



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**DIAGNÓSTICO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
DE LA POBLACIÓN VULNERABLE**

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

OMAR MURILLO TRISTÁN



Tutor:
ACT. JOSÉ FABIÁN GONZÁLEZ FLORES

2009



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

Murillo

Tristán

Omar

55 35 99 49

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias

40506967-5

2.- Datos del Tutor

Actuario

José Fabián

González

Flores

3.- Sinodal 1

Doctora

María Cristina

Gutiérrez

Delgado

4.- Sinodal 2

Actuario

Carlos

Contreras

Cruz

5.- Sinodal 3

Actuario

Silvia Leticia

Malpica

Flores

6.- Sinodal 4

Actuario

José Guadalupe

Vázquez

Vázquez

Titulo

Diagnóstico de la protección social de la población vulnerable.

122 Páginas

2010

DEDICATORIAS

A mi madre que a pesar de no estar aquí, vive en mis pensamientos y fue el motor que me impulso para llegar hasta el final, te dedico mi esfuerzo en donde quiera que te encuentres, te quiero.

A mi padre por todo su esfuerzo, por su cariño, sus consejos y su apoyo a lo largo de mi vida. ¡Muchas Gracias!

A mis hermanos por estar ahí siempre apoyando y compartiendo conmigo tristezas y alegrías.
Y como olvidar a mi novia Arlen por su apoyo a lo largo de este proceso.

A mis tíos Antonio Lozano Gracia y Guadalupe Pineda quienes me alentaron, apoyaron contribuyendo a mi formación profesional: Gracias

A mi tía Silvia Lozano Gracia por todo el amor y aliento que me dio para terminar con esta difícil empresa.

Y por su puesto a mi tutor y profesor Fabián por su apoyo y paciencia en la elaboración de esta tesis.

INDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS	6
ÍNDICE DE GRAFICAS	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.....	10
1.1 Introducción.....	10
1.2 Antecedentes históricos	11
1.3 Principios doctrinales.....	13
1.4 La Protección Social en Salud.	14
1.4.1 Programas de Desarrollo Social y Humano	18
1.4.2 Programas de Organismos Coordinados	24
1.5 Órganos de Gestión	28
1.6 Impacto económico y social	32
1.6.1 Superación a la pobreza	34
1.6.2 Salud en grupos vulnerables	35
 CAPÍTULO 2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONDICIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN	
 VULNERABLE.....	37
2.1 Introducción.....	37
2.2 Las condiciones Socio-Sanitarias.	38
2.3 Perfil Epidemiológico	39
2.3.1 Principales enfermedades	41
2.3.2 Mortalidad general y por causas.....	44
2.4 Condición social.	49
2.4.1 Zona geográfica de residencia.....	50
2.4.2 Nivel educativo.....	52
2.4.3 Nivel de ingresos.	54
2.4.4 Ocupación.....	55
2.5 Rezago social.....	56
 CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE.	
 	62
3.1 Introducción.....	62
3.2 Metodología FODA	63
3.2.1 Objetivo	65
3.2.2 Diagnóstico vigente.	65
3.2.3 Diagnostico Prospectivo	67
3.2.3.1 Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales	67
3.2.3.2 Programa de Empleo Temporal (PET).....	71
3.2.3.3 Atención a Jornaleros Agrícolas	75
3.2.3.4 Sistema nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular).	79
3.2.3.5 Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria	83
3.2.3.6 Seguro Médico para una Nueva Generación	87
3.2.3.7 IMSS Oportunidades	91

3.2.3.8	Seguro del desempleo	95
3.2.3.9	Programa de Reordenamiento del Trabajo No Asalariado en el Distrito Federal	98
3.2.3.10	Programa de medicamentos y servicios médicos gratuitos del Distrito Federal. 101	
3.2.3.11	Programa de Abasto Social de Leche.....	105
3.2.3.12	Programa de Apoyo Alimentario y Abasto Rural.....	109
3.2.3.12.1	Programa de apoyo a Personas adultas mayores mediante el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).....	113
3.2.3.13	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.....	117
CONCLUSIONES.....		120
BIBLIOGRAFÍA		123

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1 Definición, cobertura y financiamiento de la Protección Social.....	13
Cuadro 1.2 Componentes de la Gestión de los Programas de Protección Social.....	31
Cuadro 1.3 Participación por Secretaría en cada uno de los temas de la política social.....	31
Cuadro 1.4 Relaciones causales entre enfermedad y pobreza.....	32
Cuadro 2.1 Comparativo Internacional de bajo peso para la edad de 0-5 años.....	39
Cuadro 2.2 Principales enfermedades de la población no asegurada.....	41
Cuadro 2.3 Principales enfermedades en la población masculina no asegurada.....	42
Cuadro 2.4 Principales enfermedades en la población femenina no asegurada.....	43
Cuadro 2.5 Principales enfermedades por grupo de edad en población no asegurada.....	44
Cuadro 2.6 Principales causas de muerte en municipios indígenas en la población femenina.....	45
Cuadro 2.7 Principales causas de muerte en municipios indígenas en la población masculina.....	46
Cuadro 2.8 Principales causas de muerte en la población femenina no asegurada.....	47
Cuadro 2.9 Principales enfermedades en la población masculina no asegurada.....	47
Cuadro 2.10 Principales enfermedades en la población femenina no asegurada.....	48
Cuadro 2.11 Principales causas de muerte por grupo de edad.....	49
Cuadro 2.12 Municipios con menor índice de desarrollo humano.....	50
Cuadro 2.13 Población alfabeta de 8 a 14 años de edad por entidad federativa.....	53
Cuadro 2.14 Nivel educativo Nacional.....	54
Cuadro 2.15 Nivel de ingresos.....	55
Cuadro 2.16 Comparativo de violencia intrafamiliar entre población rural y urbano.....	57
Cuadro 2.17 Tipo de violencia condición de habla de lengua indígena.....	58
Cuadro 2.18 Tipo de maltrato nivel nacional 2005.....	59
Cuadro 2.19 Tipo de maltrato infantil por entidad federativa 2005.....	60
Cuadro 2.20 Indicadores nacionales de empleo y desempleo.....	61
Cuadro 2.21 Indicadores zonas rurales de empleo y desempleo.....	61
Cuadro 3.1 Matriz FODA.....	64
Cuadro 3.2 Elementos para el desarrollo del análisis.....	66

ÍNDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1.1 Población no derechohabiente a Instituciones de Seguridad Social	16
Gráfica 1.2. Población derechohabiente según institución	17
Gráfica 2.1 Localización de zonas rurales más marginadas	52

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta tesis es conocer la estructura y las políticas públicas de los sistemas de protección social en salud en México y a partir de un análisis de las condiciones epidemiológicas y socio-sanitarias de la población cubierta, desarrollar un diagnóstico de la situación actual y las perspectivas en el mediano plazo.

En muchos países, el acceso a los servicios de atención a la salud está determinado por la participación en el mercado laboral asalariado (del sector formal), pero en el caso de nuestro país una gran cantidad de personas están incorporadas al mercado laboral no asalariado, están desempleadas ó subempleadas sin prestaciones de la seguridad social. De ahí, la importancia de conocer los alcances y limitaciones de estos sistemas.

Cabe destacar el hecho de que más de la mitad de la población mexicana es no derechohabiente a las instituciones de seguridad social por su condición laboral. Aunado a esto, México es uno de los países que menos recursos destina a la salud¹ de acuerdo a cifras arrojadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Por otra parte, la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial, además existen datos que muestran que en 2008, 50.6 millones de mexicanos eran pobres de patrimonio, es decir, no contaban con un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, vivienda, vestido y transporte público. Uno de los sectores más perjudicados es la población rural, en donde se observa una carencia generalizada de recursos económicos, de salud y de oportunidades.

En 2005, de acuerdo con cifras del INEGI, México contaba con una población de más de 103 millones de habitantes, de los cuales el 49% son derechohabientes de la seguridad social. Del 51% de la población no derechohabiente, la más vulnerable, suma 51.4 millones, de los cuales 26 millones son mujeres. Cabe destacar que de la población no amparada por la seguridad social mexicana, 11.9 millones son menores de 9 años. Por su parte, otro segmento muy vulnerable de esta población, son los adultos mayores de 65 años.

En la actualidad, los esquemas de protección social con mayor impacto son: el Seguro de Desempleo, que protege a los trabajadores asalariados del sector formal de la economía que hayan perdido su trabajo; el Programa de Estancias Infantiles que apoya a las madres trabajadoras y padres solos con hijos; el Programa de Empleo Temporal que entrega apoyos económicos temporales a hombres o mujeres en periodos de baja demanda laboral y en emergencias naturales

¹ Nota: “Salud pública” para la OCDE se define como el dinero que se invierte en los servicios de salud.

o económicas; el Seguro Popular que brinda servicios de salud a aquellas personas que no cuentan con empleo o trabajan por cuenta propia; el Seguro para una Nueva Generación que protege la salud de los niños mexicanos nacidos a partir del 1º de diciembre de 2006; el Programa de Apoyo Alimentario, Atención Médica y Medicamentos Gratuitos para Adultos Mayores de 70 Años Residentes en el Distrito Federal; el Programa 70 y más que brinda apoyos a todos los adultos mayores de 70 años y más que vivan en condiciones de pobreza y marginación y que padecen los rezagos sociales de sus comunidades; Programa IMSS-Oportunidades que protege a la población que no cuenta con seguridad social.

El objetivo de esta tesis, es el de dar a conocer las condiciones en las cuales se encuentran los millones de mexicanos que no son derechohabientes a algún sistema de seguridad social ,además de realizar una descripción de los sistemas y programas de protección social que están destinados para dar cobertura a este sector de la población, exponer las condiciones en las que actualmente se encuentran dichos sistemas y programas y en base a ello realizar un análisis que permita elaborar estrategias que mejoren la situación en las que actualmente se encuentran .

La tesis se desarrollará en tres capítulos:

El objetivo del capítulo 1 será describir qué son y en qué consisten los sistemas de protección social; su ámbito de cobertura, propósito, población objetivo y logros; así como los órganos de la Administración Pública Federal que son responsables de su administración y su implementación.

Por su parte, en el capítulo 2 se expondrá la relación existente entre el perfil epidemiológico y las condiciones sociales de los grupos de población a quienes van dirigidos estos programas; las cuales son, generalmente, las comunidades más desprotegidas.

Finalmente, en el capítulo 3 se desarrollará un diagnóstico de los sistemas de protección social y se realizará una propuesta de estrategias futuras para la ampliación de su cobertura y óptimo funcionamiento.

CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO

1.1 Introducción

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar, y a disfrutar de vivienda digna y decorosa, entre otras cosas. Sin embargo, para una proporción importante de la población no existen los mecanismos que les permita ejercer efectivamente estos derechos. Para una gran parte de ella, un conjunto básico de beneficios otorgados por medio de los programas públicos de carácter social podría significar la diferencia entre la precariedad y tener una vida digna, o simplemente, la diferencia entre la vida y la muerte. En ocasiones la mayoría de los trabajadores y sus familias no tiene los medios, o éstos son limitados, para hacer frente a riesgos para la vida como la pérdida o reducción de los ingresos debido a la enfermedad, la vejez, el desempleo, la invalidez o la pérdida del sostén de la familia.

México cuenta, principalmente con los servicios públicos estatales y federales y la seguridad social como cimientos del sistema público de salud; dichos cimientos, sin embargo, no son suficientes y presentan deficiencias debido a que exhiben inestabilidades financieras; además de no contar con los recursos necesarios para su óptimo funcionamiento.

Como es bien sabido, la salud es fundamental para las personas como un activo que forma parte de su capital humano, ya que de no contar con ella, serían incapaces de realizar sus actividades de forma eficiente, lo cual traería como consecuencia una afectación en sus ingresos monetarios y en consecuencia a su patrimonio y sus familias.

La importancia de la protección social radica en que ayuda a las personas a hacer frente a las distintas adversidades que se les presenta, además que ayuda a reducir las condiciones que producen pobreza entre la población.

Por ello, en el presente apartado se dará a conocer la manera en cómo se originan los diferentes sistemas de protección social en México.

1.2 Antecedentes históricos

El primer antecedente de la protección social en salud se remonta a 1841, donde por disposición del Gobierno de la República se crea el Consejo Superior de Salubridad, con las atribuciones de regular el ejercicio profesional de la medicina, vigilar el funcionamiento de las boticas y dictar las medidas pertinentes en materia de salubridad general. En ese entonces la competencia del Consejo era únicamente en la Capital de la República Mexicana.

En 1872 se expide el primer Reglamento del Consejo Superior de Salubridad, agregando a las responsabilidades del Consejo llevar la estadística médica del Distrito Federal. En 1879 el Consejo pasa a depender de la Secretaría de Gobernación donde comienza a manifestarse su ámbito de acción federal. Sin embargo, es hasta 1908 cuando, por decreto del Congreso de la Unión, adquiere plenamente su carácter de autoridad federal. En este periodo destaca la labor del Dr. Eduardo Liceaga quien impulsó la publicación del Primer Código Sanitario del país.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 modifica el nombre del Consejo a Consejo de Salubridad General, dándole el carácter de autoridad sanitaria en todo el territorio nacional, y otorgándole la facultad de dictar leyes sobre salubridad general, a través de cuatro adiciones a la fracción XVI del artículo 73.

En 1926 se publica un nuevo Código Sanitario bajo la dirección del Dr. Bernardo J. Gastelum. En éste se define al Consejo de Salubridad General como la segunda autoridad sanitaria del país, antecedido por el Presidente de la República y seguido por los delegados del Departamento de Salubridad en los aeropuertos y poblaciones fronterizas, posición que fue ocupada por el Departamento de Salubridad Pública en el código publicado en 1934 y por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el código de 1950. En este documento se indica que el presidente del Consejo de Salubridad General será el titular de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y que su estructura comprende un presidente, un secretario, nueve consejeros y el número de vocales que el propio Consejo determine.

En paralelo, la seguridad social nació el primero de enero de 1943 con la fundación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que ofrece un conjunto de prestaciones económicas (pensiones, invalidez, muerte) y en especie (atención de enfermedades y maternidad) a los trabajadores asalariados de la economía formal.

Los servicios públicos en salud se formalizan meses más tarde, el 15 de octubre del mismo año, con la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuyo nombre tenía implícita una concepción asistencial, para atender principalmente a los mexicanos de escasos recursos.

Así, el sistema de salud nació fragmentado al separar a la población entre aquellos que tenían derechos sociales perfectamente definidos -a quienes se les llamó “derechohabientes”- y aquellos que eran sujetos a la acción asistencial del Estado, a quienes eventualmente se les denominó como “población abierta”. Posteriormente, bajo esta misma división de origen entre la seguridad social y los servicios públicos, se crearon en paralelo otras instituciones de seguridad social. Entre ellas, cabe mencionar la creación, en 1960, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que ofreció cobertura en salud para los trabajadores de la administración pública federal.

En 1973 la Ley del Seguro Social se reformó y se creó el Programa IMSS-Oportunidades facultando al IMSS para extender su acción a núcleos de población sin capacidad contributiva, de extrema pobreza y profunda marginación.

En consecuencia, en 1974 se implementó el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977, el gobierno creó a la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), como parte de una política para abatir la marginación. En 1979 se aprovecha la experiencia adquirida por el IMSS al integrar sus servicios a Coplamar, por lo que surge el Programa IMSS-Coplamar con el fin de extender los servicios de salud a todo el territorio nacional.

El 20 de abril de 1983, por Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación, desaparece Coplamar y se establece que el Programa IMSS-Coplamar esté administrado en su totalidad por el IMSS. Por lo tanto, se conforma el Comité de Operación del Programa IMSS-Coplamar, órgano responsable de evaluar sistemáticamente la operación del Programa y de cooperar con otras dependencias de la Administración Pública Federal vinculadas al desarrollo rural y con las principales organizaciones indígenas y campesinas del país.

En marzo de 1984, se descentralizan los servicios del Programa IMSS- Coplamar y se transfieren 911 unidades médicas rurales y 23 hospitales rurales a los gobiernos de 14 estados de la República. De tal forma, la operación del Programa IMSS-Coplamar se reduce a 17 estados: Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. A partir de 1989, en estos estados donde permaneció vigente, se amplió la infraestructura del Programa IMSS-Coplamar y cambió su nombre por el de IMSS-Solidaridad.

En 1997 se crea el Programa Nacional de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) con la finalidad de afrontar importantes rezagos del medio rural, en materia de salud, educación y principalmente desnutrición. El 6 de marzo de 2002, como parte de la política social del Gobierno Federal para promover estrategias y acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, se renombró al PROGRESA como Programa Desarrollo Humano Oportunidades

(PDHO). En este contexto, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de nombre del Programa IMSS-Solidaridad por el de IMSS-Oportunidades, debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del PDHO.

Por su parte la Secretaría de Salud impulsó el establecimiento de un programa piloto que permitiera implementar medidas encaminadas a impulsar un mecanismo de protección financiera de salud para la población sin seguridad social. Dicho programa se denominó oficialmente “Programa de Salud para Todos” y fue conocido comúnmente como “Seguro Popular de Salud”, el cual fue creado en 2001, periodo en el cual se llevó a cabo una prueba piloto en cinco estados del país: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco.

La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento, publicados en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente, reforman, adicionan y dan vida al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que es el instrumento financiero, mediante el cual se establece a nivel de Ley el sistema de protección financiera y de prestación de los servicios de salud a las familias que carecen de ellos.

1.3 Principios doctrinales

Los principios doctrinales en los que se fundamenta todo sistema de Seguridad Social, aceptados en América Latina por los Gobiernos y las Instituciones relacionadas con estos programas, pero aun no logrados por muchos, son la obligatoriedad, unificación, universalidad, solidaridad, sustancialidad, subsidiaridad, equidad y sostenibilidad financiera. Sin embargo, para los programas de protección social, se cumplen solo algunos. En el cuadro 1.1 se describen las diferencias conceptuales entre Seguridad Social y Protección Social, así como los principios que aplican a cada modelo de protección social.

Cuadro 1.1 Definición, cobertura y financiamiento de la Protección Social.

Concepto	Protección Social
Definición	De acuerdo al Título Tercero bis de la Ley General de Salud, en su artículo 77 bis 1, define a la protección social en salud como un mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de

Concepto	Protección Social
	consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención
Cobertura	Está destinado a las familias y personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, y serán incorporados en razón de su domicilio.
Financiamiento	El Sistema de Protección Social en Salud será financiado de manera solidaria por la Federación, los estados, el Distrito Federal y por los beneficiarios.

Fuente: Ley General de salud.

Se establece que en adelante solo se manejará el concepto de protección Social para el presente estudio.

1.4 La Protección Social en Salud.

La pobreza y la desigualdad social son problemas que se viven en México cotidianamente. La principal consecuencia de dichos problemas es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Para enfrentar tales problemas y sus consecuencias el gobierno mexicano ha desarrollado un conjunto de programas de protección social, entendiéndose así, como los mecanismos por los cuales el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin discriminación, sin cargas financieras a las familias en el momento de uso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, seleccionadas según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que tienen por finalidad hacer frente a las principales causas que se encuentran detrás de estos niveles excesivos de pobreza y desigualdad. (De acuerdo al artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud).

Desde los años cincuenta y hasta finales de los años setenta, en un contexto de altas tasas de crecimiento económico, se otorgaba una amplia red de subsidios generalizados a la población, en especial al campo, ya que el sector rural jugó un papel fundamental en este periodo de expansión económica.

Posteriormente, a principios de los ochenta, la caída en los precios del petróleo provocó la crisis de la deuda que llevó al país a una severa recesión económica. Durante estos años, ante la necesidad de estabilizar la economía, el gobierno mexicano redujo el gasto social considerablemente en aras

de reducir el déficit público y con ello se inició el desvanecimiento del sistema de subsidios generalizados.

A finales de esta década y sobre todo en los años noventa, se retoma la política social como vehículo para abatir las carencias de los grupos más desfavorecidos de la sociedad que más habían sufrido con el estancamiento de la economía.

El principal desafío que enfrenta México es el cierre de las brechas en la protección social entre los grupos vulnerables, aquéllos que por sus características socioeconómicas, condición física, cultural o étnica, edad o sexo presentan mayores rezagos, los cuales necesitan la asistencia del gobierno para superarlos. La política social actual reconoce las desigualdades regionales, las particularidades de la pobreza en las ciudades y el área rural, definiendo diferentes mecanismos de atención de acuerdo a estos contextos específicos.

Existe en nuestro país un importante número de personas que vive en condiciones de pobreza y marginación. De acuerdo con los resultados derivados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2008, publicados en julio de 2009, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estimó que, en 2008, el 18.2% de la población (19.5 millones de personas) se encuentra en condiciones de pobreza alimentaria, lo cual representa fuertes retos para la política social en el futuro inmediato.

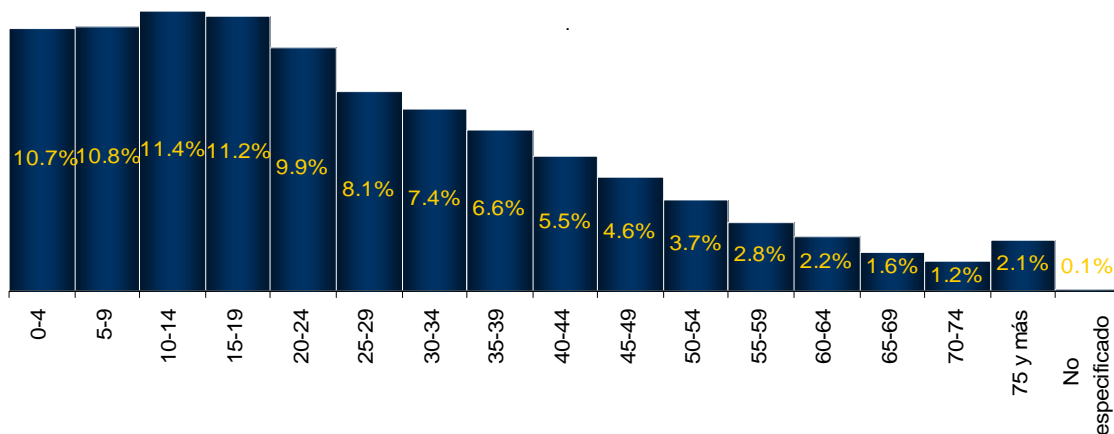
La población en pobreza de capacidades (7.3 millones) y la población en pobreza de patrimonio (23.7 millones) en 2008 fue superior a la que se estimó para 2006 en 5.1 y 5.9 millones, respectivamente. Por tamaño de localidad, del total de habitantes en situación de pobreza alimentaria, 12.2 millones de personas vivían en zonas rurales y 7.2 millones en localidades urbanas; el número de personas en situación de pobreza alimentaria se incrementó en 2.8 millones en las zonas rurales y en 2.2 millones en las zonas urbanas, respecto a 2006.

México se ubica entre las doce sociedades más desiguales del mundo. La desigualdad en el ingreso origina inequidad en el acceso a servicios educativos y de salud, así como a oportunidades laborales, creándose un ciclo de desigualdad. Esta baja movilidad social se debe principalmente a la existencia de barreras producidas por la *diferencia en capacidades básicas* y preparación, así como por la discriminación contra ciertos grupos como mujeres, indígenas, personas con discapacidad, o personas en condiciones de pobreza.

En cuanto a los recursos destinados a la salud, México se distingue por ser el que menos destina de entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), según su reporte Health Data 2008, con 6.6% de su Producto Interno Bruto (PIB), cuando el promedio de los países miembros es de 8.9%.

En 2005, de acuerdo con estimaciones del INEGI México cuenta con una población de más de 103 millones de habitantes, de los cuales el 51% son no derechohabientes. De esta última población, la más vulnerable, 25.4 y 26 millones son hombres y mujeres, respectivamente. Cabe destacar que de la población no amparada por la seguridad social mexicana, 11.9 millones son niños y niñas de 0 a 9 años. Por su parte, otro segmento muy vulnerable de esta población, son los adultos mayores de 65 años y más. (Gráfica 1.1).

Gráfica 1.1 Población no derechohabiente a Instituciones de Seguridad Social



Fuente: Elaboración propia a partir de Censo de Población y Vivienda. INEGI. 2005

El Plan Nacional de Desarrollo (PND 2007-2012), el cual tiene como finalidad establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que deberá regir la acción del Gobierno Federal, en materia de desarrollo social, establece como principal objetivo el desarrollo humano sustentable, aquél que busque la reducción de la pobreza extrema y asegure la igualdad de oportunidades y la ampliación de capacidades para que todos los mexicanos puedan incrementar su bienestar y acceder a mayores y mejores oportunidades de ingresos. Uno de los ejes rectores del Plan es llevar a cabo acciones enfocadas a la continua evaluación y seguimiento de las estrategias y programas del Gobierno Federal como herramientas que apoyen su mejora continua.

En materia de salud, el PND plantea los siguientes objetivos, mismos que tienen como fin incidir en el adecuado desarrollo de las capacidades de los mexicanos.

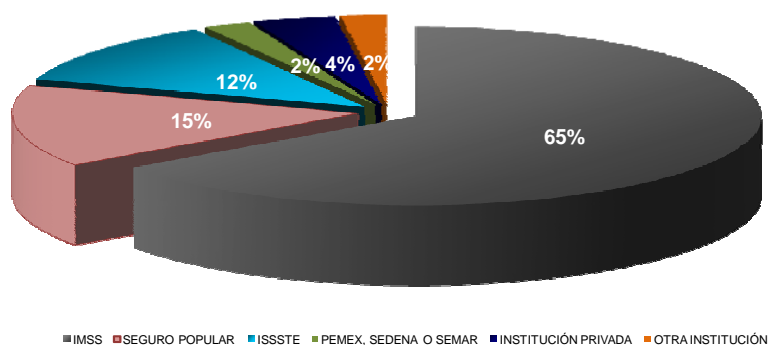
1. Mejorar las condiciones de salud de la población.
2. Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.
3. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal.

5. Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país.

Para ello, el Gobierno Federal lleva a cabo estrategias integrales de atención de la salud y destina recursos enfocados al mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios.

Por su parte, el Seguro Popular forma parte del Sistema Nacional de Protección Social en Salud², el cual busca otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos, desempleados o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Siendo dicho sistema el segundo en número de familias afiliadas que reciben atención a su salud³(Grafica 1.2)

Gráfica 1.2. Población derechohabiente según institución



Fuente: Elaboración propia a partir de Censo de Población y Vivienda. INEGI. 2005

En 2002 fueron afiliadas 296 mil familias en 20 entidades federativas. Para el 2003, el Sistema operó en 24 estados, logrando que 614 mil familias se afiliaran. De acuerdo al Tercer Informe del Gobierno Federal de 2009, más de 10 millones de familias tienen acceso al Seguro Popular, siendo el Estado de México el de mayor número de familias afiliadas.

Seguro Popular.

- **Ámbito:** Federal

² Se entiende por Sistema de Protección Social en Salud a las acciones que provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, coordinados por la Secretaría de Salud, los cuales cuentan con la participación subsidiaria y coordinada de la Federación).

³ Cifras de INEGI Censo de Población y vivienda 2005

- **Propósito:** Los integrantes de las familias afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud a través del Seguro Popular tendrán acceso a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud.
- **Población Objetivo:** Personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.
- **Logros:** A agosto de 2009, se han afiliado 10,053,040 familias al Seguro Popular de Salud.

1.4.1 Programas de Desarrollo Social y Humano

Como parte de los instrumentos que el Gobierno Federal utiliza para lograr los objetivos del PND en otras áreas de la protección social, existe una serie de programas específicos con reglas de operación evaluadas y ajustadas anualmente. Entre dichos programas se destacan los siguientes:

Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:** Mejorar el ingreso de los Adultos Mayores de 70 años y más. Fomentar la reincorporación del Adulto Mayor a la vida familiar y comunitaria a través de acciones de promoción y participación social. Apoyos económicos de 500 pesos mensuales, a los Adultos Mayores que conforman el Padrón Activo de Beneficiarios, hasta por un monto máximo de 6 mil pesos anuales. Asimismo, se mantienen las acciones para la conformación de la red social, con el fin de favorecer el desarrollo personal, familiar y comunitario de los beneficiarios.
- **Población Objetivo:** Las personas de 70 años de edad o más que habiten prioritariamente en zonas rurales.
- **Logros:** En el año 2008 la estimación de beneficiarios muestra las siguientes cifras :en localidades de hasta 2,500 habitantes: 1,031,005, y en localidades de 2,501 hasta 10,000 habitantes: 435,953

Empleo Temporal

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:** Se entregará por jornales equivalentes al 99 % del salario mínimo general diario vigente en la zona económica donde se desarrolle el proyecto, pagando un máximo de 176 jornales por beneficiario. Promoción y participación social. Acciones orientadas a favorecer a los beneficiarios en su desarrollo personal, familiar y comunitario, en congruencia con el proyecto a desarrollar. Servicios y Apoyo a Gestiones con dependencias o instituciones bajo el esquema de la coordinación y concertación interinstitucional.
- **Población Objetivo:** Serán beneficiarios del Programa todas aquellas personas de 16 años o más que participen corresponsablemente en la realización de algún proyecto aprobado por el Programa.
- **Logros:** Autorización de 170 millones 399 mil 736 pesos para la ejecución de 3 mil 141 proyectos de inversión para el año 2008, que incluyen proyectos para construcción y rehabilitación de infraestructura básica, educativa, deportiva y de vivienda, entre otros. De estos, 999 corresponden a pisos firmes en 19 entidades federativas con un monto autorizado de 29 millones 498 mil 143 pesos.

A los proyectos de inversión autorizados les corresponde la entrega de 2 millones 786 mil 836 jornales a 33 mil 260 beneficiarios, de los cuales 10 mil 246 son mujeres y 23 mil 14 son hombres. Ejecución de 11 mil 412 obras en 177 municipios de alta presencia indígena con una inversión federal que asciende a 61 millones 92 mil 314 pesos. Desarrollo de mil 920 acciones de promoción social con la finalidad de favorecer la participación individual y familiar, para la realización de proyectos orientados a mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios.

