

Capítulo III

III. SOCIODEMOGRAFÍA, POLÍTICAS EN SALUD Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

En este capítulo se describirán algunos de los componentes más importantes de la dinámica demográfica para México, partiendo del XII Censo General de Población y Vivienda del 2000 y el II Conteo de Población y Vivienda del 2005. Algunos puntos que serán vistos son: tamaño, estructura, fecundidad, migración, derechohabiencia, educación, hablantes de lenguas indígenas, hogares y viviendas. El área geográfica que analizaremos es el D.F. y se realizaron cruces de variables de acuerdo con las delegaciones, sexo, grupos quinquenales y edades desplegadas, según el caso necesario.

Dado este primer paso, se reconstruirá el andamiaje que estructuró México para afrontar los problemas y consecuencias derivados de la fecundidad, no sin antes referir la transición político-discursiva que vivió el país ante la disyuntiva de apoyar el pronatalismo o evitar un crecimiento natural desproporcionado. Por último, en ese capítulo encontraremos además, como está organizado el sistema de salud mexicano, cómo está financiado, quienes son los beneficiarios, etc.

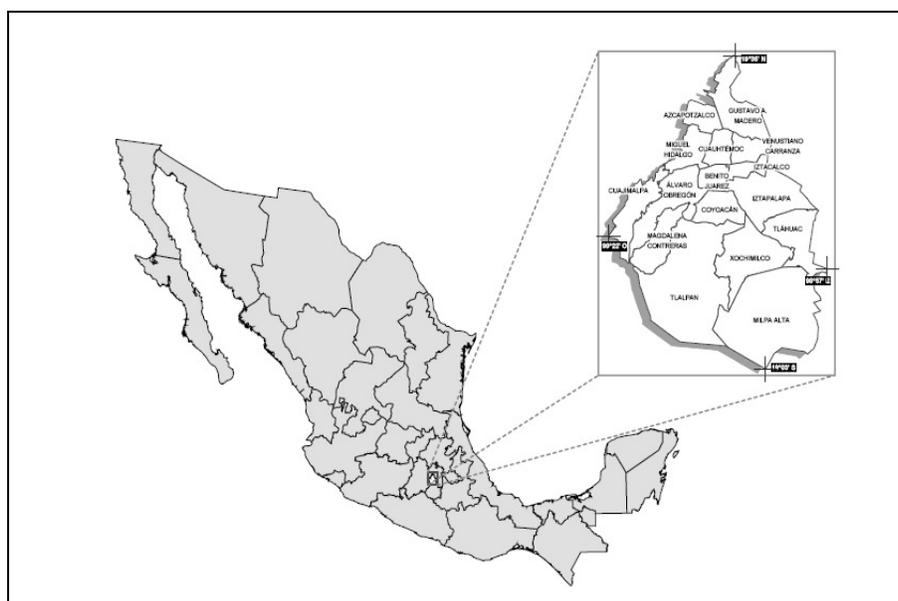
El objetivo que se persigue en este apartado es dar un panorama general sobre los aspectos ya mencionados y lograr que el lector tome en consideración esta información para comprender el entorno y la información que se desprenderá en los capítulos posteriores.

III.1 Características sociodemográficas del Distrito Federal

III.1.1 División socio-política del Distrito Federal

El D.F. es la capital mexicana que colinda al norte, este y oeste con el Estado de México y al sur con el Estado de Morelos. La superficie total representa 0.1% del país, con una extensión de 1489.86 km². Está dividido en 16 delegaciones (ver figura 3.1): Iztacalco, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza, Coyoacán, Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Iztapalapa, Álvaro Obregón, La Magdalena Contreras, Tlalpan, Xochimilco, Tláhuac, Cuajimalpa de Morelos y Milpa Alta.

Figura 3. 1 Localización del D.F. en el contexto de la República Mexicana



Fuente: Gobierno del Distrito Federal, 2007.

III.1.2 Tamaño, estructura y dinámica poblacional

Los datos arrojados por el II Censo de Población y Vivienda 2005, levantado por el INEGI en octubre del mismo año, indican que en el D.F. la población total ascendía a 8720916, de los

cuales 52.0% son mujeres. Con respecto a la cantidad de habitantes nacionales, el D.F. alberga 8.4% de población.

