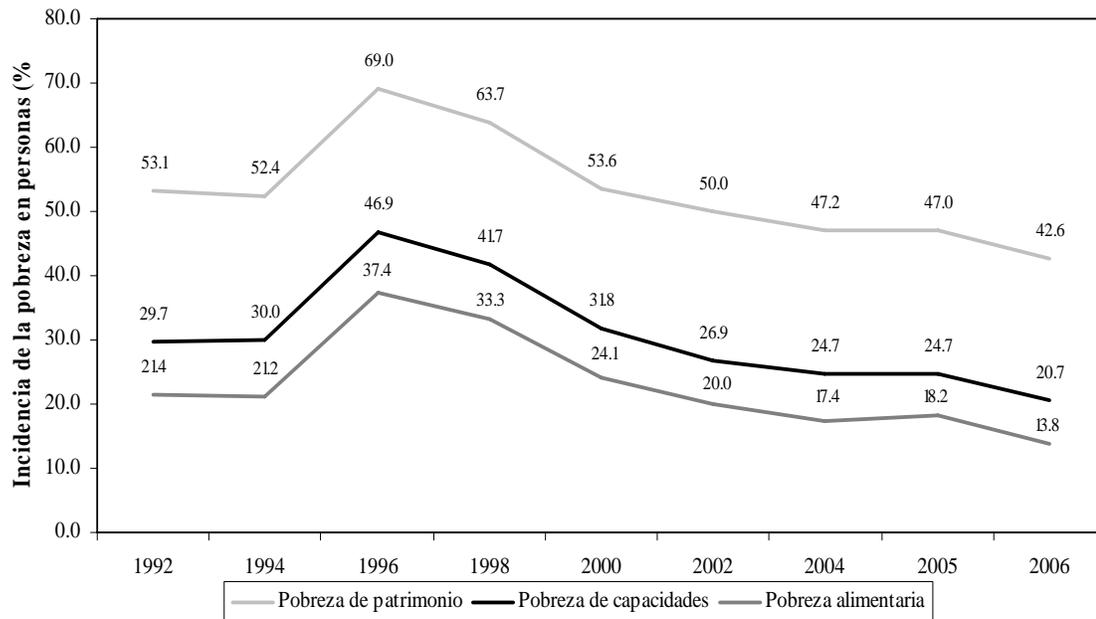
El objetivo del CONEVAL, es normar y coordinar la evaluación de las Políticas y Programas de Desarrollo Social que ejecuten las dependencias públicas. Además de mejorar la eficacia y eficiencia de las políticas de desarrollo social mediante la evaluación y monitoreo de los programas; así como la medición de la pobreza.

El CONEVAL tiene la capacidad de corregir, modificar, o incluso suspender parcial o totalmente los programas de desarrollo social derivado de sus revisiones continuas. Para tales fines, los programas sociales deberán contar con indicadores de resultados, gestión y servicios para medir su cobertura, calidad e impacto. Estos indicadores deberán mostrar el cumplimiento de los objetivos sociales.

Para la medición de la pobreza, el CONEVAL establece los lineamientos y criterios que deberán aplicar todas las entidades y dependencias públicas que participen en programas de desarrollo social obteniendo toda la información del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). De acuerdo con la ley, los estudios que realice la CONEVAL deben tener una periodicidad de cuando menos dos años.

En la gráfica 1.2 se puede observar que los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2006 muestra una tendencia decreciente para los índices de pobreza, en un horizonte a mediano plazo. Se debe considerar que durante la crisis económica de mediados de los años noventa la pobreza aumentó de manera considerable, pero a partir de 1996 vemos la tendencia a la baja.

**Gráfica 1.2. Evolución de la pobreza nacional 1992-2006. Incidencia de la pobreza (porcentaje de personas)**



Fuente: Elaboración propia a partir del ENIGH de 1992 a 2006.

### 1.4.3 Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud tiene como objetivo primordial el de cuidar y mejorar la salud de la población mexicana, logrando así, elevar la calidad y la esperanza de vida. Para lograrlo el gobierno le da la capacidad de conducir la política en materia de salud y de coordinar diversos programas de salud a nivel estatal y nacional. Además, tiene la capacidad de celebrar convenios y contratos para lograr una mejora en la prestación de los servicios de salud. Por su parte, su función es promover, coordinar y evaluar los programas y servicios de salud que se estén llevando a cabo y formular recomendaciones a las diferentes dependencias del sector salud sobre la asignación de recursos para los programas de salud.

El sector salud se integra por diversas instituciones, que aunque trabajan de manera independiente, su labor se encuentra estrechamente ligada a las funciones de la Secretaría de Salud. Esto es, porque su tarea medular también consiste en proteger la salud de los mexicanos. Las principales instituciones son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); entre otros Institutos Federales y Estatales.

Por otro lado, la Secretaría de Salud tiene como obligación emitir el “Programa Sectorial de Salud” donde se establecen los propósitos y programas que se llevarán a cabo durante la administración. En el Programa 2007-2012, se busca que para el año 2030 México sea un país con desarrollo humano sustentable, y para esto se requiere la implementación de estrategias que fortalezcan y amplíen la lucha contra riesgos sanitarios, favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables.

Las diez estrategias que propone el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012, se encuentran estrechamente ligadas a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, ya que ambos tienen la visión de asegurar a la población la satisfacción de sus necesidades esenciales y entre éstas se encuentra la salud. Cada una de las estrategias contempla diversas líneas de acción, y actividades específicas.

1. Fortalecer y modernizar la protección contra riesgos sanitarios;
2. Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades;
3. Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud;
4. Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación para el Sistema Nacional de Salud;
5. Organizar e integrar la prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud;
6. Garantizar recursos financieros suficientes para llevar a cabo las acciones de protección contra riesgos sanitarios y promoción de la salud;
7. Consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona;
8. Promover la inversión en sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones que mejoren la eficiencia y la integración del sector;
9. Fortalecer la investigación y la enseñanza en salud para el desarrollo del conocimiento y los recursos humanos, y
10. Apoyar la prestación de servicios de salud mediante el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento necesarios.

#### **1.4.3.1 Comisión Nacional de Protección Social en Salud**

La Protección Social en Salud consiste en que el Estado garantice el acceso efectivo, oportuno y de calidad, sin desembolso al momento de su utilización, y sin discriminación a los servicios médicos que satisfagan las necesidades de salud, desde su prevención hasta la rehabilitación.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud se encarga de la provisión de los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud, además de participar en programas del gobierno federal como “Oportunidades”, “Micro nutrimentos”, “Cirugía extramuros”, “Seguro Popular”, “Embarazo Saludable” y “Seguro Médico para una Nueva Generación”, entre otros.

Se espera que para el año 2012 toda la población mexicana se encuentre protegida por algún Sistema de Protección Social en Salud, sobre todo la población que vive en condiciones de pobreza y marginación, por lo que el Sistema de Protección Social en Salud pone énfasis en los siguientes grupos vulnerables:

- Familias residentes en los Municipios con menor índice de desarrollo humano<sup>7</sup>.
- Familias beneficiarias del Programa Desarrollo Humano Oportunidades<sup>8</sup>
- Grupos vulnerables de población, entre otros, familias de migrantes, esto es, aquellas familias con algún integrante que haya emigrado al extranjero; así como las familias con algún integrante dedicado al trabajo sexual.<sup>9</sup>
- Familias que cuenten con al menos un niño mexicano nacido a partir del 1° de diciembre de 2006.
- Familias con una mujer embarazada.
- Familias atendidas por el Programa Caravanas de la Salud.<sup>10</sup>

#### **1.4.2.2 Seguro Popular**

El Seguro Popular de salud surge ante la necesidad de proteger en materia de salud a las familias y ciudadanos mexicanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Esto debido a que a pesar de que el IMSS e ISSTE atienden a millones de personas que se encuentran bajo régimen asalariado o como empleadores, dejan de lado a las personas de más bajos recursos.

---

<sup>7</sup> En cumplimiento a los objetivos establecidos en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 17 de enero de 2008.

<sup>8</sup> Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 2007.

<sup>9</sup> La Comisión Nacional de Protección Social en Salud desarrollará los procedimientos necesarios para identificar e incorporar a estas familias al Sistema de Protección Social en Salud.

<sup>10</sup> Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 para el Programa Caravanas de la Salud. Diario Oficial de la Federación, 30 de diciembre de 2007.

Según el registro del censo de población y vivienda del año 2000, el 57.8 por ciento del total de la población del país no está asegurada por alguna institución de seguridad social, por lo cual en la mayoría de los casos posterga e incluso deja de atenderse por el alto costo que el tratamiento involucra y el limitado patrimonio del que disponen. Este amplio sector de no asegurados se encuentra en mayor riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud. Por esta causa, en 2003 se puso en marcha una modificación al esquema asistencial, dando paso a una nueva forma de aseguramiento para la población sin acceso a la seguridad social, denominada Seguro Popular de Salud, ofrecido por la Secretaría de Salud y que junto con los seguros del IMSS y del ISSSTE, conforman el Sistema de Protección Social en Salud.

La meta de cobertura que este programa pretende alcanzar es el 100% para el año 2010, es decir, después de 6 años de haber iniciado sus operaciones de manera oficial (01 en enero del 2004). El Seguro Popular cubre a las familias afiliadas con un paquete explícito de intervenciones esenciales y algunos tratamientos seleccionados que se consideran “catastróficos” por su alto costo.

Las familias afiliadas dan una pequeña cuota que se complementa con aportaciones de los gobiernos estatales y el gobierno federal. La cuota que aporta la familia se calcula según el nivel de ingreso de cada una de ellas.

En el cuadro 1.1 se muestra el crecimiento que ha tenido el Seguro Popular desde el inicio de sus operaciones.

**Cuadro 1.1 Seguro Popular de Salud 2002-2006**

| <b>Año</b> | <b>No. de familias afiliadas al Seguro Popular de Salud (SPS)</b> | <b>Entidades Federativas Atendidas a través del SPS</b> | <b>Recursos Ejercidos (mdp)</b> |
|------------|---|---|---------------------------------|
| 2002       | 295,511   | 21  | 162.4                           |
| 2003       | 622,819   | 24  | 618.4                           |
| 2004       | 1,563,572   | 31  | 4,432.00                        |
| 2005       | 3,555,977   | 32  | 8,316.40                        |
| 2006       | 4,636,362   | 32  | 16,837.00                       |

Fuente: Elaboración propia a partir del Presupuesto de Egresos 2007 para el Seguro popular.

En 01 de enero de 2007 se creó el Seguro Médico para una Nueva Generación como parte del Seguro Popular, cuyo principal objetivo es proteger la salud de todos los niños mexicanos nacidos a partir del 1 de Diciembre de 2006, a través de la afiliación inmediata de toda la familia; además de garantizar la supervisión constante del menor desde su nacimiento hasta que cumplen 5 años.

El beneficiario del Seguro Popular tiene derecho a recibir consultas y medicamentos asociados al tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que actualmente contempla 266 servicios en detección y prevención, consulta médica general, medicina ambulatoria, odontología, salud reproductiva, parto y recién nacido, rehabilitación; especialidades como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, traumatología y hospitalización, estudios de gabinete y laboratorio, medicamentos asociados, acciones quirúrgicas, atención de urgencias y rehabilitación. También brinda protección financiera a las familias para el tratamiento de algunas enfermedades de alta especialidad y de costo elevado como el tratamiento del VIH-SIDA, cuidados intensivos neonatales, cáncer cérvicouterino, cáncer de mama y cáncer en menores de edad.

## **CAPÍTULO 2. INDICADORES DE DESIGUALDADES SOCIO-ECONÓMICAS EN MÉXICO.**

### **2.1 Introducción**

Como se abordó en el capítulo 1, la medición de la pobreza es subjetiva debido a que es completamente dependiente de las necesidades de quien realiza el estudio, existen indicadores que permiten comprender, de manera analítica, la realidad de las personas que viven en estado de pobreza, ya que las diferencias que existen entre la sociedad se encuentran ligadas a diversas variables como la edad, sexo, raza, grupo étnico, área geográfica y estatus socioeconómico.

Estos indicadores además de ayudar a medir el nivel de pobreza de una sociedad, ayudan a atraer la atención de las personas a conocer la realidad de la población y así enfocar sus esfuerzos en crear proyectos que coadyuven a erradicar o abatir a la pobreza.

Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es dar a conocer estos indicadores conocidos como variaciones o diferenciales socio-demográficos y económicos que permiten reflejar la realidad de la sociedad mexicana ante este fenómeno. Los indicadores que se darán a conocer son reconocidos por trabajos de la OCDE quien, principalmente, los utiliza fraccionando a la población por sexo y grupo de edad.

Estudios recientes desarrollaron las bases de desigualdad en los siguientes tres campos; el primero se enfoca a los determinantes socioeconómicos tales como educación, ocupación y nivel socioeconómico; el segundo se enfoca a los diferenciales de los servicios de salud entre diferentes grupos económicos y; el tercero, en como se pagan estos servicios.

## **2.2 Los diferenciales socio-demográficos**

En todas las ciudades del mundo un gradiente socioeconómico existe, mientras mas aumenta la desventaja socioeconómica hay un incremento en riesgos de salud y por ende en la morbilidad y mortalidad. Así, las personas de bajo estatus socioeconómico tienden a tener una mayor probabilidad de enfermedad y muerte, es decir, su expectativa de vida con buena salud es menor, sus tasas de mortalidad son mayores y hay más muertes a temprana edad.

A través de la historia, los estudios han demostrado que la reducción de la pobreza no puede ser un proyecto a corto plazo y que es necesario cuantificar el impacto económico de la pobreza para ayudar a reducirla.

El hecho de comparar las desigualdades socioeconómicas en diferentes sociedades permite identificar las áreas de oportunidad y las posibles acciones que ayuden a su reducción

Para facilitar la reducción de los grupos sociales se deben considerar varias dimensiones como el nivel educacional, la clase ocupacional y el nivel de ingresos.

El nivel educacional se refiere a la población con los grados de escolaridad terminados.

La ocupación se utiliza para dividir la población en un número de clases que distingue entre trabajadores del campo, clase obrera (con habilidades y sin habilidades), pequeños empresarios y clase trabajadora no obrera (baja y alta). A pesar que la ocupación puede variar a través de la vida del individuo, generalmente, se determina por la ocupación actual o la ultima ocupación.

El nivel de ingresos se clasifica de acuerdo a lo que percibe como ganancia la cabeza de familia o el responsable de la misma.

En los apartados subsecuentes, se abordará con profundidad los indicadores que permiten evaluar las desigualdades de la población, a partir de tres dimensiones: la demográfica, la social y la económica. Estos indicadores permiten a su vez dimensionar la accesibilidad y la atención de la población, generalmente, con pobreza alimentaria y de patrimonio a los servicios de salud.

## **2.2.1 Dimensión demográfica**

Esta dimensión considera los datos globales de la población y su estructura por edades, analizados en forma integral. En el caso de este estudio, se refiere a relacionar las características demográficas como son sexo, edad, mortalidad, raza, tamaño, estructura y crecimiento de la población, distribución de la población, fecundidad, planificación familiar, migración, nupcialidad, hogares y familias, educación, salud, trabajo, seguridad social, vivienda, seguridad y orden público; entre otras con el nivel de ingresos de la población y por ende con la insuficiencia de los mismos.

### **2.2.1.1 Esperanza de vida**

Es una medida que indica cuanto se espera que una persona viva en promedio si los supuestos de mortalidad en un año particular se mantienen constantes a través del tiempo de vida. Es muy importante resaltar que esta medida solo arroja como resultado el tiempo de vida de un individuo pero no la calidad de vida. La esperanza de vida se deriva de las tablas de vida que pueden ser calculadas a través de los registros de mortalidad, o bien, a través de muestreos y censos.

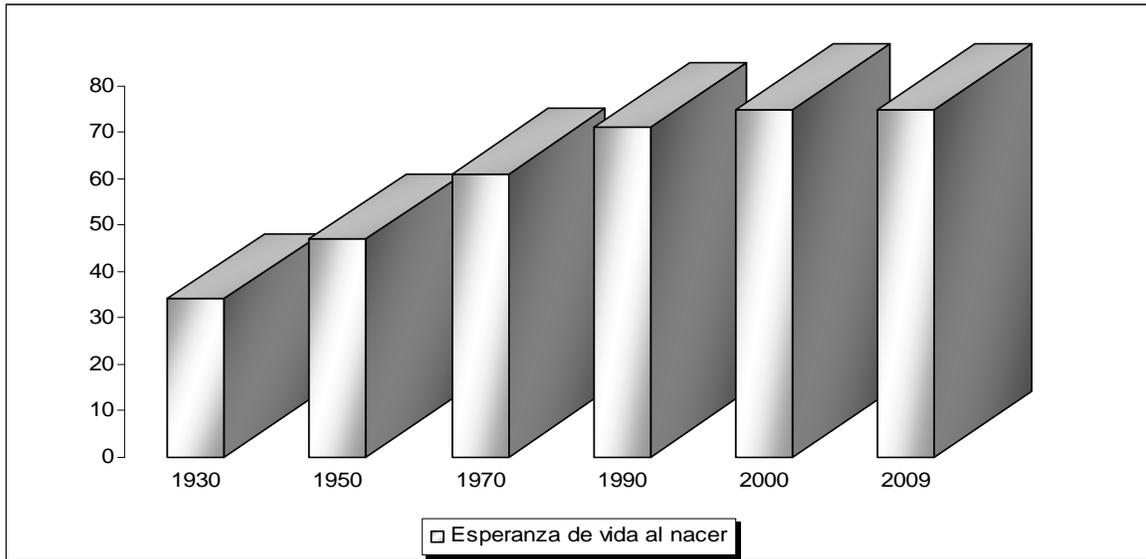
Para calcular la esperanza de vida de diferentes grupos socioeconómicos se requiere relacionar el dato de mortalidad con algún otro dato que incluya alguna información de contenido socioeconómico. Una esperanza de vida alta indica un mejor desarrollo económico y social en la población, ya que estudios han mostrado que la esperanza de vida es menor mientras el nivel socioeconómico sea más bajo.<sup>11</sup>

En México, la esperanza de vida en 1930 era cercana a los 34 años, en el 2000 aumentó a 75 y se ha mantenido así hasta 2009. (Gráfica 2.1)

---

<sup>11</sup> Johan P Mackenbach publica en 2006 que derivado de varios estudios en Europa, existe una diferencia entre 4 y 6 años entre la esperanza de vida entre un hombre de clase baja y uno de clase alta. Y para las mujeres esta diferencia es de entre 2 y 4 años.