Atención a Jornaleros Agrícolas

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:** Suministro de suplementos alimenticios, capacitación para el trabajo, acceso a la atención a la salud, acceso a los servicios educativos, fomento del uso seguro de agroquímicos, formación para la ampliación y fortalecimiento de capacidades. Podrán incluirse talleres de desarrollo humano, formación de grupos de crecimiento, fortalecimiento de capacitación productiva y jornadas informativas sobre migración y derechos, infraestructura y equipamiento.

- *Dotación de despensas:* En función de la disponibilidad presupuestal, el Programa apoya a la población jornalera con la dotación de despensas, al inicio del ciclo migratorio y por única ocasión, cuando el tránsito se realice en el marco de la operación de las Unidades de Servicios Integrales y en albergues que no sean propiedad del productor.
- *Apoyos educativo.:* Con el objetivo de contribuir a la disminución del trabajo infantil, se otorga un conjunto integrado de apoyos a la población jornalera agrícola registrada en la Encuesta para la Población Jornalera Agrícola. Dichos apoyos están asociados a la asistencia regular (la cual se verifica en el formato Certificación de Asistencia Escolar) de los niños de seis a 14 años a escuelas de educación primaria atendidas por la Secretaría de Educación Pública, las secretarías de Educación de los estados o el Consejo Nacional de Fomento Educativo de primaria regular o de educación indígena, según sea el caso.
- **Población Objetivo:** Los jornaleros agrícolas que viven en condiciones de pobreza, preferentemente los que migran a los lugares donde tiene cobertura el Programa.
- **Logros:** En el año 2008 tuvo presencia en 18 entidades federativas, beneficiando a un total de 535 mil 359 personas.

Se han autorizado 4 mil 666 proyectos de inversión que incluyen la entrega de apoyos para la permanencia de los niños en el aula, la entrega de despensas durante el tránsito migratorio así como construcción, ampliación, equipamiento y rehabilitación de infraestructura básica, entre otros, para disfrute de la población jornalera agrícola beneficiaria.

En total se ha beneficiado a 91 mil 667 niños y 90 mil 247 niñas menores de 14 años en el territorio nacional, para desincentivar el trabajo infantil en las zonas jornaleras agrícolas.

Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:** Transferencia en efectivo para mejorar la alimentación y nutrición de los hogares de la población objetivo es equivalente a 245 pesos mensuales por hogar y está sujeta al cumplimiento de las obligaciones establecidas en los Lineamientos.

- **Población Objetivo:** Está ubicada en localidades que no forman parte del universo de atención del Programa Desarrollo Humano Oportunidades. No es o no ha sido beneficiaria del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (salvo el caso en que dejen de ser beneficiarios por haber cambiado de residencia a una localidad en que no opera dicho Programa). No es beneficiaria del Programa Alimentario a cargo de Diconsa. Cumple con una de las dos condiciones siguientes:
 - Estar ubicados en localidades de alta o muy alta marginación, o estar en condiciones de pobreza de capacidades conforme a los criterios establecidos por el CONEVAL.

- **Logros:** Se han incorporado al padrón de beneficiarios 110 mil 768 hogares en el año 2008, de los cuales 27 mil 483 ya habían recibido sus primeros apoyos en agosto y 65 mil 362 lo recibieron en septiembre de de 2008, alcanzando un total de 92, mil 845 hogares beneficiados. Asimismo, en dicho periodo se han entregado complementos nutricionales para 39,755 niños y 8,409 mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.

Seguro Médico para una Nueva Generación.

- **Ámbito:** Federal

- **Propósito:** Es un seguro voluntario de gastos médicos con el cual los nacidos a partir del 1 de Diciembre de 2006 tienen derecho a prácticamente todo tipo de atención médica no cubierta por el Seguro Popular que requiera.

- **Población Objetivo:** Para los niños nacidos a partir del primero de diciembre del 2006 y hasta los cinco años, que no estén afiliados a ninguna institución de seguridad social

- **Logros:** En el 2008 existen más de 830 mil niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación, casi 80% pertenecía a familias que no se encontraban afiliadas al Seguro Popular.

IMSS Oportunidades

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:** Brinda servicios de salud a la población que carece de seguridad social y con esto contribuye al desarrollo integral de los mexicanos y a la reducción de la pobreza en el país, al impulsar la igualdad de oportunidades y el derecho constitucional a la salud de la población.
- **Población Objetivo:** Otorgar un conjunto acotado de servicios de salud a la población que carece de seguridad social, en zonas rurales y urbano marginadas 17 estados el ámbito rural y 25 entidades en lo urbano de la República Mexicana
- **Logros:** En el año 2008 se beneficiaba a más de 10.2 millones de mexicanos que carecen de seguridad social de los cuales 3.4 millones son indígenas.

Seguro de Desempleo.

- **Ámbito:** Estatal
- **Propósito:** Es un sistema de protección a desempleados(as) que se traduce en un beneficio económico mensual de 1,500 pesos. Se entregará al beneficiario(a) por un periodo de 6 meses.
- **Población Objetivo:** Podrán ser beneficiados las trabajadoras y trabajadores desempleados habitantes del Distrito Federal, mayores de 18 años. Haber perdido su empleo a partir del 1º de enero de 2006 por acusas ajenas a su voluntad. Haber laborado previamente a la pérdida del empleo para una persona moral o física con domicilio fiscal en la Ciudad de México, al menos durante seis meses. No percibir ingresos económicos por concepto de jubilación, pensión, subsidio o relación laboral diversa.
- **Logros:** 110,000 personas beneficiadas en el 2008.

Programa de Reordenamiento del Trabajo No Asalariado en el Distrito Federal

- **Ámbito:** Estatal
- **Propósito:** Se trata de regularizar a los no asalariados que operan en el perímetro de actuación. Esta regularización comprende no solamente el registro de todos y cada

uno de los cuidadores y lavadores de vehículos del perímetro, lo que implica la expedición de la Licencia y Credencial de trabajador (a) no Asalariado(a) correspondiente, sino también su reorganización para el desempeño de su actividad.

Esto último constituye parte significativa de este esfuerzo interinstitucional, pues se trata de capacitar al trabajador en el conocimiento y aplicación de elementos básicos de cultura cívica; de responsabilidad legal (civil y penal); de protección civil y ecológica y de prevención del delito.

Simultáneamente, se trata de reordenar su forma de trabajar en el espacio que tiene autorizado dentro del perímetro de actuación. Seguidamente a la capacitación en los aspectos señalados a cada cuidador y lavador de vehículos se le proporcionará una casaca o chaleco con elementos de identificación del área de trabajo, número económico, logotipo de la DGTPS y número telefónico para quejas.

- **Población objetivo:** En el 2004 se comenzó a aplicar entre los cuidadores y lavadores de autos de distintos perímetro de distintas delegaciones.
- **Logros:** Al ser un programa que inicio en el 2004 no se cuenta con información suficiente.

Acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de Seguridad Social laboral.

- **Ámbito:** Estatal
- **Propósito:** Garantizar el acceso a la protección de la salud con equidad, entendida como igual acceso a los servicios de la Secretaría de Salud del Distrito Federal ante la misma necesidad, a la población no-asegurada con residencia en el Distrito Federal, así como de los adultos mayores de 70 años, también residentes en el Distrito Federal.
- **Población objetivo:** Las familias y personas no-aseguradas residentes en el Distrito Federal, así como a los adultos mayores de 70 años.
- **Logros:** en el 2008 se tenía un registro de beneficiarios que asciende a más de 853,117 Familias

Apoyo Alimentario a Madres Solas de Escasos Recursos.

- **Ámbito:** Estatal

- **Propósito:** Recibir ellas y sus hijos los servicios de salud, incluyendo tratamiento y urgencias. En los casos de diagnóstico de VIH y el SIDA, contarán con los servicios de consejería y atención médica especializada en los niveles de atención con los que cuenta el Gobierno del Distrito Federal, recibir asesoría legal por cualquier acto de discriminación vejación y vulneración de sus derechos, recibir los servicios de defensoría de oficio para interponer los recursos, juicios o medios legales de defensa necesarios para proteger o reivindicar sus derechos,
- **Población Objetivo:** Las madres solas de escasos recursos residentes en el Distrito Federal que no cuenten con apoyo económico o alimentario de la Administración Pública local, federal o de instituciones privadas.
- **Logros:** Al ser un programa que inició en el 2008 no se cuenta con la información necesaria.

1.4.2 Programas de Organismos Coordinados

Programa de Abasto Social de Leche

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:** Se otorga una dotación de leche fortificada con vitaminas y minerales a precio preferente. Dicha dotación depende del número de miembros de los hogares registrados en el padrón de beneficiarios, así como la disponibilidad de leche que se tenga autorizada.

Los hogares reciben la dotación autorizada de leche que es de un mínimo de 4 litros y un máximo de hasta 24 litros a la semana.

- **Población Objetivo:** La población objetivo del Programa para el presente ejercicio fiscal 2008 asciende a 5 millones 911 mil 486 beneficiarios.
- **Logros:** En el año 2008 se atendieron a 6 millones 060 mil 278 beneficiarios, de los cuales 3 millones 571 mil 596 correspondieron a mujeres y 2 millones 488 mil 682 son hombres.

Programa de Apoyo Alimentario y Abasto Rural.

- **Ámbito:** Federal

- **Propósito:** Apoyo Alimentario y Abasto Rural a cargo de Diconsa, S.A. de C.V. busca impulsar y fortalecer el desarrollo de las capacidades a través de garantizar el abasto de productos y la adecuada nutrición de la población que habita en localidades rurales marginadas del país, mediante dos modalidades: Abasto Rural y Apoyo Alimentario.

- **Población Objetivo:** Familias en localidades rurales de marginación media, cuando en éstas se registre un porcentaje mayor al 40 por ciento de hogares en condición de pobreza de capacidades y que no cuenten con la presencia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades o del Programa de Abasto Social de Leche a cargo de Liconsa, S.A. de C.V.

- **Logros:** En el 2008 las familias beneficiarias sumaron 122 mil 620.

Programa de apoyo al bienestar de los adultos mayores. (El cual es ejecutado por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. INAPAM)

- **Ámbito:** Federal

- **Propósito:** Otorga los siguientes beneficios:
 - **Credencial Digitalizada o Tarjeta de Afiliación:** Facilita el acceso a los diversos beneficios y descuentos en bienes y servicios proporcionados mediante convenio con los establecimientos registrados a nivel nacional.

 - **Centros de Atención Integral:** Proporcionan servicios médicos especializados en geriatría, acupuntura, audiología, cardiología, dermatología, gastroenterología, ginecología, odontología, oftalmología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, psicología, reumatología, ultrasonografía, así como en rayos X, estudios de laboratorio y gabinete.

 - **Clubes de la Tercera Edad:** Espacios comunitarios en los que se atienden a personas de 60 años y más, quienes realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de manualidades, artesanías y oficios. Con lo que se fomenta su organización e

intervención en la solución de sus problemas, además de propiciar su permanencia en la comunidad.

- **Centros Culturales:** Su objetivo es brindar actividades académicas de formación complementaria y otras opciones para incrementar el nivel cultural de los asistentes, al proporcionarles materias de formación humanística, disciplinas pedagógicas e idiomas.
- **Educación para la Salud:** Con acciones preventivas se imparten seminarios, cursos, pláticas y se proporcionan alternativas y consejos para el sano envejecimiento.
- **Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre:** Se capacita a los Adultos Mayores en la producción de diferentes artículos, que al ser comercializados les generan un ingreso y propician la ocupación de su tiempo libre, asimismo se capacitan en temas de informática, así como el manejo de los programas “Office” e Internet.
- **Departamento de Asesoría Jurídica:** Proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas de 60 años y más que enfrentan problemas legales de tipo civil, familiar o de arrendamiento.
- **Programa de Empleo para Adultos Mayores:** El INAPAM trabaja en el Eje Estratégico de Empleo, para reincorporar a los Adultos Mayores a la planta productiva instrumentando el programa de Empleo para Adultos Mayores, a fin de que cuenten con los ingresos necesarios para una vida digna. Para tal efecto, mantiene una relación permanente con empresas e instituciones para ofertar fuentes de trabajo a este grupo social de acuerdo a sus características y necesidades.
- **Tercera Llamada:** Para otorgar apoyos financieros y asesoría a los Adultos Mayores de escasos recursos con iniciativas productivas viables, el INAPAM constituyó el fondo Tercera Llamada Mi palabra vale por tres. Esta es una acción conjunta de las Secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL) y de Economía, a través del Fondo Nacional para el Apoyo a Empresas Sociales (FONAES) y el propio INAPAM, por medio del cual se otorgan préstamos de entre 500 y 5 mil pesos, para que los Adultos Mayores inicien o refuercen sus negocios, convirtiéndose en una alternativa de autoempleo.

- **Residencia de Día:** Estas fueron concebidas para atender a las personas que aún se desenvuelven en el seno familiar con el objeto de que en su tiempo libre, cultiven y desarrollen sus aficiones personales para mantenerlos interesados en el mundo que les rodea a fin de fortalecer sus vínculos con la vida contemporánea. En estos lugares se proporciona a las Personas Adultas Mayores servicios tales como: alimentación, enfermería, medicamentos, curaciones, rehabilitación, trabajo social y terapia ocupacional.
- **Albergues:** Estas unidades proporcionan alojamiento definitivo y sustento a las Personas Adultas Mayores que carecen de una familia que les pueda proporcionar medios económicos y afectivos para vivir, se le brinda al Adulto Mayor una atención integral adecuada a su condición, con técnicas de apoyo que permiten la solución de su problemática emocional, familiar y social, el objetivo es evitar que los ancianos sean confinados a lugares donde no realizan ninguna actividad, reducidos a llevar una vida contemplativa que les provoca mayor deterioro físico y mental. En cada albergue se ofrece atención médica, psicológica, odontológica y alimenticia.
- **Población objetivo:** Los residentes en cualquier parte del territorio nacional que tengan 60 años o más, denominadas “Personas Adultas Mayores”, y que son susceptibles de alcanzar mejores niveles de bienestar y calidad de vida. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía (INEGI) la población de Adultos Mayores en el 2008 correspondía aproximadamente a 9 millones.
- **Logros:** Durante el período de enero a septiembre de 2008, el INAPAM realizó acciones en beneficio de las Personas Adultas Mayores, destacando entre ellas el empleo u ocupación para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, esto se llevó a cabo a través de las representaciones estatales y municipales, coadyuvando a fortalecer la cultura sobre el buen envejecimiento y contribuir a mejorar las relaciones intergeneracionales.: 1 millón 716 mil 053 adultos atendidos.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

- **Ámbito:** Federal
- **Propósito:**
 - **Componente Alimentario.** La Coordinación Nacional del Programa emite apoyos monetarios directos mensuales con entrega bimestral a las familias beneficiarias para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación,

buscando por esta vía elevar su estado de nutrición. Asimismo, la entrega bimestral de complementos alimenticios y la educación alimentario-nutricional busca reforzar la alimentación infantil y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

- **Componente Educativo.** El Programa otorga becas educativas y útiles escolares a cada uno de los niños, niñas y jóvenes integrantes de las familias beneficiarias menores de 18 años, cumplidos al inicio del ciclo escolar, que estén inscritos en grados escolares comprendidos entre tercero de primaria y tercero de secundaria en escuelas de modalidad escolarizada. Las becas de educación media superior se asignan a los jóvenes de entre 14 y 21 años, cumplidos al inicio del ciclo escolar, inscritos en escuelas de modalidad escolarizada.
 - **Componente para Adultos Mayores.** Con el propósito de evitar duplicidad en la entrega de apoyos para los adultos mayores, Oportunidades entrega apoyos monetarios a los adultos mayores integrantes de las familias beneficiarias del Programa que tienen 70 y más años y que habitan en localidades cuya población es superior a los 10 mil habitantes; actualmente, se atiende a un padrón de 91 mil 524 beneficiarios, quienes reciben un apoyo mensual de 270 pesos a través de entregas bimestrales, con el propósito de coadyuvar a que mejoren sus condiciones de vida.
 - **Componente Energético.** El Programa otorga de manera bimestral un apoyo monetario mensual de 50 pesos a las familias con el propósito de apoyarlas con el gasto que realizan en el consumo de energéticos (energía eléctrica, gas, leña, carbón, entre otros).
- **Población objetivo:** Mantendrá una cobertura de atención de al menos cinco millones de familias en pobreza extrema. Para tal fin durante este ejercicio fiscal, se realizan acciones de incorporación de nuevas familias para sustituir las bajas naturales del padrón.
 - **Logros:** En el 2008 se contaba con un padrón activo de 4 millones 890 mil 902 familias. De las 4 millones 890 mil 902 familias atendidas, 1 millón 291 mil 769 corresponden a familias que habitan en localidades indígenas (18 mil 691 localidades).

1.5 Órganos de Gestión

De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, los organismos públicos involucrados en el sector social son las dependencias y entidades del Ejecutivo Federal, los poderes ejecutivos de las

entidades federativas y de los municipios y el Poder Legislativo, cuyo objetivo común es que la población menos favorecida pueda salir de la pobreza y la marginación.

El Sistema Nacional de Desarrollo Social es un mecanismo permanente de concurrencia, colaboración, coordinación y concertación del gobierno federal, de las entidades federativas y de los municipios, así como los sectores social y privado. Este sistema se conforma de los siguientes organismos:

Comisión Nacional de Desarrollo Social (CNDS). Su objeto es consolidar la integralidad y el federalismo sobre bases de coordinación, colaboración y concertación de estrategias y programas de desarrollo social. Se conforma por las Secretarías de Desarrollo Social, Educación Pública, Salud, Trabajo y Previsión Social, Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, así como Medio Ambiente y Recursos Naturales. Asimismo, la CNDS cuenta con la representación de los titulares de las dependencias de desarrollo social de las entidades federativas, representantes de cada una de las asociaciones nacionales de autoridades municipales, y los representantes de las Comisiones de Desarrollo Social de las Cámaras de Diputados y de Senadores.

La **Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social** es el canal de coordinación entre las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal⁴. Las funciones más relevantes de esta comisión son:

- Recomendar medidas para hacer compatibles las Políticas de Desarrollo Social y Económica
- Proponer las partidas y montos del gasto social que se deban integrar en el Anteproyecto de Presupuesto de Egresos
- Recomendar mecanismos para la correspondencia entre la Política Nacional de Desarrollo Social, y la de los estados y municipios
- Revisar los términos de los convenios de coordinación entre el Gobierno Federal y las entidades federativas

El **Consejo Consultivo de Desarrollo Social** es el órgano de participación ciudadana y conformación plural cuyo objetivo es analizar y proponer programas y acciones que incidan en el cumplimiento de la Política Nacional de Desarrollo Social. Las funciones más relevantes del consejo son:

- Solicitar a las dependencias información sobre los programas y acciones que éstas realizan

⁴ Secretaría de Desarrollo Social (quien preside la Comisión); Secretaría de Gobernación, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, Secretaría de energía, Secretaría de economía, Secretaría de Agricultura, Ganadería Desarrollo rural, Pesca y alimentación, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, Secretaría de la función Pública, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de la Reforma Agraria, y la Secretaría de Turismo.

- Recomendar la realización de auditorías a programas prioritarios
- Promover la celebración de convenios con dependencias para la instrumentación de los programas relacionados con el desarrollo social

El **Consejo Nacional de Evaluación** de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), de acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, tiene por objeto normar y coordinar la evaluación de las Políticas y Programas de Desarrollo Social, que ejecuten las dependencias públicas.

Asimismo, el ordenamiento establece que el Consejo tendrá por objeto revisar periódicamente el cumplimiento del objetivo social de los programas, metas y acciones de la Política de Desarrollo Social para corregirlos, modificarlos, adicionarlos, reorientarlos o suspenderlos total o parcialmente.

La **Secretaría de Desarrollo Social** (SEDESOL) es la entidad que coordina el Sistema Nacional de Desarrollo Social y preside la Comisión Nacional de Desarrollo Social. Tiene el firme compromiso de utilizar todas las instituciones que de ella dependen en coordinación con los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil para contribuir a la reducción de la pobreza, abatir el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables, disminuir las desigualdades y mejorar la calidad de vida de todos los mexicanos.

La **Secretaría de Salud** es la encargada de auxiliar y coordinar los servicios de salud en los estados y las jurisdicciones sanitarias establecidas en territorio nacional.

La **Comisión de Protección Social en Salud (CNPSS)** es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa que se encarga del financiamiento los servicios de salud a la población beneficiaria del Sistema de Protección Social en Salud. Trabaja de manera coordinada con los **Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS)** y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

Los **Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPS)** son los responsables de promover y gestionar los servicios de protección en salud, administrar los recursos proporcionados por la CNPSS y las entidades federativas, supervisar a los prestadores de servicios y el pago de los mismos, así como afiliar a los beneficiarios al Seguro Popular, al Seguro Médico para una Nueva Generación y a la Estrategia Embarazo Saludable.

IMSS. IMSS Oportunidades. Es un Programa de Salud del Gobierno Federal, administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). IMSS-Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la Atención Primaria a la Salud, y compuesto por dos vertientes primordiales: la Atención Médica y la Acción Comunitaria.

Cuadro 1.2 Componentes de la Gestión de los Programas de Protección Social



Fuente: Elaboración propia a partir de la Comisión Nacional de Desarrollo Social. /El Sistema Nacional de Desarrollo Social y sus Organismos.

Cuadro 1.3 Participación por Secretaría en cada uno de los temas de la política social

	Superación de la pobreza	Salud	Transformación educativa	Desarrollo Regional	Desarrollo Urbano	Desarrollo Rural	Grupos vulnerables	Economía competitiva y generadora de ingresos
SHCP								
SE								
SALUD								
SEP								
SEMARNAT								
SEGOB								
SEDENA								
SAGARPA								
SEDESOL								
SECTUR								
SCT								
STPS								
SRA								
SENER								
SFP								

Fuente: Elaboración propia a partir de la Comisión Nacional de Desarrollo Social. /Informe anual de seguimiento a la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo en materia de Desarrollo Social.

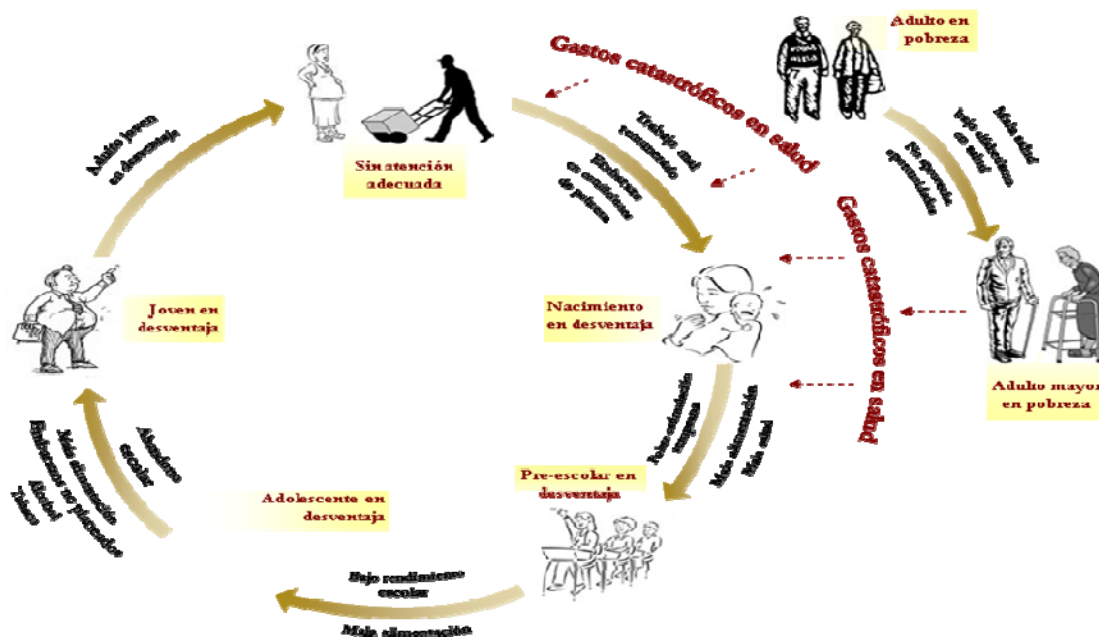
1.6 Impacto económico y social

La salud es un determinante clave para el crecimiento económico y el desarrollo. La falta de salud, la enfermedad, es una causa y un efecto de la pobreza.

México enfrentará un aumento importante en la carga de enfermedad, debido principalmente al incremento de las enfermedades crónicas, las adicciones y las enfermedades mentales y las lesiones por causa externa. Muchas de estas enfermedades son prevenibles o controlables si se detectan tempranamente.

Las familias en pobreza que no cuentan con alguna cobertura en salud sufren de manera desproporcionada estas enfermedades perpetuando las condiciones de pobreza crónica.

Cuadro 1.4 Relaciones causales entre enfermedad y pobreza.



Fuente: Secretaría de Salud. /El municipio Promotor de la salud

Por lo tanto la salud es una prioridad nacional, un objetivo común y una responsabilidad compartida. La inversión financiera en promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, tiene sentido económico.

Según cifras del Tercer Informe de Gobierno, el gasto en desarrollo social durante 2008 se incrementó en 7.4% real. En el periodo enero-junio de 2009, los recursos ejercidos en este rubro de

gasto ascendieron a 623,209 millones de pesos, cifra 8.5 por ciento superior en términos reales a la del periodo similar en 2008. De este monto, el 36.9 por ciento se canalizó a educación (230,180.6 millones de pesos), 26.1 por ciento a seguridad social (162,884.1 millones), 17.9 por ciento a salud (111,495.6 millones), 12.5 por ciento a urbanización, vivienda y desarrollo regional (78,094.8 millones), 5.2 por ciento a asistencia social (32,092.2 millones), y el restante 1.4 por ciento a agua potable y alcantarillado (8,461.7 millones de pesos).

Por su parte, en los programas para la superación de la pobreza, en 2009 se aprobó un monto por 243,725.6 millones de pesos, 14.4% real más en relación con el año anterior. Al mes de junio se ejercieron 115,617.7 millones de pesos, lo que representó un incremento de 23 por ciento real respecto a igual periodo previo.

Los recursos invertidos para la superación de la pobreza han ido en ascenso como proporción del producto interno bruto (PIB), al pasar de 1.4 por ciento en 2007 a 1.7 por ciento en 2008, y ubicarse en 2.2 por ciento en 2009. El Gasto Federal aprobado para la Superación de la Pobreza ascendió a 243,725.6 millones de pesos, 14.4 por ciento mayor al efectuado en 2008; dicho monto está dividido en la siguiente forma: 114,771.8 millones de pesos para el desarrollo de capacidades básicas; 97,492.5 millones al desarrollo regional; 11,048.2 millones para desarrollo urbano y 20,413.1 millones a la atención de los grupos sociales vulnerables del país.

Destacan dentro de los recursos aprobados para superar la pobreza en 2009 el presupuesto para el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades con 47,845.4 millones de pesos, el presupuesto del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) con 33,768 millones de pesos, y el Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social con 39,880.7 millones de pesos, que en conjunto concentran 49.8 por ciento de la asignación total.

Durante el periodo enero-junio de 2009 el gasto ejercido en salud sumó 111,495.6 millones de pesos, lo que significó un aumento de 10.2% real, respecto al mismo lapso del año anterior. Como proporción del Producto Interno Bruto (PIB), la participación del gasto en salud representó el 1%.

Para el primer semestre de 2009, el gasto destinado a impulsar el fortalecimiento y mejora de la infraestructura para los servicios de salud en el país ascendió a 8,197.5 millones de pesos, 363 por ciento más que en el mismo periodo de 2008.

Las instituciones que cubren a población no asegurada financiadas a través de la Secretaría de Salud (ramo 12) y del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) del Ramo 33, erogaron 50,609.8 millones de pesos, lo que equivale a un incremento anual real de 9%. De este monto, la Secretaría de Salud participó con el 52.5 por ciento y las entidades federativas vía Ramo 33 con el 47.5 por ciento, cifras superiores en 13.7 por ciento y 4.3 por ciento real, respectivamente en relación a igual periodo de 2008.

Se autorizó un incremento de recursos (34 por ciento) al presupuesto del Programa de Empleo Temporal originalmente aprobado (1,760.3 millones de pesos): 400 millones de pesos a la Secretaría de Desarrollo Social y 200 millones a la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales.

Se continuó con el precio de la leche fortificada Liconsa en cuatro pesos en beneficio de seis millones de personas, mediante el cual las familias beneficiarias ahorran 2,573 pesos al año. Se mantuvo congelado el precio del maíz y la harina de maíz en la red de tiendas Diconsa, en 3.5 pesos el kilogramo del maíz a granel y en cinco pesos el kilogramo de harina de maíz.

Se dio continuidad al Programa de Abasto Rural a fin de beneficiar este año a aproximadamente 44 millones de personas a través de 22,449 tiendas, con la generación de un margen de ahorro de 6%, que corresponde al ahorro generado a los beneficiarios al comprar productos de la canasta básica en la tienda comunitaria respecto de comprar en las tiendas privadas.

Para la atención en 2009 de los pueblos y comunidades indígenas, la H. Cámara de Diputados aprobó un presupuesto de 38,103.3 millones de pesos, que supera en 18.8 y 17.2 por ciento, en términos reales, los recursos aprobados en 2007 y 2008, respectivamente.

Los recursos que el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades canalizará a la atención de la población indígena por 10,610.8 millones de pesos, equivalen a 27.8 por ciento del presupuesto total aprobado para la atención de este segmento de la población.

Para el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2009 se autorizó un monto de 8,981 millones de pesos etiquetados en 72 programas federales destinados a mujeres y la igualdad de género.

1.6.1 Superación a la pobreza

Los Objetivos de Política Social tienen como finalidad dictar las líneas estratégicas que permitan cumplir con lo establecido en la Ley General de Desarrollo Social, la Ley General de Asentamientos Humanos, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, y los Lineamientos Generales de Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública.

De una manera alineada a este compromiso, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) establece como misión la realización de acciones que contribuyan a la igualdad de oportunidades para todos. El cumplimiento de este reto requiere de políticas públicas que respondan a los complejos y multidimensionales problemas de la *pobreza y vulnerabilidad* que impiden el adecuado desarrollo de las capacidades de la población, así como a los *desequilibrios regionales* que delimitan el entorno y disminuyen las oportunidades de progreso de la población.