Dentro de esta área geográfica, casi 57.0% de la población está concentrada en cinco delegaciones: Iztapalapa (20.9%), Gustavo A. Madero (13.7%), Álvaro Obregón (8.1%), Coyoacán (7.2%) y Tlalpan (7.0%). En la tabla 3.1 se puede observar como está distribuida la población de acuerdo con la delegación en la que residen y las respectivas tasas de crecimiento para los periodos 1995-2000 y 2000-2005.

Tabla 3. 1 Población total por delegación y tasas de crecimiento para el periodo 1995-2000 y 2000-2005

Área Geográfica	Población			Tasas de Crecimiento	
	Total	Hombres	Mujeres	1995-2000	2000-2005
<i>Estados Unidos Mexicanos</i>	103269080	50249955	53019125	1.6	1.0
<i>Distrito Federal</i>	8720916	4171683	4549233	0.3	0.2
Álvaro Obregón	706567	336625	369942	0.4	0.5
Azcapotzalco	425298	201618	223680	-0.7	-0.6
Benito Juárez	355017	161553	193464	-0.6	-0.3
Coyoacán	628063	295802	332261	-0.5	-0.3
Cuajimalpa de Morelos	173625	82426	91199	2.4	2.5
Cuauhtémoc	521348	245697	275651	-1.1	0.2
Gustavo A. Madero	1193161	573847	619314	-0.4	-0.6
Iztacalco	395025	187859	207166	-0.4	-0.7
Iztapalapa	1820888	885049	935839	1.0	0.5
La Magdalena Contreras	228927	109649	119278	1.1	0.5
Miguel Hidalgo	353534	163271	190263	-0.8	0.0
Milpa Alta	115895	57013	58882	4.2	3.2
Tláhuac	344106	167271	176835	4.0	2.3
Tlalpan	607545	292141	315404	1.2	0.8
Venustiano Carranza	447459	212050	235409	-1.1	-0.6
Xochimilco	404458	199812	204646	2.5	1.6

Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

De acuerdo con los datos del XII Censo de Población y Vivienda del año 2000, 48.4% de la población del D.F. pertenece a estratos socioeconómicos muy bajos y bajos, tal como se ve en la tabla 3.2. Seis delegaciones presentan porcentajes de marginación por encima del promedio capitalino, en orden descendente ellas son: Milpa Alta, Xochimilco, Tláhuac, Iztapalapa, Tlalpan y La Magdalena Contreras; por su parte, Cuajimalpa de Morelos iguala el porcentaje

con el D.F. y el resto de delegaciones tienen porcentajes menores, es decir, la mayor proporción de habitantes se sitúa en estratos socioeconómicos medio y alto.

Tabla 3. 2 Distribución porcentual de población, según su estrato socioeconómico y delegación, 2000

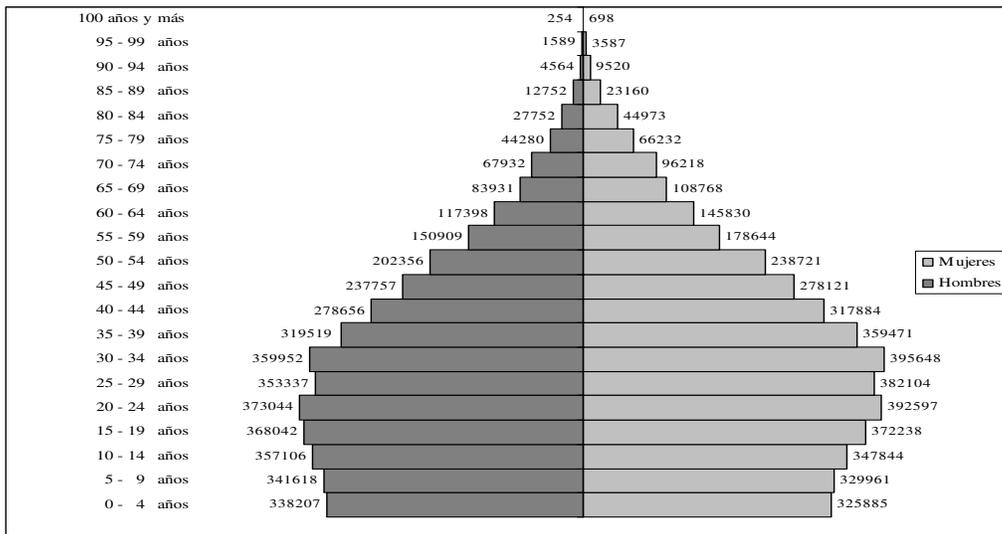
Delegación	Muy bajo y bajo	Medio y Alto
Total	48.4	51.6
Milpa Alta	84.7	15.3
Xochimilco	68.2	31.8
Tlahuac	66.3	33.7
Iztapalapa	60.1	39.9
Tlalpan	53.9	46.1
La Magdalena Contreras	50.6	49.4
Cuajimalpa de Morelos	48.4	51.6
Gustavo A. Madero	47.1	52.9
Iztacalco	46.2	53.8
Álvaro Obregón	46.1	53.9
Venustiano Carranza	44.8	55.2
Azcapotzalco	42.6	57.4
Coyoacán	37.5	62.5
Cuauhtemoc	32.9	67.1
Miguel Hidalgo	31.5	68.5
Benito Juárez	15.9	84.1

Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

En la figura 3.2 se puede observar como se comportó la población por grupos quinquenales de edad para el año 2005 en el D.F., esta estructura deja ver una mayor proporción de varones niños en los tres primeros grupos y de acuerdo con el comportamiento histórico, a partir de ahí el predominio es de las mujeres, notándose una mayor ventaja entre los 30 hasta los 54 años de edad.

La estructura por edad de la capital de México da cuenta de una población aún joven que lentamente se dirige a la vejez, mientras que la base de la pirámide cada vez se hace más estrecha. El conjunto etáreo con mayor cantidad de personas corresponde al grupo de 20-24 años de edad quien para la fecha del censo contaba con 9.0% del total de la población, en este mismo grupo está la mayoría de la población masculina con 9.2%, mientras que la mayoría de las mujeres sitúan en el grupo de 30-34 años.

Figura 3. 2 Estructura de la población, según grupos quinquenales de edad y sexo – 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

En cuanto al índice de masculinidad, se resalta un leve aumento de este indicador a nivel del D.F., el cual pasó de 91.5 a 91.7 hombres por cada 100 mujeres, pese a que en la mayoría de las delegaciones (10 de las 16) disminuyó la relación con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Llama la atención que en la delegación Benito Juárez el índice pasara de 80.2 a 83.6, 3.3 hombres más entre periodos, siendo el incremento más alto de todos, en contraste con Milpa Alta que disminuyó en 1.2 hombres su reserva masculina (ver tabla 3.3).

Tabla 3. 3 Índice de masculinidad por delegaciones 2000 y 2005

Delegación	2000	2005
<i>Distrito Federal</i>	91.5	91.7
Álvaro Obregón	91.1	91.0
Azcapotzalco	91.0	90.1
Benito Juárez	80.2	83.5
Coyoacán	88.4	89.0
Cuajimalpa de Morelos	90.6	90.4
Cuauhtémoc	88.1	89.1
Gustavo A. Madero	92.9	92.7
Iztacalco	91.0	90.7
Iztapalapa	95.1	94.6
Magdalena Contreras, La	92.1	91.9
Miguel Hidalgo	83.2	85.8
Milpa Alta	98.0	96.8
Tláhuac	94.9	94.6
Tlalpan	92.8	92.6
Venustiano Carranza	90.0	90.1
Xochimilco	96.8	97.6

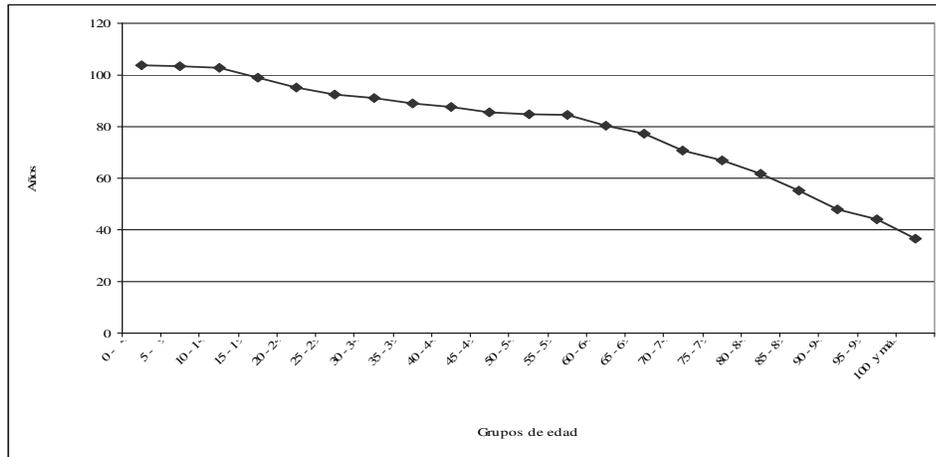
Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Para el 2005 el indicador hombre/mujer es mayor para la base poblacional llegando a valores de 103.8 desde el momento del nacimiento y hasta los cuatro años de edad. Gradualmente los índices van decreciendo hasta situarse finalmente en 36.4 hombres por cada 100 mujeres (ver figura 3.3). Según reportes del INEGI,¹⁹ el D.F. junto con Baja California tuvieron las esperanzas de vida más altas del país, para el 2006 este valor fue de 76.6 años para los capitalinos, siendo mayor para las mujeres con 78.1 años y de 72.8 años para los hombres.