**Gráfica 2.1. Esperanza de vida al nacer en México 1930-2009**



Fuente: Elaboración propia a partir del INEGI (Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000 y Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2005 a 2009)

### **2.2.1.2 Mortalidad y morbilidad**

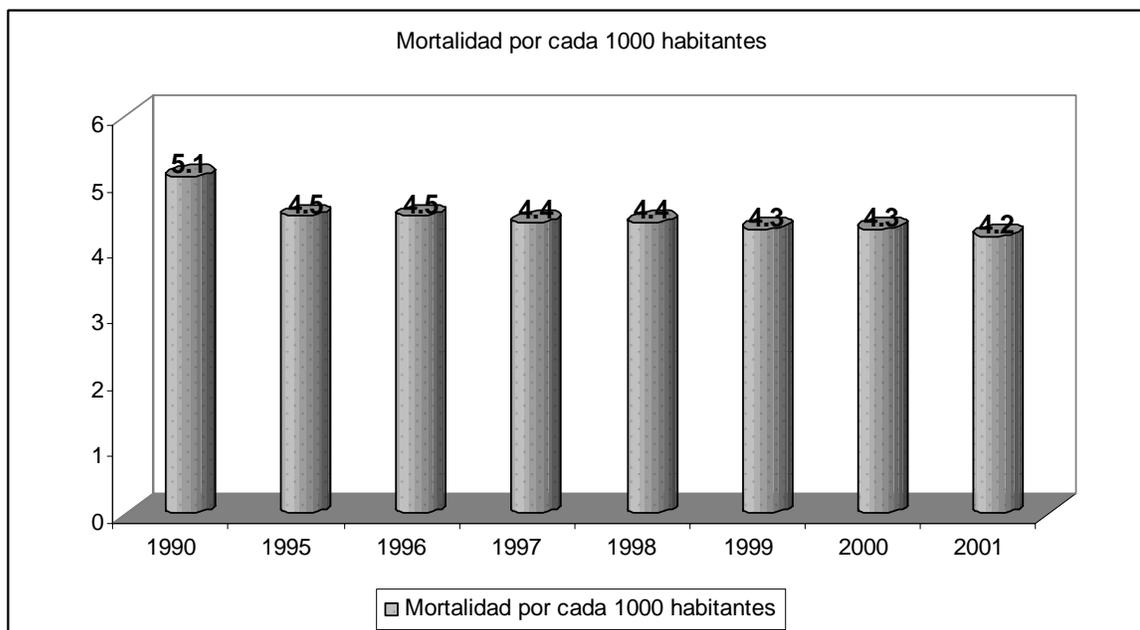
La mortalidad se refiere a las defunciones como un componente del crecimiento de la población. Eventualmente, todos los componentes de una población mueren, pero la proporción en que esto ocurre depende de muchos factores, tales como la edad, sexo, ocupación y clase social, y su incidencia puede proporcionar una gran cantidad de información acerca del nivel de vida y servicios de salud con que cuenta una población.

Después de la revolución mexicana, la mortalidad ha mostrado un descenso continuo, lo cual se refleja en una mayor esperanza de vida. Entre 1940 y 1960 el número de defunciones se redujo de 23 a 12 defunciones por cada 1000 habitantes, esto gracias a los avances en urbanización y salubridad. Las disminuciones de mortalidad se observaron primero entre las entidades económicamente más favorecidas y, posteriormente, se fueron incorporando a esta tendencia el resto de los estados.

Entre las fuentes a partir de las cuales se derivan las estimaciones de mortalidad se encuentran los registros civiles de defunción, los censos de población y las encuestas demográficas.

En México para el 2001 el estado con menor tasa de mortalidad era Quintana Roo con una tasa del 2.9, mientras Oaxaca con el 5.4 era la entidad con mayor tasa.

**Gráfica 2.2. Tasa de Mortalidad en México 1990-2001**



Fuente: Elaboración propia a partir de CONAPO (*Situación demográfica de los 32 estados, 1996*. México, 1996), PODER EJECUTIVO FEDERAL (*Primer Informe de Gobierno 1995*) y CONAPO (*Proyecciones de la Población de México, 1995-2020*)

Por su parte, la morbilidad se refiere a la o las enfermedades que afectan a una población; ya que existen enfermedades que no conducen a la muerte, pero que pueden representar un problema de salud pública por su magnitud. Las estadísticas de morbilidad permiten conocer de qué enferman o padecen los habitantes de determinada región. El conocimiento de estadísticas de morbilidad nos permite calcular la población a servir con determinados programas y la demanda de servicios que su atención exigirá.

En cuanto la ocurrencia de enfermedades (morbilidad) medidas por egreso hospitalario, resaltan las relacionadas con el parto, los traumatismos y envenenamientos, y las enfermedades crónico-degenerativas, como son las del aparato circulatorio, urinario y los tumores malignos. En el cuadro 2.1 podemos observar las 15 causas de morbilidad hospitalaria con más frecuencia en nuestro país.

**Cuadro 2.1 Morbilidad Hospitalaria según causa de egreso y grupos de edad según lita  
Condesada SSA. México 2000**

| Causa   | Total            | < 1 año        | 1 a 4         | 5 a 14         | 15 a 44          | 45 a 64        | 65 y mas       | NE         |
|---|------------------|----------------|---------------|----------------|------------------|----------------|----------------|------------|
| <b>Total</b>                                  | <b>2,273,796</b> | <b>129,085</b> | <b>69,433</b> | <b>117,594</b> | <b>1,675,833</b> | <b>163,358</b> | <b>118,145</b> | <b>337</b> |
| Embarazo parto y puerperio                    | 666,475          | 0              | 0             | 5,955          | 658,839          | 1,579          | 0              | 102        |
| Parto único espontáneo                        | 348,919          | 0              | 0             | 2,812          | 345,579          | 461            | 0              | 67         |
| Afecciones obstetricias directas              | 243,598          | 0              | 0             | 2,460          | 240,537          | 573            | 0              | 28         |
| Traumatismos y envenenamientos                | 121,402          | 2,106          | 10,625        | 25,116         | 57,224           | 15,263         | 11,056         | 12         |
| Aborto  | 73,958           | 0              | 0             | 683            | 72,723           | 545            | 0              | 7          |
| Afecciones originadas en el periodo perinatal | 67,313           | 67,302         | 6             | 1              | 2                | 0              | 1              | 0          |
| Traumatismos y Heridas                        | 48,767           | 884            | 3,759         | 8,696          | 26,919           | 5,805          | 2,700          | 4          |
| Fracturas                                     | 48,130           | 398            | 2,560         | 11,951         | 19,630           | 6,781          | 6,804          | 6          |
| Enfermedades del sistema circulatorio         | 41,740           | 429            | 365           | 850            | 8,564            | 13,831         | 17,695         | 6          |
| Enfermedades del sistema urinario             | 38,228           | 461            | 946           | 3,117          | 17,754           | 10,889         | 5,057          | 4          |
| Neumonía                                      | 29,522           | 12,247         | 8,076         | 1,865          | 2,130            | 1,758          | 3,443          | 3          |
| Hernia de la cavidad abdominal                | 28,666           | 894            | 1,821         | 2,698          | 10,120           | 8,270          | 4,863          | 0          |
| Coletiasis y colecistitis                     | 27,606           | 0              | 1             | 145            | 17,274           | 7,075          | 3,111          | 0          |
| Enfermedades del apéndice                     | 26,066           | 100            | 921           | 7,784          | 14,709           | 1,891          | 652            | 9          |
| Diabetes                                      | 26,017           | 7              | 52            | 423            | 5,788            | 11,897         | 7,848          | 2          |
| Otros   | 437,389          | 44,257         | 40,301        | 43,038         | 178,041          | 76,740         | 54,915         | 87         |

Fuente: Elaboración propia a partir de Salud Pública Méx. 2001; Vol. 43(5): 494-510

### 2.2.1.3 Mortalidad infantil

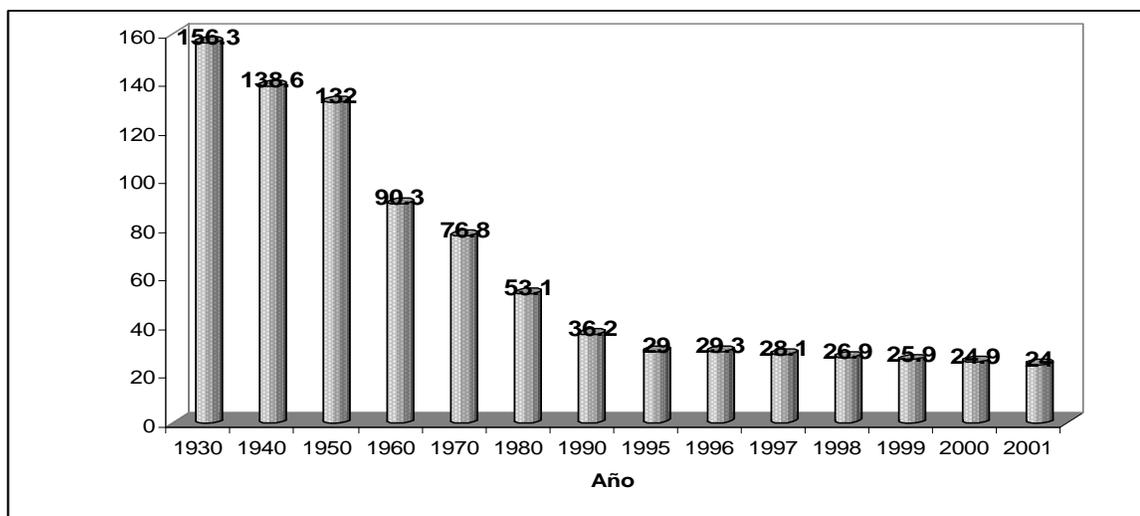
La mortalidad infantil es un indicador, frecuentemente, utilizado para medir la salud y progreso social de una población, entre 1970 y 2005 este promedio se redujo en un 80 por ciento entre las treinta ciudades que pertenecen a la OCDE.<sup>12</sup>

Se calcula como el número de defunciones de menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos registrados en un año determinado. En la gráfica 2.3 puede apreciarse que la

<sup>12</sup> Los países miembros de la OCDE son: Canadá, Estados Unidos, México, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Suecia, Suiza, Turquía, Australia, Japón, Nueva Zelanda y República de Corea.

mortalidad infantil ha disminuido significativamente en México en las últimas décadas, aunque aún se encuentra lejos de alcanzar a tasa de mortalidad de 6.3 y España 4.54.

**Gráfica 2.3. Tasa de Mortalidad Infantil en México 1930-2001**



1/100 nacidos vivos registrados

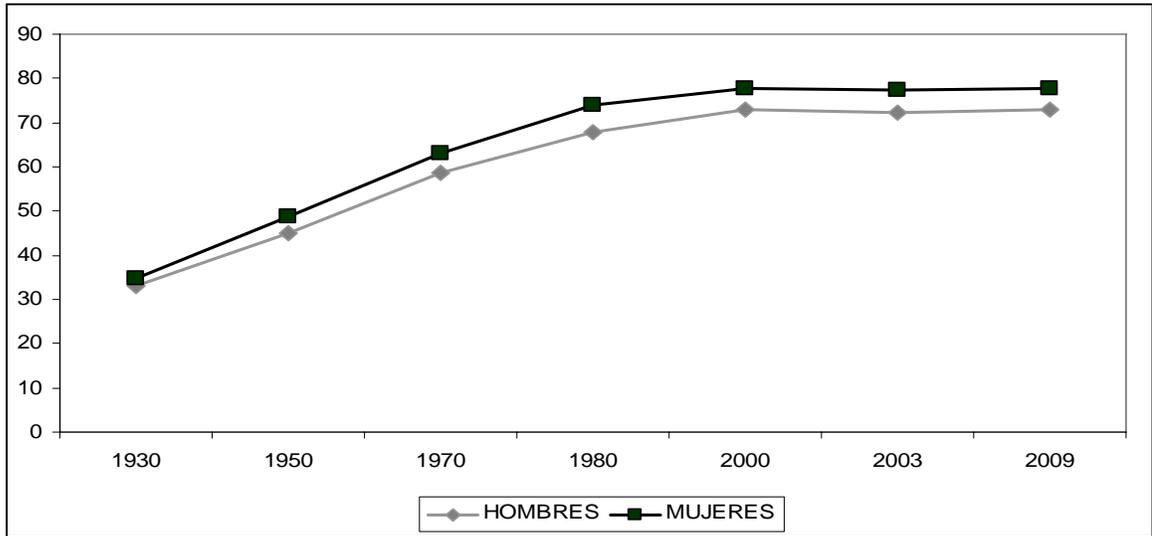
Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes; 1930-1940 (Arriaga, E. New Life Tables for Latin American Populations in the Nineteenth and Twentieth Centuries), 1950-1980 (CONAPO. México Demográfico, Breviario 1988. México, 1988), 1990-1995 (CONAPO. Situación demográfica del estado de Aguascalientes, 1996. México, 1996) y 1995-2001 (Proyecciones de la Población de México, 1995-2020. México, 1998)

#### **2.2.1.4 Sexo y edad**

Las variables de edad y sexo permiten segmentar la población en grupos de estudio más específicos para así poder estudiar mejor sus características. Por otro lado, los cambios en la dinámica de la población irán acompañados de una transformación en la estructura por edad y sexo; y consecuentemente en la relación de dependencia.

Generalmente, la segmentación por edad considera los siguientes grupos: población joven (0-14 años), población en edad activa (15-64 años) y adultos mayores (65 años y más). En lo que respecta a sexo en masculino y femenino. La segmentación de la población en estas categorías influye en la dimensión sociodemográfica de una población; por ejemplo, la esperanza de vida, a través de la historia, es mayor para mujeres que para hombres (gráfica 2.4).

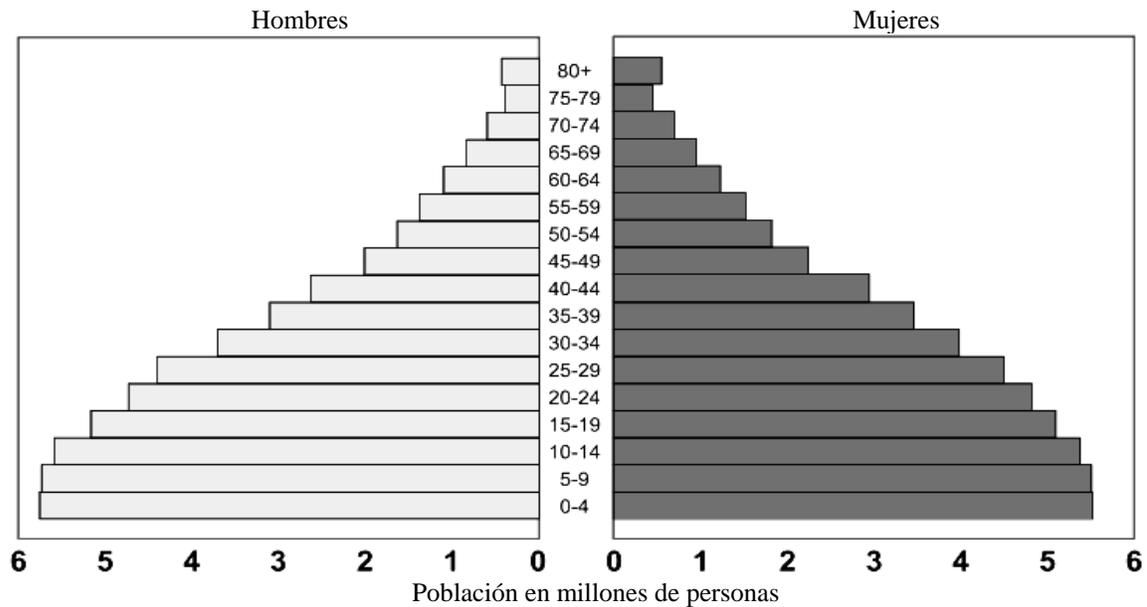
**Gráfica 2.4. Esperanza de vida en México 1930-2001 por sexo.**



Fuente: Elaboración propia a partir del INEGI (Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000 y Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2005 a 2009)

En lo que respecta a la edad, se puede afirmar que es un factor determinante para conocer el comportamiento de la población y su tendencia; el ejemplo más frecuente en donde se observa la importancia de ambos factores es la pirámide poblacional. (Gráfica 2.5)

**Gráfica 2.5. Pirámide Poblacional en México 2000.**



Fuente: Elaboración propia a partir del INEGI.

### **2.2.2. Dimensión social**

La cultura, la educación y las costumbres forman parte de la dimensión social que influye en el eje temático de población y salud, que como ya se ha visto se encuentran relacionados con el nivel de desarrollo social de los países. Se necesita conocer la dimensión social de la población que se estudia porque permite evaluar un panorama amplio de las características principales de la población.

#### **2.2.2.1 Raza y grupo étnico**

México es el segundo país de América con el mayor volumen de población de origen étnico. Además, sobresale por su gran diversidad multicultural a lo largo del territorio nacional, ya que no se trata de un grupo de población homogéneo. Esto puede confirmarse por más de 60 lenguas indígenas distintas que se hablan en el país.

La población indígena, además de hablar su lengua autóctona, reside en zonas rurales, de alta marginación y escaso desarrollo social. Algunos indicadores, que muestran las principales características demográficas y socioeconómicas de los hablantes de lengua indígena, son las tasas de monolingüismo<sup>13</sup>; la condición de alfabetismo, la participación en el sistema escolar y en el mercado laboral; el nivel de fecundidad de las mujeres indígenas; y el estado nutricional de la población<sup>14</sup>.