Las acciones que se llevan a cabo para la superación de la pobreza, de acuerdo al 3^{er} informe de gobierno del 2009 son:

- Realizar políticas públicas derivadas de la instrumentación de la Estrategia Vivir Mejor para retroalimentar la evaluación externa practicada a los programas federales de desarrollo social. De igual manera, a fin de optimizar sus resultados, los programas actualmente en operación han retomado aspectos fundamentales derivados de dichas evaluaciones tales como mejorar la calidad de los bienes y servicios públicos ofrecidos a la población, medir los avances en cobertura y calidad de los bienes y servicios, y canalizar más recursos para la infraestructura de comunicación, transporte y otros servicios que faciliten la inclusión en las políticas de desarrollo de los sectores sociales geográficamente marginados.
- Reducir significativamente el número de mexicanos en condiciones de pobreza con políticas públicas que superen el enfoque asistencialista, de modo que las personas puedan adquirir capacidades y generar oportunidades de trabajo.
- Apoyar a la población más pobre a elevar sus ingresos y a mejorar su calidad de vida impulsando y apoyando la generación de proyectos productivos.
- Elevar el nivel de desarrollo humano y patrimonial de los mexicanos que viven en las zonas rurales y costeras.
- Superar los desequilibrios regionales aprovechando las ventajas competitivas de cada región, en coordinación y colaboración con actores políticos, económicos y sociales al interior de cada región, entre regiones y a nivel nacional.

1.6.2 Salud en grupos vulnerables

Es importante fomentar el acceso a servicios de calidad y mejorar los sistemas de salud y nutrición, atender los grandes rezagos en cuanto a infraestructura y equipamiento y resolver la inadecuada distribución de recursos técnicos, materiales y humanos. Para ello se realizan las siguientes acciones:

En el periodo septiembre de 2008 a agosto de 2009 iniciaron operaciones en 22 unidades hospitalarias de la SS, incrementando la capacidad instalada en 726 camas en beneficio de 3.2 millones de habitantes de los estados de Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Veracruz. (Tercer informe de Gobierno. 3 Igualdad de Oportunidades. 3.2 Salud)

Para ampliar la cobertura del segundo nivel de atención, están en proceso de construcción 49 unidades hospitalarias en 21 entidades federativas, con los que se incrementará la capacidad instalada en 1,320 camas censables. (Tercer informe de Gobierno. 3 Igualdad de Oportunidades. 3.2 Salud).

Para fortalecer y ampliar la cobertura del primer nivel de atención se encuentran en proceso de construcción 85 centros de salud en 13 estados de la República, en beneficio de aproximadamente un millón de habitantes. (Tercer informe de Gobierno. 3 Igualdad de Oportunidades. 3.2 Salud).

De septiembre de 2008 a agosto de 2009, iniciaron operaciones en 288 Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES): 15 de Salud Mental (CESAME); 302 Centros de Atención Primaria en Adicciones “Nueva Vida” (CAPA); 38 centros de atención al Síndrome de Obesidad, Riesgo Cardiovascular y *Diabetes Mellitus* (SORID); seis Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), una de oncología y tres de hemodiálisis, beneficiando a 20.5 millones de habitantes de las 32 entidades federativas. (Tercer informe de Gobierno. 3 Igualdad de Oportunidades. 3.2 Salud).

Entre 2008 y 2009, la Secretaría de Salud adquirió 557 unidades médicas móviles equipadas para ampliar la cobertura de servicios de salud en las localidades de difícil acceso y de alta y muy alta marginación de todo el país. Así, de enero de 2007 a agosto de 2009, el Programa Caravanas de Salud habría incorporado 1,104 unidades médicas móviles. (Tercer informe de Gobierno. 3 Igualdad de Oportunidades. 3.2 Salud).

En este contexto, abatir la marginación y el rezago que enfrentan los grupos sociales vulnerables, como lo son los pueblos y comunidades indígenas, es una de las problemáticas que enfrenta el gobierno federal que busca proveer igualdad en las oportunidades que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud.

La afiliación de familias indígenas al Seguro Popular ha mantenido un incremento sostenido desde el año 2005, del orden de 539.3 por ciento desde esa fecha considerando la afiliación en localidades con 40% y más de población hablante de lengua indígena. Con la información disponible al mes de junio de 2009, se habían afiliado al Seguro Popular un total de 888,563 familias indígenas. (Tercer informe de Gobierno. 3 Igualdad de Oportunidades. 3.4 Pueblos y Comunidades Indígenas).

CAPÍTULO 2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONDICIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE

2.1 Introducción

El perfil epidemiológico es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad. Es la descripción de la situación de salud de una comunidad determinada en un tiempo y lugar definidos, teniendo en cuenta los componentes biológico, medioambiental, psicosocial y oferta de servicios de salud.

La importancia radica en que permite a las autoridades de salud identificar cuánta carga de morbilidad hay en la población, cuáles son los problemas de salud más significativos, cómo se distribuyen geográficamente y cuáles serán las tendencias en los próximos años. Para poder desarrollar a nivel nacional, estatal o municipal un instrumento para definir las estrategias a seguir y como guía para sus decisiones de inversión de largo y mediano plazo.

La vida en condiciones de pobreza puede dificultar de manera significativa el desarrollo de las capacidades básicas de la población, sobre todo de grupos vulnerables como niños y adultos mayores. La alimentación, la salud y la educación no sólo se presentan como las tres dimensiones fundamentales en el estudio del bienestar, sino que adquieren una relevancia especial durante la infancia, período en el cual se definen muchas de las habilidades motoras e intelectuales.

Uno de los problemas más comunes en nuestra sociedad es la demora en la atención de las enfermedades, que trae como consecuencia un doble costo social: incrementa el peso de la discapacidad en personas que viven más años, y, por el otro lado, hace mayor el costo de su tratamiento. Lo cual conlleva a un círculo vicioso: pobreza-enfermedad-pobreza, potenciado por la desigualdad de oportunidades para el desarrollo de los individuos.

Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, las prácticas sexuales de alto riesgo y el sobrepeso.

Para poder hacer frente a tales circunstancias se requiere de estrategias, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios y favorezcan la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para tener formas de vida saludables. La política nacional debe incidir sobre los determinantes críticos de la salud y adaptar los servicios de todo el sector a las nuevas necesidades, promoviendo altos niveles de calidad, seguridad y eficiencia.

2.2 Las condiciones Socio-Sanitarias.

Existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre poblaciones. En términos generales, las condiciones de salud que prevalecen en las comunidades rurales, indígenas y marginadas son más precarias y deficientes.

- *Ocupantes en vivienda.* Las cifras indican que el promedio de ocupantes por cuarto es de 1.1, mientras el de ocupantes por dormitorio es de 2.1 a nivel Nacional. Es de resaltar los casos de Chiapas, Guerrero, y Oaxaca donde el promedio es de 3 personas por dormitorio. Además existen 33 municipios, localizados en regiones de Guerrero, Chiapas, y en la frontera de Yucatán con Quintana Roo donde el promedio es de 2.5 a 3.6 personas por cuarto. (INEGI Censo de población y vivienda 2005).
- *Materiales utilizados en pisos.* Las viviendas en México, en su gran mayoría cuentan con algún tipo de recubrimiento en los pisos (cemento, mosaico, madera, losa, etc.), sin embargo, una décima parte de las viviendas a nivel nacional tiene pisos de tierra, esto es, cerca de 2.5 millones. Las cuales están distribuidas en entidades tales como Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Aproximadamente el 15% de los municipios del país tienen proporciones elevadas de viviendas con piso de tierra y están concentradas en la franja de Jalisco, Nayarit, Sinaloa, Durango y Chihuahua, además de Veracruz y en algunas zonas de Michoacán, Guerrero, Oaxaca y Chiapas. (INEGI Censo de población y vivienda 2005).
- *Disponibilidad de agua entubada.* Una de cada diez viviendas en el país no cuenta con suministro de agua entubada. Esta carencia se incrementa en estados como Guerrero, Oaxaca y Chiapas, en donde la proporción asciende a una de cada tres viviendas. En estados como Campeche, Puebla y Veracruz, más de la mitad de las viviendas no disponen de agua entubada dentro de la propiedad. (INEGI. Censo de población y vivienda 2005).
- *Disponibilidad y tipo de drenaje en las viviendas.* No todas las viviendas que cuentan con drenaje están conectadas a la red pública, 15.1% del total de viviendas en el país están conectadas a una fosa séptica y 2% desaguan a una barranca, grieta, río, mar, etc. Campeche y Yucatán son las entidades que registran los porcentajes mínimos de viviendas conectadas a la red pública. En estas entidades se localizan los porcentajes más importantes de viviendas cuyo drenaje desemboca en fosas sépticas (77.2% y 68.5% respectivamente). (INEGI. Censo de población y vivienda 2005).
- *Disponibilidad de energía eléctrica en las viviendas.* En 2005 las viviendas que cuentan con energía eléctrica es de aproximadamente de 23.2 millones y las que carecen de ella

son aproximadamente 600 mil, esto es, 96.6% de disponibilidad de energía eléctrica a nivel nacional. El estado con menor acceso a este servicio, es el de Oaxaca, donde poco más de 57 mil viviendas, equivalente al 7.2% de sus viviendas carecen de energía eléctrica. A este le siguen Guerrero con 5.9%, San Luis Potosí y Chiapas, ambas con 5.6% y Campeche con 4.9%.(INEGI Censo de población y vivienda 2005).

- *Disponibilidad y tipo de sanitario en las viviendas.* Casi 1.6 millones de viviendas carecen de sanitario. Las viviendas que carecen de este servicio se encuentran principalmente en los estados de Guerrero (27%), Yucatán (18%), Zacatecas (12.5%), Guanajuato (11.4%), e Hidalgo (11.3%). La disponibilidad del servicio sanitario es en su mayoría con conexión de agua, sin embargo, en Oaxaca, por citar un ejemplo, la proporción de sanitarios sin conexión de agua es de 35%.(INEGI Censo de población y vivienda 2005).

2.3 Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones, y obedece a determinantes de naturaleza compleja, asociados tanto a las condiciones de vida de la sociedad, como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos. Las muertes por infecciones comunes, en particular las diarreas y las infecciones respiratorias agudas, se concentran de manera muy importante en los menores de 5 años.

La desnutrición es otro problema que no se ha erradicado. Este mal se asocia con una mayor susceptibilidad a desarrollar enfermedades infecciosas, una mayor probabilidad de muerte en los primeros años de la vida y un bajo rendimiento escolar. En el cuadro 2.1 se presenta un análisis comparativo del nivel de desnutrición y bajo peso en países seleccionados.

Cuadro 2.1 Comparativo Internacional de bajo peso para la edad de 0-5 años

Países	Periodo	Edad (meses)	Niños con déficit en la relación peso/edad	Niños con déficit en la relación estatura/edad	Niños con déficit en la relación peso/estatura	Período	Niños con bajo peso al nacer
Kenia	2003	0-59	20	30	6	2003	10
Marruecos	2003-2004	0-59	10	18	9	2003	15
Sudáfrica	2003	0-59	12	27	5	1998	15
Brasil	2003-2004	0-59	5	11	2	2005	8
Chile	2006	0-71	1	1	0	2005	6
Colombia	2005	3-59	7	12	1	2000	9
Ecuador	2004	0-59	9	23	2	1999	16

Países	Periodo	Edad (meses)	Niños con déficit en la relación peso/edad	Niños con déficit en la relación estatura/edad	Niños con déficit en la relación peso/estatura	Período	Niños con bajo peso al nacer
E. U. A.	1999-2002	24-59	2	1	ND	2002	8
México	2005	0-59	5	13	2	2005	8
China	2005	0-59	7	11	ND	2005	2
India	2005-2006	0-59	48	43	17	2005-2006	28
Turquía	2003	0-59	4	12	1	1998	16

Fuente: UNICEF, 2009

En varios estados del país la frecuencia de diarrea en menores de 5 años continúa presentando diferenciales importantes. Por ejemplo, mientras en Zacatecas la prevalencia es de 5.9%, en Chiapas es de 21.1%. Las entidades que presentaron una prevalencia por arriba de la media nacional son: Chiapas, Distrito Federal, Puebla, Tabasco, Colima, Jalisco, México, Baja California, Guerrero, Quintana Roo y Baja California Sur.⁵

Un número considerable de enfermedades crónicas degenerativas son causadas por la obesidad. En México 7 de cada 10 personas padecen obesidad y en este ámbito nuestro país le disputa a Estados Unidos el primer lugar a nivel mundial. El sobrepeso causa problemas fisiológicos, tales como dolores musculares, alteraciones óseas, infertilidad, cáncer, diabetes, enfermedades circulatorias y de miocardio, baja autoestima y depresión.

De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, en 2006 el 70% de los adultos presentaban exceso de peso severo, y un 30 % se ubicaba en la categoría de obesidad. Más de cuatro millones de niños y 25 de cada 100 jóvenes entre 16 y 18 años padecen algún grado de obesidad, con el riesgo de desarrollar enfermedades propias de los adultos, como Diabetes Mellitus tipo II, aumento de grasas y colesterol en sangre, hipertensión arterial y trastornos cardiovasculares.

La diabetes es uno de los padecimientos que más complicaciones y muertes genera en nuestro país y su principal factor de riesgo es el sobrepeso, 8 de cada 10 diabéticos, tuvieron antecedente de obesidad. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%.

La enfermedad cerebro-vascular, otro de los grandes problemas de salud en México, se caracteriza por la falta de aporte de oxígeno al cerebro como resultado de una hemorragia o la obstrucción de

⁵ ENSANUT 2006 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición).

una arteria. Estas enfermedades suelen ser muy graves y frecuentemente terminan con la muerte de la persona afectada. Más de 70% de las muertes por este tipo de padecimientos ocurre en sujetos mayores de 60 años.

El sobrepeso, el riesgo cardiovascular y la Diabetes Mellitus, representan un serio problema de salud para México y un alto costo económico, político y social.

2.3.1 Principales enfermedades

Entre las enfermedades que mayormente se presentan en la población no asegurada son las causas maternas, muchas de las cuales pudieron ser evitadas con una adecuada atención durante el embarazo, parto y puerperio. Entre estas causas maternas son comunes la asfixia y trauma durante el nacimiento y las afecciones del periodo perinatal. En el cuadro 2.2 se presenta un resumen de las principales enfermedades que exhibe la población no asegurada.

Cuadro 2.2 Principales enfermedades de la población no asegurada.

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Causas maternas	1 028 299	98 666	1 126 965
Enfermedades digestivas	212 653	18 318	230 971
Enfermedades del sistema genitourinario	140 121	9 971	150 092
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	96 000	11 347	107 347
Enfermedades infecciosas y parasitarias	72 501	8 021	80 522
Fracturas	72 704	1 008	73 712
Enfermedades cardiovasculares	66 620	5 581	72 201
Infecciones respiratorias	62 353	7 451	69 804
Diabetes Mellitus	51 807	6 911	58 718
Tumores malignos	54 373	1 033	55 406
Otros tumores	49 703	4 419	54 122
Enfermedades respiratorias	44 271	4 257	48 528

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de Información Estadística, 2007.

2.3.1.1 Por sexo

Entre las enfermedades más comunes en el género masculino se encuentran las del sistema digestivo, donde las principales causas están la Colitis, el Reflujo Gastroesofágico, el Colon irritable, la Hepatitis C, la Salmonelosis, Amibiasis, Gastritis, Úlceras, Cálculos biliares, Agruras o pirosis y otras más, las cuales también son prevenibles con las medidas adecuadas de higiene. En el cuadro 2.3 se muestran las principales enfermedades que aquejan a la población masculina.

Cuadro 2.3 Principales enfermedades en la población masculina no asegurada.

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Enfermedades digestivas	94117	7 685	101802
Enfermedades del sistema genitourinario	63866	2 842	66708
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	53821	5 987	59808
Fracturas	46705	635	47340
Enfermedades infecciosas y parasitarias	36444	3 705	40149
Infecciones respiratorias	34578	4 019	38597
Enfermedades cardiovasculares	32190	2 363	34553
Traumatismos	31376	2 244	33620
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	25871	1 263	27134
Diabetes Mellitus	23149	2 655	25804
Enfermedades respiratorias	22422	2 080	24502
Tumores malignos	22771	352	23123

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de información estadística, 2007.

Por su parte, en las mujeres además de las enfermedades antes mencionadas, las enfermedades del sistema genitourinario ocupan el tercer lugar en importancia, entre estas se encuentran el Síndrome nefrítico agudo (Inflamación de los riñones) Uropatía obstructiva por reflujo (Vías urinarias tapadas) Insuficiencia renal aguda (Falla repentina de los riñones) Divertículo de la vejiga (Vejiga de la orina mal formada) Fístula vesicovaginal (Comunicación entre vejiga/vagina). En el Cuadro 2.4 se muestran las principales enfermedades que se presentan en la población femenina.

Cuadro 2.4 Principales enfermedades en la población femenina no asegurada.

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Causas maternas	1 028 299	98 666	1 126 965
Enfermedades digestivas	118 453	10 627	129 080
Enfermedades del sistema genitourinario	76 227	7 127	83 354
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	41 825	5 341	47 166
Otros tumores	40 924	3 708	44 632
Enfermedades infecciosas y parasitarias	36 025	4 303	40 328
Enfermedades cardiovasculares	34 394	3 216	37 610
Diabetes Mellitus	28 632	4 253	32 885
Tumores malignos	31 587	681	32 268
Infecciones respiratorias	27 741	3 419	31 160
Fracturas	25 984	370	26 354
Enfermedades respiratorias	21 833	2 172	24 005

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de Información Estadística, 2007.

2.3.1.2 Por edad.

Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. A pesar de ser un descenso importante continúa siendo un gran problema en el país. Entre 1990 y 1999 la mortalidad materna disminuyó a un ritmo de 1.84% anual, que se incrementó a 2.84% entre 2000 y 2006, las que presentan las mayores cifras de mortalidad materna son las zonas marginadas. En 2005 se presentaron en el país 1,242 muertes maternas. De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública). Por citar un ejemplo existe el caso de Guerrero en donde fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos.

Las principales causas de muerte materna en México son los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias durante el embarazo, el parto y el puerperio. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia. En las zonas urbanas de los estados más desarrollados, las muertes maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). Por lo tanto, es importante realizar una detección temprana, y un tratamiento oportuno de estas complicaciones. En las áreas rurales la mitad de las

muerres se debe a hemorragias (causas obstétricas directas). El cuadro 2.5 muestra un resumen de las principales enfermedades por grupos de edad.

Cuadro 2.5 Principales enfermedades por grupo de edad en población no asegurada.

Grupo de causas	<1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más
Causas maternas	0	0	10487	1114180	2292	0
Enfermedades digestivas	4079	7806	24279	104963	57133	32685
Enfermedades del sistema genitourinario	1104	4094	10206	69516	41617	23537
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	96253	10594	406	94	0	0
Enfermedades infecciosas y parasitarias	12284	17115	10097	26378	8574	6067
Fracturas	458	3671	15714	30372	11734	11752
Enfermedades cardiovasculares	520	643	1165	13288	24435	32148
Infecciones respiratorias	24321	21019	6798	6381	3767	7514
Diabetes Mellitus	14	187	828	11397	27869	18422
Tumores malignos	411	4562	9588	15216	15329	10294

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de Información Estadística, 2007.

2.3.2 Mortalidad general y por causas.

Analizando los 100 municipios más marginados del país, en donde la población es predominantemente indígena, vemos que casi una tercera parte de las defunciones se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción (alrededor de 30% de esta población se concentra en Chiapas, 20% en Oaxaca, 17% en Guerrero y 15% en Veracruz). Estas enfermedades se han denominado enfermedades del rezago por dos razones básicas: porque se trata de padecimientos esencialmente prevenibles, incluso con intervenciones de bajo costo, y porque afectan a poblaciones pobres que tienen problemas de acceso a bienes y servicios básicos, dentro de los que destacan los servicios de salud. En México las enfermedades del rezago epidemiológico son responsables de 13% de las muertes en el país, pero en los municipios de alta y muy alta marginación contribuyen con 21% de las defunciones.

Las muertes por infecciones comunes, en particular las diarreas y las infecciones respiratorias agudas, se concentran de manera muy importante en los menores de 5 años. Las muertes por infecciones comunes continúan siendo un problema en algunos estados y en los municipios y localidades más pobres del país. En Chiapas, una de cada cuatro defunciones en menores de 5 años es producto de una enfermedad diarreica o una infección respiratoria. En Nuevo León, en

contraste, sólo una de cada 20 defunciones en menores de 5 años se debe a este tipo de enfermedades.

En los municipios de alta marginación la edad promedio de muerte de una mujer es de 51 años y la de un hombre, de 49. Los menores de un año presentan un riesgo de morir dos veces mayor que en el resto del país. En los preescolares el riesgo aumenta a 4.1 en las niñas y a 3.7 veces en los niños.

El riesgo de morir de un adolescente de estas comunidades es 1.5 veces mayor que el riesgo que presentan los adolescentes del resto del país. En este grupo de edad, la distancia entre los pobres y el resto es mayor en las mujeres. Lo mismo sucede en los jóvenes de 20 a 35 años de edad. Estas desigualdades se deben a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud, y en la calidad en la atención.

La mortalidad infantil es un factor que indica las desigualdades sociales existentes en el país, Nuevo León presenta el menor nivel, con 10.6 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, le siguen el Distrito Federal (11.4) y Baja California (11.9). Por el contrario, las tres entidades con mayor tasa de mortalidad infantil son Guerrero (21.5), Chiapas (21.0) y Oaxaca (19.2). Cabe destacar el hecho que dentro de las comunidades indígenas la diabetes mellitus en el caso de mujeres y la cirrosis hepática en el caso de los hombres son las principales causas de muerte, esta última asociada al consumo excesivo de alcohol. El riesgo de morir por esta causa en comunidades indígenas es 1.3 veces más alto que en el resto del país. En los cuadros 2.6 y 2.7 se muestran un resumen de las principales causas de muerte en la población femenina y masculina indígena respectivamente.

Cuadro 2.6 Principales causas de muerte en municipios indígenas en la población femenina.

Causas	Número	Porcentaje
Diabetes	1864	10.9%
Enfermedades isquémicas del corazón	1319	7.7%
Enfermedad cerebro-vascular	1036	6.0%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	735	4.3%
Infecciones respiratorias agudas	698	4.1%
Desnutrición calórico-proteica	685	4.0%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	633	3.7%
Enfermedades infecciosas intestinales	483	2.8%
Nefritis y nefrosis	450	2.6%
Cardiopatía hipertensiva	450	2.6%
Causas mal definidas	1183	6.9%

Fuente: Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud ,2007

Cuadro 2.7 Principales causas de muerte en municipios indígenas en la población masculina.

Causas	Número	Porcentaje
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2447	11.3%
Enfermedades isquémicas del corazón	1697	7.8%
Diabetes mellitus	1471	6.8%
Enfermedad cerebro-vascular	1024	4.7%
Infecciones respiratorias agudas	755	3.5%
Homicidios	709	3.3%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	597	2.7%
Desnutrición proteico-calórica	571	2.6%
Consumo excesivo de alcohol	569	2.6%
Enfermedades infecciosas intestinales	491	2.3%
Causas mal definidas	1156	5.3%

Fuente: Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud ,2007

Las niñas y niños indígenas por lo general nacen fuera de las unidades de salud, con ayuda de una partera, son producto de embarazos que no cuentan con atención prenatal. Es muy frecuente que las madres tengan menos de 20 años de edad, su riesgo de morir antes de cumplir 1 año de vida es 1.7 veces más alto que el del resto de las niñas y niños del país. Este riesgo aumenta a 2.5 veces en población preescolar. Aunque las coberturas de vacunación son adecuadas en estas poblaciones, los problemas carenciales y relacionados con las malas condiciones de vida siguen cobrando víctimas desde temprana edad. El riesgo de morir por diarrea, desnutrición o anemia, por ejemplo, es tres veces mayor que el de una niña o niño de la población general. En las adolescentes indígenas el riesgo de morir por una causa materna es tres veces más alto que el que presentan las adolescentes del resto del país. Las principales causas de muerte de los jóvenes adolescentes indígenas son las lesiones intencionales y los homicidios.

Población no asegurada

Dentro de las principales causas de muerte en México las enfermedades cardiovasculares son la de mayor importancia. Estas enfermedades son provocadas por los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo la falta de ejercicio físico, entre otros. Todo ello originado por el estilo de vida, los cambios sociales y culturales que se viven en la actualidad. En el cuadro 2.8 se presentan las principales causas de muerte que se presentan en la población no asegurada.

Cuadro 2.8 Principales causas de muerte en la población femenina no asegurada.

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Enfermedades cardiovasculares	8139	341	8480
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6629	244	6873
Enfermedades digestivas	5824	275	6099
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4567	118	4685
Diabetes Mellitus	4415	189	4604
Tumores malignos	3751	112	3863
Infecciones respiratorias	2731	169	2900
Enfermedades respiratorias	2663	136	2799
Enfermedades del sistema genitourinario	2384	63	2447
Accidentes	2189	22	2211
Anomalías congénitas	2028	36	2064
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	1471	27	1498

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de información estadística, 2007.

2.3.2.1 Por sexo

Entre las enfermedades más frecuentes en la población no asegurada se encuentran las afecciones originadas en el periodo perinatal tales como prematuridad, bajo peso al nacer, la asfixia y trauma al nacimiento, las anomalías congénitas y las enfermedades infecciosas y parasitarias. En los cuadros 2.9 y 2.10 se presentan las principales causas de muerte en la población masculina y femenina respectivamente.

Cuadro 2.9 Principales enfermedades en la población masculina no asegurada

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Enfermedades cardiovasculares	3 890	161	4 051
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	3 848	114	3 962
Enfermedades digestivas	3 683	190	3 873
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2 866	63	2 929
Diabetes Mellitus	2 066	79	2 145
Tumores malignos	1 723	49	1 772
Accidentes	1 635	16	1 651
Infecciones respiratorias	1 498	91	1 589
Enfermedades respiratorias	1 412	69	1 481

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Enfermedades del sistema genitourinario	1 308	42	1 350
Anomalías congénitas	1 073	16	1 089
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	993	21	1 014

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de Información Estadística, 2007.

Cuadro 2.10 Principales enfermedades en la población femenina no asegurada.

Grupo de Causas	Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	TOTAL
Enfermedades cardiovasculares	4 246	179	4 425
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2 767	130	2 897
Diabetes Mellitus	2 347	110	2 457
Enfermedades digestivas	2 140	85	2 225
Tumores malignos	2 027	63	2 090
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1 698	55	1 753
Enfermedades respiratorias	1 249	67	1 316
Infecciones respiratorias	1 232	78	1 310
Enfermedades del sistema genitourinario	1 076	21	1 097
Anomalías congénitas	939	20	959
Enfermedades endócrinas, metabólicas, hematológicas e inmunológicas (excepto diabetes mellitus)	478	11	489
Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso	477	6	483

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de Información estadística, 2007.

Las mujeres tienen tasas de mortalidad más bajas que los varones en todos los grupos de edad y la esperanza de vida al nacer es mayor.

2.3.2.2 Por edad.

Las enfermedades cardiovasculares son una de las causas más frecuentes de mortalidad en el ámbito mundial, muy por encima de la mortalidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias en la mayoría de los países. Las enfermedades cardiovasculares avanza rápidamente tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. En el cuadro 2.11 se muestran las principales causas de muerte por grupo de edad.

Cuadro 2.11 Principales causas de muerte por grupo de edad.

Grupo de causas	<1 año	1 a 4 años	5 a 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 años y más
Enfermedades cardiovasculares	170	145	62	916	2275	4912
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6845	14	14	0	0	0
Enfermedades digestivas	82	124	95	1382	2301	2115
Enfermedades infecciosas y parasitarias	415	251	147	1896	995	980
Diabetes Mellitus	0	75	7	594	1945	1983
Tumores malignos	30	183	269	923	1205	1253
Infecciones respiratorias	254	164	67	459	539	1417
Enfermedades respiratorias	63	84	27	31	575	1719
Enfermedades del sistema genitourinario	45	38	60	585	791	928
Accidentes	30	75	104	968	478	552
Anomalías congénitas	1702	121	89	105	30	17

Fuente: Sistema Nacional de salud, Boletín de información estadística, 2007.

2.4 Condición social.

La condición social es la situación que el individuo ocupa en la sociedad y que lo sujeta a determinadas conductas, tales como la falta de oportunidades laborales, condicionamientos culturales; ausencia o goce de derechos de acceso al sistema de salud pública o privada; de acceso a una vivienda digna, a planes sociales, a un medio de transporte digno, a una jubilación digna; en suma, de acceso y goce, efectivo, sostenido, y sustentable de sus derechos humanos y que no implique discriminación o exclusión alguna.

La salud de la población está relacionada con las condiciones materiales de vida, con la organización social en la producción de bienes y servicios, con la dinámica demográfica, económica y social de una población.

Es importante reconocer las diferencias existentes en las condiciones de vida entre las localidades rurales, urbanas y metropolitanas.

A nivel nacional 22.2% de los hogares son localidades rurales, 24.3% pertenece a localidades urbanas y 54.5% se ubica en localidades metropolitanas.

2.4.1 Zona geográfica de residencia.

El índice de desarrollo humano (IDH) es una medida de potenciación que indica que los individuos disponen de una serie de capacidades y oportunidades básicas, como son la de gozar de una larga vida saludable; adquirir conocimientos, comunicarse y participar en la vida de la comunidad; así como disponer de los recursos suficientes para disfrutar de un nivel de vida digno. En el cuadro 2.12 y en la gráfica 2.1 se presentan los municipios con menor índice de desarrollo humano.

Cuadro 2.12 Municipios con menor índice de desarrollo humano.