¹⁹ Véase :

<http://cuentame.inegi.gob.mx/monografias/informacion/D.F./poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=09>

Figura 3.3 Índice de masculinidad, según grupos quinquenales de edad, 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

El índice de masculinidad para 2000, según los dos estratos seleccionados (muy bajo y bajo y medio y alto) y la delegación es mayor, en todos los casos, para el estrato socioeconómico muy bajo y bajo, lo cual indica una mayor proporción de hombres en dichos estratos. Por ejemplo el D.F. cuenta con aproximadamente 10 hombres más por cada 100 mujeres en el estrato socioeconómico muy bajo y bajo (95.4); en algunas delegaciones como Álvaro Obregón y Cuajimalpa de Morelos esta diferencia es de 16.8 y 14.8 hombres más, mientras que en delegaciones como Benito Juárez y Tláhuac la brecha es menor entre estrato y estrato 3.1 y 3.6 respectivamente (ver tabla 3.4).

Tabla 3. 4 Índice de masculinidad por delegaciones y estratos socioeconómicos, 2000

Delegaciones	Muy bajo y bajo	Medio y Alto
Total D.F.	95.4	85.1
Azcapotzalco	93.6	88.2
Coyoacán	93.7	84.8
Cuajimalpa de Morelos	94.0	79.2
Gustavo A. Madero	96.0	87.5
Iztacalco	93.5	85.8
Iztapalapa	96.4	89.1
La Magdalena Contreras	98.3	84.2
Milpa Alta	100.1	92.5
Álvaro Obregón	98.4	81.6
Tláhuac	96.8	93.2
Tlalpan	95.8	85.1
Xochimilco	97.4	91.4
Benito Juárez	80.2	77.1
Cuauhtemoc	91.8	84.8
Miguel Hidalgo	90.0	78.1
Venustiano Carranza	92.9	87.5

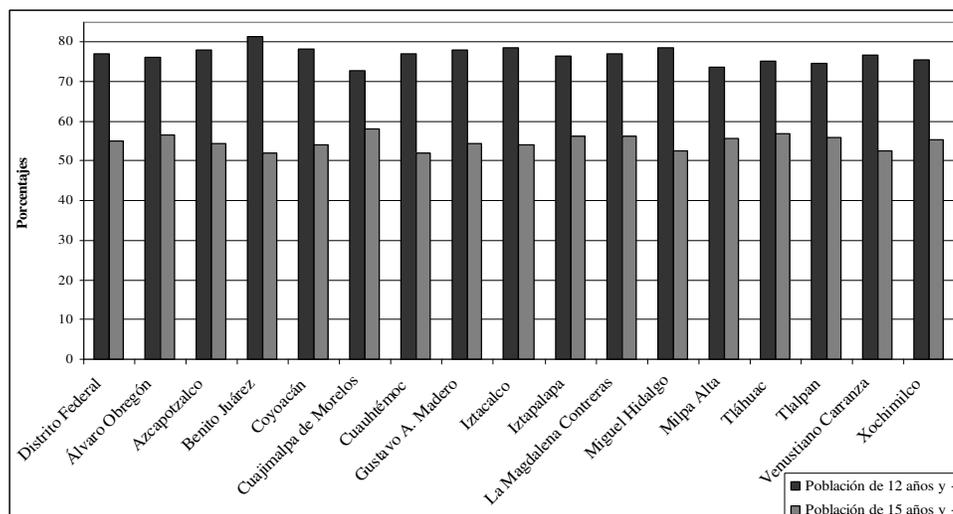
Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

III.1.3 Fecundidad

Para el año 2000 la población femenina de 12 años y más en el D.F. representaba 80.2% con respecto a toda la población femenina; en el estrato medio y alto esta población significaba 85.4% y en el estrato muy bajo y bajo era de 74.3%. En el 2005 las mujeres de 12 años y más era de 76.97%. Entre tanto, la población femenina de 15-49 años era de 57.5% a nivel del D.F. para el año 2000 y de 55.5% y 59.2% para los estratos socioeconómicos muy bajo y bajo y medio y alto específicamente. En el 2005 el porcentaje de mujeres entre los 15-49 años fue de 54.9%.