También se incluyen algunos indicadores sobre las características de las viviendas indígenas como son: los promedios de ocupantes por cuarto y por vivienda (nivel de hacinamiento), los materiales con los que están construidas y la disponibilidad de los servicios básicos de agua, drenaje y electricidad.

En general, los indicadores muestran un constante aumento de la población parlante de una lengua indígena en términos absolutos, al pasar de 2.3 millones en 1930 a 3.1 millones en 1970 y a 6.3 millones en el año 2000; sin embargo, en términos relativos, en 1930 los hablantes representaban 16 % respecto a la población mayor de 5 años, en 1970 el 7.8% descendiendo a 7.3% en el 2000.

Por su parte, la prevalencia de déficit de talla en los niños refleja la deficiencia nutricional de las poblaciones indígenas; mientras el 59% de los niños en primarias indígenas presenta

---

<sup>13</sup> La población de habla de una lengua se capta para la población de 5 años y más de edad.

<sup>14</sup> Se mide a través de la prevalencia del déficit de talla en los niños de primer grado de primaria de planteles indígenas.

déficit de talla, sólo el 17.4% de los niños en primarias oficiales y el 2.8% de los niños en primarias privadas se encuentran en esta situación.

Así, aunque la población indígena ha aumentado su esperanza de vida, sigue siendo la población más desfavorecida de la sociedad, por lo que a continuación se presenta el cuadro 2.2 que refleja la situación de pobreza de las comunidades indígenas por entidad federativa.

**Cuadro 2.2 Viviendas particulares habitadas por población indígena según principales características.**

| Entidad  | Total de viviendas particulares | Con piso de tierra | Dispone de agua entubada | Disponen de servicio sanitario exclusivo | Disponen de energía eléctrica | Se cocina con leña o carbón |
|--|---------------------------------|--------------------|--------------------------|--|-------------------------------|-----------------------------|
|  |                                 | %                  | %                        | %  | %                             | %                           |
| <b>Total Nacional</b>                          | <b>2,051,444</b>                | <b>43.7</b>        | <b>64.0</b>              | <b>73.6</b>                              | <b>83.1</b>                   | <b>62.4</b>                 |
| Baja California                                | 16,648                          | 15.1               | 79.8                     | 95.3                                     | 88.3                          | 4.4                         |
| Campeche                                       | 38,243                          | 19.9               | 79.6                     | 64.8                                     | 88.9                          | 60.6                        |
| Coahuila                                       | 79                              | 8.9                | 63.3                     | 93.7                                     | 81.0                          | 5.1                         |
| Chiapas  | 193,829                         | 71.0               | 63.8                     | 64.8                                     | 77.4                          | 85.7                        |
| Chihuahua                                      | 23,502                          | 61.2               | 41.9                     | 49.0                                     | 31.9                          | 72.2                        |
| Distrito Federal                               | 70,874                          | 3.9                | 93.3                     | 96.5                                     | 99.2                          | 0.8                         |
| Durango  | 5,025                           | 54.1               | 32.3                     | 46.3                                     | 31.6                          | 75.2                        |
| Guanajuato                                     | 1,509                           | 23.1               | 83.0                     | 71.3                                     | 83.3                          | 25.6                        |
| Guerrero                                       | 90,537                          | 75.0               | 40.6                     | 36.8                                     | 64.9                          | 83.8                        |
| Hidalgo  | 101,060                         | 42.9               | 55.2                     | 71.8                                     | 84.8                          | 70.6                        |
| Jalisco  | 9,152                           | 30.6               | 73.1                     | 71.6                                     | 76.3                          | 27.7                        |
| México   | 168,336                         | 20.4               | 77.2                     | 70.0                                     | 93.6                          | 31.7                        |
| Michoacán                                      | 30,543                          | 52.6               | 66.9                     | 80.4                                     | 91.1                          | 71.8                        |
| Morelos  | 9,080                           | 29.2               | 80.0                     | 83.8                                     | 96.0                          | 32.3                        |
| Nayarit  | 5,833                           | 66.6               | 46.0                     | 37.5                                     | 51.1                          | 75.5                        |
| Nuevo Leòn                                     | 2,086                           | 5.9                | 89.3                     | 96.4                                     | 98.2                          | 1.5                         |
| Oaxaca   | 317,737                         | 55.7               | 58.1                     | 77.3                                     | 81.0                          | 75.2                        |
| Puebla   | 168,322                         | 55.2               | 61.2                     | 79.4                                     | 85.0                          | 70.8                        |
| Querétaro                                      | 6,943                           | 31.6               | 72.7                     | 52.1                                     | 74.1                          | 55.2                        |
| Quintana Roo                                   | 73,598                          | 17.5               | 87.1                     | 81.4                                     | 92.4                          | 33.8                        |
| San Luis Potosí                                | 61,792                          | 70.9               | 36.2                     | 88.6                                     | 70.9                          | 85.8                        |
| Sinaloa  | 15,715                          | 33.6               | 58.1                     | 62.8                                     | 94.8                          | 54.7                        |
| Sonora   | 21,021                          | 52.1               | 80.1                     | 84.5                                     | 86.4                          | 46.0                        |
| Tabasco  | 20,981                          | 16.2               | 65.3                     | 81.5                                     | 92.9                          | 55.6                        |
| Tamaulipas                                     | 5,711                           | 14.1               | 82.7                     | 97.5                                     | 89.1                          | 6.6                         |
| Tlaxcala                                       | 7,717                           | 14.5               | 87.7                     | 74.7                                     | 95.5                          | 38.3                        |
| Veracruz                                       | 188,086                         | 66.7               | 35.1                     | 82.2                                     | 72.0                          | 79.0                        |
| Yucatán  | 209,246                         | 9.0                | 86.0                     | 65.2                                     | 93.0                          | 60.5                        |
| <b>Total municipios indígenas</b>              | <b>1,863,205</b>                | <b>44.7</b>        | <b>63.5</b>              | <b>73.0</b>                              | <b>82.8</b>                   | <b>64.0</b>                 |
| <b>Otros municipios con población indígena</b> | <b>188,239</b>                  | <b>33.5</b>        | <b>68.1</b>              | <b>79.0</b>                              | <b>86.2</b>                   | <b>46.4</b>                 |

Fuente: INI-CONAPO. Estimaciones de la población indígena, a partir de la base de datos del XII Censo general de población y vivienda 2000, INEGI.

### 2.2.2.2 Zona geográfica de residencia

La zona geográfica, generalmente, se divide en estatal, municipal y local. Con esta división se pretende contribuir a la generación de información para la mejor toma de decisiones en materia de política social en diferentes niveles de operación, facilitando la ubicación de zonas de atención prioritaria.

En cuanto a la pobreza, se puede observar que los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca tienen un muy alto grado de rezago, lo cual coincide también con su alta incidencia de pobreza de ingresos. La razón principal de este rezago se encuentra en que estos estados tienen un alto porcentaje de carencias en materia educativa, muy baja cobertura de servicios básicos y un muy bajo acceso a la seguridad social y los servicios de salud. Estas carencias, junto con un ingreso bajo, refuerzan la elevada pobreza de estas entidades federativas.

En general, los mayores rezagos sociales se encuentran en la zona sur-sureste y zonas serranas del país, y como se mencionó en el capítulo 1, esto se encuentra estrechamente ligado a la falta de acceso a comunidades aisladas y dispersas. En el cuadro 2.3 se puede apreciar el nivel de pobreza en los estados de la República mexicana. Como podemos observar mientras Baja California presenta un índice muy bajo de pobreza, existen estados como Chiapas y Oaxaca, que se encuentran por encima del doble de la media del país.

**Cuadro 2.3 Porcentaje de población en situación de pobreza por ingreso, 2005**

| Entidad Federativa     | Pobreza Alimentaria | Pobreza de capacidades | Pobreza de patrimonio |
|------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|
| Nacional <sup>15</sup> | 18.2                | 24.7                   | 47                    |
| Aguascalientes         | 14.9                | 23.6                   | 51.1                  |
| Baja California        | 1.3                 | 2.3                    | 9.2                   |
| Baja California Sur    | 4.7                 | 8                      | 23.5                  |
| Campeche               | 20                  | 27.3                   | 51.4                  |
| Coahuila               | 8.6                 | 15.2                   | 41                    |
| Colima                 | 8.9                 | 14.9                   | 38.5                  |
| Chiapas                | 47                  | 55.9                   | 75.7                  |
| Chihuahua              | 8.6                 | 13.3                   | 34.2                  |
| Distrito Federal       | 5.4                 | 10.3                   | 31.8                  |
| Durango                | 24.4                | 33.7                   | 59.4                  |
| Guanajuato             | 18.9                | 26.6                   | 51.6                  |
| Guerrero               | 42                  | 50.2                   | 70.2                  |
| Hidalgo                | 25.7                | 33                     | 54.2                  |
| Jalisco                | 10.9                | 17.2                   | 41.6                  |

<sup>15</sup> Las estimaciones nacionales corresponden a la ENIGH 2005

| <b>Entidad Federativa</b> | <b>Pobreza Alimentaria</b> | <b>Pobreza de capacidades</b> | <b>Pobreza de patrimonio</b> |
|---------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| México                    | 14.3                       | 22.4                          | 49.9                         |
| Michoacán                 | 23.3                       | 30.8                          | 54.5                         |
| Morelos                   | 10.7                       | 17.3                          | 41.4                         |
| Nayarit                   | 17.2                       | 23.3                          | 43.8                         |
| Nuevo León                | 3.6                        | 7.2                           | 27.5                         |
| Oaxaca                    | 38.1                       | 46.9                          | 68                           |
| Puebla                    | 26.7                       | 35.3                          | 59                           |
| Querétaro                 | 12.5                       | 17.9                          | 37.7                         |
| Quintana Roo              | 11                         | 16                            | 36.5                         |
| San Luis Potosí           | 25.7                       | 33.3                          | 55.5                         |
| Sinaloa                   | 13.7                       | 20.5                          | 44.2                         |
| Sonora                    | 9.6                        | 15.8                          | 40.4                         |
| Tabasco                   | 28.5                       | 36.6                          | 59.4                         |
| Tamaulipas                | 10.3                       | 17.5                          | 44.9                         |
| Tlaxcala                  | 17.9                       | 26.2                          | 51.4                         |
| Veracruz                  | 28                         | 36.3                          | 59.3                         |
| Yucatán                   | 18.1                       | 26.2                          | 51.7                         |
| Zacatecas                 | 20.9                       | 29.3                          | 53.6                         |

Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones del CONEVAL basadas en el II Censo de Población y Vivienda 2005 y la ENIGH 2005

### **2.2.2.3 Nivel educativo**

La educación de la población constituye una prioridad en los planes y programas nacionales, ya que es un indicador que muestra la situación del desarrollo de hombres y mujeres en el país, por lo que influye en la toma de decisiones y en el diseño de políticas de desarrollo social.

El nivel educativo se refiere al número de personas que completan su educación. Generalmente, se divide en elemental (primaria), secundaria, postsecundaria (preparatoria), y la terciaria (profesional).

En México podemos observar que el porcentaje de población alfabeta ha crecido en forma constante al igual que la asistencia a la escuela y la proporción de población de 15 años y más con educación postsecundaria. En el mismo sentido apunta la reducción paulatina del porcentaje de población de 15 años y más sin instrucción o con primaria incompleta. En el cuadro 2.4 se muestra la evolución de los indicadores básicos de la evolución en las últimas décadas por edad y sexo. Es importante mencionar que a pesar de que el porcentaje de alfabetismo a nivel total de la población ha incrementado en los últimos años, aún podemos

observar que es mayor el porcentaje de hombres con preparación primaria y secundaria que el de mujeres.

**Cuadro 2.4 Indicadores básicos de educación**

| INDICADOR   | 1970 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 |
|---|------|------|------|------|------|
| <b>Porcentaje de la población:</b>  |      |      |      |      |      |
| <i>De 5 años que asiste a la escuela</i>                                      | N.D. | 57.1 | 78.5 | 83.2 | N.D. |
| Hombres   | N.D. | 56.5 | 78.7 | 82.2 | N.D. |
| Mujeres   | N.D. | 57.7 | 78.3 | 84.2 | N.D. |
| <i>De 6 a 14 años que asiste a la escuela</i>                                 | 64.4 | 85.8 | 92.2 | 92.2 | 92.1 |
| Hombres   | 65.6 | 86.5 | 92.9 | 93.1 | 92.4 |
| Mujeres   | 63.3 | 85.1 | 91.4 | 91.4 | 91.8 |
| <i>De 15 a 19 años que asiste a la escuela</i>                                | N.D. | 41.9 | 42.3 | 44.7 | 46.7 |
| Hombres   | N.D. | 42.9 | 43.9 | 46.7 | 47.7 |
| Mujeres   | N.D. | 40.9 | 40.7 | 42.8 | 45.7 |
| <i>De 20 a 24 años que asiste a la escuela</i>                                | N.D. | 15.8 | 15.5 | 17.4 | 17.7 |
| Hombres   | N.D. | 17.9 | 16.7 | 19.1 | 19   |
| Mujeres   | N.D. | 13.8 | 14.4 | 15.8 | 16.5 |
| <i>De 6 a 14 años que sabe leer y escribir</i>                                | 66.5 | 87.1 | 86   | 84.9 | 87.2 |
| Hombres   | 66.2 | 86.6 | 85.6 | 84.4 | 86.7 |
| Mujeres   | 66.8 | 87.3 | 86.4 | 85.4 | 87.7 |
| <i>De 15 años y más alfabeta</i>  | 74.2 | 87.4 | 89.3 | 89.4 | 90.3 |
| Hombres   | 78.2 | 90.2 | 91.4 | 92   | 92.4 |
| Mujeres   | 70.4 | 84.8 | 87.2 | 87.1 | 88.4 |
| <i>De 15 años y más sin instrucción o con primaria incompleta</i>             | 70.5 | 36.9 | 31.7 | 31   | 27.7 |
| Hombres   | 68.6 | 34.7 | 29.6 | 28.8 | 26   |
| Mujeres   | 72.2 | 39.1 | 33.8 | 33.1 | 29.3 |
| <i>De 15 años y más con primaria completa o secundaria incompleta</i>         | 20.2 | 26   | 25   | 24.3 | 24.9 |
| Hombres   | 20.1 | 26.3 | 25.4 | 24.2 | 24.8 |
| Mujeres   | 20.4 | 25.6 | 24.8 | 24.3 | 25   |
| <i>De 15 años y más con secundaria completa</i>                               | 3.1  | 14   | 16.2 | 16.2 | 19   |
| Hombres   | 3.6  | 14.6 | 17.1 | 17.3 | 19.6 |
| Mujeres   | 2.5  | 13.5 | 15   | 15.3 | 18.4 |
| <i>De 15 años y más con estudios posteriores a la secundaria<sup>16</sup></i> | 6.2  | 23.1 | 27.1 | 28.5 | 28.4 |
| Hombres   | 7.7  | 24.4 | 27.9 | 29.7 | 29.6 |

<sup>16</sup> Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial con secundaria terminada, profesional, maestría o doctorado.

| INDICADOR   | 1970 | 1990 | 1995 | 1997 | 2000 |
|---|------|------|------|------|------|
| Mujeres   | 4.9  | 21.8 | 26.4 | 27.3 | 27.3 |
| <i>Promedio de escolaridad de la población de 15 años y más</i> | 3.4  | 6.6  | 7.2  | 7.4  | 7.6  |
| Hombres   | 3.7  | 6.9  | 7.5  | 7.7  | 7.8  |
| Mujeres   | 3.2  | 6.3  | 7    | 7.1  | 7.3  |
| <i>De 15 años y más en rezago educativo<sup>17</sup></i>        | 90.7 | 62.9 | 56.7 | 55.3 | 52.6 |
| Hombres   | 88.7 | 61   | 55   | 53   | 50.8 |
| Mujeres   | 92.6 | 64.7 | 58.6 | 57.4 | 54.3 |

N.D. Información no disponible. Fuentes: Elaboración propia a partir de DGE. *IX Censo General de Población, 1970*. México, 1972. (1970), INEGI (1990-2000)

## 2.3 Los diferenciales económicos

Los diferenciales económicos son aquellos valores estadísticos que reflejan el comportamiento de las principales variables económicas, financieras y monetarias. Se obtienen a través de comparar los datos de un período a otro determinado. Estos indicadores facilitan el estudio de dónde estamos y hacia donde nos dirigimos respecto a ciertos objetivos y nos ayudan a medir el impacto de programas que se utilizan para la reducción de la pobreza, y están dados en medidas monetarias y/o productos. En este estudio, los diferenciales que se consideran son el nivel de ingreso y la ocupación.

### 2.3.1 Nivel de ingreso

En las economías donde el mercado juega un papel cada vez más importante en la asignación de los recursos de que disponen las personas, su ingreso real determina la mayor parte de sus capacidades para alimentarse, vestirse, vivir en una vivienda digna y decorosa, reproducirse, alimentar y educar a sus hijos y acceder a la cultura.

La experiencia mexicana ha demostrado que en épocas de alto crecimiento económico se sigue manteniendo relativamente alto el nivel de concentración del ingreso. Las crisis económicas recurrentes y los efectos indeseables de la reforma económica que México ha vivido en las últimas décadas, agudizaron la situación distributiva en el país, quedando en uno de los cinco países de América Latina con la máxima desigualdad en el ingreso.

Para poder cuantificar mejor el impacto de ésta distribución, se construyeron deciles del ingreso monetario per cápita y se definieron tres grupos de hogares:

<sup>17</sup> El indicador comprende a la población sin instrucción, con primaria incompleta o completa y con secundaria incompleta.

- Los que integran el 40% con los menores ingresos (deciles del I al IV)
- Los hogares vulnerables, integrados por el quinto decil y que están en riesgo ante una eventual reducción de los niveles de ingreso.
- Los hogares con los ingresos más altos (deciles VI a X).