Entidad Federativa	Municipio	Entidad Federativa	Municipio	Entidad Federativa	Municipio
Chiapas	Amatenango del Valle	Nayarit	Del Nayar	Oaxaca	Santa María Apazco
Chiapas	Chalchihuitán	Oaxaca	Coicoyán de las Flores	Oaxaca	Santa María la Asunción
Chiapas	Chamula	Oaxaca	Eloxochitlán de Flores Magón	Oaxaca	Santa María Chilchotla
Chiapas	Chanal	Oaxaca	Huauteppec	Oaxaca	Santa María Peñoles
Chiapas	Chenalhó	Oaxaca	Magdalena Peñasco	Oaxaca	Santa María Temaxcaltepec
Chiapas	Chilón	Oaxaca	Mazatlán Villa de Flores	Oaxaca	Santa María Tepantlali
Chiapas	Francisco León	Oaxaca	San Agustín Loxicha	Oaxaca	Santa María Tlaxiactac
Chiapas	Huixtán	Oaxaca	San Andrés Paxtlán	Oaxaca	Santiago Amoltepec
Chiapas	Larráinzar	Oaxaca	San Antonio Sinicahua	Oaxaca	Santiago Ixtayutla
Chiapas	Mitontic	Oaxaca	San Bartolomé Ayautla	Oaxaca	Santiago Texcalcingo
Chiapas	Ocoatepec	Oaxaca	San Francisco Chapulapa	Oaxaca	Santiago Tlazoyaltepec
Chiapas	Pantelhó	Oaxaca	San Francisco Huehuetlán	Oaxaca	Santiago Xanica
Chiapas	Pantepec	Oaxaca	San Francisco Tlapancingo	Oaxaca	Santiago Yaitepec
Chiapas	Sitalá	Oaxaca	San José Independencia	Oaxaca	Santo Domingo de Morelos
Chiapas	Tumbalá	Oaxaca	San José Lachiguiri	Oaxaca	Santo Domingo Tepuxtepec
Chiapas	Zinacantán	Oaxaca	San José Tenango	Oaxaca	Santos Reyes Yucuná
Chiapas	San Juan Cancuc	Oaxaca	San Juan Coatzacoapam	Oaxaca	Yogana
Chiapas	Aldama	Oaxaca	San Juan Comaltepec	Puebla	Camocuautla

Entidad Federativa	Municipio	Entidad Federativa	Municipio	Entidad Federativa	Municipio
Chiapas	San Andrés Duraznal	Oaxaca	San Juan Juquila Mixes	Puebla	Coyomeapan
Chiapas	Santiago el Pinar	Oaxaca	San Juan Petlapa	Puebla	Chiconcuaotla
Durango	Mezquital	Oaxaca	San Lorenzo Cuau necuilitla	Puebla	Eloxochitlán
Guerrero	Ahuacuotzingo	Oaxaca	San Lorenzo Texmelúcan	Puebla	Huehuetla
Guerrero	Alcozauca de Guerrero	Oaxaca	San Lucas Camotlán	Puebla	Hueytlalpan
Guerrero	Atlamajalcingo del Monte	Oaxaca	San Lucas Zoquiápam	Puebla	San Felipe Tepatlán
Guerrero	Atlixac	Oaxaca	San Marcial Ozolotepec	Puebla	San Sebastián Tlacotepec
Guerrero	Copalillo	Oaxaca	San Martín Itunyoso	Puebla	Zoquitlán
Guerrero	Copanatoyac	Oaxaca	San Miguel Ahuehuetitlán	Veracruz de Ignacio de la Llave	Astacinga
Guerrero	General Heliodoro Castillo	Oaxaca	San Miguel Coatlán	Veracruz de Ignacio de la Llave	Atlahuilco
Guerrero	Malinaltepec	Oaxaca	San Miguel Mixtepec	Veracruz de Ignacio de la Llave	Filomeno Mata
Guerrero	Metlatónoc	Oaxaca	San Miguel Peras	Veracruz de Ignacio de la Llave	Ilamatlán
Guerrero	Pedro Ascencio Alquisiras	Oaxaca	San Miguel Santa Flor	Veracruz de Ignacio de la Llave	Mecatlán
Guerrero	San Miguel Totolapan	Oaxaca	San Pablo Cuatro Venados	Veracruz de Ignacio de la Llave	Mixtla de Altamirano
Guerrero	Tlacoachistlahuaca	Oaxaca	San Pedro el Alto	Veracruz de Ignacio de la Llave	Los Reyes
Guerrero	Tlacoapa	Oaxaca	San Pedro Ocopetatillo	Veracruz de Ignacio de la Llave	Soledad Atzompa
Guerrero	Xalpatláhuac	Oaxaca	San Pedro y San Pablo Ayutla	Veracruz de Ignacio de la Llave	Soteapan
Guerrero	Xochistlahuaca	Oaxaca	San Simón Zahuatlán	Veracruz de Ignacio de la Llave	Tehuipango
Guerrero	Zapotitlán Tablas	Oaxaca	Santa Ana Ateixtlahuaca	Veracruz de Ignacio de la Llave	Tequila
Guerrero	Zitlala	Oaxaca	Santa Cruz Acatepec	Veracruz de Ignacio de la Llave	Texcatepec
Guerrero	Acatepec	Oaxaca	Santa Cruz Zenzontepec	Veracruz de Ignacio de la Llave	Tlaquilpa
Guerrero	Cochoapa el Grande	Oaxaca	Santa Inés del Monte	Veracruz de Ignacio de la Llave	Xoxocotla
Guerrero	José Joaquín de Herrera	Oaxaca	Santa Lucía Miahuatlán	Veracruz de Ignacio de la Llave	Zontecomatlán de López y Fuentes
Guerrero	Iliatenco	Oaxaca	Santa Lucía Monteverde		

Fuente: Secretaría de Desarrollo Social, 2007.

Gráfica 2.1 Localización de zonas rurales más marginadas



Fuente: CONAPO



LOCALIDADES INDIGENAS CON MENDOR INDICE DEDESARROLLO HUMANO

2.4.2 Nivel educativo.

La inequidad de los pueblos indígenas en materia educativa es claramente desigual. Del total de la población indígena el analfabetismo de 15 años y más es de 27.3% y la inasistencia escolar de 6 a 14 años es del 13%. (Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. "Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos indígenas de México 2006.")

El 79.5% y 91.1% de los no indígenas ya han terminado la primaria a los 13 y a los 16 años de edad, respectivamente, y a esta última edad 60.6 % de los jóvenes ya concluyó también la secundaria. Sin embargo, para la población indígena estos porcentajes son significativamente menores: sólo 60.1 y 78.3 % ha completado la primaria a los 13 y 16 años de edad respectivamente y apenas 37.9 % de los adolescentes indígenas de 16 años cuentan con la secundaria terminada. (Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. "Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos indígenas de México 2006.")

En materia de alfabetismo el 90.5% de la población de 15 años y más del país es alfabeto mientras que la población indígena la cifra apenas alcanza solo el 72.8%. Esta situación se acentúa entre la población indígena de mayor edad ya que el 66.8% de adultos de 30 años y más son analfabetas en contraste con 87.7% en los jóvenes de 15 a 29 años. Los estados que presentan el mayor rezago en este rubro, con la menor proporción de indígenas alfabetos, son Chiapas y Guerrero con el

59.8% y 52.5%, respectivamente. (Fuente: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. "Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos indígenas de México 2006.")

En cuanto a la asistencia escolar la población rural, la indígena, y la que vive en condiciones de pobreza es la que presenta menor asistencia a nivel secundaria. Los estados que presentan el menor índice de asistencia escolar son Guanajuato, Michoacán y Guerrero.

Las mayores diferencias entre la población indígena y la no indígena se presenta en casos como Sinaloa en donde menos de la mitad de los niños y jóvenes de 6 a 18 años asisten a la escuela en comparación con más de cuatro de cada cinco no indígenas del mismo grupo de edad que lo hacen. En Nuevo León y Chihuahua son estados en los que apenas poco más de la mitad de los niños indígenas están en la escuela frente a cerca de cuatro de cada cinco de los no indígenas. En el cuadro 2. 13 se presenta el porcentaje de población alfabeta que sabe leer y escribir, y en el cuadro 2.14 el nivel educativo a nivel nacional.

Cuadro 2.13 Población alfabeta de 8 a 14 años de edad por entidad federativa.

Estado	Sabe leer y escribir		
	Total	Hombres	Mujeres
Entidad federativa			
Estados Unidos Mexicanos	96.7%	96.3%	97.0%
Aguascalientes	98.4%	98.1%	98.7%
Baja California	97.7%	97.4%	98.0%
Baja California Sur	97.7%	97.4%	98.1%
Campeche	95.4%	95.0%	95.9%
Coahuila de Zaragoza	98.7%	98.5%	99.0%
Colima	97.4%	96.9%	98.0%
Chiapas	90.4%	90.5%	90.2%
Chihuahua	97.3%	97.1%	97.5%
Distrito Federal	98.8%	98.7%	98.9%
Durango	97.7%	97.4%	98.1%
Guanajuato	97.0%	96.5%	97.6%
Guerrero	91.4%	90.9%	92.0%
Hidalgo	97.0%	96.7%	97.3%
Jalisco	97.6%	97.2%	98.0%
México	98.6%	98.5%	98.7%
Michoacán de Ocampo	95.9%	95.2%	96.7%
Morelos	97.7%	97.3%	98.1%
Nayarit	97.3%	97.1%	97.6%
Nuevo León	98.7%	98.6%	98.9%
Oaxaca	93.5%	93.0%	94.0%
Puebla	95.7%	95.4%	96.1%
Querétaro	97.4%	97.1%	97.8%
Quintana Roo	96.8%	96.5%	97.1%
San Luis Potosí	97.1%	96.6%	97.7%

Estado	Sabe leer y escribir		
Sinaloa	98.0%	97.6%	98.3%
Sonora	98.0%	97.7%	98.4%
Tabasco	96.1%	95.5%	96.7%
Tamaulipas	98.0%	97.6%	98.4%
Tlaxcala	98.3%	98.1%	98.5%
Veracruz de Ignacio de la Llave	95.0%	94.5%	95.5%
Yucatán	96.3%	95.9%	96.6%
Zacatecas	98.0%	97.6%	98.4%

Fuente: INEGI

Cuadro 2.14 Nivel educativo Nacional

Grado	Total	Hombres	Mujeres
Educación básica	25,380,505	12,898,814	12,481,691
Preescolar	4,739,234	2,393,703	2,345,531
Primaria	14,585,804	7,466,936	7,118,868
Secundaria	6,055,467	3,038,175	3,017,292
Educación media superior	3,742,943	1,812,272	1,930,671
Profesional técnico	352,511	179,710	172,801
Bachillerato	3,390,432	1,632,562	1,757,870
Educación superior	2,528,664	1,257,064	1,271,600
Normal licenciatura	136,339	39,443	96,896
Técnico superior	80,176	45,968	34,208
Licenciatura universitaria y tecnológica a	2,150,146	1,089,100	1,061,046
Posgrado	162,003	82,553	79,450

Fuente: INEGI

2.4.3 Nivel de ingresos.

La definición del ingreso debe captar la capacidad real del gasto que tiene la unidad perceptora considerada (ya sea el individuo o el hogar) en cada periodo de tiempo.

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas en cuanto al ingreso por producto del trabajo declarado por los ocupados indígenas, pocos son los que tienen una situación mínima aceptable, 25 indígenas ocupados de cada cien no recibe ingreso, 56 de cada cien recibe hasta dos salarios mínimos mensuales y solamente 19.4% recibe más de dos salarios mínimos mensuales.

Uno de los elementos del IDH ⁶, que presenta mayores diferencias entre entidades es el PIB *per cápita*, ya que, por citar un ejemplo, el PIB *per cápita* más alto del país es el Distrito Federal con 23,072 dólares en el año 2007, pero en cambio el estado de Chiapas presenta el PIB *per cápita* más bajo con 3,641 dólares. Pero las más notables diferencias son al comparar la población indígena contra la población no indígena, ya que la población indígena de Chiapas alcanza un PIB *per cápita* de apenas 1891 dólares, casi 79% menor al promedio nacional. También las poblaciones indígenas de los estados de Guerrero, Nayarit y Oaxaca cuentan con un PIB *per cápita* de 2,762, 2,761 y 2,700 dólares, respectivamente. Asimismo cerca de los estados mencionados anteriormente, tenemos a Hidalgo (2,874 dólares), Veracruz (3,017 dólares) y Tabasco (3,342 dólares). De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo del 2009 los niveles de ingreso para la población son los que se presentan en el cuadro 2.15.

Cuadro 2.15 Nivel de ingresos.

Periodo	Hasta un salario mínimo	Más de 1 hasta 2 salarios mínimos	Más de 2 hasta 3 salarios mínimos	Más de 3 hasta 5 salarios mínimos	Más de 5 salarios mínimos
	%	%	%	%	%
2009					
I	12.64	23.19	20.55	17.65	10.4
II	12.97	22.2	19.75	17.79	10.65

2.4.4 Ocupación.

El 82% de la población indígena que es económicamente activa está ocupada y se desempeña fundamentalmente en el sector primario de la economía, mismo que concentra al 43% de los ocupados indígenas; en donde la ocupación principal de los indígenas se centra en el cultivo de maíz y frijol, seguida por el cultivo de café y cacao.

En el sector secundario se ocupa el 22% y la distribución de ocupados varía, sin embargo la ocupación predominante es la de albañil y ayudante o peón en la industria de la construcción; actividades que no demandan mano de obra calificada en términos de escolaridad, toda vez que en estas actividades la mayoría de los ocupados apenas si cursó la primaria. En el sector terciario se desempeña el 35%, si bien en el sector terciario el panorama es distinto, la mayoría de los ocupados indígenas en este sector laboran en actividades de servicio doméstico y apenas cubren la primaria, le siguen los que se ocupan como despachadores y dependientes de comercios con

⁶ El Índice de Desarrollo Humano es un índice compuesto que mide el logro promedio de un país o región en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, los conocimientos y un nivel decente de vida. El IDH contiene tres variables: la esperanza de vida al nacer, el logro educacional (alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación primaria, secundaria y terciaria combinada) y el Producto Interno Bruto (PIB) real per cápita ajustado en dólares.

El IDH puede tener un valor entre 0 y 1. Entre más se acerca a 1, mayor es el nivel de desarrollo humano.

secundaria. Destaca aquí la presencia de los profesores de enseñanza primaria como los que alcanzan mayor escolaridad.

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, los datos preliminares indican que 59.4% de la población de 14 años y más, se encontraba disponible para producir bienes o servicios (está ocupada o busca estarlo), mientras que 40.6% se dedica al hogar, estudia, está jubilado o pensionado, tiene impedimentos personales o lleva a cabo otras actividades. Del total de ocupados, más de dos terceras partes (64.3%) opera como un trabajador subordinado remunerado ocupando una plaza o puesto de trabajo, 4.4% son patrones o empleadores, un 24.3% trabaja de manera independiente o por su cuenta sin contratar empleados y finalmente un 7% opera en los negocios o en las parcelas familiares, contribuyendo de manera directa a los procesos productivos pero sin un acuerdo de remuneración monetaria.

La población ocupada por sector de actividad se distribuyó de la siguiente manera: en los servicios se concentró 42.5% del total, en el comercio 20.2%, en la industria manufacturera 14.7%, en las actividades agropecuarias 13.5%, en la construcción 7.6%, en “otras actividades económicas” (que incluyen la minería, electricidad, agua y suministro de gas) 0.9% y el 0.6% restante no especificó su actividad.

2.5 Rezago social.

El rezago social se mide en función de cuánta gente no tiene acceso a educación, salud y otros servicios como excusado, agua entubada, drenaje y energía eléctrica. Para su medición se utiliza el Índice de rezago social que es un indicador de carencias que se estima en tres niveles de agregación geográfica: estatal, municipal y local.

De esta forma se crearon cinco estratos que son: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto rezago social, y que dan la idea de grupos de localidades, municipios y estados que van de aquellos que muestran un menor a una mayor carencia en los indicadores que conforman el índice, respectivamente. El mayor rezago social a nivel municipal y local se concentra en el Sur-Sureste y zonas serranas del país.

De los municipios de México tenemos que 699 están en un grado muy bajo de rezago social, 562 en bajo, 557 en medio, 530 en alto y 106 en muy alto.

De los estados de la República Mexicana los que cuentan con el grado de muy alto rezago social son Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Por otro lado los estados que tienen el grado de muy bajo rezago social son Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Nuevo León, Sonora.

Violencia intrafamiliar y desempleo como factores de vulnerabilidad social.

Dentro de la violencia intrafamiliar se encuentra la violencia de pareja, que es la forma más común de violencia contra la mujer y esta no está limitada a ciertos grupos o condiciones sociales.

Los tipos de violencia que puede sufrir la mujer son:

- Violencia física. hace referencia a las agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer, lo que se traduce en un daño o en un intento de daño permanente o temporal.
- Violencia Sexual. Toda forma de dominación que se ejerce sobre la mujer con el fin de tener relaciones sexuales con ella, sin su consentimiento.
- Violencia económica. Son aquellas formas de agresión que el hombre ejerce sobre la mujer a partir de, o con el fin de, controlar los ingresos o el flujo de los recursos monetarios que ingresan al hogar; o bien, al cuestionar la forma en que dicho ingreso se gasta.
- Violencia emocional. Se refiere a las agresiones que, aunque no inciden directamente en el cuerpo de la mujer, afectan su estado emocional o psicológico.

En México 43 de cada 100 mujeres de 15 años y más, sufren de algún tipo de maltrato por parte de su novio, compañero o esposo a lo largo de su última relación. El estado de México ocupa el primer lugar de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia a lo largo de su última relación con el 54.1%, seguido por los estados de Jalisco y Colima (52.8% y 50.3% respectivamente). Con lo que respecta a la comparación que existe entre las comunidades rurales – urbanas las cifras son las que se presentan en el cuadro 2.16.

Cuadro 2.16 Comparativo de violencia intrafamiliar entre población rural y urbano.

Entidad federativa, condición y tipo de violencia	Total		Ámbito de residencia			
	Abs.	Rel.	Urbano		Rural	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Estados Unidos Mexicanos	21 631 993	100.0	16 609 472	100.0	5 022 521	100.0
Sin incidentes de violencia	12 883 249	59.6	9 547 836	57.5	3 335 413	66.4
Con al menos un incidente de violencia	8 656 871	40.0	6 984 315	42.1	1 672 556	33.3
Emocional	6 927 327	32.0	5 600 769	33.7	1 326 558	26.4
Económica	4 955 279	22.9	4 049 779	24.4	905 500	18.0
Física	2 213 941	10.2	1 745 880	10.5	468 061	9.3
Sexual	1 292 127	6.0	995 676	6.0	296 451	5.9
No especificado	91 873	0.4	77 321	0.5	14 552	0.3

Fuente: INEGI

Por lo que se refiera a las mujeres de 15 años y más que han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja según condición de habla de lengua indígena las cifras son las que se muestran en el cuadro 2.17

Cuadro 2.17 Tipo de violencia condición de habla de lengua indígena.

Entidad federativa seleccionada, condición y tipo de violencia	Condición de habla de lengua indígena							
	Total		Hablan lengua indígena		No hablan lengua indígena		No especificado	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Estados Unidos Mexicanos	21 631 993	100.0	1 633 808	100.0	19 985 926	100.0	12 259	100.0
Sin incidentes de violencia	12 883 249	59.6	1 091 055	66.8	11 783 886	59.0	8 308	67.8
Con al menos un incidente de violencia	8 656 871	40.0	533 088	32.6	8 119 949	40.6	3 834	31.3
Emocional	6 927 327	32.0	430 783	26.4	6 492 765	32.5	3 779	30.8
Económica	4 955 279	22.9	278 208	17.0	4 674 714	23.4	2 357	19.2
Física	2 213 941	10.2	176 162	10.8	2 036 481	10.2	1 298	10.6
Sexual	1 292 127	6.0	99 257	6.1	1 192 416	6.0	454	3.7
No especificado	91 873	0.4	9 665	0.6	82 091	0.4	117	1.0
Chiapas	854 072	100.0	208 970	100.0	645 102	100.0	0	0.0
Sin incidentes de violencia	613 060	71.8	144 604	69.2	468 456	72.6	0	0.0
Con al menos un incidente de violencia	240 571	28.2	64 366	30.8	176 205	27.3	0	0.0
Emocional	190 395	22.3	53 806	25.7	136 589	21.2	0	0.0
Económica	95 352	11.2	17 752	8.5	77 600	12.0	0	0.0
Física	66 096	7.7	14 901	7.1	51 195	7.9	0	0.0
Sexual	28 817	3.4	5 422	2.6	23 395	3.6	0	0.0
No especificado	441	0.1	0	0.0	441	0.1	0	0.0
Guerrero	620 955	100.0	98 019	100.0	521 941	100.0	995	100.0
Sin incidentes de violencia	374 187	60.3	65 918	67.3	308 150	59.0	119	12.0
Con al menos un incidente de violencia	243 978	39.3	32 101	32.7	211 001	40.4	876	88.0
Emocional	185 361	29.9	23 455	23.9	161 030	30.9	876	88.0
Económica	152 359	24.5	18 508	18.9	133 090	25.5	761	76.5
Física	70 094	11.3	11 482	11.7	57 851	11.1	761	76.5
Sexual	43 328	7.0	4 933	5.0	38 395	7.4	0	0.0
No especificado	2 790	0.4	0	0.0	2 790	0.5	0	0.0
México	2 928 513	100.0	137 265	100.0	2 789 133	100.0	2 115	100.0
Sin incidentes de violencia	1 375 009	47.0	82 659	60.2	1 290 962	46.3	1 388	65.6
Con al menos un incidente de violencia	1 539 489	52.6	53 531	39.0	1 485 231	53.3	727	34.4
Emocional	1 218 068	41.6	45 367	33.1	1 171 974	42.0	727	34.4
Económica	882 857	30.1	36 012	26.2	846 845	30.4	0	0.0
Física	373 161	12.7	17 082	12.4	356 079	12.8	0	0.0
Sexual	218 635	7.5	14 864	10.8	203 771	7.3	0	0.0
No especificado	14 015	0.5	1 075	0.8	12 940	0.5	0	0.0
Puebla	1 091 832	100.0	145 938	100.0	945 894	100.0	0	0.0
Sin incidentes de violencia	636 882	58.3	99 379	68.1	537 503	56.8	0	0.0
Con al menos un incidente de violencia	449 173	41.1	43 735	30.0	405 438	42.9	0	0.0
Emocional	379 347	34.7	39 631	27.2	339 716	35.9	0	0.0
Económica	241 889	22.2	22 791	15.6	219 098	23.2	0	0.0
Física	124 532	11.4	16 592	11.4	107 940	11.4	0	0.0
Sexual	62 008	5.7	8 090	5.5	53 918	5.7	0	0.0
No especificado	5 777	0.5	2 824	1.9	2 953	0.3	0	0.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	1 525 160	100.0	110 439	100.0	1 414 604	100.0	117	100.0
Sin incidentes de violencia	986 311	64.7	85 275	77.2	901 036	63.7	0	0.0
Con al menos un incidente de violencia	535 935	35.1	25 164	22.8	510 771	36.1	0	0.0
Emocional	423 886	27.8	18 021	16.3	405 865	28.7	0	0.0
Económica	304 275	20.0	13 115	11.9	291 160	20.6	0	0.0

Entidad federativa seleccionada, condición y tipo de violencia	Condición de habla de lengua indígena							
	Total		Hablan lengua indígena		No hablan lengua indígena		No especificado	
Física	163 984	10.8	6 797	6.2	157 187	11.1	0	0.0
Sexual	80 117	5.3	4 043	3.7	76 074	5.4	0	0.0
No especificado	2 914	0.2	0	0.0	2 797	0.2	117	100.0
Yucatán	397 498	100.0	180 593	100.0	216 538	100.0	367	100.0
Sin incidentes de violencia	256 634	64.6	121 825	67.5	134 442	62.1	367	100.0
Con al menos un incidente de violencia	137 365	34.6	57 026	31.6	80 339	37.1	0	0.0
Emocional	106 552	26.8	43 081	23.9	63 471	29.3	0	0.0
Económica	77 050	19.4	31 586	17.5	45 464	21.0	0	0.0
Física	34 445	8.7	15 791	8.7	18 654	8.6	0	0.0
Sexual	22 256	5.6	12 221	6.8	10 035	4.6	0	0.0
No especificado	3 499	0.9	1 742	1.0	1 757	0.8	0	0.0

Fuente: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los hogares 2006 (ENDIREH)

Maltrato infantil

Otra de las variantes de la violencia intrafamiliar es el maltrato infantil, el cual es un problema que compete a todos los países del mundo. En América Latina no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes son objeto de agresiones severas y 80 mil mueren cada año por la violencia que se presenta al interior de la familia. En el cuadro 2.18 se muestra el tipo de maltrato infantil a nivel Nacional.

Cuadro 2.18 Tipo de maltrato nivel nacional 2005.

Tipo de maltrato	Porcentaje
Físico	23.7
Abuso sexual	3.8
Abandono	7.7
Emocional	21.1
Omisión de cuidados	27.6
Explotación sexual comercial	0.2
Negligencia	8.3
Explotación laboral	0.8

Fuente: INEGI, DIF. Dirección de Asistencia Jurídica. Subdirección de Asistencia Jurídica y Adopciones. Programa de Prevención del Maltrato del Menor (PREMAN).

Los estados que presentan el mayor porcentaje de maltrato físico son el Distrito Federal y Nayarit con el 57.8% y 54.4% respectivamente; en abuso sexual son Tamaulipas y Querétaro con el 12.2% y 9.7%. En el tema de abandono el mayor porcentaje es para Chiapas e Hidalgo con el 31.3% y 18.6%, en el maltrato emocional se destacan el Distrito Federal y Puebla con el 82.2% y 69.7%. En el tema de omisión de cuidados encontramos al Distrito Federal y Oaxaca con el 82.2% y el 77.6% encabezando la lista, en el tema de explotación sexual infantil están los estados de Colima y Tlaxcala con el 2.4% y 1%, En la cuestión de negligencia los estados que mayormente presentan

estos problemas son Durango y el Estado de México con el 37.1% y 36.5%, y por último la explotación laboral que la encabezan los estados de Quintana Roo y Nayarit con el 6% y 3.6% respectivamente. En el cuadro 2.19 se muestra el tipo de maltrato infantil por entidad federativa.

Cuadro 2.19 Tipo de maltrato infantil por entidad federativa 2005.

Entidad	Físico	Abuso sexual	Abandono	Emocional	Omisión de cuidados	Explotación sexual comercial	Negligencia	Explotación laboral
Estados Unidos Mexicanos	23.7	3.8	7.7	21.1	27.6	0.2	8.3	0.8
Aguascalientes	19.2	0.7	0.1	17.3	17.9	0	0	0.2
Baja California	14.4	3.3	3.2	7.2	56.3	0.1	0	0.1
Baja California Sur	24.6	8.7	4.3	26.1	18.8	0	17.4	0
Campeche	26.6	3.3	1.6	16	52.3	0.3	0	0
Coahuila de Zaragoza	15.2	2.1	9.2	17.9	31.9	0.8	22.7	0.3
Colima	22.3	8.4	1.8	17.5	45.2	2.4	0	2.4
Chiapas	27.3	5	31.3	20	8.2	0	6.7	1.5
Chihuahua	11.5	3.2	4.9	1.1	71.6	0	1.7	1.7
Distrito Federal	57.8	0	0	82.2	82.2	0	0	0
Durango	33.8	2.1	8.4	18.7	0	0	37.1	0
Guanajuato	24.4	3.1	3.2	42.4	31.2	0.1	7.5	0.9
Guerrero	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Hidalgo	37.3	9.1	18.6	12.4	19.9	0.1	0	1.6
Jalisco	29.7	5.3	6.1	16.3	9.7	0.1	1.6	0.2
México	38.5	3.5	5	21.4	0	0	36.5	0
Michoacán	43.9	3.3	0.3	12.9	39.3	0	0	0.3
Morelos	46	6.4	2	7.7	47.3	0.3	0	0
Nayarit	54.4	5.1	9.7	11.8	9.2	0	0	3.6
Nuevo León	19.6	5.7	13.3	3.9	0	0	24.9	0.6
Oaxaca	13	0	0.3	9	77.6	0	0.1	0
Puebla	21.6	1	5.2	69.7	37.3	0	0.3	0.7
Querétaro	24.4	9.7	6.5	25.1	28.3	0.7	1.1	3.6
Quintana Roo	36.2	9.7	9.3	33.8	26.2	0	0	6
San Luis Potosí	37.3	8.9	1.1	10.1	30.8	0	0	3.4
Sinaloa	31	5.3	0.7	33.6	42.7	0.4	3.1	0.1
Sonora	0	0	0	0	0	0	0	0
Tabasco	19	6.2	13.3	11.2	14.7	0.2	0	0
Tamaulipas	26.6	12.2	1.1	19.8	26.6	0	13.7	0
Tlaxcala	30	3.3	12.3	26.7	14	1	12	0.7
Veracruz	43.9	1.8	2.6	10.5	41.2	0	0	0
Yucatán	22.4	5.7	2.6	26.6	36.3	0.5	4.6	0.7
Zacatecas	14.6	2	2.4	29.6	38.5	0	3.2	0.4

Fuente: INEGI, DIF. Dirección de Asistencia Jurídica. Subdirección de Asistencia Jurídica y Adopciones. Programa de Prevención del Maltrato del Menor (PREMAN).

Desempleo

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo se considera que una persona esta empleada cuando son mayores de 14 años y trabajan al menos 6 horas a la semana

A nivel nacional, la tasa de desocupación al tercer trimestre del 2009 fue de 5.94% de la población económicamente activa cifra que esta por encima del 2008 cuando se situó en 4.11%.

Del total de desocupados que existen en México, el 72.8% son personas que cuentan con instrucción mayor al del nivel medio inferior (secundaria), mientras que el restante 27.2% son trabajadores que no la concluyeron. En el cuadro 2.21 se presentan los indicadores a nivel nacional de empleo y desempleo.

Cuadro 2.20 Indicadores nacionales de empleo y desempleo

Indicador	Periodo 2009		
	I	II	III
Población económicamente activa (PEA)	45204274	45709355	46842248
Ocupada	42915615	43344281	43917203
Desocupada	2288659	2365074	2925045
Población no económicamente activa (PNEA)	32966802	33008979	32147505
Disponible	5656258	5864619	5447927
No disponible	27310544	27144360	26699578

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. STPS-INEGI.

En lo referente al desempleo en las zonas rurales la situación se presenta en el cuadro 2.21

Cuadro 2.21 Indicadores zonas rurales de empleo y desempleo.