En cuanto al desglose a nivel de las delegaciones, tal como se ilustra en la figura 3.4, la delegación de Benito Juárez tiene la mayor cantidad de mujeres entre 12 años y más (81 por cada 100) y la menor cantidad de mujeres en edad fértil (52 por cada 100), contrario a lo que ocurre con la delegación Cuajimilpa de Morelos en donde en el primer grupo se concentran 73 de cada 100 mujeres y en el segundo hay 58 mujeres por cada 100 de ellas.

Figura 3. 4 Porcentaje de mujeres de 12 años y más y de 15 años y más, por delegaciones, 2005

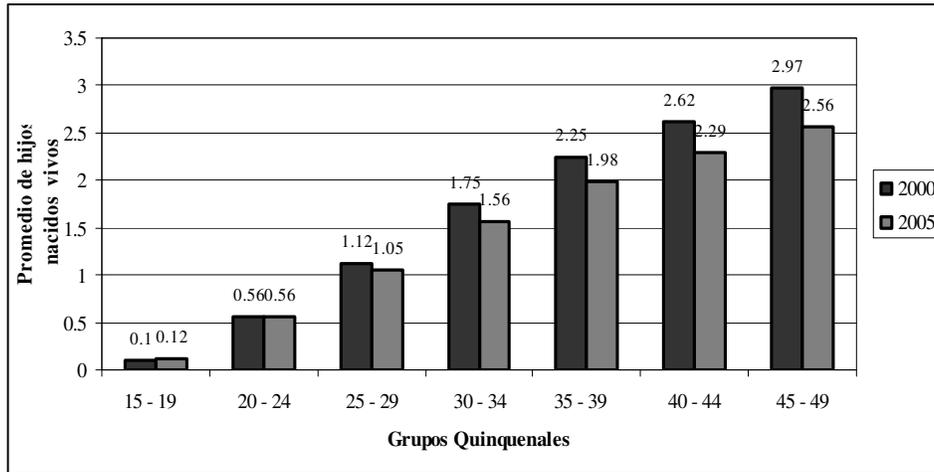


* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

De acuerdo con la figura 3.5, el nivel de la fecundidad, medido por el promedio de hijos nacidos vivos, muestra una reducción significativa en casi todas las edades, en particular la descendencia promedio de las mujeres entre los 45 y 49 años que actualmente es de 2.6 hijos por mujer, cuando en el año 2000 era de aproximadamente 3.0 hijos. En el único grupo de edad que se da un pequeñísimo aumento (0.02) es en el grupo quinquenal más joven (15-19), mientras que en el grupo adyacente superior (20-24) se mantiene un promedio de 0.6 hijos nacidos vivos.

Figura 3. 5 Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años, 2000 y 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados y a las mujeres que no precisaron el número total de hijos.

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Positivamente, el D.F. cuenta con un nivel de sobrevivencia de los hijos que se considera alto, oscilando aproximadamente entre 93.8 y 95.2 para las diversas delegaciones, siendo el punto de comparación el estimado de 94.3 de la capital mexicana (ver tabla 3.5).

Tabla 3. 5 Promedio de hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes de la mujeres de 15-49 años de edad, por delegaciones, 2005

Delegación	Promedio hijos nacidos vivos	Porcentaje de hijos sobrevivientes
<i>Distrito Federal</i>	2.0	94.3
Álvaro Obregón	2.0	94.0
Azcapotzalco	2.0	94.2
Benito Juárez	1.5	95.2
Coyoacán	1.8	94.8
Cuajimalpa de Morelos	2.0	94.2
Cuauhtémoc	1.8	94.2
Gustavo A. Madero	2.1	93.8
Iztacalco	2.0	94.1
Iztapalapa	2.1	94.1
La Magdalena Contreras	2.0	94.2
Miguel Hidalgo	1.7	94.4
Milpa Alta	2.1	94.9
Tláhuac	2.1	94.7
Tlalpan	1.9	94.6
Venustiano Carranza	2.0	94.2
Xochimilco	2.0	94.8