El ingreso *per cápita* mensual del primer decil asciende a un peso, mientras en los hogares del decil X es de 8,280 pesos.

**Cuadro 2.5 Ingreso corriente monetario mensual de los hogares por decil de ingreso**

| Decil        | Hogares    | Ingreso          | Porcentaje del ingreso |
|--------------|------------|------------------|------------------------|
| <i>Total</i> | 22,639,808 | 34,906,242,757.0 | 100.0%                 |
| I            | 2,273,503  | 3,032,133.0      | 0.0%                   |
| II           | 2,255,738  | 277,381,635.0    | 0.8%                   |
| III          | 2,263,222  | 705,881,819.0    | 2.0%                   |
| IV           | 2,350,393  | 1,100,773,032.0  | 3.2%                   |
| V            | 2,266,584  | 1,433,303,193.0  | 4.1%                   |
| VI           | 2,173,383  | 1,789,287,096.0  | 5.1%                   |
| VII          | 2,284,673  | 2,471,537,530.0  | 7.1%                   |
| VIII         | 2,236,343  | 3,297,537,118.0  | 9.4%                   |
| IX           | 2,272,004  | 5,081,898,228.0  | 14.6%                  |
| X            | 2,263,965  | 18,745,610,975.0 | 53.7%                  |

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000

### 2.3.2 Ocupación

El trabajo es la actividad humana que transforma la naturaleza y produce los bienes y servicios requeridos para satisfacer las necesidades de la sociedad, siendo por ello una de las actividades más importantes que desarrollan hombres y mujeres.

En la actualidad, México cuenta con diversas fuentes de información estadística sobre el trabajo y las características ocupacionales de la población, como censos y encuestas.

De acuerdo con estos estudios, el volumen de población económicamente activa aumentó de 5.2 millones en 1930 a 39.8 millones en el 2000, en tanto que la tasa neta de participación económica se elevó de 46.1% a 56%, lo cual muestra que un número cada vez mayor de población en edad de trabajar se incorporó al mercado laboral. El cambio más notable se observa en la fuerza de trabajo femenina, ya que de 240 mil mujeres que

participaron en la producción de bienes y servicios en el año de 1930, aumentó a 13.3 millones en 1999.

La estructura sectorial de la población en la actividad económica en el año de 1930, muestra que el sector primario concentraba 73.2% de la fuerza de trabajo del país, el sector secundario 15% y el sector terciario 11.8%. Para 1999, la estructura sectorial era significativamente distinta, 21.1% de la población ocupada se encontraba en el sector primario, 25.2% en el sector secundario y 53.7% en el sector terciario. Así, en los últimos setenta años se observa el cambio de una economía predominantemente agrícola a otra con un importante sector comercial y de servicios. En el cuadro 2.6 se muestra cómo se ha comportado la población ocupada en los últimos años. Como podemos observar mientras la composición de hombres se ha mantenido estable, la de mujeres ha mostrado algunos cambios, ya que de ser un 70.7% el porcentaje de mujeres asalariadas en 1979, disminuyó a 61.3% en 1999.

**Cuadro 2.6 Población ocupada por posición de trabajo**

| Porcentaje de población ocupada por posición de trabajo |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| INDICADOR   | 1979  | 1988  | 1991  | 1993  | 1995  | 1996  | 1997  | 1998  | 1999  |
| <b>TOTAL:</b>   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Empleadores   | 3.4%  | 6.1%  | 7.9%  | 4.1%  | 4.3%  | 4.8%  | 4.5%  | 4.3%  | 4.1%  |
| Asalariados F <sup>18</sup> F                           | 62.9% | 56.9% | 55.4% | 55.2% | 57.3% | 59.0% | 58.2% | 60.2% | 60.8% |
| Trabajadores por su cuenta                              | 25.4% | 22.5% | 23.7% | 26.8% | 25.4% | 24.0% | 24.6% | 24.1% | 24.4% |
| Trabajadores sin pago                                   | 8.3%  | 14.5% | 13.0% | 13.9% | 13.0% | 12.2% | 12.7% | 11.4% | 10.7% |
| <b>Hombres:</b>   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Empleadores   | 4.1%  | 7.8%  | 10.4% | 5.3%  | 5.7%  | 6.1%  | 6.1%  | 5.6%  | 5.2%  |
| Asalariados   | 60.5% | 54.4% | 52.7% | 53.8% | 57.0% | 58.4% | 58.3% | 60.1% | 60.6% |
| Trabajadores por su cuenta                              | 27.0% | 24.5% | 25.8% | 28.7% | 26.8% | 25.4% | 25.9% | 25.3% | 25.7% |
| Trabajadores sin pago                                   | 8.4%  | 13.3% | 11.1% | 12.2% | 10.5% | 10.1% | 9.7%  | 9.0%  | 8.5%  |
| <b>Mujeres:</b>   |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Empleadoras   | 1.3%  | 2.1%  | 2.2%  | 1.5%  | 1.4%  | 2.0%  | 1.6%  | 1.8%  | 1.8%  |
| Asalariadas   | 70.7% | 62.3% | 61.6% | 58.4% | 58.0% | 60.2% | 57.9% | 60.6% | 61.3% |
| Trabajadores por su cuenta                              | 20.5% | 18.2% | 18.8% | 22.4% | 22.3% | 20.9% | 21.9% | 21.6% | 21.7% |
| Trabajadores sin pago                                   | 7.5%  | 17.4% | 17.4% | 17.7% | 18.3% | 16.9% | 18.6% | 16.0% | 15.2% |

Fuente: Elaboración propia a partir de las Encuestas Nacionales de Empleo del INEGI de 1980 al 2000

<sup>18</sup> Incluye trabajadores asalariados y por destajo

## **CAPÍTULO 3. LA ATENCIÓN A LA SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES.**

### **3.1 Introducción**

El propósito de este capítulo es dar a conocer el panorama de la situación del Sistema Nacional de Salud. Lo más relevante dentro de este punto es: el avance obtenido en los últimos años en cuanto a la mortalidad y esperanza de vida, los cambios que se han manifestado en las principales causas de muerte, y las deficiencias con las que aún cuenta este sistema.

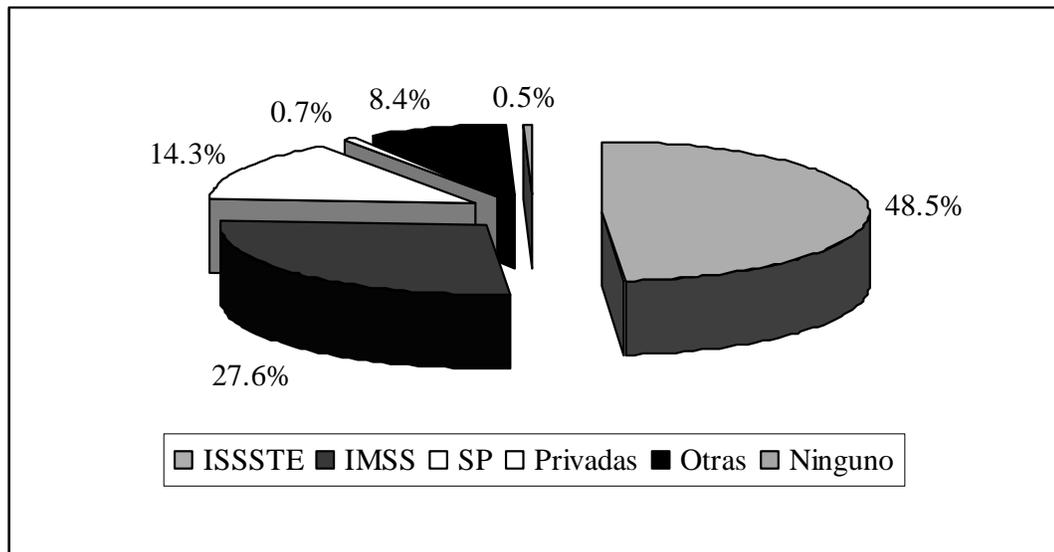
Por otro lado, como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, es necesario diferenciar entre tener servicios de salud y la calidad con que se tienen estos servicios, y en calidad también se incluye la facilidad de acceso y utilización de los mismos. Es por eso, que en este capítulo se describe el alcance de las coberturas del seguro médico, la utilización del seguro en los diferentes grupos sociales, las áreas de oportunidad que se han de trabajar en los próximos años; y en cuanto a la facilidad de acceso, se estudia a través de las facilidades de financiamiento para las familias mexicanas.

Para concluir este trabajo, se discutirá un análisis prospectivo de la situación de pobreza en México para los próximos años, con el fin de abrir un canal de debate que contribuya a la conciencia de la necesidad de no sólo crear, sino dar continuidad a programas que ayuden al desarrollo social de nuestro país.

### **3.2 Panorama general del Sistema Nacional de Salud**

El Sistema Nacional de Salud es un organismo que depende de la Secretaría de Salud (SSA), forma parte de la gran estructura gubernamental encaminada a poner en práctica la política de salud del Gobierno Federal. Está conformada por el IMSS, el ISSSTE, la SSA, las Secretarías de Salud de las Entidades de todo el país, entre otras. En la gráfica 3.1 se muestra la distribución de la población amparada de acuerdo a la Institución que garantiza los servicios.

**Gráfica 3.1. Distribución de la población según condición de aseguramiento.**



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de El Sistema de Salud Mexicano. Mayo 2009.

En México, el sistema de salud se ve afectado principalmente por dos razones, la primera está dada por los padecimientos propios de países pobres, caracterizados por las enfermedades infecto-contagiosas debido a las malas condiciones de higiene y nutrición y al aumento de las enfermedades y padecimientos crónico-degenerativos; y, la segunda se debe a que los beneficios de los progresos industriales se ven reflejados en un aumento en las tasas de criminalidad y drogadicción.

Respecto a los padecimientos y enfermedades propios de países pobres, según los especialistas, no pueden ser erradicados de manera definitiva de la faz de la Tierra. Por eso es preocupante que las campañas emergentes no han rendido frutos reales, ya que el sistema de salud ha dejado de lado muchos aspectos relativos a la propagación de nuevas enfermedades o de otras que pudieran llegar al territorio nacional.

Existen otras agravantes a los problemas que se observan; por ejemplo, la superpoblación que existe en la atención médica, tanto en la atención interna como externa; literalmente no se dan abasto en una unidad médica, esto por la alta demanda y la insuficiencia de los presupuestos.

Por último, el sistema normativo y jurisdiccional se encuentra rezagado muchísimos años, esto significa dos cosas: uno, que ante tanta tecnificación y avance científico, nuestro país es blanco fácil y tierra fértil para la proliferación de experimentos, conductas y desarrollos

ilícitos (jurídica y moralmente hablando) y dos, una total y absoluta parcimonia, desinterés y/o complicidad del Estado ante estos fenómenos.

### **3.2.1 Esperanza de vida y la mortalidad**

La mortalidad por infecciones y las muertes en edades tempranas han disminuido considerablemente gracias a las mejoras en las condiciones de vida y los esfuerzos desplegados por el sistema de salud, contribuyendo a aumentar la esperanza de vida. Esto ha provocado que cada vez más gente llegue a edades avanzadas y desarrolle enfermedades no transmisibles que son de más difícil control y tratamiento, y, por lo mismo, más costosas que las infecciones comunes.

La esperanza de vida en México aumentó casi 22 años en el último medio siglo. (Ver Gráfica 2.1). Gracias a esto, al menos 800 de cada 1000 niños nacidos en 2005 alcanzarán los 60 años de edad; en 1970 sólo 586 de cada 1000 podían lograrlo. Actualmente, hay 58% más individuos que alcanzarán edades avanzadas y que, tarde o temprano, requerirán atención médica especializada.

Así, en los últimos diez años la tasa de mortalidad infantil se redujo más de 30%. Dentro de las razones que explican este descenso se encuentran la mejoría en las condiciones sanitarias de las viviendas y el aporte de agua potable, las altas coberturas de vacunación, y el incremento en el acceso a servicios de salud. Al reducirse las enfermedades infecciosas, el nicho que éstas ocupaban como causa de muerte en el primer año de vida ha sido ocupado por las enfermedades congénitas y perinatales, que presentan un patrón temporal diferente a las infecciones. Actualmente más de la mitad de las muertes infantiles se concentran en las primeras cuatro semanas de vida. Una vez sobrepasada esta etapa la probabilidad de muerte se reduce notablemente.

### **3.2.2 Morbilidad e invalidez**

El nuevo perfil epidemiológico del país es resultado, de una multiplicidad de factores. Por un lado, la disminución de la probabilidad de muerte en edades tempranas, incrementa el volumen de población que alcanza edades avanzadas y así, todas las enfermedades propias de la edad. Por otro, destacan las modificaciones de los factores de riesgo, tales como el sedentarismo, tabaquismo, mala nutrición, alto consumo de alcohol, que favorecen el desarrollo de padecimientos no transmisibles.

Dentro de las enfermedades no transmisibles que dominan ahora el perfil de salud de la población mexicana sobresalen en primer lugar la *diabetes mellitus*, que en 2005 afectaba ya a más del 9% de la población. En segundo lugar, tenemos las enfermedades isquémicas del corazón que para 2005 ocasionaron más de 50,000 muertes.

De manera aparentemente paradójica, las enfermedades cerebrovasculares, que se vinculan estrechamente con las cardiopatías isquémicas, no sólo no han crecido en los últimos años sino que muestran ligeros descensos. Esto puede deberse a una atención más oportuna.

Por otro lado, se registra un crecimiento importante en el cáncer de mama que a pesar de tener un fuerte determinante genético, el incremento reciente está relacionado al cambio en la conducta reproductiva en las mujeres, como son el retraso de la maternidad, la reducción de la paridad y la disminución en la lactancia materna. Para el 2005, el cáncer de mama era la segunda causa de muerte en mujeres entre 40 y 49 años.

El cáncer pulmonar es el cáncer más frecuente en México. Las evidencias científicas indican que esta es una enfermedad altamente prevenible ya que ocho de cada 10 casos de esta enfermedad se asocian al consumo de tabaco. Aunque dos de cada tres muertes por cáncer pulmonar ocurre en hombres, la tendencia en éstos muestra un descenso que no se percibe entre las mujeres.

Un problema de salud pública que requiere de acciones coordinadas de diferentes áreas gubernamentales son los accidentes vehiculares, ya que son causantes de muchos casos de invalidez pues se estima que, anualmente, más de 250,000 adolescentes sufren algún tipo de daño a su salud a consecuencia de algún accidente vehicular. La mayor parte de los accidentes son prevenibles y se vinculan al consumo de alcohol, exceso de velocidad o uso inapropiado de los vehículos.

Como último de los indicadores también tenemos el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la tuberculosis y el paludismo, debido a que a pesar de que se han reducido en los últimos años, siguen causas importantes de la morbilidad en México; ya que por ejemplo, a pesar de que la mortalidad por SIDA ha disminuido en un 8% en los últimos años y de que su nivel de incidencia ha bajado desde 2003; el costo del tratamiento sigue siendo muy elevado.

### **3.2.3 Compuestos de Mortalidad y morbilidad.**

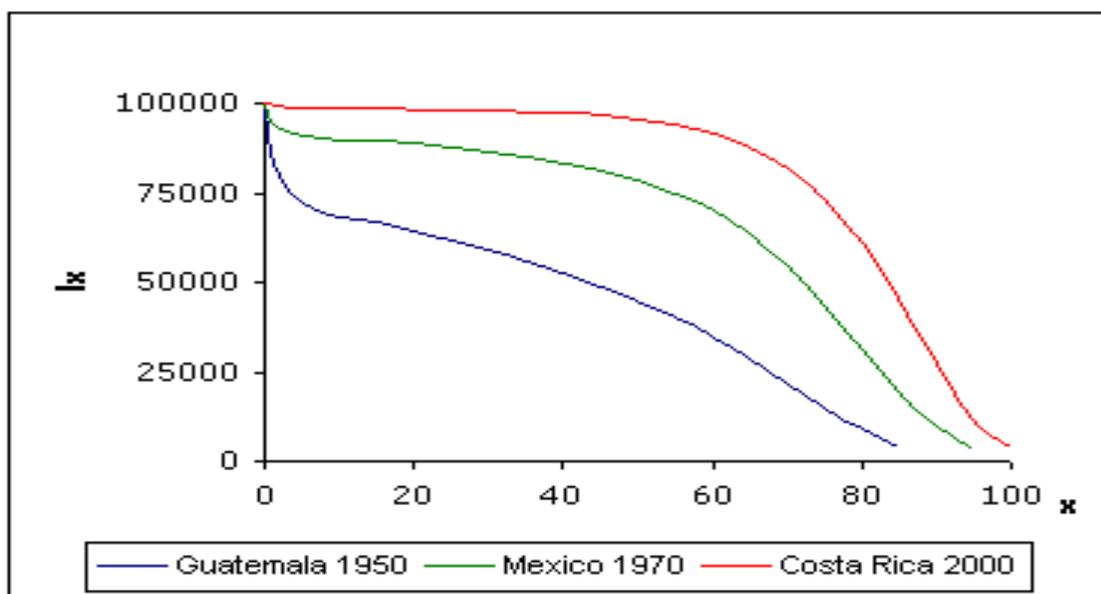
Para poder conocer el índice de mortalidad de una población, ya sea a nivel total o por edad, se utilizan las tablas de mortalidad donde se expresan las defunciones ocurridas

durante una generación y, por lo tanto, la probabilidad de sobrevivir. Para la construcción de estas tablas se deben considerar varios compuestos de mortalidad, ya que la probabilidad de muerte se puede ver afectada por varios factores como sexo, historial clínico, tabaquismo, entre otros. Es por esto que para su construcción se debe partir de los registros demográficos de la población objetivo.