Indicador	Periodo 2009		
	I	II	III
1. Población total	23828125	23784418	23738959
2. Población de 14 años y más	16077766	16104078	16098456
Población económicamente activa (PEA)	8454453	8567596	8941925
Ocupada	8203982	8314831	8612360
Desocupada	250471	252765	329565
Población no económicamente activa (PNEA)	7623313	7536482	7156531
Disponible	1557663	1616820	1563223
No disponible	6065650	5919662	5593308

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. STPS-INEGI

CAPÍTULO 3. DIAGNÓSTICO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN VULNERABLE.

3.1 Introducción

Es de vital importancia para fortalecer los sistemas de protección social en México, apostar a un sistema que proteja a su población sin distinción socioeconómica o laboral. Esta apuesta obliga a hacer un replanteamiento profundo del alcance y la naturaleza de la protección social en México, en términos de su diseño y de su financiamiento.

Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todos los estados, de tal forma que sean percibidos por toda la población a través de una atención eficaz y lograr consolidar una cultura de la calidad entre las y los prestadores de servicios, debe de ser la base para poder consolidar los sistemas de salud.

La correcta toma de decisiones así como el identificar los alcances y limitaciones de los sistemas de salud en México, tiene implicaciones que van más allá de la lucha contra la pobreza: afecta al cumplimiento de los objetivos de la política social, impacta la política fiscal y tendrá repercusiones en la productividad y el crecimiento.

Es importante realizar un correcto diagnóstico para poder identificar aquellos problemas que son susceptibles de ser tratados, así como determinar las posibles fallas que existen en la estructura y políticas de los sistemas de protección social en México.

Una de las consecuencias más visibles de una política errónea en materia de salud, es la disminución en la calidad de vida de la población, así como la pérdida de años de vida productiva e incrementos insostenibles en los gastos para el sistema nacional de salud.

La elección adecuada de los factores, tanto positivos como negativos de una entidad, son elementos claves en la elaboración de un correcto diagnóstico.

Una de las técnicas analíticas usadas comúnmente en inteligencia competitiva⁷ y que se utilizará en el desarrollo de este capítulo, es el análisis FODA (Es el proceso de análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas). La cual es utilizada en la " guerra estratégica" en el que se interpreta el papel de los diferentes factores, así como de sus posibles estrategias futuras.

⁷ La Inteligencia Competitiva es el proceso de obtención, análisis, interpretación y difusión de información de valor estratégico sobre la industria y los competidores, que se transmite a los responsables de la toma de decisiones en el momento oportuno.

El análisis FODA es una de las técnicas analíticas más importante y perdurable que se utiliza en la administración estratégica, ya que como muestra una encuesta aplicada a 113 empresas del Reino Unido, esta técnica ocupa el 4 lugar en su uso.⁸

3.2 Metodología FODA

La planeación estratégica, se ocupa del desarrollo de la misión, los objetivos, las estrategias y las políticas de una corporación. Comenzando con un análisis detallado de la situación, el cual consiste en encontrar una concordancia estratégica entre las oportunidades externas y las fortalezas internas y tomando también en cuenta las amenazas externas y las debilidades internas.

FODA es un acrónimo que se utiliza para describir las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas particulares que son los elementos estratégicos para una organización específica. El análisis FODA permite la identificación de las capacidades y los recursos específicos con que una organización cuenta y la mejor manera de utilizarlos, además de identificar las oportunidades que la empresa o institución no es capaz de aprovechar actualmente debido a la falta de recursos adecuados.

Las *fortalezas* y *debilidades* corresponden al ámbito interno de la institución, y dentro del proceso de planeación estratégica, se debe realizar el análisis de cuáles son esas fortalezas con las que cuenta y cuáles las debilidades que obstaculizan el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

De esta forma, el proceso de planeación estratégica se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas son incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente, y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance de los objetivos, la Misión y Visión.

En el análisis del medio ambiente externo, se deben considerar muchos factores. Las *amenazas* podrían incluir los problemas de inflación, pobreza, cambios tecnológicos, aumento de la población, desempleo y acciones gubernamentales entre otros. En general, tanto las *amenazas* como las *oportunidades* podrían quedar agrupadas en las siguientes categorías: factores económicos, sociales o políticos, factores del producto o tecnológicos, factores demográficos, y otros.

⁸ L. Wheelen, Thomas ,Hunger, David J., *Administración estratégica y política de negocios.*, Pearson Educación de México S.A. de C.V., 2007.

Matriz FODA.

La matriz FODA ayuda a visualizar la forma en la que las oportunidades y amenazas externas que enfrenta una corporación, se pueden relacionar con las fortalezas y debilidades internas, para de esta forma generar cuatro series de posibles alternativas estratégicas. En el cuadro 3.1 se presenta la manera de realizar una matriz FODA.

Cuadro 3.1 Matriz FODA

Factores Internos (IFAS) Factores Externos (EFAS)	Fortalezas (F) Enumerar fortalezas internas.	Debilidades (D) Enumerar debilidades internas.
Oportunidades (O) Enumerar oportunidades externas	Estrategias FO Crear estrategias que usen fortalezas para aprovechar las oportunidades.	Estrategias DO Crear estrategias que aprovechen las oportunidades superando las debilidades.
Amenazas (A) enumerar amenazas externas	Estrategias FA Crear estrategias que utilicen fortalezas para evitar amenazas.	Estrategias DA Crear estrategias que minimicen las debilidades y eliminen las amenazas.

- a. En el cuadro de Oportunidades (O), se enumeran las oportunidades externas disponibles en el ambiente actual o futuro del sistema de protección social.
- b. En el cuadro de Amenazas (A) se enumeran las amenazas externas a las cuales se enfrenta el programa en cuestión actualmente o en el futuro.
- c. En el cuadro de Fortalezas (F), se enumeran las áreas específicas de fortaleza actual o futura del sistema de protección social.
- d. En el cuadro de Debilidades (D) se enumeran las áreas específicas de debilidad actual o futura del sistema de protección social.
- e. Se elabora una serie de estrategias posibles para los diferentes programas de protección social a considerar, en base a las combinaciones específicas de las cuatro series de factores.

1. Las estrategias FO se crean en base a las maneras en que los programas sociales podrían usar sus fortalezas para aprovechar las oportunidades.
2. Las estrategias FA consideran las fortalezas de los programas sociales como una manera de evitar amenazas.
3. Las estrategias DO intentan aprovechar las oportunidades superando las debilidades.
4. Las estrategias DA son fundamentalmente defensivas y actúan principalmente para minimizar las debilidades y evitar las amenazas.

Es muy útil la matriz FODA para elaborar una serie de alternativas para solucionar las diversas problemáticas que se presentan en los diversos programas de asistencia social. Se puede usar para una corporación o entidad en general o para una unidad de negocio específica de una corporación.

3.2.1 Objetivo

Entender los acontecimientos por los cuales está atravesando el país en materia de salud, así como identificar los principales problemas a los cuales se enfrenta el gobierno federal, estatal, y municipal para lograr las metas fijadas, es de suma importancia para poder lograr un diagnóstico acertado.

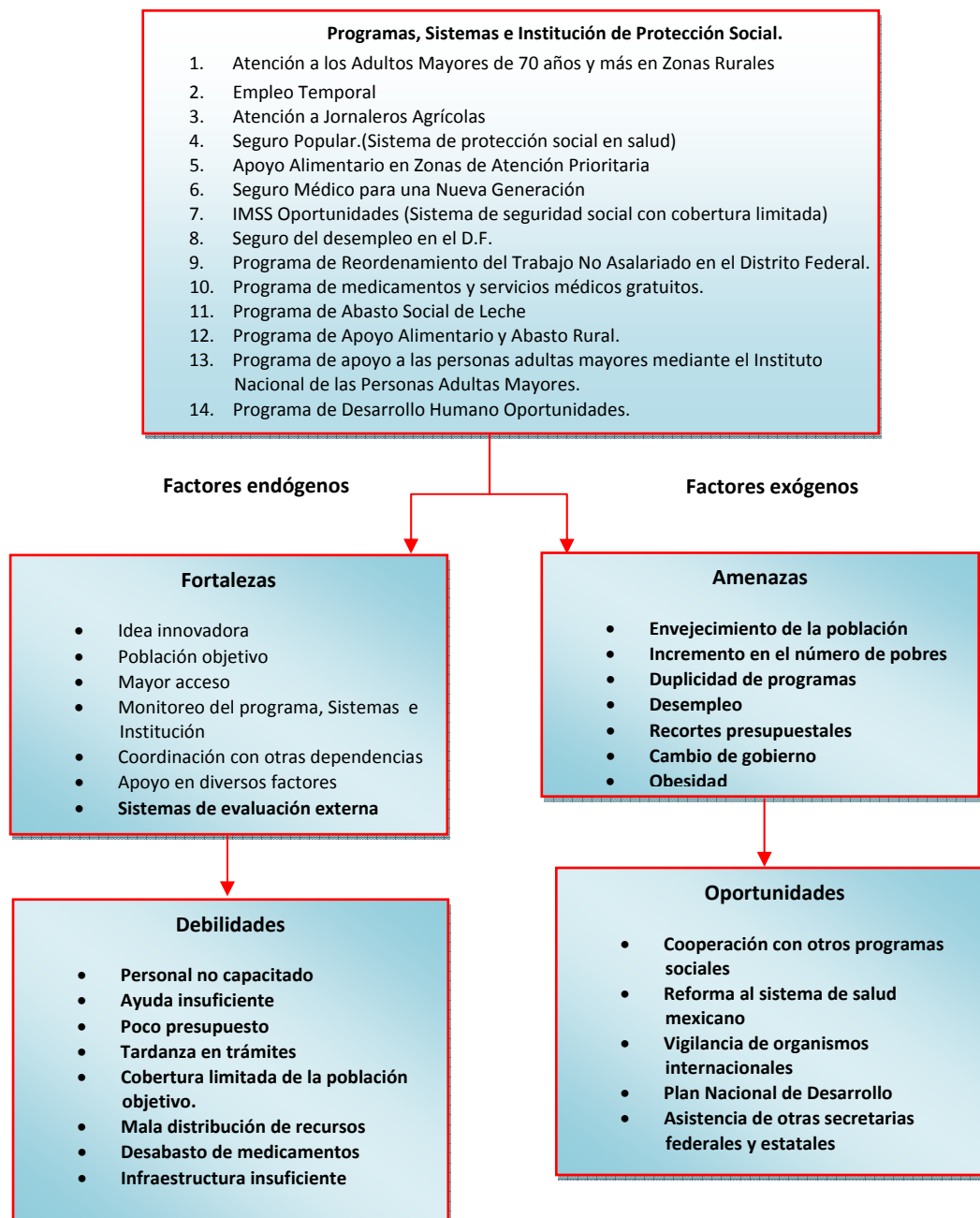
El objetivo del análisis de los sistemas de protección social en México, es exponer e identificar el alcance y las limitaciones de todas las políticas, programas y recursos de las cuales se dispone, y de esta forma proponer técnicas y métodos de optimización, además de conocer la circunstancia en la cual se encuentra la salud de la población vulnerable.

3.2.2 Diagnóstico vigente.

Para la elaboración del diagnóstico de los diferentes programas de protección social se consideran tanto las variables exógenas como endógenas que existen en torno a ellos.

El análisis que se presenta se desarrolló tomando en cuenta los elementos mostrados en el cuadro 3.2

Cuadro 3.2 Elementos para el desarrollo del análisis



En base a estos elementos se analizará cada uno de los programas, sistemas e instituciones de protección social, enumerando los factores externos e internos, así como sus respectivas estrategias para optimizar los recursos con los que estos cuentan.

3.2.3 Diagnostico Prospectivo

3.2.3.1 Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales

Factores Internos (Tabla IFAS)	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	F1. Idea innovadora F2. Cuenta con cobertura a nivel Nacional F3 Crecimiento del padrón de beneficiarios F4 Facilidades al otorgar el servicio F5 Constante monitoreo del programa	D1 Se toma de referencia una edad de 70 años D2 Personal no capacitado D3 Ayuda Insuficiente D4 Falta de Promoción D5 No existen criterios estrictos de elegibilidad
Oportunidades (O)	FO. El apoyar a uno de los sectores de la población mas vulnerable debe de estar sustentado y apoyado por instituciones como el INEGI para conocer la población objetivo y poder determinar logros y metas, además de supervisar y constatar los mismos por medio de la participación de redes sociales.El constante crecimiento del padrón de beneficiarios podría ser apoyado por otros programas de asistencia social, así como de instituciones especializadas para atender a este sector de la población.	DO Fomentar el apoyo de otros programas sociales para complementar la ayuda que se otorga y así con ello evitar duplicidad en los programas. Capacitar al personal por medio de Instituciones especializadas como el Instituto de Geriatria, además de sustentar el apoyo antes de los 70 años a través de la participación del INEGI.
Amenazas (A)	FA Gracias a su cobertura a Nivel nacional y a su constante crecimiento puede abarcar a gran cantidad de población y evitar así que se excluya a personas que lo necesiten. El constante minitoreo que se lleva acabo ayuda a detectar los errores que se estan cometiendo para realizar las correcciones necesarias para de esa forma elevar la calidad del mismo. Gracias a la gran facilidad con la que se puede acceder al programa puede ayudar a que las familias integren al programa a sus familiares.	DA El programa debe enfocarse a la población más marginada que exista para lograr con ello que se optimicen los pocos recursos que existen.

Fortalezas

F1. Idea innovadora .Enfoca la atención a un sector de la población que, por su entorno, es muy difícil que cuenten con los servicios y condiciones necesarias para tener una mejor condición de vida.

F2. Cuenta con cobertura a nivel Nacional. Al contar con cobertura a nivel nacional se puede abarcar a una mayor cantidad de adultos mayores que viven en condiciones de pobreza extrema.

F3. Constante crecimiento del padrón de beneficiarios. Del cierre de 2007 al bimestre julio-agosto de 2009 el Padrón Activo de Beneficiarios pasó de 1 a más de 2 millones de adultos mayores de 70 años o más localizados en 76,514 localidades de hasta 30 mil habitantes. Los apoyos se destinarán a las localidades de hasta 2 mil 500 habitantes, posteriormente extenderá su cobertura a las

localidades de hasta 10 mil habitantes y con base en la disponibilidad presupuestal, pudiendo ampliarse de forma gradual en localidades de mayor a menor marginación hasta 20 mil habitantes; todo esto tomando como base el II Censo de Población y Vivienda 2005 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

F4. Facilidades al otorgar el servicio. Los interesados en las pensiones del Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y Más en Zonas Rurales sólo tendrán que cumplir con tres requisitos: acta de nacimiento, credencial de elector o del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y comprobante de domicilio. El trámite es absolutamente gratuito y se debe hacer de manera individual ante promotores del programa Oportunidades, y en caso de algún impedimento físico deberá avisar a través de un familiar al personal de la SEDESOL para que acudan a su domicilio.

F5. Constante monitoreo del programa. La Dirección General de Seguimiento (DGS) en coordinación con la DGAGP, así como las Delegaciones de la Sedesol cuando corresponde, realiza el seguimiento físico de la aplicación de los recursos del Programa, el monitoreo de las metas alcanzadas y de la población beneficiada, dirigido al cumplimiento de las Reglas de Operación

Debilidades

D1. Se toma de referencia una edad de 70 años. Las condiciones en las comunidades rurales de alta marginación son tales que la edad promedio de muerte de una mujer es de 51 años y la de un hombre es a los 49, lo que implica que esa ayuda jamás llegue a la población que realmente lo necesita.

D2. Personal no capacitado. No existe en México el suficiente personal especializado en el área de geriatría, para poder brindar el servicio adecuado a este tipo de población.

D3. Ayuda Insuficiente. La ayuda económica es insuficiente si consideramos que el crecimiento de los precios en los productos que integran la canasta básica, es mayor al incremento que se aplica a la ayuda financiera que brinda el programa. El crecimiento en los precios provoca un empobrecimiento mayor en la población mexicana, ya que el segmento más rezagado destina una mayor proporción de su ingreso al consumo básico.

D4. Falta de Promoción. No existe la promoción ni la difusión adecuada para dar a conocer el programa en las comunidades más marginadas.

D5. No existen criterios estrictos de elegibilidad. Es indispensable hacer uso adecuado de los recursos limitados, ya que no se establecen criterios estrictos de elegibilidad para evitar la

duplicación de apoyos a una misma persona al también estar inscrito en el esquema para Adultos Mayores del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Amenazas

A1. Envejecimiento de la población. Se estima que la población adulta mayor tendrá un crecimiento importante, lo que implicara que exista mayor demanda de este servicio.

A2. Incremento en el número de pobres. Un estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) revela que de continuar los altos precios de los alimentos a nivel mundial, los pobres de México podrían incrementarse en un tercio, desde un 20.6% hasta llegar a alcanzar el 27.5% de su población total.

A3. Duplicidad en los programas. El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades cuenta en su componente adultos mayores que brinda atención a la población mayor de 70 años.

A4. Malas Evaluaciones externas por parte de ICADI e INDEP .De acuerdo con los índices de Calidad de Diseño de los programas federales (ICADI) y de Desempeño de los programas federales (INDEP) los resultados del Programa de Atención a adultos mayores son inferiores al promedio general.

A5. Desatención al adulto mayor. En México no existe una cultura el atención y cuidado al adulto mayor. En nuestro país diariamente existen casos de maltrato a los adultos mayores. Los adultos mayores no sólo constituyen uno de los sectores con mayor crecimiento poblacional, sino también es el más postergado.

Oportunidades

O1. Supervisión y evaluación que permitan ajustar las modalidades de su operación o decidir sobre su cancelación. La Unidad Administrativa responsable del (UARP) conforma una Red Social integrada por los Promotores Sociales de los Programa y voluntarios (beneficiarios o familiares), que apoya en acciones que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida de la población objetivo.

O2. Participación de organismos públicos descentralizados para brindar información sobre la situación de la política social y la medición de la pobreza en México. La finalidad es proporcionar los medios entre las organizaciones de la sociedad civil en temas de evaluación y medición de la pobreza. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), Alianza Cívica A.C. y el Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) realizan el taller nacional Evaluación de programas sociales e incidencia de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) con

el objetivo de proporcionar herramientas a las organizaciones de la sociedad civil en temas de evaluación de la política de desarrollo social y de la medición de la pobreza para que participen de manera informada en el ciclo de las políticas públicas.

O3. INEGI como herramienta de localización e identificación de grupos vulnerables. Utilizar la información estadística y geográfica para la localización y cuantificación de grupos vulnerables de forma adecuada, es de vital importancia para poder enfocar y definir las políticas necesarias de este programa para su adecuado desarrollo.

O4. Cooperación con otros Programas sociales. Es conveniente consolidar mecanismos de colaboración con otras dependencias y programas federales que actúan en los ámbitos alimentarios (Liconsa y Diconsa) con la finalidad de proporcionar mayores beneficios a esta población.

O5. El Instituto Nacional de Geriátría .El Instituto Nacional de Geriátría fue creado el 29 de julio de 2008. Es un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, dotado de autonomía operativa, técnica y administrativa. Su propósito es coadyuvar en el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, mediante acciones de desarrollo, fomento y promoción en materia de investigación y formación de recursos humanos en geriatría.

Estrategias

Estrategia FO. El ayudar a uno de los sectores de la población más vulnerable debe de estar sustentado y apoyado por instituciones como el INEGI para conocer la población objetivo y poder determinar los logros y metas del programa, además de supervisar y constatar los mismos por medio de la participación de redes sociales. El constante crecimiento del padrón de beneficiarios podría ser apoyado por otros programas de asistencia social, así como de instituciones especializadas para atender a este sector de la población.

Estrategia DO. Fomentar el apoyo de otros programas sociales para complementar la ayuda que se otorga y así con ello evitar duplicidad en los programas. Capacitar al personal por medio de Instituciones especializadas como el Instituto Nacional de Geriátría, además de sustentar el apoyo antes de los 70 años a través de la participación del INEGI.

Estrategia FA. Gracias a su cobertura a nivel nacional y a su constante crecimiento puede abarcar a gran cantidad de población y evitar así que se excluya a personas que lo necesiten. El constante monitoreo que se lleva a cabo ayuda a detectar los errores que se están cometiendo para de esa forma elevar la calidad del mismo. Gracias a la gran facilidad con la que se puede acceder al programa puede ayudar a que las familias integren al programa a sus familiares.

Estrategia DA. El programa debe enfocarse a la población más marginada que exista para lograr con ello que se optimicen los pocos recursos disponibles.

3.2.3.2 Programa de Empleo Temporal (PET)

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	F1 Un programa adecuado por la situación actual F2 Impulsa el desarrollo social F3 Control en el seguimiento de los programas F4 Coordinación y cooperación de distintas dependencias. F5 Mayor presupuesto	D1 Tardanza en la respuesta D2 Demasiados tramites D3 Uno de los programas con menor asignación de recursos D4 Solución momentánea trabajo
Oportunidades (O) O1 Desarrollo de proyectos para las zonas mas necesitadas O2 Coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social O3 SCT como medio para alcanzar zonas de difícil acceso O4 Presencia y coordinación con Comites estatales O5 Programa sectorial de trabajo y previsión social	FA Elaborar programas en coordinación con la STPS y con la SCT para el desarrollo de las comunidades más necesitadas, consolidar el seguimiento de los mismos a través de comités estatales.	DO Contar con una mayor participación de la STPS como herramienta clave en la creación de empleos permanentes así como coordinar proyectos de desarrollo social en las zonas más necesitadas. Apoyarse de los comités estatales para optimizar recursos y tiempos en las respuestas de los proyectos
Amenazas (A) A1 Dificil acceso a las zonas más marginadas A2 Desempleo A3 Disminucion en el presupuesto A4 Aumento en los impuestos A5 Personal mal capacitado	FA La cooperación coordinada de la SCT con la STPS para apoyar programas que impulsen la creación de empleos temporales para la construcción de nuevas vías de acceso a regiones poco comunicadas vía terrestre. Además de ayudar a la capacitación de los trabajadores, y de esta forma optimizar el uso del mayor presupuesto asignado.	DA Optimizar los recursos asignados para llegar a las zonas de difícil acceso y aprovechar la supervisión y recomendaciones elaboradas por la STPS para asignar el trabajo a las personas más necesitadas.

Fortalezas

F1. Un programa adecuado por la situación actual. La falta de empleo es un problema social muy grave, que se traduce en aumento de la pobreza y la marginación además, de ser un problema económico de primer orden por el desperdicio de recursos que significa la mano de obra desempleada. La falta de empleo provoca que exista menos gente ligado a la seguridad social y mayor demanda a los sistemas de protección social.

F2. Impulsa el desarrollo social. El programa de empleo temporal está diseñado, además de otorgar empleo, a la participación en proyectos de beneficio primordialmente comunitario.

F3. Control en el seguimiento de los programas. Para la captura de información y las actividades de seguimiento que realiza cada Dependencia operará el Sistema Integral de Información del Programa de Empleo Temporal (SIIPET), el cual proporcionará a las Dependencias las herramientas necesarias para el procesamiento de su información (número de apoyos, número de beneficiarios, sexo y edad de beneficiarios, número y tipo de proyectos, porcentaje de recursos destinados al otorgamiento de apoyos económicos directos, porcentaje de recursos destinados a apoyos complementarios, municipios y localidades en los que opera, recursos programados y ejercidos).

F4. Coordinación y cooperación de distintas dependencias. El PET integra y aplica recursos provenientes de los ramos administrativos: Desarrollo Social (SEDESOL), Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) y Comunicaciones y Transportes (SCT)

F5. Mayor presupuesto. El PET a partir de 2009 ya no abarcará solamente a zonas rurales, sino también urbanas; y aumentará su presupuesto de mil 500 a dos mil 200 millones de pesos, lo que equivale a un 45% más.

Debilidades

D1. Tardanza en la respuesta. Las Dependencias resolverán la solicitud dentro de los 30 días hábiles siguientes al ingreso de la misma. En caso de que el o los solicitante(s) no reciban respuesta en el plazo establecido, deberá (n) considerar que su solicitud no fue autorizada.

D2. Demasiados trámites. Entregar copia fotostática y presentar original para cotejo de alguno de los siguientes documentos: Credencial de Elector, pasaporte, cartilla del Servicio Militar Nacional. Constancia de identidad y edad con fotografía expedida por la autoridad municipal; solicitud mediante escrito libre que contenga: nombre del solicitante o solicitantes, fecha y lugar. Manifiestar estar de acuerdo en cumplir con su corresponsabilidad dentro de un proyecto de beneficio familiar o comunitario; no ser servidor público; no recibir apoyos de otros programas federales para el mismo fin; firma o huella digital del interesado o en su caso de los representantes del solicitante. Los proyectos que se soliciten deberán ser de beneficio familiar o comunitario y estar dentro de la apertura programática de las dependencias. La solicitud contendrá como mínimo: nombre del municipio y de la localidad en que habitan los solicitantes. Descripción breve del proyecto de beneficio familiar o comunitario que se planea realizar; nombre completo de los interesados y su firma o huella digital. Nombre completo del representante de los interesados y su firma o huella digital en su caso.

D3. Uno de los programas con menor asignación de recursos. Del total de recursos asignados a los programas de asistencia social, éste cuenta con tan solo 7%.

D4. Solución momentánea .Los salarios que se ofrecen constan del 99% de salario mínimo de la zona C que es el más bajo, además de no contar con prestaciones de salud, seguro social, y por supuesto sin contrato.

D5. Poca participación de la secretaría del trabajo. Su función solo es la de opinar.

Amenazas

A1. Dificil acceso a las zonas más marginadas. Las zonas rurales continúan con problemas de acceso a los servicios básicos, entre los que se encuentran las alternativas de empleo.

A2. Desempleo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa de desempleo abierto durante el primer trimestre del 2009 fue de 5.02%. Esta cifra es la más alta desde abril del 2000 y en las zonas urbanas creció a 6.13%.

A3. Disminución en el presupuesto. Pueden existir políticas que estén destinadas a la reducción de presupuesto, debido a crisis financieras por las que se esté atravesando.

A4. Aumento en los impuestos. El alza en los impuestos es una carga mayor para la gente pobre.

A5. Personal mal capacitado. La falta de capacitación provoca que se no se realicen los proyectos adecuadamente.

Oportunidades

O1. Desarrollo de proyectos para las zonas más necesitadas. Aprovechar la mano de obra para contribuir a realizar proyectos que mejoren las condiciones de las comunidades.

O2 Secretaría del Trabajo y Previsión Social. La participación más activa de ésta secretaría podría ayudar a contribuir a la creación de más empleo para este sector de la población

O3 Secretaría de Comunicaciones y transportes. Esta secretaría puede servir como medio para la creación de nuevas vías de acceso a las comunidades más inhóspitas. El proceso de construcción de las nuevas vías se traduce en la generación de empleos temporales.

O4. Comités estatales .En cada entidad federativa, habrá un Comité Estatal del PET que coordinará las acciones del Programa y estará integrado por los representantes estatales de SEDESOL, SCT y SEMARNAT, y los correspondientes a los gobiernos de los estados. La Presidencia del Comité estará a cargo de la SEDESOL.

O5 Programa sectorial del trabajo y previsión social 2007-2012. Instruye a promover las políticas y generar las condiciones en el mercado laboral que incentiven la creación de empleos en el sector formal.

Estrategias.

Estrategia FA. Elaborar programas en coordinación con las STPS y la SCT para el desarrollo de las comunidades más necesitadas, y que exista un seguimiento de los mismos a través de comités estatales.

Estrategia DO. Contar con una mayor participación de la STPS como herramienta clave en la creación de empleos permanentes así como coordinar proyectos de desarrollo social en las zonas más necesitadas. Apoyarse de los comités estatales para optimizar recursos y tiempos en las respuestas de los proyectos.

Estrategia FA. La cooperación coordinada de la SCT con la STPS para apoyar programas que impulsen la creación de nuevas vías de acceso y de esta forma crear empleos temporales, además de ayudar a la capacitación de los trabajadores, y de esta forma aprovechar el mayor presupuesto asignado.

Estrategia DA. Optimizar los recursos asignados para llegar a las zonas de difícil acceso y aprovechar la supervisión y recomendaciones elaboradas por la STPS para asignar el trabajo a las personas más necesitadas.

3.2.3.3 Atención a Jornaleros Agrícolas

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
<p>(Tabla IFAS)</p> <p>Factores Externos</p> <p>(Tabla EFAS)</p>	<p>F1 Atiende a una población claramente marginada.</p> <p>F2 Conocimiento de la situación de la población objetivo</p> <p>F3 Coordinación Institucional</p> <p>F4 Apoyo en diversos factores.</p>	<p>D1 Falta de cobertura.</p> <p>D2 Mala distribución en áreas cubiertas.</p> <p>D3 Tardanza en la respuesta</p> <p>D4 Población objetivo es muy amplia y los recursos limitados</p>
<p>Oportunidades (O)</p> <p>O1 Coordinación con la STPS</p> <p>O2 Coordinación con productores Productores, las organizaciones, y los organismos internacionales</p> <p>O3 Evaluación mediante la Encuesta Nacional de Empleo</p> <p>O4 Coordinación con la Organización Internacional del Trabajo</p> <p>O5 Coordinación con la Universidad Autónoma de Chapingo</p>	<p>FO El apoyo y coordinación de organismos tanto nacionales como internacionales, para elaborar proyectos que ayuden a la creación de nuevos empleos para de esta forma lograr con ello una calidad de vida digna para la población objetivo.</p>	<p>DO La colaboración entre instituciones nacionales e internacionales para poder lograr una mayor cobertura, además de optimizar los recursos que se tienen para lograr con ello una mejor distribución de los mismos.</p>
<p>Amenazas (A)</p> <p>A1 Regiones inhóspitas</p> <p>A2 Bajos salarios</p> <p>A3 Condiciones climáticas</p> <p>A4 Pobre nivel de tecnificación en el campo</p> <p>A5 Importación de productos agrícolas</p>	<p>FA Deben existir proyectos que logren involucrar a la protección y ayuda de las familias de los jornaleros, así como el de fomentar un mayor crecimiento e inversión en la explotación del campo para de esta manera evitar que se importen productos del extranjero.</p>	<p>DA La implementación de políticas que permitan mejorar y optimizar la distribución de los recursos para de esta manera abarcar un mayor porcentaje de la población en todos los estados por igual</p>

Fortalezas

F1. Atiende a una población claramente marginada. Enfrenta la problemática existente entre la población jornalera agrícola y sus familias mediante acciones orientadas a la igualdad de oportunidades y ampliación de sus capacidades.