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Tanto en los estratos muy bajo y bajo y medio y alto la mayoría de las mujeres entre los 15-19 años no han tenido hijos, aunque como se aprecia en la tabla 3.6, el porcentaje de mujeres nulíparas para ese mismo grupo de edad es mayor en el estrato medio y alto. En general se puede ver que hay una paridad temprana en el estrato muy bajo y bajo para diferentes números de hijos, mientras que en el estrato medio y alto la edad para tener los hijos es más tardada (de los 35 años en adelante). Prácticamente las mujeres en edad fértil del estrato socioeconómico medio y alto detienen su fecundidad cuando alcanzado una paridad igual a 3 hijos, al contrario de lo que ocurre en el estrato muy bajo y bajo, donde las mujeres alcanzan paridades de 4, 5 y más hijos, especialmente a partir de los 35 años en adelante.

Tabla 3. 6 Distribución porcentual de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15-49 años, según estratos socioeconómicos, 2000

Estrato muy bajo y bajo						
Grupos quinquenales	% de hijos nacidos vivos					
	0	1	2	3	4	5 y más
15-19	86.2	11.3	2.2	0.2	0.0	0.0
20-24	45.0	31.3	17.8	4.6	1.0	0.3
25-29	21.3	25.0	32.0	15.5	4.5	1.7
30-34	10.8	14.5	33.6	24.9	10.1	6.0
35-39	6.9	10.2	26.2	28.8	15.6	12.4
40-44	6.2	7.3	19.7	26.5	17.7	22.6
45-49	5.4	6.7	14.2	20.2	19.2	34.2
Estrato medio y alto						
Grupos quinquenales	% de hijos nacidos vivos					
	0	1	2	3	4	5 y más
15-19	96.0	3.7	0.3	0.0	0.0	0.0
20-24	78.0	16.6	4.5	0.7	0.2	0.1
25-29	58.0	24.2	13.9	3.2	0.6	0.2
30-34	34.5	25.4	26.4	10.7	2.2	0.8
35-39	20.4	19.5	34.1	18.8	5.2	2.1
40-44	13.9	15.8	33.4	23.5	8.9	4.5
45-49	11.8	13.1	29.6	25.0	11.7	8.9

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

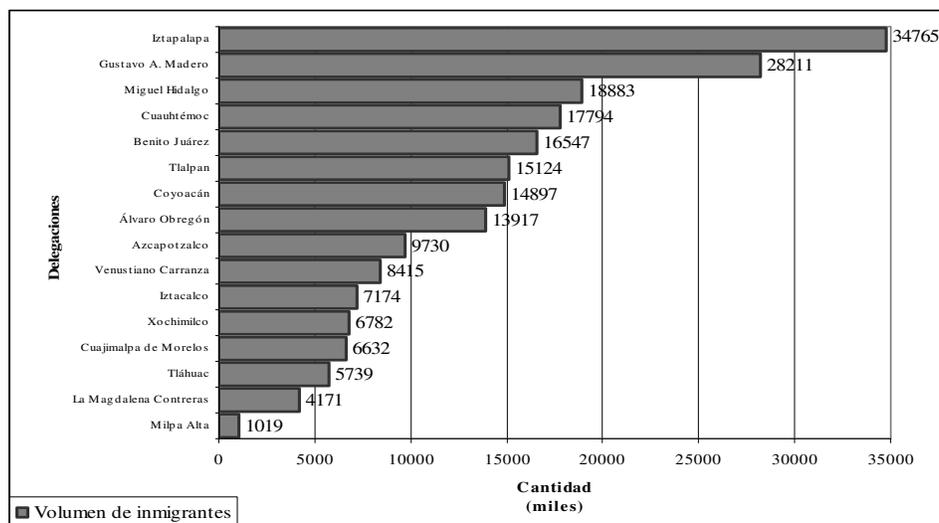
III.1.4 Migración

A través del Censo de Población del 2005, fue posible establecer los movimientos migratorios de la población, según su lugar de residencia cinco años antes, aludiendo a la población de cinco años y más, siendo este hecho uno de los principales fenómenos demográficos que impacta la composición y dinámica de la población.