La tabla de mortalidad está compuesta por:

- Función de sobrevivientes ( $l_x$ ): representa el número de personas de la generación inicial que llegaron con vida a la edad exacta “x”. El valor  $l_0$  representa el tamaño de la cohorte inicial (nacimientos) y se conoce como raíz de la tabla.<sup>19</sup> Esta función es decreciente y representa una curvatura en los primeros años debido a la fuerte mortalidad, como se muestra en la gráfica 3.2.

**Gráfica 3.2. Función de sobrevivencia para tres países**



Fuentes: Camisa, Zulma. **Las estadísticas demográficas y la mortalidad en Guatemala hacia 1950 y 1964**. CELADE, serie AS No 2, San José, Costa Rica, 1969. Cabrera, Gustavo y otros. **Tabla abreviada de mortalidad de México, 1969-1971**. El Colegio de México, C:E.E.D., 1973. Ambos presentados en Ortega, Antonio. **Tablas de Mortalidad**. CELADE. San José, Costa Rica, 1987.

<sup>19</sup> Cuando se trabaja sobre un modelo teórico, se acostumbra trabajar con una raíz de 100,000. Además de acostumbra representar con  $w$  (omega), la edad a la que muere el último miembro de la generación.

- Función de defunciones ( $d_x$ ): representa el número de defunciones de la generación inicial, ocurridas entre las edades “x” y “x+n”. Corresponden a una cohorte hipotética, por lo que se les llama “defunciones de la tabla”. Se calcula como:

$$d_x = l_x - l_{x+1}$$

La edad donde la función  $d_x$  alcanza el valor máximo, se conoce como la edad modal de la función, generalmente se encuentra entre los 65 y 85 años dependiendo de la población.

- Función de probabilidad de muerte ( $q_x$ ): representa la probabilidad asociada a que una persona perteneciente a la cohorte hipotética muera a la edad cumplida “x”. De acuerdo con el concepto de probabilidad, se tiene que,  $q_x$  es una relación entre  $d_x$  y  $l_x$ , dada por la siguiente fórmula:

$$q_x = \frac{d_x}{l_x} = \frac{l_x - l_{x+1}}{l_x}$$

- Tasa de probabilidades de defunción: probabilidad de morir de una edad a otra. Puede ser generada por la siguiente fórmula:

$$m_x = \frac{d_x}{N_x}$$

Donde  $m_x$  es la tasa de mortalidad para la edad cumplida x y  $\overline{N}_x$  representa la población media de edad cumplida “x” y puede ser aproximada por:  $\overline{N}_x = l_x - \frac{1}{2} * d_x$ . Sustituyendo ésta fórmula en la anterior se obtiene que

$q_x = \frac{2 * m_x}{2 + m_x}$ , excepto para las primeras edades donde la mortalidad es más alta, para

el resto se debe buscar una función  $f_x$  que corresponda a la proporción de funciones de edad cumplida “x”, que se presentan en la segunda mitad del año, de tal manera que el tiempo vivido por la generación entre “x” y “x+1” está dado por:

$$l_x - (1 - f_x) * d_x$$

Sustituyendo ésta fórmula obtenemos la relación entre  $m_x$  y  $q_x$

$$\begin{aligned}
m_x &= \frac{d_x}{l_x - (1 - f_x) * d_x} \Rightarrow \\
m_x * l_x - d_x * m_x + f_x * d_x * m_x &= d_x \Rightarrow \\
m_x * l_x &= d_x * m_x - f_x * d_x * m_x + d_x \Rightarrow \\
m_x * l_x &= [m_x * (1 - f_x) + 1] * d_x \Rightarrow \\
\frac{m_x}{m_x * (1 - f_x) + 1} &= \frac{d_x}{l_x} = q_x \Rightarrow \\
\therefore q_x &= \frac{m_x}{m_x * (1 - f_x) + 1}
\end{aligned}$$

- Función de probabilidad de supervivencia ( $p_x$ ): representa la probabilidad de sobrevivir entre las edades “x” y “x+1”, y está definida por:

$$p_x = \frac{l_{x+1}}{l_x}$$

- Función de tiempo vivido ( $L_x$ ): corresponde al tiempo que vive toda la generación entre las edades “x” y “x+1” y está determinada por la función:

$$L_x = l_x - (1 - f_x) * d_x$$

- Función de tiempo vivido entre x y  $\omega$  ( $T_x$ ): corresponde al tiempo que le falta por vivir a la generación hasta su extinción. Una manera práctica de definir  $T_x$  es:

$$T_x = \sum_{i=x}^{\omega-1} L_i$$

- Función esperanza de vida a la edad x ( $e_x$ ): la esperanza de vida para una persona de edad “x”, corresponde al número promedio de años que le restaría por vivir, y está dada por la función:

$$e_x = \frac{T_x}{l_x}$$

Para el caso de la morbilidad, dependiendo del tipo de estudio que se requiera, serán los componentes que se necesiten, los más comunes son:

- Para la tasa de prevalencia, necesitamos el número de casos nuevos más los casos ya existentes de una enfermedad y la población en estudio a mitad del período.
- Para la tasa de incidencia el número de casos nuevos entre total de la población a mitad del período.
- Para la tasa de ataque, número de personas afectadas entre población en riesgo.
- Para la tasa de letalidad, el número de personas muertas por una enfermedad entre el número de enfermos de esa enfermedad.
- Para la tasa bruta de morbilidad, el número total de enfermos en un período entre la población total en el mismo período.

### **3.3 Acceso y utilización de los servicios médicos**

Como se ha mencionado en este capítulo, el sistema nacional de salud se encarga de dar los servicios médicos a la población del país a través de instituciones tanto públicas como privadas. Las principales instituciones que se encargan de dar atención médica a trabajadores son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituciones de los Gobiernos Estatales, Instituciones de salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituciones de Salud de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) e Instituciones de Salud de la Secretaría de Marina (SEMAR).

Se debe destacar que estas instituciones, solo atienden a trabajadores afiliados, dejando de lado a gran parte de la población, es por eso que se creó el Seguro Popular. Sin embargo, un estudio de la Cámara de Diputados de 2007, arrojó que este seguro aún presenta deficiencias como la duplicidad de funciones o afiliación, descoordinación con estados y desabasto de medicinas. Entre los retos ante los que se encuentra el Seguro Popular está el de expandir su cobertura, ya que es necesario que enfoque su atención en las zonas de mayor marginación.

Para poder entender la relevancia de lo anterior, se debe calcular la tasa de acceso de los servicios médicos por sexo, grupo de edad e institución de afiliación<sup>20</sup> mediante la siguiente fórmula:

---

<sup>20</sup> Este indicador se lee como el número de personas, de sexo  $i$  y grupo de edad  $j$  con acceso a los servicios médicos de la institución de afiliación  $k$  por cada 100 personas del mismo sexo y grupo de edad.

$$TSM_{(i,j,k)} = \frac{PSM_{(i,j,k)}}{P_{(i,j)}} * 100$$

$TSM_{(i,j,k)}$  = Tasa de acceso a servicios médicos por sexo ( $i$ ), grupo de edad ( $j$ ) e institución de afiliación ( $k$ )

$PSM_{(i,j,k)}$  = Población derechohabiente por sexo ( $i$ ), grupo de edad ( $j$ ) e institución de afiliación ( $k$ )

$P_{(i,j)}$  = Población total por sexo ( $i$ ) y grupo de edad ( $j$ )

$i$  = Sexo de la población: masculina o femenina

$j$  = Grupo de edad

- 0 a 14 años
- 15 a 29 años
- 30 a 64 años
- 65 años y más

$k$  = Institución de afiliación

- IMSS
- ISSSTE
- PEMEX, Defensa o Marina
- Otra institución

A continuación, en el cuadro 3.1 se muestran los resultados de estas tasas por institución para el 2005.

**Cuadro 3.1 Tasa de acceso a servicios médicos por sexo, grupos de edad e institución de afiliación (2005)**

| <b>Institución de afiliación</b> | <b>Grupos de edad</b> | <b>Mujeres</b> | <b>Hombres</b> |
|----------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|
| Derechohabiente                  | <u>Total</u>          | 47.7           | 46.1           |
| Derechohabiente                  | 0 a 14 años           | 45.5           | 45.7           |
| Derechohabiente                  | 15 a 29 años          | 44.3           | 43.8           |
| Derechohabiente                  | 30 a 64 años          | 54.3           | 50.5           |
| Derechohabiente                  | 65 años y más         | 55.9           | 54.9           |
| IMSS                             | <u>Total</u>          | 31.2           | 30.9           |
| IMSS                             | 0 a 14 años           | 28.7           | 29             |
| IMSS                             | 15 a 29 años          | 30.5           | 31.4           |
| IMSS                             | 30 a 64 años          | 35.1           | 33.9           |
| IMSS                             | 65 años y más         | 37.3           | 37.5           |
| ISSSTE                           | <u>Total</u>          | 6              | 5.2            |
| ISSSTE                           | 0 a 14 años           | 4.6            | 4.6            |
| ISSSTE                           | 15 a 29 años          | 4.3            | 4.1            |
| ISSSTE                           | 30 a 64 años          | 8.3            | 6.6            |
| ISSSTE                           | 65 años y más         | 9.3            | 8              |
| PEMEX                            | <u>Total</u>          | 1              | 1.1            |
| PEMEX                            | 0 a 14 años           | 0.9            | 0.9            |
| PEMEX                            | 15 a 29 años          | 0.9            | 1.1            |
| PEMEX                            | 30 a 64 años          | 1.2            | 1.3            |
| PEMEX                            | 65 años y más         | 1.5            | 1.5            |
| Otra institución                 | <u>Total</u>          | 10.3           | 9.6            |
| Otra institución                 | 0 a 14 años           | 12             | 12             |
| Otra institución                 | 15 a 29 años          | 9.2            | 7.8            |
| Otra institución                 | 30 a 64 años          | 10.6           | 9.6            |
| Otra institución                 | 65 años y más         | 8.9            | 9              |

Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres. Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005. Tabulados básicos

### 3.3.1 Cobertura del seguro médico

Mediante la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 se realizó un estudio cuyo resultado fue que el 60% de la población nacional carece de seguro médico. Las entidades que tienen el nivel más alto de aseguramiento son Coahuila y Nuevo León, con 62.5 y 71.8 por ciento, respectivamente. El ISSSTE tiene mayor presencia en Baja California Sur y en Sinaloa. El mayor porcentaje de población no asegurada se presenta en los estados de Chiapas y Guerrero, con más de 80 por ciento de su población sin seguro médico. En suma, los porcentajes de cobertura indican que el reto para el sistema de salud es aún muy importante, sobre todo en los estados de mayor marginación como son Oaxaca, Guerrero y Chiapas.

Es importante señalar, que aún cuando la población no cubierta por la seguridad social puede acceder a unidades dependientes del gobierno federal o estatal, existe un gran número de barreras de acceso a los servicios, en especial para la población rural y los sectores más pobres del país. Las personas que se ubican en el quintil con ingresos más bajos, y que tienden a ubicarse en zonas rurales del territorio nacional, enfrentan gastos de salud que tienden a hacer más severa su pobreza.

Casi todos los hogares con seguro voluntario corresponden al Seguro Popular. En el caso de los hogares más ricos (quintil V), el porcentaje de hogares que cuenta con seguridad social es 61 y es el sector que cuenta con el mayor porcentaje de doble aseguramiento (2.69%).

A pesar de los esfuerzos que el gobierno federal y los gobiernos estatales han realizado para ampliar la cobertura, en nuestro país entre 2 y 3 millones de familias se empobrecen anualmente debido a que emplean más de la tercera parte de su ingreso para solventar sus gastos de salud. Este gasto de bolsillo se destina principalmente a la compra de medicamentos y consultas médicas.

### **3.3.2 Utilización de los diversos niveles de cuidados médicos**

Para poder conocer mejor el acceso que la población tiene a los servicios médicos, se pueden analizar los siguientes factores:

- *Unidades de salud:* Entre 2000 y 2005 se registró un crecimiento de 5.1 por ciento en la infraestructura a nivel nacional. Se construyeron 953 unidades de servicio, de las cuales 752 son de consulta externa y 81 de hospitalización. La mayoría de ellas dando acceso a personas de bajos recursos. Sin embargo, este crecimiento en infraestructura es de a lo más 2% mientras la población no asegurada para este período creció a un ritmo del 5.5%
- *Consultas:* Las consultas externas se incrementaron de 222 mil 825 en 2000 a 247 mil 512 en 2005, lo que equivale a un crecimiento acumulado de 11.1%.

Las intervenciones quirúrgicas aumentaron de 2,646 a 2,908 intervenciones por año, lo que equivale a un crecimiento de 9.9%. En los estados de alta y muy alta marginación prevalecen las consultas externas en las unidades rurales y en las unidades móviles, es decir, ofrecen servicios básicos de salud que en muchas ocasiones no atienden los partos, enfermedades crónico-degenerativas y otro tipo de padecimientos que requieren mayor nivel de especialización.

- *Disponibilidad de camas:* De acuerdo con datos de Fundar Centro de Análisis e Investigación, la población marginada en México tiene casi nulo acceso a los niveles más especializados de salud. Los estados más pobres cuentan con una cama por cada 2 mil personas, mientras que las entidades de muy baja marginación cuentan con una cama por cada 900 personas. Esto explica en parte que la población marginada solamente se atiende en los niveles básicos de salud.
- *Consultorios:* Por cada 100 mil habitantes la cantidad es casi la misma para estados marginados que para estados no marginados: 52 consultorios para los estados de muy alta marginación, 48 para los estados de alta marginación; 51 para los estados de media marginación; 55 para los estados de baja marginación y 58 para los estados de muy baja marginación.
- *Disponibilidad de médicos:* En el caso de México, la población marginada es la que goza de menor disponibilidad de médicos por cada 100 mil habitantes, aproximadamente 100 médicos por cada 100 mil habitantes, mientras que las entidades de muy baja marginación tienen 166 médicos por cada 100 mil habitantes.

Ahora bien, si se comparan algunos indicadores de los cuales tienen datos, observaremos un déficit con respecto a los años anteriores, por ejemplo: respecto a las unidades médicas en 1965 se registraron 870, y en 1999 existían 17 mil 634, lo que equivale a un crecimiento de 478 unidades por año mientras que en el periodo 2000-2005, el número de unidades creció de 18 mil 841 a 19 mil 794 unidades, que en promedio son 190 unidades por año, lo que se traduce en un déficit de construcción de unidades de 288 unidades anuales. En lo que respecta al número de camas se observa que en 1999 existían 73 mil 786 camas, una por cada mil 317 habitantes, mientras que en 2002 fue 1 cama por cada mil 450 personas. Conforme la población crezca existirá una mayor demanda de estos servicios.

### **3.3.3 Necesidades faltantes de los servicios médicos**

De acuerdo con los datos del 5º Informe de Gobierno del sexenio anterior, el Sistema Nacional de Salud sufre de insuficiencia en su estructura física y existe un número importante de instalaciones obsoletas y con escaso mantenimiento. Para enfrentar estos problemas, el Programa Nacional de Salud estableció la estrategia para fortalecer la inversión en recursos humanos, en investigación e infraestructura en salud.

Entre los puntos más importantes que se deben destacar con el fin de buscar una mejora en el sistema de salud se encuentran:

1. Minimizar el tiempo de espera de los pacientes, desde la sala de espera hasta las citas para especialización o estudios que en ocasiones debido a la gran demanda pueden llegar a tardar hasta 2 meses.
2. El aumento de usuarios en las unidades médicas exige atender al mayor número de personas por día en el menor tiempo posible.
3. Aumentar el personal de salud, para poder cubrir y atender al 100% de los pacientes, tanto de consulta externa como en urgencias, en piso y en disciplinas intrahospitalarias.
4. Existe un exceso de trámites burocráticos, desde sacar una simple ficha en largas filas hasta los trámites para estudios de laboratorio, pasar a especialidades, etcétera; atrasando así el diagnóstico oportuno y con eso el tratamiento de la enfermedad y, por ende, la calidad de vida del paciente.
5. Falta de insumos básicos en las unidades de primer nivel de atención como medicamentos, gasas, jeringas, etcétera.
6. Falta de mantenimiento y renovación de inmobiliario viejo y ambulancias.
7. Distribución irregular de profesionales de la salud, ya que existe mayor concentración en las grandes ciudades.
8. Cobertura deficiente de los servicios médicos en el medio rural.

La mayoría de las necesidades anteriores, puede traducirse en una falla en el presupuesto del gobierno destinado a los servicios médicos, pero sobre todo a la aplicación de los recursos obtenidos por parte de las diversas instituciones de salud.

### **3.4 Financiamiento de la atención a la salud.**

El proceso de financiamiento de la atención a la salud puede descomponerse en tres etapas de naturaleza esencialmente distinta: recaudación (obtención de los recursos para financiar los servicios médicos), mancomunación (creación de una mutualidad o *risk pooling*) y contratación (asignación de los recursos al proveedor de servicios médicos).

Para el diseño de un esquema óptimo de financiamiento es evidente que se debe plantear como objetivo asegurar la mayor eficiencia en cada una de estas etapas; sin embargo, el reto más importante es el de crear un sistema que establezca incentivos a todos los participantes, de modo que el comportamiento independiente de ellos contribuya, de manera conjunta, a lograr la mayor eficiencia. En este contexto, resulta pertinente analizar el tema de la equidad, ya que el proceso de financiamiento también es un vehículo eficaz para alcanzar las metas de equidad.

La descripción específica de las etapas para el financiamiento de la atención de la salud, se describe a continuación:

- **Recaudación** .En esencia, el cobro de una prima igual para un núcleo determinado de población implica que todos los individuos estarán cubriendo anticipadamente el valor esperado del costo de atención (o resarcimiento) por el evento. Visto ex-post, los individuos que no sufrieron un impacto pero sí pagaron su prima, realizaron una transferencia a los individuos que sí sufrieron un impacto.