F2. Conocimiento de la Situación de la población objetivo. Se cuenta con la información necesaria para poder establecer cuál es la población objetivo y de esa manera poder establecer metas y objetivos concretos.

F3. Coordinación Institucional. La SEDESOL promoverá, a través de sus Delegaciones, procesos que permitan interactuar con diversas instituciones y dependencias de los tres órdenes de gobierno, federal, estatal y municipal, a través del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (COPLADE), con la finalidad de establecer bases sólidas de coordinación y

corresponsabilidad, así como con organizaciones y grupos de los sectores privado y social, con la finalidad de compartir conocimientos y experiencias; vincular esfuerzos; establecer compromisos corresponsables; aprovechar y optimizar recursos; conformar equipos y generar programas de trabajo que respondan a las características y necesidades de la población jornalera agrícola.

F4. Apoyo en diversos factores. Vivienda y saneamiento ambiental vivienda transitoria (albergues, galeras y campamentos) y la coordinación con instancias gubernamentales y de la sociedad civil permite al programa apoyar en áreas como , agua potable, salud y seguridad social, alimentación y abasto, educación, cultura y recreación, empleo, capacitación y productividad, procuración de justicia, tránsito migratorio, apoyo en contingencias.

Debilidades

D1. Falta cobertura. El problema está en que el programa no opera en algunos estados con alta presencia de jornaleros agrícolas, como Chiapas, Tabasco, Estado de México y Guanajuato; estableciéndose que se dará atención a la población jornalera ubicada dentro de la “Cobertura del Programa (18 entidades federativas)”, sin que exista una clara explicación del porqué el programa opera sólo en esos estados. Esta situación parece obedecer a la propia dinámica histórica del programa, a cuestiones de carencia de presupuesto, a deficiencias de personal capacitado y a la existencia de conflictos locales.

D2. Mala distribución. En lo referente al ejercicio presupuestal 2004, el apoyo otorgado se distribuyó diferenciadamente respondiendo a los criterios de marginalidad en los distintos estados de atención; sin embargo, se encuentran diferencias notables entre una entidad y otra en cuanto al número de proyectos apoyados y los presupuestos autorizados y ejercidos. Las diferencias más notables se encuentran entre las entidades de Baja California y Veracruz, en donde a la primera le correspondieron apoyos económicos muy por encima de los otorgados a la entidad veracruzana y sólo atendió dos municipios; mientras que los municipios que se atendieron en Veracruz ascendieron a un total de 42.

D3. Tardanza en la respuesta .Con respecto al trámite y entrega de los apoyos, existe cierta preocupación por parte de los beneficiarios, dado que ocasionalmente los proyectos tienden a funcionar meses después de lo planeado.

D4. Pocos recursos. La población objetivo es muy amplia y los recursos limitados. Las familias jornaleras quedan al margen de otros programas, como por ejemplo “Oportunidades”, por su movilidad y la temporalidad en el empleo. Se debe llevar a adaptar dichos programas a las condiciones de migración y de discontinuidad en el trabajo de los jornaleros. Además el programa se encuentra dentro de los programas que menos presupuesto para el desarrollo social se le destina con tan solo el 0.4% para el año 2009.

Amenazas

A1. Regiones inhóspitas. La problemática de los jornaleros agrícolas no se limita a sus lugares de origen, pues a esto hay que agregarle las deplorables condiciones de traslado hacia los lugares de empleo y las condiciones de hacinamiento e insalubridad en las que habitan al llegar a ellos. Así, la problemática jornalera identificada se vincula con las deplorables condiciones de vida y trabajo, no sólo de hombres y mujeres, sino de las familias de jornaleros agrícolas, por lo cual el propósito del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PRONJAG), debiera formularse de la siguiente manera “Mejorar las condiciones de vida y de trabajo de las familias rurales jornaleras agrícolas.”

A2. Constante violación a sus derechos laborales. La continua violación que se lleva a cabo a los derechos laborales tales como jornadas de trabajo, seguridad social, discriminación, capacitación, trabajo de menores, trabajo de mujeres, vacaciones, reparto de utilidades, días de descanso obligatorio, salarios, vivienda, obligaciones de los patrones, pago horas extras, incapacidad por gravedad, claridad en la relación laboral, etc.

A3. Condiciones climáticas. Las condiciones climáticas son un fenómeno que afecta a diversos ramos, entre los cuales se encuentra el campo, por lo que se deberán tomar medidas que consideren este factor de riesgo.

A4. Pobre nivel de tecnificación en el campo. No existe la cultura en el productor, ni en el gobierno de impulsar la ciencia y tecnología en el campo.

A5. Importaciones de productos agrícolas. Al mismo tiempo, el campesino mexicano se enfrenta a una desigual competencia entre aquellos productores que subsidiados por su gobierno, como el caso de Estados Unidos dentro del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, permite a través de leyes que haya un incentivo para la producción del campo, lo que abarata literalmente los costos de producción, contra los que no pueden competir los productores mexicanos.

Oportunidades

O1. Coordinación con la STPS. Que el Programa se relacione más estrechamente con la STPS para promover la defensa de los derechos laborales de los jornaleros agrícolas.

O2. Cooperación entre instituciones. Las instituciones de los tres niveles de gobierno, los productores, las organizaciones, las ONG y los organismos internacionales aportan progresivamente mayores recursos para operación, mantenimiento y ampliación de las acciones y proyectos del programa.

O3.Evaluación mediante la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. La encuesta Nacional de Ocupación y Empleo sirve para aplicar políticas públicas enfocadas a la creación del trabajo a nivel estatal.

O4.Coordinación con la Organización Internacional del Trabajo (OIT).La Organización Internacional del Trabajo (OIT) es la agencia tripartita de la ONU y convoca a gobiernos, empleadores y trabajadores de sus estados miembros con el fin de emprender acciones conjuntas destinadas a promover el trabajo en un ambiente saludable.

O5.Coordinación con la Universidad Autónoma de Chapingo.La Universidad Autónoma Chapingo es una institución mexicana pública, con liderazgo y reconocimiento nacional e internacional en el ámbito de la agronomía con alta calidad académica en la educación; los servicios y la transferencia de las innovaciones científicas y tecnológicas que realiza. La importancia y magnitud de sus contribuciones en investigación científica y tecnológica en el ámbito del campo mexicano, es vital para el desarrollo sustentable en el mediano y largo plazos.

Estrategias

Estrategia FO. El apoyo y coordinación de organismos tanto nacionales como internacionales, para elaborar proyectos que ayuden a la creación de nuevos empleos para de esta forma lograr con ello una calidad de vida digna para los trabajadores y sus familias.

Estrategia DO. La colaboración entre instituciones nacionales e internacionales para poder lograr una mayor cobertura, además de optimizar los recursos que se tienen para lograr con ello una mejor distribución de los mismos.

Estrategia FA. Deben existir proyectos que logren involucrar a la protección y ayuda a las familias de los jornaleros, así como el de fomentar un mayor crecimiento e inversión en la agroindustria nacional para de esta manera reducir las importaciones de productos agrícolas del extranjero.

Estrategia DA. La implementación de políticas que permitan mejorar y optimizar la distribución de los recursos para de esta manera abarcar un mayor porcentaje de la población en todos los estados por igual.

3.2.3.4 Sistema nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Factores Internos (Tabla IFAS)	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	F1 Acceso a los servicios de salud a las personas que no lo tienen. F2 Rápido crecimiento en la cobertura y afiliación sencilla. F3 Apoyo económico F4 Parte fundamental del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 F5 Equidad financiera	D1 Desequilibrio en la aportación solidaria estatal entre estados. D2 Desabasto de medicamentos D3 Infraestructura D4 Duplicidad de estructuras y procedimientos D5 Falta de personal
Oportunidades (O)		
O1 El gasto público en salud está creciendo O2 La reforma del sistema de salud mexicano O3 Coordinación con el IMSS oportunidades O4 Coordinación con otras Instituciones de salud O5 Vigilancia de organismos internacionales	FO Crear sistema que ayude a la coordinación con otros programas para brindar una mayor y mejor ayuda a la población que no cuenta con algún sistema de protección social, además de contar con la participación de organismos internacionales para optimizar y vigilar las mismas.	DO El aumento que existe de los recursos que se están destinando en salud, puede ayudar a mejorar las condiciones de vida que actualmente hay, así como de coordinar los diversos programas que existen para con ello evitar duplicidades y ayudar a una mejor distribución de los recursos.
Amenazas (A)		
A1 Desempleo A2 Políticas que destinen menores recursos al sector social. A3 Desconfianza de los afiliados A4 Uso inadecuado A5 Impuesto a medicinas	FA Gracias al apoyo al sistema y constante crecimiento de afiliados, se puede ir abarcando a la población que no está protegida o que haya quedado sin algún sistema de protección social en salud.	DA La creación de políticas que permitan una mejor distribución de los recursos para de esta manera poder abarcar un mayor porcentaje de población evitando duplicaciones con el sistema y logrando con ello incentivar el uso adecuado de los recursos.

Fortalezas

F1 Protege a las personas que no cuentan con sistemas de seguridad social en salud. Otorga cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público y voluntario, para aquellas personas de bajos recursos que no cuentan con empleo o que trabajan por cuenta propia y que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

F2 Rápido crecimiento en la cobertura y afiliación sencilla. Para la afiliación se presentan los siguientes requisitos: Ser mexicano por naturalización, no estar afiliados al IMSS o al ISSSTE o alguna otra institución de seguridad social, comprobante de domicilio, CURP o acta de nacimiento de cada uno de los integrantes de la familia, identificación oficial con fotografía del titular (credencial de elector, licencia de manejo, cartilla militar, pasaporte, carta de autoridad local). Si es el caso, comprobante de estudios de los hijos solteros de entre 18 y 25 años de edad, que acredite que se encuentren cursando estudios de educación media o superior. Si se es beneficiario de Oportunidades, copia de algún documento que tenga el folio.

F3. Apoyo económico. Protege los ingresos familiares al evitar el pago de bolsillo por la atención médica, al momento de su uso.

F4. Parte fundamental del plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND). En este sentido, el PND y los planes sectoriales ofrecen una amplia contribución al análisis de las oportunidades, ya que guían el quehacer nacional y en especial el educativo, dan lineamientos sobre las prioridades nacionales y en consecuencia guían la aplicación de los presupuestos que al final derivan en planes, programas, proyectos, actividades y metas.

F5 Equidad. Cualquier familia puede ser afiliada si no cuenta con algún tipo de seguro de salud. Además la equidad en la contribución familiar basada en la evaluación socioeconómica mediante la cual se determina la cuota de aportación para afiliarse al Seguro Popular, ya que paga más quien tiene mayor capacidad económica para hacerlo, pero sin afectar su economía familiar y aplicando un régimen no contributivo para las familias clasificadas en los dos deciles de ingreso más bajos.

Debilidades

D1. Desequilibrio en la aportación solidaria estatal (ASE) entre estados. Con respecto a los contrastes en los esfuerzos estatales para el financiamiento del gasto público del Seguro Popular se tienen, en un extremo, nueve entidades federativas (Baja California Sur, Chihuahua, Campeche, Sinaloa, Aguascalientes, Jalisco, Sonora, Distrito Federal y Tabasco) que podrían financiar la ASE mínima para la totalidad de su población objetivo en 2010 con los recursos estatales que actualmente aportan. En el otro extremo están el resto de los estados que tendrán que aportar recursos estatales adicionales para poder cumplir con su ASE en 2010.

D2. Desabasto de medicamentos. En la prestación de Servicios Médicos a los beneficiarios del Seguro Popular, en la mayoría de las localidades tanto urbanas como rurales, se han identificado limitantes operativas en el abasto de medicamentos. El origen de dicho desabasto se debe en la mayoría de las veces, a la falta de información oportuna y confiable, esto debido principalmente, a la imposibilidad de conocer en tiempo real, la demanda en el día a día de los medicamentos.

D3. Infraestructura. Existe en la actualidad instalaciones deterioradas, insuficientes y obsoletas.

D4. Duplicidad de estructuras y procedimientos. Las instituciones de seguridad social cuentan ya con esquemas de incorporación voluntaria, como el Seguro de Salud para la Familia del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuya promoción tendrá que enfrentar ahora la competencia del Seguro Popular.

D5. Falta de personal. La falta de personal médico es un problema grave que aqueja en la actualidad a nuestro país.

Amenazas

A1. Desempleo. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa de desempleo abierto durante el primer trimestre del 2009 fue de 5.02%. Esta cifra es la más alta desde abril del 2000 y en las zonas urbanas creció a 6.13%. Esta pérdida de empleos, representa una carga extra para el Seguro Popular.

A2. Menos recursos destinados a la salud. La proporción de la riqueza total anual que México destinaba a la salud en el año 2000 era de 5.6% del PIB, cifra menor a la de varios de los países latinoamericanos de ingresos medios e incluso menor que el promedio latinoamericano (6.9%). Dicha proporción ascendió en 2008 a 6.5% del PIB.

A3. Desconfianza. Desconfianza de la población objetivo para afiliarse o reafiliarse al Sistema, debido al desabasto de medicamentos, la falta de médicos especialistas, insuficiencia para atender la demanda de consulta de primer nivel, el cobro indebido, la falta de oportunidad de insumos para las medidas de diagnóstico y tratamiento, así como, largos tiempos de espera para la realización de estudios de diagnóstico y cirugías o el diferimiento de éstas por falta de espacio, equipo o recursos humanos.

A4. Poco control. No existen procedimientos para dar de baja a familias que sí cuentan con seguridad social, e incluso tampoco sancionar a aquellas que incurran en falsedad de información, o en el uso inadecuado de las pólizas.

A5. Impuesto a medicinas. El impuesto de ser aprobado provocará que menos población pueda acceder a comprar de su bolsillo medicamentos que no estén cubiertos por el Seguro Popular.

Oportunidades

O1. El gasto público. El gasto público en salud está creciendo a un ritmo mayor que el gasto Privado.

O2. La reforma del Sistema de Salud Mexicano. La reforma a la LGS, que dio como resultado la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), aprobada el 24 de abril de 2003, y cuyo brazo operativo es el Seguro Popular, se refiere a un seguro público de afiliación voluntaria, cuyo objetivo principal es brindar protección financiera a todos aquellos mexicanos que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento en salud y garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud bajo un sistema de aseguramiento universal en salud.

O3. IMSS oportunidades. Complementa los servicios que se brindan con los del IMSS oportunidades

O4. Apoyo de otras instituciones de salud. Los institutos nacionales de salud, si bien, son centros de investigación, también ofrecen servicios médicos de alta especialidad.

O5. Vigilancia de organismos internacionales. La existencia de organismos internacionales como la ONU, la OMS, entre otros, ayuda a tener una perspectiva exterior de la situación actual, así como de recomendaciones que se deben de seguir para alcanzar los mínimos estándares calidad de vida, ya que su misión es la de coordinar la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. La OMS es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales entre otros

Estrategias

Estrategia FO. Crear procesos que ayuden a la coordinación con otros sistemas y programas para brindar una mayor y mejor ayuda a la población que no cuenta con algún sistema de protección social en salud, además de contar con la participación de organismos internacionales para optimizar y vigilar los mismos.

Estrategia DO. El aumento que existe de los recursos que se están destinando en salud, puede ayudar a mejorar tanto las condiciones actuales, como la coordinación entre los diversos sistemas y programas de protección social en salud que existen para con ello evitar duplicidades y dar una mejor distribución de los recursos.

Estrategia FA. Gracias al apoyo al sistema y constante crecimiento de afiliados, se puede ir abarcando a la población que no este protegida o que haya quedado sin algún sistema de protección social en salud.

Estrategia DA. La creación de políticas que permitan una mejor distribución de los recursos para de esta manera poder abarcar un mayor porcentaje de población y poder evitar duplicaciones de los programas y sistemas logrando con ello reducir significativamente el uso inadecuado de los mismos.

3.2.3.5 Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
<p>(Tabla IFAS)</p> <p>Factores Externos</p> <p>(Tabla EFAS)</p>	<p>F1 Atiende a población que no es cubierta por ninguno de los programas sociales más importantes</p> <p>F2 Participación de la contraloría social y asambleas comunitarias</p> <p>F3 Mecanismos de seguimiento evaluación y supervisión</p> <p>F4 Coordinación con otras instancias para evitar duplicidades</p> <p>F5 Cobertura en todo el territorio nacional.</p>	<p>D1 Escasos recursos</p> <p>D2 Tardanza en la respuesta</p> <p>D3 Tramites excesivos</p> <p>D4 No delimita la población objetivo</p> <p>D5 Duplicación de programas</p>
<p>Oportunidades (O)</p> <p>O1 Participación de la Asociación de Municipios de México</p> <p>O2 Evaluación mediante la Encuestas de localidad y hogar</p> <p>O3 Complementarse con otros programas y sistemas.</p>	<p>FO La participación de la población de las comunidades para evaluar el desempeño del programa, así como la ayuda de otros programas para complementar el apoyo que se brinda.</p>	<p>DO La Asociación de Municipios de México es una entidad que puede ayudar al programa a optimizar su funcionalidad, además de poder lograr delimitar la población objetivo con la ayuda de las encuestas de localidad y hogar</p>
<p>Amenazas (A)</p> <p>A1 Mayor empobrecimiento</p> <p>A2 Crisis económica.</p> <p>A3 Amenazas de origen natural</p> <p>A4 Dispersión de la población</p> <p>A5 Remesas</p>	<p>FA La cobertura en todo el territorio Nacional contribuye a cubrir a la población que más lo necesita y que no cuenta con la ayuda de algun programa de asistencia social</p>	<p>DA Los pocos recursos con los que se cuentan deben de utilizarse para la población más vulnerable, además de establecer estrategias que permitan llegar a todas las comunidades</p>

Fortalezas

F1. Atiende a población que no es cubierta por ninguno de los programas sociales más importantes. En el Programa de Apoyo Alimentario la población objetivo son los hogares ubicados en las localidades identificadas por el II Censo de Población y Vivienda 2005, en las que no opera Oportunidades o el Programa a cargo de Diconsa.

F2. Participación de la contraloría social y asambleas comunitarias. Ayudan a que la comunidad esté informada, conozca sus derechos y obligaciones, apoye en la vigilancia social de las obras y verifique que los recursos se invierten correctamente.

F3. Cuenta con mecanismos de seguimiento evaluación y supervisión. Tiene considerado el seguimiento periódico de los proyectos, obras y acciones y para su cumplimiento, realiza el seguimiento físico y financiero, tanto en gabinete como en campo, efectuando la coordinación necesaria con las Delegaciones de la SEDESOL e instancias ejecutoras.

F4. Coordinación con otras instancias para evitar duplicidades. Se complementa adecuadamente con los programas estatales y municipales; comparte la responsabilidad en la ejecución, seguimiento y verificación de obras para evitar duplicidad en las acciones y mejorar el gasto operativo.

F5. Cobertura en todo el territorio nacional. Es un programa que tiene cobertura en todo el territorio nacional.

Oportunidades

O1. Participación de la Asociación de Municipios de México, A. C. (AMMAC). Es una institución que agrupa gobiernos municipales mexicanos comprometidos con el fortalecimiento del Municipio Libre. Su carácter de Asociación de Gobiernos más que de individuos, le otorga una fortaleza institucional que va más allá de los cambios administrativos y políticos en los Ayuntamientos.

Fortalecer a los gobiernos municipales mediante la representación política de sus agremiados, la vinculación e interlocución institucional, la investigación, el intercambio de experiencias y la profesionalización de la administración municipal para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

O2. Evaluación mediante las encuestas de localidad y hogar. Los datos de dichas, revisados en tiempos y forma sirven para que la información sea de mayor utilidad para el programa.

O3. Complementarse con otros programas y sistemas. EL complementar la ayuda con otros programas de asistencia social ayudará a brindar más ayuda a la población que lo requiere.

Debilidades

D1. Escasos recursos. La ayuda que se brinda en materia de alimentación y nutrición de los hogares es de 245 pesos mensuales por hogar y esta cantidad es insuficiente ante alzas en los precios de los alimentos.

D2. Tardanza en la respuesta. Se puede actuar en municipios o localidades distintos a los señalados, en casos de emergencia para atender a la población de zonas afectadas por desastres o contingencias naturales como huracanes, terremotos, deslaves, y otros eventos similares. En estos casos, se debe contar con un dictamen del Comité Técnico. El cual tendrá hasta 45 días hábiles para su resolución.

D3. Trámites excesivos. Para cada una de las obras, proyectos o acciones terminadas por los ejecutores se deberá formular la correspondiente acta de entrega-recepción o acta de

certificación de acciones, incluyendo un plan de conservación y mantenimiento, cuando se trate de infraestructura. En dicha acta de entrega-recepción participará el ejecutor de la obra y la comunidad beneficiada. Asimismo, deberá invitarse a presenciar el acto al COPLADE, la dependencia normativa, la Delegación, la Contraloría Estatal y al Ayuntamiento. El acta deberá entregarse a la Delegación correspondiente, al COPLADE y al Municipio, durante el acto o a más tardar a los 5 días hábiles de haberse efectuado éste; asimismo, el acta deberá contener el compromiso de la comunidad, de los beneficiarios o de la instancia de gobierno que recibe la obra concluida sobre su mantenimiento, conservación, vigilancia y operación (Formato PAAZAP-C).

D4. No delimita la población objetivo. Incluye a población en localidades de todos los tamaños, de diferentes grados de marginación y con acceso a servicios de salud y educación, lo cual contraviene la problemática detectada que le da origen al Programa; además de que estas localidades pueden ser atendidas por programas de mayor impacto.

D5. Duplicación de programas. El Programa de Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria (PAAZAP) y el Programa de apoyo alimentario, son programas dirigidos a la misma población objetivo, por lo que en términos de diseño el PAAZAP duplicó al PAL, aunque a nivel hogar y localidad no haya duplicidad, ya que los lineamientos del Programa establecen que no podrán ser beneficiarios aquellos beneficiarios del PAL.

Amenazas

A1. Mayor empobrecimiento Según lo reveló el Instituto Nacional de Estadística y Geografía entre 2006 y 2008 existió un incremento en el nivel de empobrecimiento, lo que traerá como consecuencia una mayor demanda y apoyo por parte de los programas de asistencia social.

A2. Crisis económica. La crisis económica puede provocar que disminuyan los recursos destinados a los programas de asistencia social, al mismo tiempo que provoque un incremento en la demanda.

A3. Amenazas de origen natural Las amenazas de origen natural, (como las lluvias) puede provocar que se vea afectada la población más marginada y que necesiten de mayor asistencia.

A4. Dispersión de la población .La distribución territorial de la población continúa siendo bipolar con una creciente concentración en los centros urbanos y una gran dispersión de la población rural en localidades pequeñas y aisladas.

A5. Remesas. El aumento estimado de la pobreza no indica si el aumento pudo haber ocurrido por la disminución en el flujo de remesas, la cual afecta en mayor medida a la población rural, cuyo

ingreso depende en un 14.5 % de ésta de acuerdo con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt).

Estrategias

Estrategias FO La participación de la población de las comunidades para evaluar el desempeño del programa, así como la ayuda de otros programas para complementar el apoyo que se brinda.

Estrategias DO La participación de la Asociación de Municipios de México puede ayudar al programa a optimizar su funcionalidad. Además el programa puede lograr delimitar la población objetivo con la ayuda de las encuestas de localidad y hogar.

Estrategias FA La cobertura en todo el territorio Nacional contribuye a cubrir a la población que más lo necesita y que no cuenta con la ayuda de algún programa de asistencia social.

Estrategias DA Los pocos recursos con los que se cuentan deben de utilizarse para la población más vulnerable, además de establecer estrategias que permitan llegar a todas las comunidades.

3.2.3.6 Seguro Médico para una Nueva Generación

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
<p>(Tabla IFAS)</p> <p>Factores Externos</p> <p>(Tabla EFAS)</p>	<p>F1 Esta dirigido a los niños menores de cinco años</p> <p>F2 Ofrece la posibilidad de cubrir a los integrantes de la familia mediante su afiliación al Seguro Popular</p> <p>F3 Participación del IMSS o ISSSTE</p> <p>F4 Cuotas familiares acorde a los ingresos</p> <p>F5 Cobertura</p>	<p>D1 No contempla a niños mayores de cinco años</p> <p>D2 No tiene mecanismos adecuados de evaluación externa</p> <p>D3 No se tiene la información del número de población atendida</p> <p>D4 No existe seguimiento del programa</p>
<p>Oportunidades (O)</p> <p>O1 Evaluación mediante encuestas de localidad y hogar</p> <p>O2 Participación de UNICEF</p> <p>O3 Coordinación con SEDESOL</p> <p>O4 Evaluación por CONEVAL</p> <p>O5 Coordinación con DIF</p>	<p>FO La cobertura que es ofrecida por este programa puede ser evaluado y supervisado por organismos nacionales e internacionales, además de contar con el apoyo de encuestas, para de esta manera determinar una cuota justa para cada familia.</p>	<p>DO Es de vital importancia para determinar el éxito o fracaso del programa la participación de instituciones que evalúen el funcionamiento del programa, y aunado a esto, la integración de instituciones que permitan brindar ayuda a la población infantil que por sus características no son tomados en cuenta por el mismo.</p>
<p>Amenazas (A)</p> <p>A1 Crisis financiera global</p> <p>A2 Cambio de gobierno</p> <p>A3 Obesidad infantil</p> <p>A4 Saturación del IMSS</p> <p>A5 Posibles epidemias</p>	<p>FA Con el apoyo de el IMSS o ISSSTE se puede brindar apoyo no tan solo a la población infantil, sino también a sus familiares, esto apoyado con la participación de las familias al dar un aporte de acuerdo a sus posibilidades.</p>	<p>DA Debido a que se limita la población a la que va dirigido el programa se puede llevar un mayor control de la población objetivo, además de ayudar a optimizar los pocos recursos con los que se cuenta.</p>

Fortalezas

F1. Está dirigido a los niños menores de cinco años. Los niños en el grupo de edad objetivo son la población más vulnerable en el tema de la pobreza. De acuerdo con el reporte de rendición de cuentas en salud 2008 se registraron 32,851 defunciones de menores de cinco años, de las cuales 56 por ciento ocurrieron en niños. La mortalidad en menores de cinco años representa el 6.4 por ciento de las defunciones en el país.

F2. Ofrece la posibilidad de cubrir a los integrantes de la familia mediante su afiliación al Seguro Popular. Pueden afiliarse todos los integrantes de la familia quienes gozarán de los 266 beneficios incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular, desde el mismo día de su inscripción al Seguro Médico para una Nueva Generación.

F3. Participación del IMSS o ISSSTE. En caso de que el médico familiar del centro de Salud de los Servicios Estatales de Salud así lo considere, los podrá referenciar a otro hospital ya sea de los propios Servicios Estatales, del IMSS o del ISSSTE para su atención.

F4. Cuotas familiares acorde a los ingresos. La afiliación del menor al Seguro Médico para una Nueva Generación será gratuita y la afiliación de los miembros de la familia considera que las familias aporten una cantidad acorde a sus posibilidades. Incluso de estar en los primeros dos deciles de ingreso, las familias entrarán al régimen no contributivo.

F5. Cobertura. Se ofrece cobertura a todos los niños menores de cinco años del territorio nacional.

Oportunidades

O1. Evaluación mediante Encuestas de localidad y hogar. Revisar las encuestas de localidad y hogar para que la información sea de mayor utilidad para el programa.

O2. Participación de UNICEF. Trabaja con los gobiernos, organismos nacionales e internacionales y con la sociedad civil para apoyar acciones fundamentales y eficaces en cada fase del ciclo vital del niño o niña, incluida la prenatal, primera infancia, etapa preescolar y los años escolares subsiguientes, y en la adolescencia.

O3. Coordinación con SEDESOL La participación de la SEDESOL para realizar monitoreo y seguimiento de los programas.

O4. Evaluación por CONEVAL. Esta es la instancia oficial que evalúa todos los programas gubernamentales.

O5 Coordinación con DIF. Esta relación es importante al ser el DIF la institución nacional rectora de las políticas públicas con perspectiva familiar y comunitaria que hace de la Asistencia Social una herramienta de inclusión mediante el desarrollo de modelos de intervención teniendo como ejes la prevención, la profesionalización y la corresponsabilidad social.

Debilidades

D1. No contempla a niños mayores de 5 años. Este límite de edad en la práctica puede generar inequidad entre las familias.

D2. No tiene mecanismos adecuados de evaluación externa. No se cuenta con resultados de evaluaciones externas que cumplan con los requisitos de rigurosidad técnica en Impacto, Seguimiento a Beneficiarios y Otros Resultados Relevantes. En 2008, el programa no definió acciones de mejora debido a que no le aplicó el Mecanismo para el Seguimiento de los Aspectos.

D3. No se tiene la información del número de población atendida. En 2008 aun no existe información en este rubro. Se espera que en las evaluaciones anuales 2009 en adelante se reporte.

D4. No existe seguimiento del programa. En 2008, el programa no definió acciones de mejora debido a que no le aplicó el Mecanismo para el Seguimiento de los Aspectos operativos.

Amenazas

A1. Cambio de gobierno. Al existir cambios en el gobierno, también existen cambios en las políticas implementadas que podrían poner en riesgo la continuidad del programa.

A2. Saturación del IMSS. El exceso de la demanda a los servicios otorgados por el IMSS puede ocasionar que queden sin la atención médica que requieren los niños cubiertos por el SMNG referidos a esta institución.

A3. Obesidad infantil. Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia. La obesidad infantil aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus.

A4. Crisis financiera global. Millones de niños en el mundo carecen de derechos elementales para su educación y protección, y la crisis financiera global agrava esa situación. La población infantil mexicana no está exenta de este fenómeno.

A5. Epidemias. Las epidemias son amenazas que pesan sobre la humanidad. Existen al menos cinco virus identificados que pueden generar epidemias: influenza, dengue, fiebre amarilla, VIH, cólera. Las epidemias generalmente atacan a la población vulnerable, entre la que se encuentran los menores de 5 años.