La intensidad de los flujos migratorios de la entidad ha disminuido de manera que entre 1995 y 2000 llegaron a la capital 4.9% de los residentes, en tanto que para el último quinquenio la proporción disminuyó a 2.4 %. Entre 2000 y 2005 llegaron a vivir a la entidad cerca de 188 mil personas procedentes del Estado de México (38.4%), de Veracruz (8.7%) y de Puebla (8.2%). Por otro lado, salieron de la entidad poco más de 491 mil personas que se dirigieron principalmente al Estado de México (57.1%), Querétaro (4.2%) e Hidalgo (4.1%). Al remitirnos a la figura 3.6, se nota que existen enormes disparidades por zonas a causa de las

personas que residían hace 5 años en otros estados y que ahora se asientan en el D.F. En su orden, Iztapalapa y Gustavo A. Madero cuenta con un 16.6% y un 13.5% de población de 5 años en adelante que en el 2000 habitaban otros estados del país, incluso, otros países. Los de menor recepción, al contrario, son La Magdalena Contreras (2.0%) y Milpa Alta (0.5%).

Figura 3. 6 Volumen de inmigrantes residentes por delegación, 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

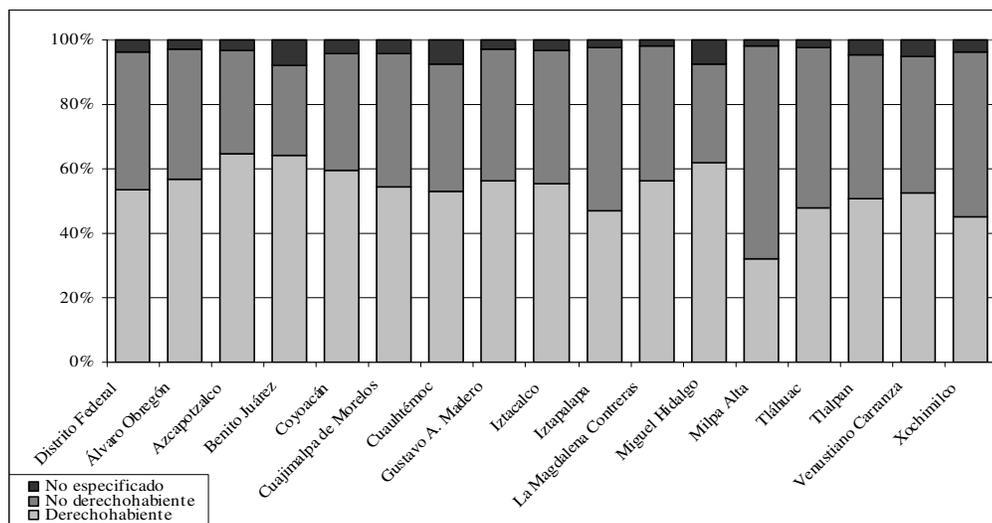
III.1.5 Derechohabiencia a servicios de salud

En el 2005 alrededor de 53.6% de los encuestados declararon tener derecho a atenderse en algún tipo de institución de salud, cifra que fue menor para el 2000 en 2.3 puntos porcentuales (51.3%), entre este periodo señalado, hubo una disminución de la población no derechohabiente pasando de 45.9% en el 2000 a 42.7% en el 2005; en el país este valor bajó en 7.2 puntos al pasar de 57.0 a 49.8 por ciento.

Dentro del conjunto delegacional (ver figura 3.7), hay sitios que superan en cobertura de salud 60.0% de la población, son ellas: Azcapotzalco (64.7%), Benito Juárez (64.2%) y Miguel Hidalgo (61.9%); cuatro de las delegaciones permanecen por debajo de 50.0%: Milpa Alta

(32.2%), Xochimilco (45.3%), Iztapalapa (47.2%), Tláhuac (47.8%). El resto entre tanto, fluctúa en valores que van de 50.6% (Tlalpan) hasta 59.5% (Coyoacán).

Figura 3. 7 Distribución porcentual de la población por delegaciones, según su derechohabiencia, 2005



Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

54.5% de la población de estrato medio y alto están adscritos al sistema de salud, mientras 34.0% de las personas de estrato muy bajo y bajo cuentan con el mismo derecho. El principal proveedor de servicios de salud en el D.F. es el IMSS con una cobertura de 64.9% de la población derechohabiente, seguida del ISSSTE (22.3%), instituciones privadas (8.9%), Seguro Popular (3.9%), PEMEX y SEDENA (2.3%) y otras instituciones (0.3%).