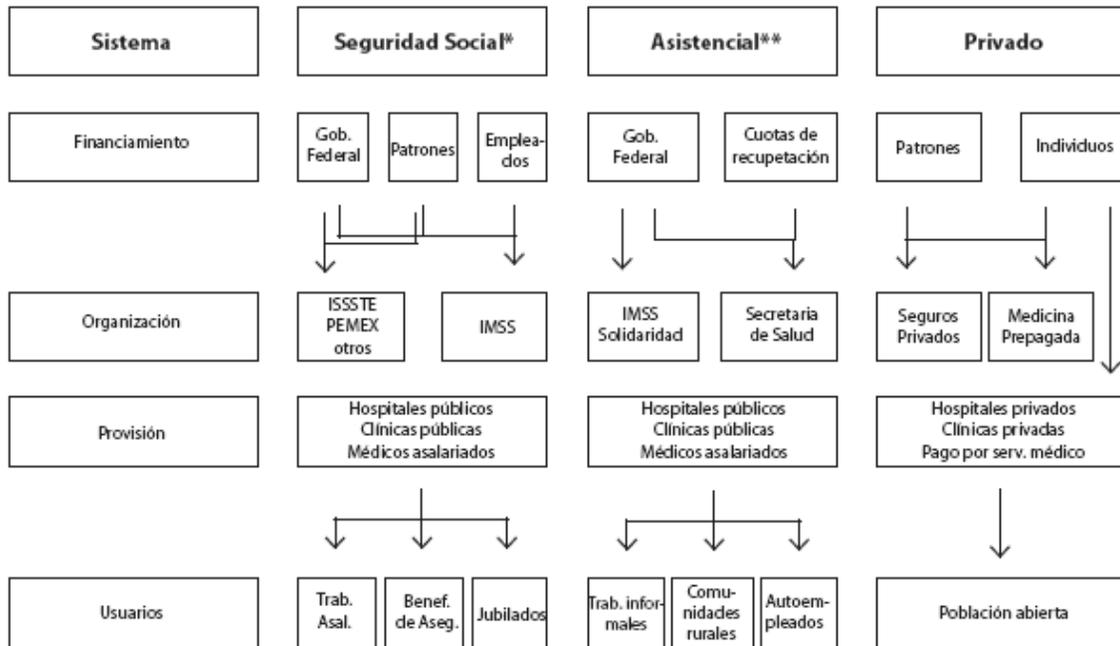
Si el esquema de aseguramiento cubre a un grupo de individuos con la misma probabilidad de verse afectado por un determinado evento, puede decirse que ex-ante no se genera una transferencia entre los miembros de dicho grupo, sin embargo, si la probabilidad no es la misma, entonces el esquema de aseguramiento implicará una transferencia implícita de quienes tienen una menor probabilidad de verse afectados hacia quienes tienen una mayor probabilidad.

Por último, cabe señalar que en la medida que los mecanismos de aseguramiento sean financiados con recursos públicos, se generará una transferencia del resto de la sociedad hacia el grupo afiliado al seguro. Así, pueden instituirse transferencias que van, según el esquema de recaudación tributaria, de los estratos de mayores ingresos a los de menores ingresos, de los jóvenes a los viejos y niños, etc.

El mecanismo de aseguramiento, por tanto, se presta para asociar al financiamiento esquemas de compensación. Por ello se puede afirmar que el aseguramiento, además de ofrecer mayor certeza, también se constituye en un instrumento redistributivo

- **Mancomunación**. El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de éstos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones. En el cuadro 3.2 se muestra la composición del sistema de salud en México.

**Cuadro 3.2 Sistema de Servicios de Salud**



Fuente: Programa Nacional de Salud 2006.

Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por Ley a alguna institución de seguridad social: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (ISSFAM), Marina y diversos seguros para trabajadores de los gobiernos estatales.

El sistema para población abierta o no asegurada, que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país incluye los servicios de la Secretaría de Salud (SSA) y el programa IMSS-Oportunidades. Para proteger a este grupo se creó el Seguro Popular de Salud.

En el sector privado, el cual opera en un contexto poco supervisado, se brinda una atención de calidad desigual, con precios variables y está bastante fragmentado. El aseguramiento privado se basa principalmente en gastos médicos mayores, por lo que el resto de la población que acude a este sector se ve orillada a pagar por cada visita al médico. Los incentivos del pago por evento radican en que este pago tiende a mejorar la calidad de los servicios pero también propicia aumentos desmedidos de los costos, especialmente cuando no se cuenta con un claro sistema de acceso a los servicios más caros.

Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República, encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el secretario de salud y los 32 secretarios estatales del ramo. La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la cual transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Función Pública, que supervisa el gasto. Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población objetivo, contando para ello con su propia red de unidades de atención.

- **Contratación.** En la gráfica 3.1 se puede observar cómo se distribuye la contratación de los seguros de salud por institución; sin embargo, se debe aclarar que no existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto (cada institución pública tiene el propio) de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud. Por este motivo, es frecuente recurrir a otras fuentes, como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) o los censos de población y vivienda.

En las instituciones que protegen a la población formal, el aseguramiento es integral basado en un modelo de atención por niveles que se conectan a través de un sistema de referencia y contrarreferencia:

- Primer nivel: proporciona servicios de prevención a la salud y atención ambulatoria;
- Segundo nivel: la atención se otorga en hospitales, con servicios ambulatorios y de internamiento; y
- Tercer nivel: se brinda atención especializada de alta complejidad.

Por su parte, la SSA otorga el Seguro Popular de Salud a la población abierta, el cual cuenta con una canasta de servicios y medicamentos definidos. Los institutos coordinados de la SSA prestan atención médica de alta calidad, pero el beneficio social de sus acciones se ve limitado por la práctica de permitir a los pacientes el acceso directo, sin pasar por un sistema de referencia y contrarreferencia. En este contexto, el IMSS proporciona el Seguro de Salud para la Familia, con condiciones específicas que lo difieren de los servicios médicos que otorga a su población derechohabiente.

### **3.4.1 Impacto distributivo de las diversas fuentes de financiamiento**

El gasto en salud como porcentaje del PIB de alguna manera mide la importancia o prioridad del mismo, aunque México se encuentra debajo de la media de América Latina, se puede observar un importante crecimiento sobre todo en las últimas décadas.

La división entre gasto público y privado presenta la misma tendencia, con la diferencia de que el gasto privado tiene mayor peso relativo, aunque esta diferencia ha estado disminuyendo en los últimos años. En lo referente al gasto público en salud como proporción del gasto público, las tendencias han sido muy irregulares, dependiendo del estado del país que se trate; pues hay estados que asignan el 8% del gasto público en salud mientras otros asignan el 36%. Estas tendencias del gasto en salud también han presentado cambios y diferencias importantes en el comportamiento de los principales indicadores de financiamiento entre las diferentes instituciones del sistema de salud.

Dividiendo el sistema de salud en asistencia pública para no asegurados, seguridad social e instituciones privadas, se observan fuentes de financiamiento unipartita, bipartita y tripartita que provienen de los gobiernos federal, estatal y municipal; de los empleadores y de los hogares. En cuanto a la distribución del gasto en salud, llama la atención que del total de este el 15% se asigna para las necesidades de salud del 40% de la población (social y económicamente marginada); el 37% para el 50% de la población (pertenecen a la economía formal) y el restante 48% del gasto para el 10% de la población (con poder de compra).

Sobre el destino final de los recursos en los distintos programas de salud, se observan también diferencias importantes en cada subsistema. En la asistencia pública se asignan más recursos para programas de promoción, prevención y menos para curación y rehabilitación, en la seguridad social, la mayor parte del gasto se concentra en los programas de curación y rehabilitación con menos recursos para promoción y prevención; y, finalmente, en las instituciones privadas los mayores recursos se asignan a programas de curación y en menor medida para rehabilitación y muy escasamente para promoción, prevención.

En relación a los recursos asignados a investigación, es en la asistencia pública donde se asignan más recursos, siguiéndole la seguridad social y en último plano las instituciones privadas, donde ciertamente los recursos para investigación son muy escasos en relación a las otras instituciones. En el cuadro 3.3 se puede observar a detalle el impacto distributivo de las diversas fuentes de financiamiento.

**Cuadro 3.3 Distribución de las fuentes de financiamiento en México**

| <b>Variables</b>                         | <b>Instituciones de Asistencia Pública</b> | <b>Instituciones de Seguridad Social</b> | <b>Instituciones Privadas</b> |
|--|--|--|-------------------------------|
| <b>Tipo de Financiamiento</b>            | Unipartita                                 | Tri-Bipartita                            | Unipartita                    |
| <b>Fuente de Financiamiento</b>          | Gob. Federal<br>Gov. Estatal               | Gob.Federal<br>Empleadores-<br>Hogares   | Hogares                       |
| <b>% del Gasto Total en Salud</b>        | 15%  | 37%                                      | 48%                           |
| <b>Cobertura de Población</b>            | 40%  | 50%                                      | 10%                           |
| <b>Principio Básico</b>                  | Ciudadanía<br>Pobreza                      | Corporativo                              | Poder de Compra               |
| <b>Inversión de \$ en Promoción</b>      | Alta                                       | Media                                    | Muy Baja                      |
| <b>Inversión de \$ en Prevención</b>     | Alta                                       | Media                                    | Baja                          |
| <b>Inversión de \$ en Curación</b>       | Media                                      | Alta                                     | Media                         |
| <b>Inversión de \$ en Rehabilitación</b> | Baja                                       | Media                                    | Muy Baja                      |
| <b>Inversión de \$ en Investigación</b>  | Media                                      | Baja                                     | Muy Baja                      |

Fuente: Arredondo A. y Cols. El financiamiento a partir de la descentralización del Sistema de Salud en México. Cambios, Tendencias y evidencias: 1990-2000. INSP, primera edición. 2002

Por otro lado se puede decir que el sistema de salud en México es financiado en un 49% por los hogares, un 28% por los empleadores, un 20% por el gobierno federal, y un 3% por el gobierno estatal y municipal.

### **3.4.2 Variación del gasto en salud como proporción del ingreso per cápita.**

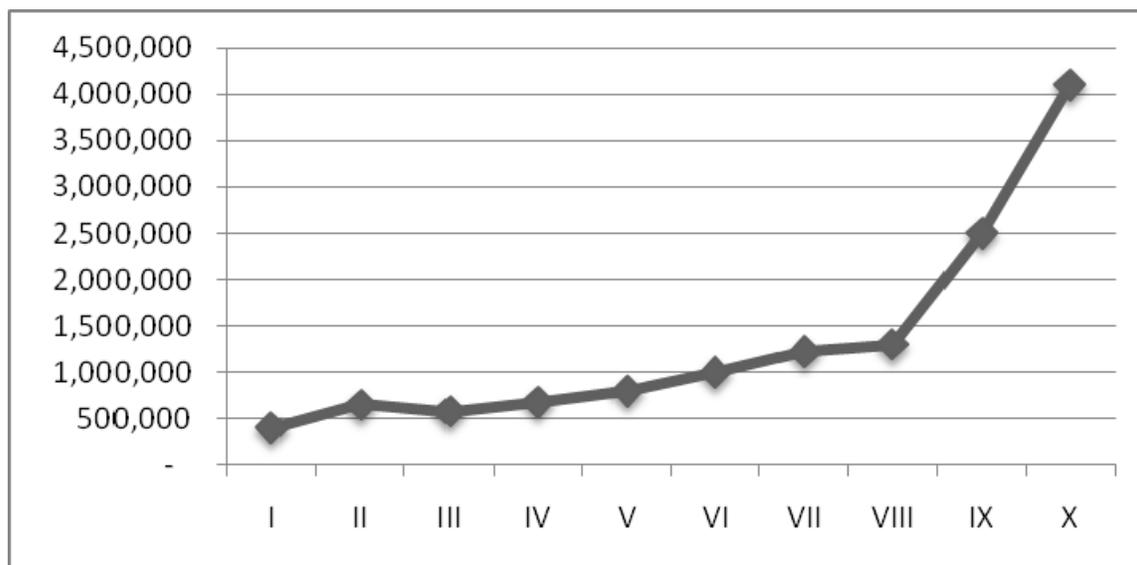
La equidad en el financiamiento de los sistemas de salud está vinculada con el origen de los recursos. En México, el porcentaje de gasto privado en salud es alto y una proporción significativa de éste es pago de bolsillo.

En lo que se refiere a la seguridad social, que es otorgada por diversas instituciones, el porcentaje de participación es de 31.84 puntos. El 14.56 por ciento es realizado como gasto asistencial público, incluyendo el seguro de grupo, el programa conjunto de IMSS y Oportunidades, las aportaciones federales para entidades federativas y municipios y las aportaciones de los estados.

Como sociedad, el principal desafío es evitar que el sistema de salud genere efectos adversos como el de la perpetuidad del círculo de la pobreza y la enfermedad. Concretamente, las metas son: incrementar la cobertura, disminuir el gasto de bolsillo e incrementar el pago anticipado, asignar el monto de recursos necesario para cumplir con los compromisos del sistema y equilibrar las aportaciones de los gobiernos estatales, entre otras.

Además de definir la forma de financiamiento del gasto en salud, también hay que decidir sobre el monto. En el caso de los hogares, el nivel de gasto cambia significativamente de un decil de ingreso a otro (gráfica 3.3)

**Gráfica 3.3 Gasto en salud en los hogares por decil de ingreso<sup>21</sup>.**



Fuente: ENIGH 2002, INEGI

<sup>21</sup> Hogares a nivel nacional con gasto total corriente trimestral en cuidados médicos y conservación de la salud, según deciles de hogares, de acuerdo a su ingreso total trimestral. Cifras en miles de pesos.

Como se observa en la gráfica 3.3, los hogares que tienen un ingreso menor gastan menos en salud, lo cual se debe principalmente a dos razones: el ingreso que perciben sólo les permite cubrir las necesidades básicas o están protegidos por algún esquema de aseguramiento. Si consideramos que hay un amplio sector de la población que no está afiliado a la seguridad social, el reto es garantizar que quienes se encuentran en ese segmento tienen acceso a alternativas para proteger su salud.

El nivel de gasto en salud de los hogares está relacionado con su vulnerabilidad financiera. Los más pobres tienen mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en caso de enfermedad.

Diferentes estudios sobre la pobreza<sup>22</sup> sugieren que entre dos y tres millones de hogares mexicanos al año sufren de gastos catastróficos que absorben 30 por ciento o más de su capacidad de pago para la salud. A la vez, más del 50 por ciento del financiamiento de la salud en México es privado y proviene de gastos de bolsillo, especialmente por parte de la población no derechohabiente y pobre. Es por ello que dichos estudios muestran que los gastos catastróficos son más comunes entre los hogares no derechohabientes y deciles de ingreso más bajos, por lo que nominalmente tienden a ser gastos bajos. La presencia de gastos catastróficos en salud<sup>23</sup> es más común entre los hogares de los primeros tres deciles de ingreso.

En México, la mayoría de los hogares con gastos catastróficos en salud tienen un ingreso menor de dos salarios mínimos. Después de cubrir sus necesidades básicas, en especial la compra de alimento, el ingreso disponible es casi nulo.

La distribución del gasto en salud, como porcentaje del gasto total de los hogares, cambia significativamente de un decil de ingreso a otro. En términos de equidad, es necesario equilibrar esta proporción. Una alternativa para alcanzar este propósito es la de sustituir gasto privado por gasto público, de manera que esta relación pudiera aproximarse a una recta con una ligera pendiente negativa. Para ello, sería necesario incrementar el nivel de gasto público.

El gasto público en salud se compone principalmente por:

- Las aportaciones del gobierno federal a los diferentes institutos de seguridad social.

---

<sup>22</sup> Knaul, Méndez, Murray, Arreola, Ortiz, Torres, Frenk, 2001

<sup>23</sup> Aquellos que utilizan más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención a su salud

- Las transferencias del gobierno federal a la SSA, a los servicios estatales de salud (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA), así como los destinados a los programas IMSS-Solidaridad y Progres;a;
- Los recursos propios de las entidades federativas que se transfieren a los servicios estatales de salud;
- Las cuotas obrero-patronales, que son un impuesto a la nómina de los trabajadores cubiertos por la seguridad social, y que se pueden considerar como recursos públicos.

Cabe decir que el gasto fiscal es el gasto público con exclusión de las cuotas obrero-patronales en el caso del IMSS y de las cuotas obreras en el del ISSSTE, pues estos recursos son pagados por los trabajadores y los empleadores para tener derecho a la seguridad social.

### 3.5 Análisis prospectivo

A continuación se muestran las metodologías usadas en la proyección de tasas de crecimiento total

[...] “Cuando se desea conocer el porcentaje de variación anual de una población entre dos fechas determinadas para los cuales se tienen datos (por ejemplo, entre dos censos de población), se suelen calcular tasas de crecimiento por medio de diversas fórmulas: aritmética, geométrica, exponencial e hiperbólica.

La fórmula del crecimiento aritmético es:

$$r' = \frac{1}{h} \left[ \left[ \frac{P^{t+h}}{P^t} \right] - 1 \right]$$

Por su parte, la fórmula para estimar el crecimiento exponencial es:

$$r = \frac{1}{h} \left[ \log_{\text{natural}} \frac{P^{t+h}}{P^t} \right]$$

En cuanto a la fórmula para estimar el crecimiento hiperbólico o tasa media de crecimiento anual, ésta es:

$$r = \frac{P^{t+h} - P^t}{\frac{1}{h} \left[ \frac{P^{t+h} - P^t}{2} \right]}$$

Por último, la fórmula de estimación del crecimiento geométrico es:

$$r' = \sqrt[h]{\frac{P^{t+h}}{P^t}} - 1$$

O bien la inversa de la raíz cuadrada:

$$r' = \left( \left( P^{t+h} / P^t \right)^{(1/h)} \right) - 1$$

En donde para las fórmulas anteriores:

$r$  = tasa de crecimiento

$h$  = tiempo transcurrido, por ejemplo el periodo entre los censos de 1980 y el de 1990.

$P^{t+h}$  = población final; en este ejemplo la población censal de 1990.

$P^t$  = población inicial; en este ejemplo la población censal de 1980.