Estrategias

Estrategia FO. La cobertura que es ofrecida por este programa puede ser evaluada y supervisada por organismos nacionales e internacionales, además de contar con el apoyo de encuestas, para de esta manera determinar la eficiencia del programa.

Estrategia DO. Es de vital importancia para determinar el éxito o fracaso del programa la participación de instituciones que evalúen su funcionamiento, y aunado a esto, la integración de instituciones que permitan brindar ayuda a la población infantil que por sus características no siempre es tomada en cuenta en la definición de las políticas de protección social.

Estrategia FA. Con el apoyo del IMSS o ISSSTE se puede brindar atención a la población infantil cuando las unidades de atención médica de los servicios estatales de salud no estén en posibilidades de brindarla.

Estrategia DA. Debido a que se limita la población a la que va dirigido el programa se puede llevar un mayor control de la población objetivo, además de ayudar a optimizar los pocos recursos con los que se cuenta.

3.2.3.7 IMSS Oportunidades

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	F1 Brinda servicios básicos de salud a la población que carece de seguridad social F2 Acción Comunitaria F3 Seguimiento y evaluación F4 Cobertura F5 Abierto a cualquier población	D1 Infraestructura D2 Mala distribución D3 Duplicidad con otros programas D4 Demanda excesiva D5 La población potencial no se encuentra cuantificada
Oportunidades (O) O1 Contribución a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 O2 Complementariedad con el Programa Oportunidades O3 Seguimiento por parte del INEGI y el CONAPO	FO Existe la necesidad de coordinar programas que permitan realizar acciones conjuntas, con la finalidad de brindar una mejor calidad en los servicios otorgados además de dar seguimiento a las metas y objetivos con la participación de instituciones como el INEGI y CONAPO para determinar los logros obtenidos y continuar con su perfeccionamiento	DO La participación de instituciones como el INEGI y CONAPO es de gran importancia para de esta forma determinar y cuantificar la población potencial, y contar con el apoyo del Programa Oportunidades para poder brindar cobertura a la población que así lo requiera.
Amenazas (A) A1 Mayor demanda A2 Duplicidades de acciones A3 Obesidad	FA Al ser un programa que abarca una gran cantidad de comunidades y al estar en constante seguimiento y evaluación, se puede perfeccionar para poder responder a una mayor demanda, además de lograr evitar duplicidades.	DA Optimizar los escasos recursos para lograr una mejor cobertura y evitar con ello que se dupliquen acciones.

Fortalezas

F1. Brinda servicios de salud a la población que carece de seguridad social. Protege al sector de la población que no cuenta con algún sistema de protección social.

F2. Acción Comunitaria. Incorpora a las comunidades e individuos en la práctica de hábitos saludables, con lo que busca mejorar la calidad de vida de las personas a largo plazo, a través de más de 285 mil Voluntarios de Salud que apoyan las acciones médicas.

El pilar fundamental de IMSS-Oportunidades es el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) que se sustenta en la Atención Primaria a la Salud y se basa en dos grandes componentes: por un lado, la atención médica a través de una red de más de 16,620 doctores, enfermeras y paramédicos encargados de proporcionar los servicios de salud y realizar acciones de vigilancia epidemiológica; y, por otro lado, la acción comunitaria, con más de 287 mil voluntarios que

asesoran y promueven entre las comunidades el cuidado de la salud y vinculan al programa con los médicos tradicionales.

F3. Información. Se cuenta con información referente a la población objetivo, seguimiento y evaluación.

F4. Cobertura. El Programa cubre localidades rurales en 17 estados del país, así como localidades urbanas en entidades federativas.

F5. Abierto a cualquier población. Los servicios del programa IMSS-Oportunidades son abiertos a la población en general, dentro del ámbito de las unidades médicas de primer y segundo nivel de atención, es decir, cualquier persona puede acudir a sus instalaciones fijas o móviles, y en forma completamente gratuita, demandar la prestación del servicio. Por lo anterior no se tienen establecidos criterios de selección ni se han adoptado bajo ninguna circunstancia métodos o procesos de incorporación.

Oportunidades

O1. Contribución a los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 .En este sentido, el *Programa Nacional de Desarrollo (PND)* y los *planes sectoriales* ofrecen una amplia contribución al análisis de las oportunidades, ya que guían el quehacer nacional y en especial el educativo, dan lineamientos sobre las prioridades nacionales y en consecuencia la aplicación de los presupuestos que al final derivan en planes, programas, proyectos, actividades y metas.

O2. Complementariedad. Por complementariedad se entiende a las acciones que están enfocadas a mejorar el estado de salud que son brindados por algún Programa diferente a IMSS-Oportunidades y que para su acción se necesita de la coordinación de los programas implicados.

O3. INEGI y el CONAPO. El INEGI Y CONAPO como herramientas de medición para el conocimiento a profundidad de la situación actual en las zonas donde opera el programa IMSS-Oportunidades.

Debilidades

D1. Infraestructura. Existe una partida para inversión en obra, ésta se ha destinado al mantenimiento de las unidades existentes, limitando la ampliación de cobertura que el incremento de infraestructura puede ofrecer.

D2. Mala distribución. Las delegaciones con el mayor rezago en camas censables son Chiapas, Oaxaca, Michoacán, Puebla y Veracruz; ya que se trata de las delegaciones con el mayor porcentaje de población Oportunohabiente y mayor índice de marginación. A pesar de que Oaxaca

y Chiapas son las delegaciones con un mayor número de consultorios, no tienen un indicador mayor de consultorios por Oportunohabiente. Esto nos habla de las insuficiencias de consultorios dado la población a la que se atiende.

D3. Duplicidad con otros programas. Dicha duplicidad tiene origen al momento de que una familia que vive dentro del ámbito de influencia de IMSS-Oportunidades es incorporada al padrón de beneficiarios del Seguro Popular, para luego entonces el Gobierno Federal, de acuerdo a sus Reglas de Operación, destinar un subsidio base por familia afiliada. Este escenario muestra una coincidencia con rubros del gasto del Seguro Popular, en virtud de que dichos recursos forman parte de los apoyos otorgados por el Programa IMSS-Oportunidades.

D4. Demanda excesiva. El exceso de demanda ha provocado que no se brinde la atención que se requiere a la población más necesitada.

D5. La población potencial no se encuentra cuantificada. La población potencial está representada por el total de la población abierta, que no cuenta con acceso regular a los sistemas de salud a lo largo y ancho de todo el país. Esta población se caracteriza por contar con los mismos criterios de inclusión del Programa IMSS-Oportunidades, pero que no son beneficiados directamente por el mismo, al no encontrarse en su ámbito de influencia.

Amenazas

A1 Mayor demanda. Un aumento en la demanda ocasionaría que una gran parte de la población afiliada quedara sin acceso a los servicios otorgados.

A2 Duplicidad de acciones con otros programas federales. Las posibles coincidencias o duplicidades de acciones con otros programas federales puede ocasionar que los recursos no se aprovechen de manera adecuada.

A3 Obesidad La obesidad es un problema de salud pública porque es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, lo que provocaría una mayor demanda de este programa.

Estrategias

Estrategia FO. Existe la necesidad de coordinar programas que permitan realizar acciones conjuntas, con la finalidad de brindar una mejor calidad en los servicios otorgados además de dar seguimiento a las metas y objetivos con la participación de instituciones como el INEGI Y CONAPO para determinar los logros obtenidos y continuar con su perfeccionamiento.

Estrategia DO. La participación de instituciones como el INEGI y CONAPO es de gran importancia para de esta forma determinar y cuantificar la población potencial, y contar con el apoyo del Programa Oportunidades para poder brindar cobertura a la población que así lo requiera.

Estrategia FA. Al ser un programa que abarca una gran cantidad de comunidades y al estar en constante seguimiento y evaluación, se puede perfeccionar para poder responder a una mayor demanda, además de lograr evitar duplicidades.

Estrategia DA. Optimizar los escasos recursos para lograr una mejor cobertura y evitar con ello que se dupliquen acciones.

3.2.3.8 Seguro del desempleo

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla IFAS) (Tabla EFAS)	F1 Protege al desempleado F2 Acceso eficaz F3 Pocos trámites. F4 Padrón de beneficiarios F5 Capacitación de los afiliados	D1 No abarca a todos los desempleados D2 Solo esta dirigido a las personas del sector formal D3 Poco presupuesto D4 No fomenta la creación de empleos D5 Retraso en los pagos
Oportunidades (O) O1 Participación de la Organización Internacional del Trabajo O2 Realización de Ferias de empleo O3 Coordinación con el Programa de empleo temporal O4 Acceso a financiamiento de las cuentas individuales administradas por las Administradoras de Fondo para el Retiro	FO Una adecuada capacitación de los afiliados puede ser aprovechado por las empresas a través de las ferias de empleo, además de contar con el apoyo del programa de empleo temporal y contar con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo como medio para fomentar la justicia social y laborales.	DO El poder hacer uso de las Administradoras de Fondo para el retiro para poder disminuir los estragos ocasionados por la falta de empleo, además de contar con el apoyo de la STPS para poder abarcar una mayor cantidad de población.
Amenazas (A) A1 Diferencias con el Gobierno Federal A2 Poco apoyo por parte de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social A3 Mayor Desempleo A4 Cambio de gobierno	FA Establecer la protección del desempleado como una política independiente de intereses partidistas, y brindar una capacitación de calidad para ofrecer al desempleado una mayor posibilidad de conseguir un empleo digno.	DA La ubicación de los sectores de la población que más necesitan de este programa es importante para optimizar los pocos recursos con los que se cuenta

Fortalezas

F1. Protege al desempleado. Es un beneficio económico mensual de \$1,500.00 (mil quinientos pesos 00/100M.N.) por hasta seis meses.

F2. Acceso eficaz. Podrán ser beneficiados las trabajadoras y trabajadores desempleados habitantes del Distrito Federal, mayores de 18 años.

F3. Pocos trámites. Para acceder al programa se presenta: Acta de nacimiento, Identificación oficial vigente con fotografía, Clave Única de Registro de Población (CURP), Comprobante de domicilio actual en el Distrito Federal. Baja expedida por una institución de seguridad social u otro documento que acredite fehacientemente la pérdida del empleo.

F4. Padrón de beneficiarios. El programa cuenta con un registro de beneficiarios por delegación.

F5 Capacitación. Capacitación de los desempleados y desempleadas para desarrollar nuevas habilidades que les permitan fortalecer su potencial laboral y orientarlos hacia la organización social del trabajo.

Oportunidades

O1 Participación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La OIT es un organismo especializado de las Naciones Unidas que procura fomentar la justicia social y los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos. De lo anterior su participación brinda un apoyo técnico y logístico al programa.

O2.Realización de Ferias de empleo. Las ferias de empleo ayudan abatir la demanda de apoyo del programa.

O3. Coordinación con el Programa de empleo temporal .Apoyar temporalmente en su ingreso a la población objetivo, en situaciones de baja demanda laboral y emergencias, por su participación organizada y corresponsable en proyectos de beneficio primordialmente comunitario.

O4. Acceso a financiamiento de las cuentas individuales administradas por las Administradoras de Fondo para el Retiro. Destinado a la gente que pierda su empleo utilice sus ahorros de la cuenta de Retiro, Cesantía y Vejez (RCV),

Debilidades

D1. No abarca a todos los desempleados. Para acceder al programa debe comprobarse la pérdida de empleo a partir del 1º de enero de 2006 por acusas ajenas a la voluntad del beneficiario y la residencia en el Distrito Federal.

D2. Solo está dirigido a las personas del sector formal. Otorgar una protección básica a las y los trabajadores asalariados del sector formal de la economía que hayan perdido su empleo y al mismo tiempo, crear las condiciones para su incorporación al mercado laboral y al goce del derecho constitucional al trabajo.

D3. Poco presupuesto .No se destina el presupuesto adecuado para este rubro

D4. No fomenta la creación de empleos. No existen políticas o sistemas que fomenten la creación de empleo.

D5. Retraso en los pagos. En muchas ocasiones, debido a la falta de presupuesto, se tiene que postergar los pagos a los beneficiarios a este programa.

Amenazas

A1 Diferencias con el Gobierno Federal. Las diferencias políticas existentes entre el Gobierno Federal y el gobierno del Distrito Federal, pueden ocasionar que no se aprueben los recursos adecuados para el correcto funcionamiento del mismo.

A2 Poco apoyo por parte de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Hasta el momento no se ha logrado que la Secretaría de Trabajo y Previsión Social considere recursos para el Seguro de Desempleo, y por el contrario, han sido altamente cuestionados por la autoridad federal.

A3 Cambio de gobierno. Al existir cambios en el gobierno, también existen cambios en las políticas implementadas que podrían poner en riesgo la continuidad del programa.

Estrategias

Estrategia FO Una adecuada capacitación de los afiliados puede ser aprovechada por las empresas a través de las ferias de empleo, además de contar con el apoyo del programa de empleo temporal y contar con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo como medio para fomentar la justicia social y laboral.

Estrategia DO El poder usar parte de los ahorros de la cuenta individual administrada por las Administradoras de Fondo para el Retiro para disminuir los estragos ocasionados por la falta de empleo, además de contar con el apoyo de la STPS para poder abarcar una mayor cantidad de población, representan un complemento importante al programa de seguro de desempleo.

Estrategia FA Establecer la protección del desempleado como una política independiente de intereses partidistas, y brindar una capacitación de calidad para ofrecer al desempleado una mayor posibilidad de conseguir un empleo de calidad.

Estrategia DA La ubicación de los sectores de la población en el Distrito Federal que más necesiten de este programa es importante para optimizar los pocos recursos con los que se cuenta.

3.2.3.9 Programa de Reordenamiento del Trabajo No Asalariado en el Distrito Federal

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
<p>(Tabla IFAS)</p> <p>Factores Externos</p> <p>(Tabla EFAS)</p>	<p>F 1 Protege a los trabajadores del sector no asalariado</p> <p>F 2 Regulariza a todos los trabajadores.</p> <p>F 3 Se complementa con otros programas.</p> <p>F 4 Ayuda a prevenir el delito.</p> <p>F 5 Existe de coordinación y seguimiento del programa.</p>	<p>D 1 Acciones de cero crecimiento.</p> <p>D 2 No opera en todas las delegaciones.</p> <p>D 3 No existe evaluación externa.</p> <p>D 4 No esta bien definido la población objetivo</p>
Oportunidades (O)		
<p>O 1 Coordinación con el Seguro de desempleo.</p> <p>O 2 Coordinación con IMSS oportunidades.</p> <p>O 3 Coordinación con la Secretaría de educación Pública.</p> <p>O 4 Coordinación con el grupo Provecino.</p>	<p>FO La integración de los trabajadores a sistemas de protección social, así como a programas que les brinden apoyo en su formación es importante para lograr la superación de los trabajadores no asalariados.</p>	<p>DO La ayuda conjunta con otros programas e instituciones permitirá la posibilidad de seguir incrementando el número de afiliados a este programa.</p>
Amenazas (A)		
<p>A 1 Oposición por parte de los empresarios.</p> <p>A 2 Mayor demanda.</p> <p>A 3 Cambio de gobierno.</p>	<p>FA Se deben implementar políticas que permitan la implementación de este programa de manera permanente. La regularización de los trabajadores no asalariados permitirá que exista confianza y aprobación por parte de empresarios.</p>	<p>DA El delimitar el crecimiento de los trabajadores no asalariados permite tener un mayor control sobre estos, además de destinar los pocos recursos con los que se cuenta a los trabajadores del sector no asalariado.</p>

Fortalezas

F1. Protege a los trabajadores del sector no asalariado. Este Programa Piloto persigue, como objetivo general, poner en ejecución un modelo de reconstrucción del sentido social de la presencia y actuación de los trabajadores no asalariados que cuidan y limpian autos en el entorno social que ubica su fuente de trabajo.

F2. Regulariza a todos los trabajadores. Se trata de regularizar a los no asalariados que operan en el perímetro de actuación. Esta regularización comprende no solamente el registro de todos y cada uno de los cuidadores y lavadores de vehículos del perímetro, lo que implica la expedición de la Licencia y Credencial de trabajador(a) no asalariado(a) correspondiente, sino también su reorganización para el desempeño de su actividad.

F3. Se complementa con otras ayudas. Tales como regularización académica (terminación de ciclos escolares, inscripción a ciclos superiores, programas de becas, etc.); asistencia médica familiar; asistencia médica individual especializada en tratamiento de adicciones; incorporación a programas de vivienda de interés social; integración familiar; capacitación para el trabajo.

F4. Ayuda a prevenir el delito. Prevenir el delito es contar con la información y capacitación necesarias, suficientes y adecuadas que permiten a quien las adquiere actuar, posicionándose de manera apropiada, en condiciones de restar la posibilidad de comisión del evento delictivo o de disminuir su impacto, según el caso específico que se trate.

F5. Existe coordinación y seguimiento del programa. Para la instrumentación, ejecución, evaluación, retroalimentación e informe de resultados de la aplicación de este Programa se crea una Mesa de Coordinación integrada por representantes de las instancias gubernamentales, civiles y sociales involucradas en el mismo.

Oportunidades

O1. Coordinación con Seguro de desempleo. Como ayuda complementaria al programa.

O2. Coordinación con IMSS Oportunidades .Podría ser un elemento de ayuda para complementar y satisfacer las necesidades del programa.

O3. Coordinación con la Secretaría de Educación Pública La participación de la SEP para brindar apoyo en los estudios.

O4. Coordinación con el grupo Provecino. Pro-Vecino, A. C. son un grupo de vecinos, en busca de generar la franca participación de los ciudadanos para el mejoramiento del entorno.

Debilidades

D1. Acciones de cero crecimiento. Se trata de asegurar la permanencia de los no asalariados quienes ya laboran en el perímetro de actuación e impedir que su número se vea incrementado, aún sea temporalmente, con ocasión de eventos extraordinarios.

D2. No opera en todas las delegaciones. Las áreas de acción del programa piloto comprenden:
1.- Buenavista, 2.- Huipulco, 3.- Clavería 4.- Nápoles 5.- Cuitláhuac, 6.- Roma CUH-7, 7.- La Raza, 8.- Polanco, 9.- Central de Abastos y 10.- Coyoacán (Barrio La Conchita, El Carmen Coyoacán, San Lucas y Santa Catarina).

D3. No existe evaluación externa. No existen organismos o instituciones que califiquen el desempeño del programa.

D4. No está bien definida la población objetivo. Se trata de regularizar a los no asalariados que operan en el perímetro de actuación. Esta regularización comprende no solamente el registro de todos y cada uno de los cuidadores y lavadores de vehículos del perímetro, sino también su reorganización para el desempeño de su actividad.

Amenazas

A1. Oposición por parte de empresarios. Del perímetro del Auditorio Nacional debido a la oposición que generó por parte de los empresarios administradores del auditorio, no se culminó en dicha área.

A2. Mayor demanda Debido a la falta de oportunidades y desempleo, puede existir una mayor demanda de este programa.

A3. Cambio de gobierno. Un cambio del gobierno puede ocasionar la falta de continuidad del programa.

Estrategias

Estrategia FO. La integración de los trabajadores a sistemas de protección social, así como a programas que les brinden apoyo en su formación es importante para lograr la superación de los trabajadores no asalariados que cuidan y lavan coches en los perímetros de actuación del programa.

Estrategia DO. La ayuda conjunta con otros programas e instituciones permitirá la posibilidad de seguir incrementando el número de afiliados a este programa.

Estrategia FA. Se deben implementar políticas que permitan la implementación de este programa de manera permanente. La regularización de los trabajadores no asalariados permitirá que exista confianza y aprobación por parte de empresarios.

Estrategia DA. El delimitar el crecimiento de los trabajadores no asalariados permite tener un mayor control sobre estos, además de destinar los pocos recursos con los que se cuenta a los trabajadores del sector no asalariado.

3.2.3.10 Programa de medicamentos y servicios médicos gratuitos del Distrito Federal.

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
(Tabla IFAS)	F1 Otorga acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos.	D1 No cuenta con sistemas de evaluación externa
Factores Externos	F2 Fácil acceso.	D2 Duplicidad con otros programas y sistemas
(Tabla EFAS)	F3 Evaluación interna continua	D3 Falta de personal
	F4 Acceso a unidades hospitalarias y de especialidad	D4 Desabasto de medicamentos
	F5 Se conoce la población objetivo	D5 Poco apoyo presupuestal
Oportunidades (O)		
O1 Ley de Medicamentos y Servicios Médicos Gratuitos	FO Se tiene que asegurar el acceso a toda la población a los servicios médicos y medicamentos con el apoyo de instituciones de salud como el IMSS además de programas sociales que puedan existir.	DO El CONEVAL puede ser la institución encargada de realizar las evaluaciones externas. El apoyo de el IMSS podría ayudar a mejorar las condiciones de falta de personal y desabasto de medicamentos, además de contar con el sustento de otros programas, para que de esta manera los programas sean complementarios y no sean duplicados.
O2 Complemento con programas del gobierno federal		
O3 Evaluación externa por el CONEVAL		
O4 Coordinación con el IMSS		
Amenazas (A)		
A1 Reducción de recursos	FA Deben existir políticas que aseguren a toda la población la continuidad del programa, independientemente del gobierno que entre en vigor, así como brindar a la población ayuda especializada acorde a su enfermedad.	DA La participación del gobierno federal es importante para poder solventar la falta de infraestructura y de esa manera enfrentar los retos que se presenten
A2 Obesidad		
A3 Cambio de gobierno		
A4 Desempleo		

Fortalezas

F1. Brinda atención médica a quien lo la tiene. Otorga acceso gratuito a los servicios médicos y medicamentos a las personas residentes en el Distrito Federal que carecen de seguridad social.

F2. Fácil acceso. Los requisitos son: acreditar ser residente del D.F., para lo cual se deberá entregar copia simple de comprobante de domicilio vigente, recibo de luz, gas, teléfono, predial o credencial de elector; acreditar identidad del solicitante y en su caso de cada uno de sus dependientes, para lo cual se deberá entregar copia simple de alguna identificación oficial, credencial de elector, pasaporte, o cartilla del servicio militar nacional para los mayores de edad y acta de nacimiento o constancia escolar con fotografía en el caso de menores de edad; no estar afiliados a las instituciones de seguridad social, firmar la Cédula de afiliación que proporciona gratuitamente en las unidades médicas del Gobierno del Distrito Federal. La inscripción se realiza

en trabajo social en días hábiles y días festivos en turno matutino y vespertino sin ninguna distinción, siempre y cuando se cumplan los requisitos antes señalados.

F3. Evaluación del programa. Evalúa mediante encuestas trimestrales la satisfacción del usuario y del derechohabiente, sobre los procesos de atención otorgados por el Programa de Gratuidad.

F4. Acceso a unidades hospitalarias y de especialidad. Las 27 unidades Hospitalarias y 1 Hospital de Especialidad, proporcionan y registran las atenciones otorgadas en un formato específico, que de manera mensual envían a la Jefatura de Unidad Departamental de Gratuidad con la finalidad de identificar la productividad y dar cumplimiento a los indicadores establecidos en el programa.

F5. Se conoce la población objetivo. Actualmente se tiene un 70 por ciento de familias incorporadas al Programa de Gratuidad, considerando que al inicio del programa la población estimada era aproximadamente de 3.5 millones de población abierta sin seguridad social.

Oportunidades

O1. Ley de Medicamentos y Servicios Médicos Gratuitos. Esta ley que entró en vigor desde mayo 2006, que en su artículo 1 menciona: Las personas residentes en el Distrito Federal que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral tienen derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y medicamentos asociados en las unidades médicas de atención primaria y hospitalaria del Gobierno del Distrito Federal. La ley es el marco legal que sustenta al programa y en su momento puede brindarlo contra cambios de gobierno.

O2. Complemento con programas del gobierno federal. Existir la coordinación por parte de programas y sistemas del gobierno federal para la optimización de recursos, en particular con el Seguro Médico para una Nueva Generación y el Sistema Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

O3. Evaluación externa por el CONEVAL. El CONEVAL como medio para realizar las evaluaciones correspondientes, las que pueden brindar información valiosa para mejorar el programa.

O4. Coordinación con el IMSS. El IMSS como apoyo para satisfacer la demanda de la población

Debilidades

D1. No cuenta con sistemas de evaluación externa. No existen instituciones que realicen la evaluación externa del programa.

D2. Duplicidad con otros programas. Existe duplicación con programas tales como IMSS Oportunidades.

D3. Falta de personal. La falta de personal médico es un problema grave que aqueja en la actualidad a nuestro país.

D4. Desabasto de medicamentos. Se presenta un desabasto de medicamentos e insumos en los hospitales; incluso, carecen de medicinas básicas de las que depende la vida de los pacientes.

D5. Pocos recursos. No se cuenta con la infraestructura necesaria para poder dar atención a la población que así lo requiere.

Amenazas

A1. Reducción de recursos. Existe la posibilidad de que se continúe reduciendo el presupuesto del D.F. en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

A2. Obesidad. La obesidad es un problema de salud pública porque es la principal causa de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón e infartos cerebrales lo que provocaría una mayor demanda de este programa.

A3. Cambio de gobierno. Un cambio del gobierno puede ocasionar la falta de continuidad del programa.

A4. Desempleo. De continuar con tasas de desempleo altas se tendrá un crecimiento no previsto en la población que puede solicitar los servicios del programa, creando sobre-presión a la infraestructura y personal médico.

Estrategias

Estrategia FO. Se tiene que asegurar el acceso a toda la población a los servicios médicos y medicamentos con el apoyo de instituciones de salud como el IMSS además de programas y sistemas sociales que puedan existir en el ámbito de la salud.

Estrategia DO. El CONEVAL puede ser la institución encargada de realizar las evaluaciones externas. El apoyo del IMSS podría ayudar a mejorar las condiciones de falta de personal y desabasto de medicamentos, además de contar con el sustento de otros programas, para que de esta manera los programas sean complementarios.

Estrategia FA. Deben existir políticas que aseguren a toda la población la continuidad del programa, independientemente del gobierno que entre en vigor, así como brindar a la población ayuda especializada acorde a su enfermedad.

Estrategia DA. La participación del gobierno federal es importante para poder solventar la falta de infraestructura y de esa manera enfrentar los retos que se presenten.

3.2.3.11 Programa de Abasto Social de Leche

Factores Internos (Tabla IFAS)	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	F1 Apoyo a la nutrición F2 Apoyo a la comercialización de leche F3 Amplia cobertura F4 Bajos precios. F5 Se cuenta con un padrón de beneficiarios	D1 Falla en la cobertura D2 Disminución de la capacidad de financiamiento D3 No es para toda la población D4 A disminuido la cobertura D5 No siempre existe disponibilidad
Oportunidades (O)		
O1 Coordinación con el Programa Oportunidades O2 Ayuda de la Sedesol y la SHCP O3 Venta al exterior del programa O4 Expandir la cobertura O5 Participación de la Secretaria de Comunicaciones y Transportes	FO La ayuda de la SEDESOL así como de SHCP a través de políticas presupuestales que permitan que exista un crecimiento para poder ampliar la cobertura, así como de comercializar la leche al exterior del programa. La participación de la SCT como herramienta para tener mayor acceso a aquellas comunidades que así lo requieran.	DO La asistencia de otros programas como Oportunidades que permitan solventar el problema de desabasto, con la participación de SEDESOL, SHCP y SCT para cubrir mayor población y poder ayudar a las comunidades menos accesibles.
Amenazas (A)		
A1 Variaciones en los precios nacionales o internacionales de la leche A2 No existe fácil acceso A3 Aumento de la pobreza	FA Los bajos precios y la cobertura que existe ayuda a que la población continúe consumiendo el producto, y de esta manera se consigue que la población tenga acceso a un alimento de primera necesidad.	DA La optimización de recursos que permita llegar a los que más lo necesitan es fundamental para maximizar la cobertura y de esta manera brindar una mayor protección

Fortalezas

F1 Apoyo a la nutrición. Apoya a la alimentación y nutrición a los beneficiarios de familias en condiciones de pobreza, para contribuir al desarrollo de capital humano. Toda la leche Liconsa está fortificada con hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas A, C, D, B₂ y B₁₂, nutrientes de los que la dieta de un gran número de mexicanos, especialmente niños, acusa déficit

F2 Apoyo a la comercialización de leche. En forma complementaria, y como un soporte básico a su función sustantiva, lleva a cabo la adquisición de leche nacional en apoyo a la comercialización de lácteo producido por pequeños y medianos ganaderos

F3 Amplia cobertura .El Programa opera en localidades, colonias, zonas urbanas y rurales de las 31 entidades federativas y el Distrito Federal.

F4. Bajos precios.El precio de venta a los beneficiarios por litro de leche será el que establezca el Consejo de Administración de Liconsa y conforme a la normatividad aplicable, en 2009 el precio es de \$4.00 pesos por litro.

F5. Se cuenta con un padrón de beneficiarios. Se aplica un estudio socioeconómico a las familias que viven en las localidades urbanas y rurales atendidas por el programa, con la intención de valorar su elegibilidad e integrar un padrón de beneficiarios. A cada familia se le entrega una tarjeta que le da derecho, en función del número de beneficiarios, a una dotación semanal de leche de \$4.00 pesos por litro, ya sea en forma líquida o en polvo, en función del número de beneficiarios.

Debilidades

D1. Falla en la cobertura. La operación de Liconsa ha sido históricamente urbana y a pesar de los esfuerzos, actualmente 50% de los de beneficiarios se encuentran en dichas zonas.

D2. Disminución de la capacidad de financiamiento. Disminución de la capacidad del programa y de la empresa para autofinanciarse, debido fundamentalmente a la brecha entre el precio de venta de la leche para Programa de abasto social de leche y el aumento de los costos de producción.

D3. No es para toda la población. No integra y atiende a los hombres adolescentes entre los 13 y 15 años.

D4. A disminuido la cobertura. Del 2003 al 2006 la cobertura disminuye en un 2%⁹.

D5. No siempre existe disponibilidad. En ocasiones se presenta el desabasto debido a la demanda del producto.

Amenazas

A1. Variaciones en los precios nacionales o internacionales de la leche. El alza en este producto puede generar que se tenga que incrementar los costos del mismo.