De las cuatro fórmulas anteriores la que se recomienda utilizar actualmente para México es la geométrica, por considerarse que es la que representa mejor el comportamiento de su población. Debe señalarse que para la variable  $h$ , debido a que los censos de población se han levantado en diferentes momentos en los años correspondientes a su realización hay que considerar un ajuste que tome en cuenta las diferencias existentes y no dar por hecho que existen periodos intercensales idénticos.” [...] (Esquivel y Flores, 1997; p.52).

El objetivo de este apartado es proyectar el impacto que tienen los programas de seguridad social en el índice de pobreza del país, es por ello que a lo largo de esta investigación se han mostrado ambos panoramas con la finalidad de conocer dicho impacto y así construir una visión de bienestar social, pues es necesario unir esfuerzos contra la pobreza y la desigualdad, pues si bien es un compromiso del gobierno federal y los gobiernos estatales, también es necesario involucrar al conjunto de la sociedad y así poder obtener mejores resultados en el combate a la pobreza.

Se realizó un análisis prospectivo al 2050 considerando tres escenarios, los cuales nos permiten tener una idea sobre la posible evolución de este problema social que enfrenta

nuestro país. Para los tres escenarios se consideró la población proyectada del INEGI que considera la tasa de natalidad, mortalidad y crecimiento social. Es necesario aclarar también que se está considerando el porcentaje de pobreza que incluye pobreza de patrimonio, de capacidades y alimentaria.

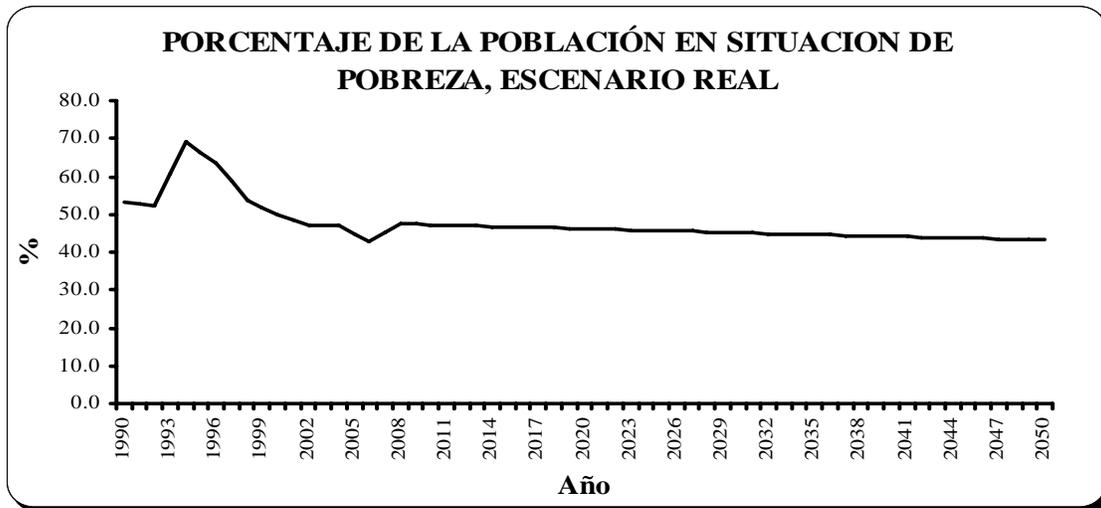
### **Escenario 1: Realista**

Cabe señalar que para este y los siguientes escenarios se considera las hipótesis: la forma de gobierno que regirá al país será similar a la que nos hemos enfrentado los últimos 20 años, el crecimiento económico del país estará dado por la tendencia arrojada por el histórico de los últimos 20 años, no se consideran eventos catastróficos, como mortandad, guerras mundiales, eventos de naturales devastadores, entre otros. Es aventurado suponer una estabilidad de este estilo pero se consideran hipótesis que mantienen un comportamiento así, pues son, similares a las utilizadas por el INEGI para sus proyecciones de población y tasas de crecimiento.

En este escenario se consideró la población total estimada por el INEGI y la evolución de la pobreza nacional de la gráfica 1.2 a partir del ENIGH 1992-1996. Se proyectó el porcentaje de pobreza de manera aritmética (ésta manera de proyectar se realizará para los 3 escenarios distintos, por razón de estadística insuficiente para acoplarlo a un modelo exponencial ó geométrico) de acuerdo al comportamiento histórico de 1990 a 2008. Es decir, en este escenario se asume que los programas de seguridad social se mantienen en la misma proporción de capacidad y servicios respecto a la población, obteniendo así un decrecimiento promedio anual de 0.45%. Así obtenemos que para el 2050 el 43.16% de la población se encontrará en situación de pobreza. Si se considera que el último informe a 2008 estimó un 47.4% de pobreza en la población mexicana, en términos absolutos hay un decrecimiento del 4.24%, sin embargo, el número de personas en estado de pobreza va de 50,567,514 en 2008 a 52,589,544 en 2050.

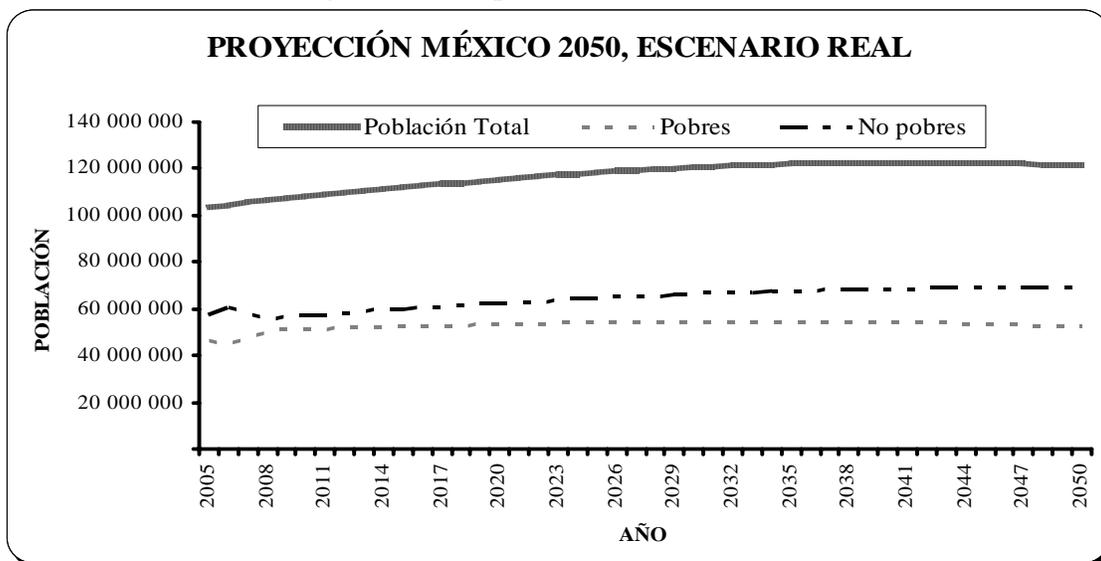
Los datos anteriores se ven reflejados en las gráficas 3.4 y 3.5 que abarcan de 1990 a 2050. En la gráfica 3.4 se muestra el comportamiento del porcentaje de pobreza en la población mexicana y en la gráfica 3.5 el comportamiento en cuanto a número de personas. Los resultados detallados de este escenario por año se muestran en el Apéndice A.

**Gráfica 3.4. Porcentaje de población en situación de pobreza. Escenario 1**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyección

**Gráfica 3.5. Proyección de la población en México a 2050. Escenario 1**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyección

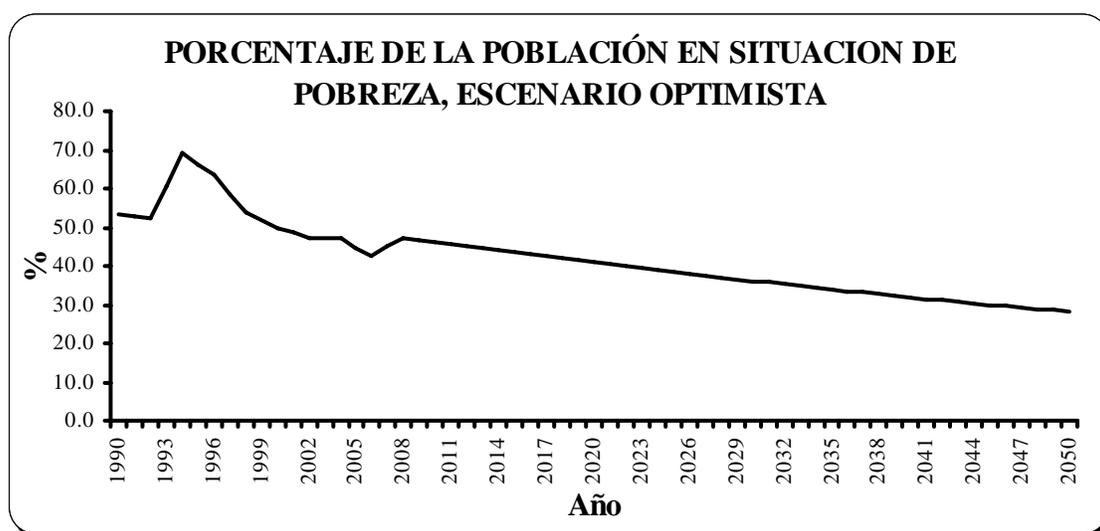
### Escenario 2: Optimista

Al igual que en el escenario anterior se consideró la población total estimada por el INEGI y la evolución de la pobreza nacional de la gráfica 1.2 a partir del ENIGH 1992-1996 hasta 2008. De acuerdo a las proyecciones e informes hechas por el Gobierno Federal, se estima que en los próximos años el porcentaje con seguridad social sea del 100%, ya que se espera que el seguro popular cubra al resto de la población, sin embargo, en varias entidades se ha hecho notar que el seguro popular no cuenta con los medios suficientes para hacer frente a todos los compromisos que originalmente se adquirieron, por lo que en un escenario que sin

dejar de ser optimista refleja más la realidad de la población, se consideró que al 2050 el 80% de la población contaría con seguridad social. Como resultado de lo anterior, esto impactaría en un decrecimiento adicional anual del 2% en el porcentaje de la población en situación de pobreza. Es decir, para el año 2050 el porcentaje de población en situación de pobreza sería del 28.18% y el número de pobres estimado es de 34,511,060. En las gráficas 3.6 y 3.7 se reflejan los resultados anteriores.

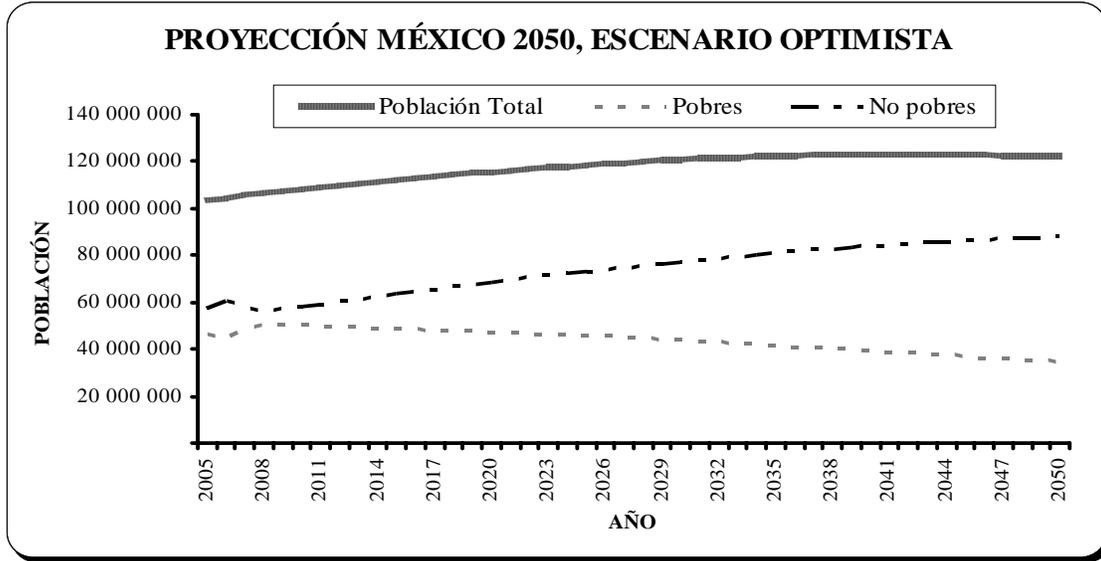
Los resultados detallados por año de este escenario se muestran en el Apéndice B.

**Gráfica 3.6. Porcentaje de población en situación de pobreza. Escenario 2**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyección

**Gráfica 3.7. Proyección de la población en México a 2050. Escenario 2**



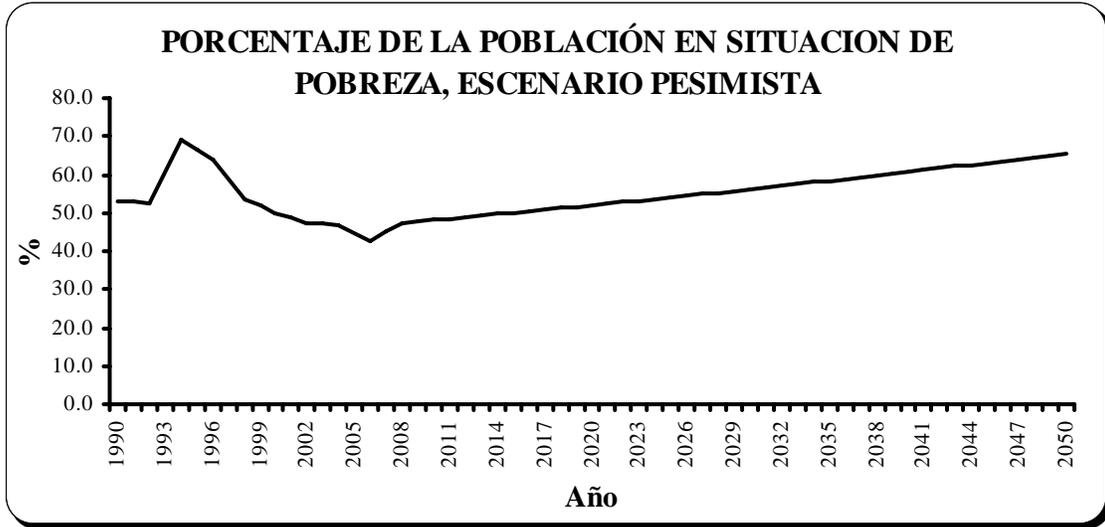
Fuente: Elaboración propia a partir de proyección

### Escenario 3: Pesimista

Siguiendo con los supuestos de los escenarios anteriores hasta 2008, en este escenario la proyección de porcentaje de pobres a partir de 2008 se calculó asumiendo que el número de asegurados se mantiene estable, debido a que el seguro popular ha alcanzado su capacidad máxima, lo que se traduce en un decrecimiento del 2% anual al porcentaje del escenario real. El resultado de este escenario es de 65.53% de población en situación de pobreza al 2050 con una población de 80,250,474. En las gráficas 3.8 y 3.9 se muestra la proyección de este escenario.

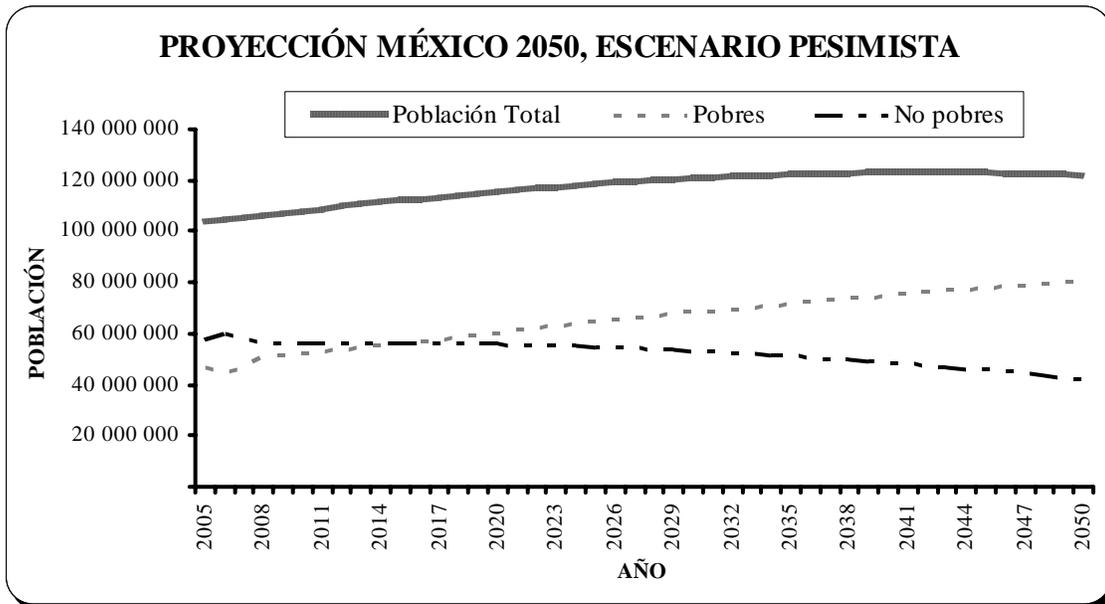
Los resultados detallados por año de este escenario se muestran en el Apéndice B.

**Gráfica 3.8. Porcentaje de población en situación de pobreza. Escenario 3**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyección

**Gráfica 3.9. Proyección de la población en México a 2050. Escenario 3**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyección

### **3.5.1 Discusión**

Como se ha podido demostrar el mayor reto que enfrenta la nación mexicana es abatir la pobreza. Sin embargo, como lo demuestran estos tres escenarios, no es una tarea fácil, ya que aún logrando la seguridad social en la mayoría de los hogares desfavorecidos, seguirían existiendo comunidades en situación de pobreza, es decir, 20% de la población para el 2050. Esto se debe a que el nivel de pobreza de un país, depende de otros factores tales como la economía, la educación, desempleo, migración, etcétera.

Por otro lado, también se ha demostrado el hecho de que el gobierno mexicano debe seguir invirtiendo en programas de salud que beneficien al mayor número de familias. Así, se logrará minimizar el gasto promedio en salud, sobre todo en las familias en situación de pobreza extrema, que en ocasiones asciende al 40% del ingreso total por familia.

Si bien es cierto que el gobierno ha implementado diversos programas de asistencia social, se ha podido comprobar que este esfuerzo no ha sido suficiente, pues hubo un incremento en el índice de pobreza a 2008. Esto en gran parte se debe a que la mayoría de los programas de apoyo del gobierno, conceden a las comunidades y familias un beneficio a corto plazo; sin embargo, es necesario que se complementen con programas cuyo beneficio sea a largo plazo tales como inversión en salud y educación.

## CONCLUSIONES

Hasta 2006, México presentaba una tendencia decreciente en el porcentaje de población en situación de pobreza; sin embargo, este porcentaje incrementó en más de cuatro puntos porcentuales a 2008, lo que demuestra que a pesar de las acciones que se han implementado para combatir este fenómeno, éstas no han obtenido los resultados esperados, pues es un fenómeno difícil de erradicar, sobre todo porque la mayoría de los planes que se han implementado, dejan de lado a los sectores más desfavorecidos de la población, sobre todo en comunidades rurales.

Además, de acuerdo a los ejercicios anteriores también podemos observar que superar la pobreza implica tiempos extremadamente largos, pues en ocasiones el gobierno al no ver resultados inmediatos elimina algunos programas. Si bien el crecimiento económico es una condición básica, y en tanto no haya cambios económicos sustantivos las prácticas redistributivas deben seguir ocupando un lugar preponderante de las políticas públicas, es claro que la magnitud y complejidad del fenómeno de la pobreza implica abordarlo como un asunto histórico central, que trascienda los intereses inmediatos. Desplegar esfuerzos contra la pobreza y la desigualdad es una tarea que se justifica no sólo por razones económicas y políticas, sino también éticas. Asumir, como sociedad, sacrificios y hacer compromisos explícitos, son la única vía posible para superar la idea que ve en la pobreza un mal necesario que acompaña al quehacer humano.

Por lo tanto, podemos concluir que el combate a la pobreza es una batalla a largo plazo, que además requiere un monitoreo constante de los programas de asistencia social para con ello identificar los cambios en las necesidades de la población y así poder maximizar los beneficios de los mismos.

También se puede concluir que en la medida de que se incrementen los recursos del Seguro Popular, se disminuirá significativamente el porcentaje de familias en situación de pobreza en México.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social; Los mapas de la pobreza en México anexo técnico metodológico, (2007).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL); Informa Ejecutivo de Pobreza México 2007.
- Consejo Nacional de Población; El envejecimiento de la población en México/ Transición Demográfica.
- Consejo Nacional de Población; Proyecciones de la población de México, de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades 2005-2050.
- Gustavo Nigenda, El Seguro Popular de Salud en México: desarrollo y retos para el futuro / Nota Técnica de Salud No. 2/2005.
- Juan Pablo Gutiérrez; La brecha en salud en México medida a través de la mortalidad infantil, vol45. (2003)
- Secretaria de Salud, México; Estadísticas de mortalidad en México muertes registradas en el año 2003.
- V Nelly Salgado, Tonatiuh González, Letza Bojorquez, Cesar Infante; Vulnerabilidad Social, Salud Migración, Instituto Nacional de Salud Publica (2007).
- Ma. Teresa Esquivel Hernández, Rene Flores Arenas; Elementos demográficos para el estudio sociológico de la población; División de Ciencias Sociales y Humanitarias Departamento de Sociología, México, 1997.
- Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP). 2002. “Medición de la Pobreza: Variantes metodológicas y estimación preliminar”. Serie: documentos de investigación No. 1. Julio de 2002. Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México.

## APÉNDICE A

| Año  | Población Total | Población con algún tipo de pobreza | No pobres  | Porcentaje de la población en situación de pobreza |
|------|-----------------|-------------------------------------|------------|--|
| 2005 | 103 946 866     | 46 568 196                          | 57 378 670 | 44.8%  |
| 2006 | 104 874 282     | 44 676 444                          | 60 197 838 | 42.6%  |
| 2007 | 105 790 725     | 47 605 826                          | 58 184 899 | 45.0%  |
| 2008 | 106 682 518     | 50 567 514                          | 56 115 004 | 47.4%  |
| 2009 | 107 550 697     | 50 865 465                          | 56 685 232 | 47.3%  |
| 2010 | 108 396 211     | 51 150 887                          | 57 245 324 | 47.2%  |
| 2011 | 109 219 931     | 51 424 776                          | 57 795 155 | 47.1%  |
| 2012 | 110 022 552     | 51 687 021                          | 58 335 531 | 47.0%  |
| 2013 | 110 804 591     | 51 938 451                          | 58 866 140 | 46.9%  |
| 2014 | 111 566 783     | 52 178 961                          | 59 387 822 | 46.8%  |
| 2015 | 112 310 260     | 52 409 666                          | 59 900 594 | 46.7%  |
| 2016 | 113 036 756     | 52 630 915                          | 60 405 841 | 46.6%  |
| 2017 | 113 746 425     | 52 843 362                          | 60 903 063 | 46.5%  |
| 2018 | 114 437 635     | 53 045 780                          | 61 391 855 | 46.4%  |
| 2019 | 115 109 547     | 53 238 370                          | 61 871 177 | 46.3%  |
| 2020 | 115 762 289     | 53 420 727                          | 62 341 562 | 46.1%  |
| 2021 | 116 395 567     | 53 593 309                          | 62 802 258 | 46.0%  |
| 2022 | 117 007 442     | 53 754 756                          | 63 252 686 | 45.9%  |
| 2023 | 117 595 470     | 53 904 553                          | 63 690 917 | 45.8%  |
| 2024 | 118 157 718     | 54 041 355                          | 64 116 363 | 45.7%  |
| 2025 | 118 692 987     | 54 165 236                          | 64 527 751 | 45.6%  |
| 2026 | 119 200 348     | 54 275 319                          | 64 925 029 | 45.5%  |
| 2027 | 119 678 725     | 54 371 743                          | 65 306 982 | 45.4%  |
| 2028 | 120 126 931     | 54 453 521                          | 65 673 410 | 45.3%  |
| 2029 | 120 543 784     | 54 520 753                          | 66 023 031 | 45.2%  |
| 2030 | 120 928 075     | 54 572 449                          | 66 355 626 | 45.1%  |
| 2031 | 121 278 986     | 54 608 885                          | 66 670 101 | 45.0%  |
| 2032 | 121 596 457     | 54 629 591                          | 66 966 866 | 44.9%  |
| 2033 | 121 880 750     | 54 635 333                          | 67 245 417 | 44.8%  |
| 2034 | 122 131 721     | 54 625 601                          | 67 506 120 | 44.7%  |
| 2035 | 122 348 728     | 54 600 756                          | 67 747 972 | 44.6%  |
| 2036 | 122 531 432     | 54 560 204                          | 67 971 228 | 44.5%  |
| 2037 | 122 680 609     | 54 504 938                          | 68 175 671 | 44.4%  |

| Año  | Población Total | Población con algún tipo de pobreza | No pobres  | Porcentaje de la población en situación de pobreza |
|------|-----------------|-------------------------------------|------------|--|
| 2038 | 122 797 430     | 54 435 032                          | 68 362 398 | 44.3%  |
| 2039 | 122 882 582     | 54 351 430                          | 68 531 152 | 44.2%  |
| 2040 | 122 936 136     | 54 253 715                          | 68 682 421 | 44.1%  |
| 2041 | 122 958 184     | 54 142 563                          | 68 815 621 | 44.0%  |
| 2042 | 122 949 539     | 54 017 882                          | 68 931 657 | 43.9%  |
| 2043 | 122 911 260     | 53 880 767                          | 69 030 493 | 43.8%  |
| 2044 | 122 844 116     | 53 731 100                          | 69 113 016 | 43.7%  |
| 2045 | 122 748 461     | 53 569 658                          | 69 178 803 | 43.6%  |
| 2046 | 122 624 516     | 53 396 084                          | 69 228 432 | 43.5%  |
| 2047 | 122 472 760     | 53 211 199                          | 69 261 561 | 43.4%  |
| 2048 | 122 293 757     | 53 014 798                          | 69 278 959 | 43.4%  |
| 2049 | 122 087 969     | 52 807 686                          | 69 280 283 | 43.3%  |
| 2050 | 121 855 703     | 52 589 544                          | 69 266 159 | 43.2%  |

## APÉNDICE B

| Año  | Población Total | Población con algún tipo de pobreza | No pobres  | Porcentaje de la población en situación de pobreza |
|------|-----------------|-------------------------------------|------------|--|
| 2005 | 103 946 866     | 46 568 196                          | 57 378 670 | 44.8%  |
| 2006 | 104 872 624     | 44 675 738                          | 60 196 886 | 42.6%  |
| 2007 | 105 801 686     | 47 610 759                          | 58 190 927 | 45.0%  |
| 2008 | 106 705 593     | 50 578 451                          | 56 127 142 | 47.4%  |
| 2009 | 107 585 529     | 50 371 983                          | 57 213 546 | 46.8%  |
| 2010 | 108 442 435     | 50 144 665                          | 58 297 770 | 46.2%  |
| 2011 | 109 277 189     | 49 912 789                          | 59 364 401 | 45.7%  |
| 2012 | 110 090 652     | 49 661 868                          | 60 428 784 | 45.1%  |
| 2013 | 110 883 357     | 49 407 834                          | 61 475 523 | 44.6%  |
| 2014 | 111 655 772     | 49 136 126                          | 62 519 645 | 44.0%  |
| 2015 | 112 408 892     | 48 862 676                          | 63 546 216 | 43.5%  |
| 2016 | 113 143 968     | 48 573 375                          | 64 570 593 | 42.9%  |
| 2017 | 113 863 209     | 48 284 433                          | 65 578 776 | 42.4%  |
| 2018 | 114 564 715     | 47 980 513                          | 66 584 202 | 41.9%  |
| 2019 | 115 247 104     | 47 676 116                          | 67 570 988 | 41.4%  |
| 2020 | 115 910 086     | 47 356 802                          | 68 553 284 | 40.9%  |
| 2021 | 116 554 201     | 47 037 682                          | 69 516 519 | 40.4%  |
| 2022 | 117 178 308     | 46 704 152                          | 70 474 156 | 39.9%  |
| 2023 | 117 779 686     | 46 369 830                          | 71 409 856 | 39.4%  |
| 2024 | 118 356 127     | 46 019 950                          | 72 336 176 | 38.9%  |
| 2025 | 118 906 013     | 45 668 428                          | 73 237 585 | 38.4%  |
| 2026 | 119 428 510     | 45 301 288                          | 74 127 223 | 37.9%  |
| 2027 | 119 922 635     | 44 932 496                          | 74 990 140 | 37.5%  |
| 2028 | 120 387 140     | 44 548 159                          | 75 838 981 | 37.0%  |
| 2029 | 120 820 920     | 44 161 991                          | 76 658 928 | 36.6%  |
| 2030 | 121 222 713     | 43 760 351                          | 77 462 362 | 36.1%  |
| 2031 | 121 591 315     | 43 356 698                          | 78 234 617 | 35.7%  |
| 2032 | 121 926 297     | 42 937 951                          | 78 988 346 | 35.2%  |
| 2033 | 122 227 952     | 42 517 851                          | 79 710 100 | 34.8%  |
| 2034 | 122 496 439     | 42 083 759                          | 80 412 680 | 34.4%  |
| 2035 | 122 731 358     | 41 648 891                          | 81 082 466 | 33.9%  |
| 2036 | 122 931 786     | 41 200 490                          | 81 731 295 | 33.5%  |
| 2037 | 123 097 934     | 40 751 707                          | 82 346 227 | 33.1%  |
| 2038 | 123 231 125     | 40 290 786                          | 82 940 339 | 32.7%  |
| 2039 | 123 332 375     | 39 830 822                          | 83 501 553 | 32.3%  |

| Año  | Población Total | Población con algún tipo de pobreza | No pobres  | Porcentaje de la población en situación de pobreza |
|------|-----------------|-------------------------------------|------------|--|
| 2040 | 123 402 047     | 39 359 976                          | 84 042 071 | 31.9%  |
| 2041 | 123 439 891     | 38 890 617                          | 84 549 274 | 31.5%  |
| 2042 | 123 446 316     | 38 411 187                          | 85 035 129 | 31.1%  |
| 2043 | 123 422 522     | 37 934 193                          | 85 488 329 | 30.7%  |
| 2044 | 123 369 440     | 37 448 491                          | 85 920 949 | 30.4%  |
| 2045 | 123 287 661     | 36 966 062                          | 86 321 599 | 30.0%  |
| 2046 | 123 177 305     | 36 475 777                          | 86 701 528 | 29.6%  |
| 2047 | 123 038 671     | 35 989 212                          | 87 049 459 | 29.3%  |
| 2048 | 122 872 394     | 35 495 664                          | 87 376 730 | 28.9%  |
| 2049 | 122 678 991     | 35 006 446                          | 87 672 544 | 28.5%  |
| 2050 | 122 458 850     | 34 511 060                          | 87 947 790 | 28.2%  |

## APÉNDICE C

| Año  | Población Total | Población con algún tipo de pobreza | No pobres  | Porcentaje de la población en situación de pobreza |
|------|-----------------|-------------------------------------|------------|--|
| 2005 | 103 946 866     | 46 568 196                          | 57 378 670 | 44.8%  |
| 2006 | 104 872 624     | 44 675 738                          | 60 196 886 | 42.6%  |
| 2007 | 105 801 686     | 47 610 759                          | 58 190 927 | 45.0%  |
| 2008 | 106 705 593     | 50 578 451                          | 56 127 142 | 47.4%  |
| 2009 | 107 585 529     | 51 391 894                          | 56 193 636 | 47.8%  |
| 2010 | 108 442 435     | 52 200 733                          | 56 241 701 | 48.1%  |
| 2011 | 109 277 189     | 53 011 401                          | 56 265 789 | 48.5%  |
| 2012 | 110 090 652     | 53 817 906                          | 56 272 746 | 48.9%  |
| 2013 | 110 883 357     | 54 626 721                          | 56 256 636 | 49.3%  |
| 2014 | 111 655 772     | 55 431 487                          | 56 224 284 | 49.6%  |
| 2015 | 112 408 892     | 56 239 110                          | 56 169 782 | 50.0%  |
| 2016 | 113 143 968     | 57 043 447                          | 56 100 521 | 50.4%  |
| 2017 | 113 863 209     | 57 852 242                          | 56 010 966 | 50.8%  |
| 2018 | 114 564 715     | 58 657 594                          | 55 907 121 | 51.2%  |
| 2019 | 115 247 104     | 59 465 600                          | 55 781 504 | 51.6%  |
| 2020 | 115 910 086     | 60 268 946                          | 55 641 140 | 52.0%  |
| 2021 | 116 554 201     | 61 074 893                          | 55 479 308 | 52.4%  |
| 2022 | 117 178 308     | 61 875 482                          | 55 302 826 | 52.8%  |
| 2023 | 117 779 686     | 62 676 420                          | 55 103 266 | 53.2%  |
| 2024 | 118 356 127     | 63 468 921                          | 54 887 205 | 53.6%  |
| 2025 | 118 906 013     | 64 259 392                          | 54 646 621 | 54.0%  |
| 2026 | 119 428 510     | 65 039 530                          | 54 388 980 | 54.5%  |
| 2027 | 119 922 635     | 65 816 224                          | 54 106 411 | 54.9%  |
| 2028 | 120 387 140     | 66 580 719                          | 53 806 421 | 55.3%  |
| 2029 | 120 820 920     | 67 339 973                          | 53 480 947 | 55.7%  |
| 2030 | 121 222 713     | 68 084 992                          | 53 137 722 | 56.2%  |
| 2031 | 121 591 315     | 68 822 804                          | 52 768 511 | 56.6%  |
| 2032 | 121 926 297     | 69 544 658                          | 52 381 639 | 57.0%  |
| 2033 | 122 227 952     | 70 258 576                          | 51 969 376 | 57.5%  |
| 2034 | 122 496 439     | 70 955 957                          | 51 540 483 | 57.9%  |
| 2035 | 122 731 358     | 71 644 582                          | 51 086 776 | 58.4%  |
| 2036 | 122 931 786     | 72 315 033                          | 50 616 752 | 58.8%  |
| 2037 | 123 097 934     | 72 975 585                          | 50 122 349 | 59.3%  |

| Año  | Población Total | Población con algún tipo de pobreza | No pobres  | Porcentaje de la población en situación de pobreza |
|------|-----------------|-------------------------------------|------------|--|
| 2038 | 123 231 125     | 73 617 967                          | 49 613 159 | 59.7%  |
| 2039 | 123 332 375     | 74 251 104                          | 49 081 270 | 60.2%  |
| 2040 | 123 402 047     | 74 866 024                          | 48 536 022 | 60.7%  |
| 2041 | 123 439 891     | 75 471 044                          | 47 968 847 | 61.1%  |
| 2042 | 123 446 316     | 76 057 062                          | 47 389 254 | 61.6%  |
| 2043 | 123 422 522     | 76 633 427                          | 46 789 095 | 62.1%  |
| 2044 | 123 369 440     | 77 191 239                          | 46 178 201 | 62.6%  |
| 2045 | 123 287 661     | 77 739 626                          | 45 548 035 | 63.1%  |
| 2046 | 123 177 305     | 78 269 060                          | 44 908 245 | 63.5%  |
| 2047 | 123 038 671     | 78 788 616                          | 44 250 055 | 64.0%  |
| 2048 | 122 872 394     | 79 288 965                          | 43 583 430 | 64.5%  |
| 2049 | 122 678 991     | 79 779 450                          | 42 899 541 | 65.0%  |
| 2050 | 122 458 850     | 80 250 474                          | 42 208 376 | 65.5%  |