A2. No existe fácil acceso. Hay que llevar pequeños volúmenes de leche a muchas localidades, que frecuentemente se encuentran alejadas de los centros urbanos desde donde se produce y distribuye ésta.

A3. Aumento de la pobreza .El aumento en la pobreza ocasionaría que menos personas tuvieran la posibilidad de adquirir este producto.

⁹ Elaboración del Centro de Estudios Estratégicos (CEE).

Oportunidades

O1. Coordinación con el Programa Oportunidades .El programa de abasto social de leche tiene su impacto final sobre la nutrición mientras que Oportunidades lo tiene sobre la educación y la salud; por lo tanto, los impacto de ambos programas son complementarios

O2.Ayuda de la SEDESOL y la SHCP.A través de una definición tanto política como presupuestal, establezcan un esquema adecuado y funcional para el programa de abasto social de leche, que permita y amplíe el logro de sus objetivos fundamentales.

O3. Venta al exterior del programa. La ampliación de la producción y venta de las leches comerciales de Liconsa, no sólo para compensar las pérdidas del programa, sino a efecto de extender sus beneficios sociales sin generar cargas al erario público.

O4. Expandir la cobertura. Expandirla hacia las familias en situación de pobreza alimentaria y de capacidades que viven en las localidades rurales menores a 5,000 habitantes. Este segmento de población debería ser particularmente relevante para el programa, ya que presenta los mayores riesgos y déficits nutricionales y por lo mismo requiere más del tipo de apoyos que proporciona el programa Además, en estos ámbitos la alta incidencia y severidad de la pobreza se combina también con altos índices de marginación. La cobertura actual de beneficiarios en estas localidades representa apenas 13.6% del padrón total.

O5. Participación de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.La SCT como medio para llegar a aquellas comunidades de difícil acceso.

Estrategias.

Estrategias FO. La ayuda de la SEDESOL así como de SHCP a través de políticas presupuestales que permitan que exista un crecimiento para poder ampliar la cobertura, así como de comercializar la leche al exterior del programa. La participación de la SCT como herramienta para tener mayor acceso a aquellas comunidades que así lo requiera.

Estrategias DO. La asistencia de otros programas como Oportunidades que permitan solventar el problema de desabasto, con la participación de SEDESOL, SHCP y SCT para cubrir mayor población y poder ayudar a las comunidades menos accesibles.

Estrategias FA. Los bajos precios y la cobertura que existe ayuda a que la población continúe consumiendo el producto, y de esta manera se consigue que la población tenga acceso a un alimento de primera necesidad.

Estrategias DA. La optimización de recursos que permita llegar a los que más lo necesiten es fundamental para maximizar la cobertura y de esta manera brindar una mayor protección.

3.2.3.12 Programa de Apoyo Alimentario y Abasto Rural.

Factores Internos (Tabla IFAS)	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	F1 Brinda ayuda alimentaria F2 Se cuenta con población objetivo F3 La red comercial más grande de México F4 Bajos precios F5 Fuente principal de abastecimiento local	D1 Falta de participación comunitaria D2 Localidades objetivo no cubiertas D3 Tardanza en trámites D4 Infraestructura antigua
Oportunidades (O)		
O1 Participación de otras instituciones O2 Nuevas tiendas rurales O3 Incrementar la participación de los beneficiarios O4 Oferta de productos enriquecidos O5 Compras regionales	FO Se debe de fomentar la participación de los beneficiarios para lograr, en conjunto con las autoridades, mejorar e impulsar el crecimiento de tiendas y buscar continuar extendiéndose a las comunidades más marginadas, y a la vez impulsar el desarrollo de las mismas mediante la adquisición de productos elaborados por las comunidades	DO El que los beneficiarios se involucren en el funcionamiento del programa ayudará a mejorar los tiempos de los trámites del programa. Proponer la apertura de nuevas tiendas en comunidades que así lo requieran, así como la participación de instituciones que ayuden a mejorar la infraestructura del programa.
Amenazas (A)		
A1 Aumento en los productos básicos como el frijol, arroz y maíz A2 El gasto de operación A3 Incremento de pobreza A4 Baja asignación de recursos fiscales A5 Dificil acceso	FA Los bajos precios que se ofrecen, además de ser la principal fuente de abastecimiento local de muchas comunidades ayuda a que más personas tengan acceso a productos que son indispensables para el consumo personal, y por ser la red comercial más grande de México llegará a comunidades a las cuales antes no se tenía acceso.	DA Se debe fomentar la participación comunitaria mediante campañas que informen de los beneficios con los que cuenta el programa, para poder integrar más gente al mismo y de esta manera ir llegando a las comunidades más marginadas.

Fortalezas

F1. Brindar apoyo alimentario y abasto rural. El apoyo alimentario podrá darse en efectivo o en especie. La modalidad de abasto rural promueve la existencia de tiendas comunitarias y la conversión gradual de las tiendas Diconsa en Unidades de Servicio a la Comunidad que cuenten con servicios adicionales al abasto.

F2. Se cuenta con población objetivo. Las localidades objetivo que reúnen las características en 2008 ascienden a 23,333.

F3. La red comercial más grande de México. El programa está integrado por la red comercial más grande de México, con presencia en todas las entidades federativas en 2008, para operar cuenta con 22,312 tiendas comunitarias, 300 almacenes (272 rurales y 28 centrales) y una flota vehicular en operación de 3,254 unidades, integrada por 1,784 vehículos de carga, 1,310 de supervisión y 160 de apoyo.

F4. Comités Rurales de Abasto y los Consejos Comunitarios de Abasto. Son órganos de representación de la comunidad para fines de la operación de las tiendas, fomentando su participación en el diseño y planeación del desarrollo integral de su comunidad y de su región.

F5. Fuente principal de abastecimiento local. En 2008 el 85% de los beneficiarios entrevistados señalaron que sus compras de abarrotes las realizan principalmente en la tienda comunitaria. Este resultado por sí sólo pone de manifiesto que el programa está llegando en buena medida a la población donde las alternativas de compra no existen o son menos aceptables que las que ofrece la tienda comunitaria DICONSA.

Oportunidades

O1 Participación de otras instituciones. Promover la mayor coordinación de esfuerzos con otras instituciones oficiales que inciden en las comunidades rurales, en organización social, para que contribuyan a mejorar la participación comunitaria en el Programa.

O2 Aumentar cobertura. Incrementar la cobertura de atención a la población que habita en localidades objetivo, mediante la instalación de nuevas tiendas rurales

O3 Participación de beneficiarios. Incrementar la participación de los beneficiarios en la operación y vigilancia de los programas institucionales.

O4 Más productos. Mejorar el estado nutricional de la población atendida, mediante la oferta de más productos enriquecidos.

O5 Compras regionales. Se sugiere revisar con mayor atención la manera de adquirir mayor cantidad de productos que se producen regionalmente, con la intención de abaratar costos de transporte, adquirirlos a menores precios y apoyar además a los productores locales.

Debilidades

D1. Falta de participación comunitaria. La dificultad con mayor complejidad es la participación comunitaria, para lo cual es necesario que los Jefes de Almacén, en coordinación con los Gerentes de Sucursal diseñen estrategias para motivar la participación comunitaria.

D2. Localidades objetivo no cubiertas. Porcentaje de localidades objetivo con tienda 50%

D3. Tardanza en los trámites. Un plazo de 90 días naturales a partir del levantamiento de la información socioeconómica.

D4. Infraestructura antigua .Los elementos con los que se cuenta (como camiones, almacén, etc.) se encuentran en malas condiciones.

Amenazas

A1. Incremento en productos básicos. Frijol, arroz y maíz, son los productos que más han aumentado su frecuencia de consumo en los últimos dos años, en las tiendas comunitarias DICONSA.

A2. El maíz .Es uno de los grandes problemas de DICONSA. Su venta representa elevados costos, que se reflejan en pérdidas para DICONSA, este se adquiere internamente a precios altos, que al agregarle los costos y gastos de operación, incrementa su precio de venta.

A3. Incremento de pobreza .El aumento en la pobreza ocasionaría que menos personas tuvieran la posibilidad de adquirir este producto

A4. Pocos recursos. Baja asignación de recursos fiscales para inversión en infraestructura y equipo de almacén.

A5. Difícil acceso. Se dificulta el poder acceder a las comunidades más vulnerables, para poder llevar los productos necesarios.

Estrategias

Estrategia FO. Se debe de fomentar la participación de los beneficiarios para lograr, en conjunto con las autoridades, mejorar e impulsar el crecimiento de tiendas y buscar continuar extendiéndose a las comunidades más marginadas, y a la vez impulsar el desarrollo de las mismas mediante la adquisición de productos elaborados por las comunidades

Estrategia DO. El que los beneficiarios se involucren en el funcionamiento del programa ayudará a mejorar los tiempos de los trámites del programa. Proponer la apertura de nuevas tiendas en comunidades que así lo requieran, así como la participación de instituciones que ayuden a mejorar la infraestructura del programa.

Estrategia FA. Los bajos precios que se ofrecen, además de ser la principal fuente de abastecimiento local de muchas comunidades ayuda a que más personas tengan acceso a productos que son indispensables para el consumo personal, y por ser la red comercial más grande de México llegará a comunidades a las cuales antes no se tenía acceso.

Estrategia DA. Se debe fomentar la participación comunitaria mediante campañas que informen de los beneficios con los que cuenta el programa, para poder integrar más gente al mismo y de esta manera ir llegando a las comunidades más marginadas.

3.2.3.12.1 Programa de apoyo a Personas adultas mayores mediante el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
Factores Externos (Tabla EFAS)	<p>F1 Brinda distintos tipos de apoyo a los adultos mayores</p> <p>F2 Participación de distintas secretarías</p> <p>F3 Acceso por diversos medios</p> <p>F4 Convenios con distintas dependencias y empresas privadas</p> <p>F5 Se otorga a partir de los 60 años</p>	<p>D1 Infraestructura.</p> <p>D2 Falta de recursos humanos</p> <p>D3 Capacitación insuficiente</p> <p>D4 Falta de cobertura</p> <p>D5 Mala promoción y difusión de los programas gerontológicos</p>
Oportunidades (O)		
<p>O1 Coordinar los programas de las diferentes instituciones</p> <p>O2 Gestionar más recursos</p> <p>O3 Capacitar a los adultos mayores</p> <p>O4 Unidades móviles</p> <p>O5 Manejo transparente</p>	<p>FO Las dependencias y las empresas privadas pueden aprovechar la capacitación de los adultos mayores, y de esta manera integrarlos a la vida laboral. Con la participación de las distintas secretarías se impulsará el desarrollo del Instituto, para que cuenta con el personal calificado y la infraestructura que este requiere.</p>	<p>DO El correcto manejo de los recursos permitirá alcanzar los objetivos del instituto, aunado a esto, la participación de los diferentes programas para complementar la ayuda que se les brinda. Se podrá aprovechar la experiencia del adulto mayor, con una capacitación adecuada para de esta manera, brindarles una herramienta para competir en el campo laboral.</p>
Amenazas (A)		
<p>A1 Abandono y maltrato de los adultos mayores.</p> <p>A2 Envejecimiento de la población</p> <p>A3 Mayor índice de pobreza.</p> <p>A4 Deterioro de la credibilidad en las instituciones.</p> <p>A5 Discriminación laboral.</p>	<p>FA La colaboración de las distintas secretarías, así como los acuerdos que existen con dependencias y empresas privadas, permitirá la integración del adulto mayor a la vida social y al campo laboral, además de brindarle sustento económico para evitar que este dependa de terceros para continuar con su sustento.</p>	<p>DA Promover la participación activa del adulto mayor en la sociedad, incentivara a que este pueda desarrollarse e integrarse dentro de la misma.</p>

Fortalezas

F1. Brinda distintos tipos de apoyo a los adultos mayores. Las cualidades con las que cuenta son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores.

F2. Participación de distintas secretarías. La participación de distintas secretarías como Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Gobernación Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Sistema Nacional DIF, IMSS e ISSSTE.

F3. Acceso por diversos medios. Los adultos mayores reciben los servicios del INAPAM a través de: Delegaciones Estatales, Subdelegaciones Municipales, Coordinaciones Municipales, Clubes de la

Tercera Edad a nivel nacional, Centros Culturales, Unidades Gerontológicas, Centros de Atención Integral en el Distrito Federal, Unidades móviles promotoras de servicios y empleo a la comunidad y Departamentos de Asesoría Jurídica.

F4. Convenios con distintas dependencias y empresas privadas. Agua y Predial, American Nutrition Life, Burguer King, Devlyn, Prendamex, Distribuciones del Rello Oticon, Universidad Latinoamericana.

F5. Se otorga a partir de los 60 años. La credencial es gratuita y las personas adultas mayores de 60 años de edad y más, pueden obtenerla en el Distrito Federal y en las representaciones estatales del Inapam.

Debilidades

D1. Falta de infraestructura. No se cuenta con los elementos necesarios para poder dar atención a este grupo de la población.

D2. Falta de recurso humano para la aplicación de los programas. No existe el suficiente personal capacitado para dar la atención especializada que se requiere

D3. Insuficiente capacitación. No se cuenta con una adecuada capacitación a los adultos mayores.

D4. Insuficiente cobertura de grupos de adultos mayores. Se ha logrado promover acciones a favor de los adultos mayores, pero continúa siendo en el que menos se ha avanzado en la protección de sus derechos.

D5. Insuficiente promoción y difusión de los programas gerontológicos. No existe el suficiente fomento a los programas que están dirigidos a los adultos mayores.

Oportunidades

O1 Homologar los programas de las diferentes instituciones. Poder realizar una coordinación conjunta con los distintos programas existentes para poder conformar una alianza que permita brindar una mejor y mayor atención.

O2 Gestionar más recursos para los programas de asistencia social. El poder destinar una mayor cantidad de recursos a estos programas contribuiría a realizar mejoras en los programas de asistencia social.

O3 Capacitación del adulto mayor. Capacitar a los adultos mayores en la producción de diferentes artículos, que al ser comercializados les genera un ingreso y propician a la vez una forma de ocupar su tiempo libre.

O4 Unidades móviles. Ofrecer los servicios de afiliación, asistencia jurídica, consultas médicas y odontológicas a las personas de 60 años o más que no pueden acudir a los centros de Atención Integral, ya sea por su lejanía o por su condición física.

O5 Correcto manejo de recursos. Manejo transparente y adecuado a los programas con la participación de recurso humano a partidista para la correcta distribución.

Amenazas

A1. Abandono y maltrato de los adultos mayores. El maltrato al anciano es un problema de salud pública, que cada vez se incrementa en México, esta población está siendo sujeta a golpes, insultos, discriminación, así como a violencia emocional y psicológica.

A2. Envejecimiento de la población . La pirámide de población de México perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas y las pensiones y los servicios médicos especializados podrían no ser los suficientes o los adecuados para hacer frente a dicha situación.

A3. Crecimiento del índice de la pobreza. Un estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) revela que de continuar los altos precios de los alimentos a nivel mundial, los pobres de México podrían incrementarse en un tercio, desde un 20.6% hasta llegar a alcanzar el 27.5% de su población total.

A4. Deterioro de la credibilidad en las instituciones. En nuestro país la ciudadanía está falta de credibilidad en las instituciones del Estado.

A5. Discriminación laboral. En México se sigue presentando la discriminación laboral ,que se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores.

Estrategias

Estrategia FO. Las dependencias y las empresas privadas pueden aprovechar la capacitación de los adultos mayores, y de esta manera integrarlos a la vida laboral. Con la participación de las distintas secretarías se impulsará el desarrollo del Instituto, para que cuente con el personal calificado y la infraestructura que este requiere.

Estrategia DO. El correcto manejo de los recursos permitirá alcanzar los objetivos del instituto, aunado a esto, la participación de los diferentes programas para complementar la ayuda que se les brinda. Se podrá aprovechar la experiencia del adulto mayor, con una capacitación adecuada para de esta manera, brindarles una herramienta para competir en el campo laboral.

Estrategia FA. La colaboración de las distintas secretarías, así como los acuerdos que existen con dependencias y empresas privadas, permitirá la integración del adulto mayor a la vida social y al campo laboral, además de brindarle sustento económico para evitar que este dependa de terceros para continuar con su sustento.

Estrategia DA. Promover la participación activa del adulto mayor en la sociedad, incentivara a que este pueda desarrollarse e integrarse dentro de la misma.

3.2.3.13 Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Factores Internos	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
<p>(Tabla IFAS)</p> <p>Factores Externos</p> <p>(Tabla EFAS)</p>	<p>F1 Impulsa el desarrollo humano</p> <p>F2 Riguroso sistema de selección de beneficiarios</p> <p>F3 Fortalecer la posición de las mujeres en la familia</p> <p>F4 Los apoyos monetarios se entregan de manera directa a las familias</p> <p>F5 Participación de diversas secretarías</p>	<p>D1 Calidad de los servicios de educación y salud</p> <p>D2 Limita el nivel de educación</p> <p>D3 Se excluye a cientos de miles de familias en localidades</p> <p>D4 Falta de equipo, infraestructura</p>
<p>Oportunidades (O)</p> <p>O1 Incorporación de población elegible urbana a este programa</p> <p>O2 Programa de Abasto Social de Leche</p> <p>O3 Ampliar la oferta de educación media superior</p> <p>O4 IMSS-Oportunidades.</p>	<p>FO Complementar el programa con otros que sean destinados para impulsar el desarrollo humano de las comunidades que así lo requieran, incluyendo a aquellas que se encuentren en las zonas urbanas. La coordinación con la Secretaría de Educación Pública mediante un apoyo educativo que permita continuar los estudios a nivel medio superior.</p>	<p>DO La inclusión de las familias de las zonas urbanas permitirá alcanzar a aquellas que se encuentran en condiciones de extrema pobreza, y de esta forma cumplir con su cometido. La coparticipación de distintos programas ayudará a elevar la eficacia del programa y de esta manera satisfacer la demanda</p>
<p>Amenazas (A)</p> <p>A1 Crisis económica</p> <p>A2 Obesidad</p> <p>A3 Envejecimiento de la población</p>	<p>FA Gracias a que se impulsa el desarrollo humano, a través de brindar apoyo en educación, salud, nutrición e ingreso, ayuda a disminuir los estagos ocasionados por factores como la obesidad y la crisis económica.</p>	<p>DA La optimización de los pocos recursos con los que se cuenta destinando los a las familias más marginadas y condicionando el apoyo educativo a aquellos que mantengan calificaciones de excelencia.</p>

Fortalezas

F1. Impulsa el desarrollo humano. Oportunidades es un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.

F2. Riguroso sistema de selección de beneficiarios. Cuenta con un riguroso sistema de selección de beneficiarios basado en las características socioeconómicas del hogar, que permite focalizar los recursos a las familias que realmente lo necesitan, superando los subsidios y los apoyos discrecionales y definidos con criterios políticos.

F3. Fortalecer la posición de las mujeres en la familia. Son las madres de familia las titulares del Programa y quienes reciben las transferencias monetarias correspondientes.

F4. No existen intermediarios. Los apoyos monetarios se entregan de manera directa a las familias, sin la intermediación de funcionarios, autoridades o líderes, por medio de instituciones liquidadoras, garantizando la transparencia en su distribución.

F5. Participación de diversas secretarías. La Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales.

Oportunidades

O1. Extender la cobertura .Incorporación de población elegible urbana a este programa.

O2. Programa de abasto social de leche.Oportunidades podría tener complementariedades y sinergia importantes con el Programa de Abasto Social de Leche. Ya que en la actualidad se plantea que no podrán ser beneficiarios del programa los hogares de localidades que reciban apoyos alimentarios de otros programas del Gobierno Federal, incluyendo Oportunidades

O3. Ampliar la oferta educativa .Se tiene que contemplar la posibilidad de extender el apoyo no tan solo a nivel secundaria, sino además a nivel medio superior.

O4. IMSS Oportunidades. Como medio para complementar la ayuda y apoyar de manera más eficiente a la población que lo necesita.

Debilidades

D1. Calidad de los servicios de educación y salud. La calidad de los servicios de educación y salud que se otorgan a los beneficiarios debe mejorarse para incrementar el impacto potencial del programa sobre sus beneficiarios.

D2. Es necesario ampliar la oferta de educación media superior. El apoyo educativo solo llega a nivel secundaria.

D3. Falta de cobertura. Se excluye a cientos de miles de familias en localidades que no tienen acceso a unidades de salud y centros educativos simultáneamente, que por definición son las más pobres y presentan los mayores déficits de capacidades básicas.

D4 Falta de equipo, infraestructura. No existen los elementos necesarios para dar cobertura a todos los afiliados.

Amenazas

A1. Crisis económica. La crisis económica puede provocar que disminuyan los recursos destinados a los programas de asistencia social, al mismo tiempo que provoque un incremento en la demanda

A2. Obesidad. La obesidad es un problema de salud pública porque es la principal causa de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades del corazón e infartos cerebrales lo que provocaría una mayor demanda de este programa.

A3. Envejecimiento de la población. Se estima que la población adulta mayor tendrá un crecimiento importante, lo que implicaría que exista mayor demanda de este servicio.

Estrategias

Estrategia FO. Complementar el programa con otros que sean destinados para impulsar el desarrollo humano de las comunidades que así lo requieran, incluyendo a aquellas que se encuentren en las zonas urbanas. La coordinación con la Secretaría de Educación Pública mediante un apoyo educativo que permita continuar los estudios a nivel medio superior.

Estrategia DO. La inclusión de las familias de las zonas urbanas permitirá alcanzar a aquellas que se encuentran en condiciones de extrema pobreza, y de esta forma cumplir con su cometido. La coparticipación de distintos programas ayudará a elevar la eficacia del programa y de esta manera satisfacer la demanda

Estrategia FA. Gracias a que se impulsa el desarrollo humano, a través de brindar apoyo en educación, salud, nutrición e ingreso, ayuda a disminuir los estragos ocasionados por factores como la obesidad y la crisis económica.

Estrategia DA. La optimización de los pocos recursos con los que se cuenta destinándolos a las familias más marginadas y condicionando el apoyo educativo a aquellos que mantengan calificaciones de excelencia.

CONCLUSIONES

México está caracterizado por grandes niveles de desigualdad social que se expresan en la distribución del ingreso, en el acceso a la educación, a la salud, a la previsión social, a la vivienda, a la cultura, etcétera.

La desigualdad en materia de salud está determinada por factores socioeconómicos y de condición laboral, y por características propias de los individuos como el sexo y la edad. Los hogares pobres se enfrentan a barreras económicas no solamente para tener acceso a los servicios de salud de alto costo como el servicio de hospitalización, sino también para obtener los servicios básicos y elementales como medicinas y atención ambulatoria.

En México son diferentes las oportunidades en cuanto a la protección y acceso a los servicios de salud, además de las desigualdades por razones de género, edad, lugar de residencia, preferencia sexual, condición económica y étnica. Dichas desigualdades vulneran derechos fundamentales e impiden el acceso a una calidad de vida saludable y digna.

La desigualdad en México no sólo es ocasionada por una mala política, sino también es originado por problemas de ineficiencia y la falta de inversión a la ciencia y tecnología.

En México, siguen ocurriendo casos de muertes ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio en donde es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva y es un indicador de la profunda desigualdad social que está relacionado con la pobreza.

El origen estructural de la pobreza y la desigualdad en México debe reconocerse con la finalidad de adoptar políticas públicas para combatirlas.

El resultado de la globalización, ha dejado a los grupos de la población más vulnerables totalmente rezagados y condenados al olvido y sumidos en las peores condiciones de vida.

Los pueblos indígenas no han tenido avances importantes en materia económica y social y además de que continúan sufriendo altos niveles de pobreza, menor educación y mayor incidencia de enfermedades y discriminación que otros grupos. La incidencia de la pobreza extrema es mayor en los municipios predominantemente indígenas en comparación a los no indígenas, lo cual se encuentra por encima de la proporción.

La población joven indígena enfrenta las mismas problemáticas para acceder a los servicios de salud reproductiva que otros jóvenes, pero ellos encuentran obstáculos adicionales debido a sus

raíces indígenas. Se enfrentan a problemas de discriminación social e institucional y pueden rehusarse a utilizar los servicios de salud reproductiva disponibles. Los indígenas usualmente habitan en lugares menos accesibles, y por consecuencia tampoco pueden acceder tan fácilmente a servicios que son indispensables para ellos.

Para los indígenas que habitan en las zonas rurales el acceso a los servicios son limitados, y si viven en áreas urbanas, pueden enfrentar problemas de discriminación. Muchos jóvenes indígenas, especialmente las mujeres, hablan sólo su idioma nativo y encuentran dificultades de desarrollo en la cultura predominante.

La población rural mexicana se caracteriza por su fuerte dispersión y distanciamiento, además de estar caracterizada por tener mayor vulnerabilidad económica que la población urbana. Este retraso económico también se ve reflejado en la salud, así como en cuanto a vivienda y educación.

La marginación y dispersión ponen a la población rural en una situación de vulnerabilidad, donde las desigualdades socioeconómicas pueden ser aún mayores, por lo que es importante la aplicación de nuevas políticas y tecnologías que ayuden a contribuir al desarrollo de estas comunidades y de esa manera reducir esas diferencias y ofrecer servicios de calidad para todos.

La salud en México está dirigida o enfocada más hacia el aspecto puramente curativo y no preventivo. Es indispensable que las políticas de salud se transformen para lograr la conjunción de estos dos aspectos.

Los principales retos del sistema de salud mexicano son la de alcanzar mayor equidad en las condiciones de salud, mejorar la calidad de sus servicios y otorgar protección financiera a la mayoría de la población. Mientras que los daños a la salud en las regiones y grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al de algunas naciones europeas, en las regiones y grupos sociales empobrecidos el cuadro es el de un país de escaso desarrollo.

El hecho de conseguir desarrollar las condiciones de salud provocara que exista un mayor bienestar en la población y de esa manera se promoverá el desarrollo íntegro de las capacidades humanas. La protección a la salud es un derecho constitucional que obliga a mejorar los servicios, tanto en cobertura como en calidad. El objetivo es alcanzar una sociedad en donde todos tengan las mismas facilidades y oportunidades para tener acceso a servicios de salud de calidad.

Los programas de asistencia social que actualmente existen en México, consideran una gran variedad de factores para cubrir a la población que no cuentan con algún sistema de seguridad social, sin embargo, estos aún cuentan con deficiencias en su funcionamiento debido principalmente a la falta de presupuesto y a la gran demanda que estos tienen.

El seguro popular es un sistema que ha sido de gran ayuda para la población, pero difícilmente será un elemento efectivo de protección, y de creación de equidad, si este no cuenta con el respaldo operativo necesario. Las personas continuarán haciendo gastos de bolsillo ineficientes y poniendo en riesgo su patrimonio. Una alternativa importante es la cooperación entre los distintos programas que existen para complementar la ayuda, es decir, un esquema donde médicos, hospitales, laboratorios, recursos pueden unirse para atender aquellos servicios que el Seguro Popular no pueda atender, y de esta manera tratar de optimizar los recursos de manera más eficiente.

No se puede permitir que la mitad de los mexicanos continúen inmersos en la pobreza enfrentándose todos los días a riesgos de salud que pueden llevarlos a la bancarrota. A la vez se tiene que reconocer la creciente limitación de recursos y la existencia de malos manejos organizacionales que existen en el sector público y que, aún con el Seguro Popular, no es posible dar una atención adecuada a todos. Por lo que es de vital importancia considerar e implementar otras opciones, en las cuales el gobierno aproveche las estructuras ya existentes en algunos rubros, y utilice capacidades disponibles de todos los programas, para otorgar servicio a los grupos más vulnerables. El no avanzar en ello será una gran irresponsabilidad, y una gran injusticia.

La mayoría de los sistemas y programas de protección social contaron con la información necesaria que permitieron elaborar un análisis detallado de los factores tanto externos como internos de cada uno de ellos para de esa forma realizar una evaluación de los mismos y proponer estrategias que permitirán mejorar las condiciones en la que estos se encuentran. Sin embargo no todos tienen las condiciones necesarias para elaborar un estudio a fondo y por consecuencia no se logro desarrollar una evaluación adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Anuario de estadística por entidad federativa 2009/INEG
- Anzaldo Carlos y Prado Minerva. Índice de marginación a nivel localidad 2005/CONAPO
- Censo de población y vivienda 2005.Tabuladores básicos/INEGI
- Gómez Durán Thelma, Rodríguez Ruth, Sistema de salud por los suelos, Síntesis informativa/INDESOL
- IMSS. Memoria Estadística 2005, 2006 y 2007 (5 de junio de 2008).
- Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud Programa Nacional de Salud 2007-2012/ Secretaría de Salud.
- Salgado de Snyder, R. Wong. , Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida / Ed. de V.N.
- Banco Interamericano de Desarrollo,Inter-American Development Bank.Protección Social para la equidad y el desarrollo
- s/autor [en línea], Secretaria de Desarrollo Social, Dirección URL: <http://www.sedesol.gob.mx/index/index.php?sec=801586&pagina=2>
- s/autor [en línea] ,Consejo de Salubridad General, Dirección URL: <http://www.csg.salud.gob.mx/interiores/consejo/queeselcsg.html>
- Bonilla García Alejandro, Conte-Grand H. Alfredo; Pensiones en América Latina/Oficinas Internacionales del Trabajo.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Indicadores de resultados, Julio 2006, Secretaría de Salud.
- México de un vistazo edición 2007/INEGI
- La población indígena en México 2007/ INEGI
- Informe anual de seguimiento a la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo en materia de Desarrollo Social (2007)/Secretaría de Desarrollo Social.
- Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2006/ENDIREH
- Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2006 Tabuladores básico Estados Unidos Mexicanos/ENDIREH
- La salud de los pueblos indígenas 2007/Ensanut.
- González Chevez Lilian, Martinez Hersch Paul, Salud Pública Méx 1993; Vol. 35/instituto Nacional de Salud Publica.
- Perfil Sociodemográfico de los Estados Unidos Mexicanos.2008/ INEGI.
- Situación de la Salud en México 2006/ Sistema Nacional de Información en Salud
- L. Wheelen, Thomas ,Hunger, David J., *Administración estratégica y política de negocios., Pearson Educación de México S.A. de C.V., 2007.*
- Marketing Publishing Center Antonio Borello, El plan de Negocios, Ediciones Díaz de Santos S.A. 1994.