Cuando se comparan los grados de derechohabiencia entre grupos quinquenales se nota claramente que en los grupos más avanzados (a partir de los 60 años) tienen los mejores porcentajes de derecho a los servicios de salud, dentro de este grupo sobresale los de 70-74 años quienes son beneficiarios del sistema un 74.8%. En lo que compete a los demás grupos quinquenales, es de señalar que la mayoría de su población es derechohabiente (cerca del 50.0%), aunque, grupos etáreos como los de 0-4, 15-19 y 20-24 no alcanzan este umbral, sus porcentajes son: 49.3%, 48.8% y 46.1%, este último dato refleja en cierto grado el nivel de precariedad de los jóvenes que ingresan a trabajos informales o trabajos sin derechos laborales, incluyendo la salud.

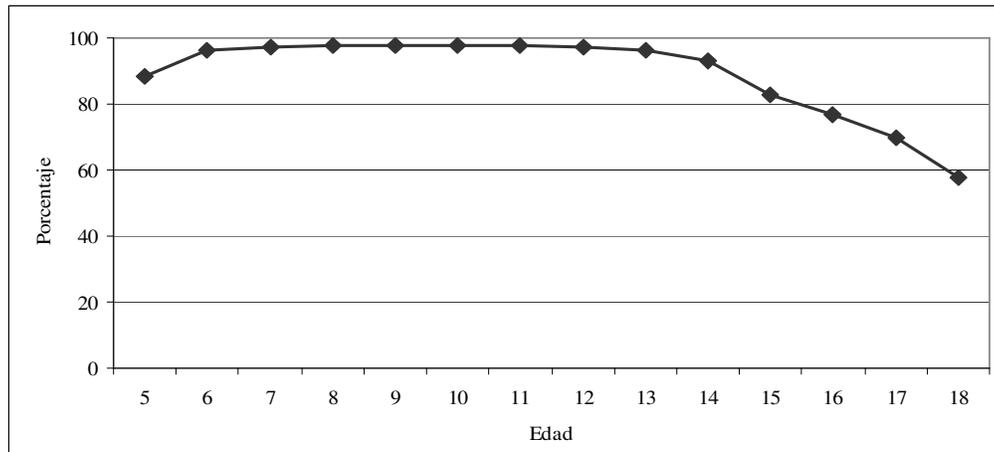
Para el caso del D.F. se observa que por cada 100 mujeres 55 tienen seguridad social, en tanto que bajo esta misma base, los hombres con derechohabencia suman 52. Desde el último censo llevado a cabo en México en el año 2000, la proporción de derechohabientes ha aumentado para ambos sexos, aunque en el número de afiliados aventajen las mujeres, dicha cifra pasó de 52.8% a 55.4% en el último quinquenio. Los hombres pasaron de 49.6% en el 2000 y aumentaron 2.1 puntos hasta llegar a 51.7% vinculados al sistema de salud nacional.

III.1.6 Educación y lenguas indígenas

La tasa de analfabetismo entre la población de 15 años y más se redujo entre el 2000 y el 2005, a la par como ha sido en el país, aunque a nivel nacional el descenso ha sido mayor 0.8 puntos más mientras que en el D.F. fue de 0.3 puntos porcentuales. Cuando en todo México 8 de cada 100 personas de 15 años y más no sabían leer y escribir, en el D.F. había casi 3 personas.

Como es de esperarse en los primeros años de edad, a partir de los 5 años de edad, existe un mayor porcentaje de individuos asistiendo a las instituciones de educación, aproximadamente hasta los 18 años de edad. La figura 3.8 muestra que entre los 5 y 6 años existe un leve aumento en la proporción de estudiantes (7.9 puntos porcentuales más), desde ese momento se observa que las tasas de asistencia escolar se mantienen casi constante hasta los 13 años y de ahí en adelante va disminuyendo gradualmente, explicado esto por la deserción escolar y la incorporación de los más grandes a la vida laboral. Dado que alrededor de los 16-18 años los jóvenes terminan su preparatoria, muchos de éstos no continúan con estudios de licenciatura y prefieren sumarse al mercado de trabajo.

Figura 3. 8 Asistencia escolar por edades individuales hasta los 18 años, 2005



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI.

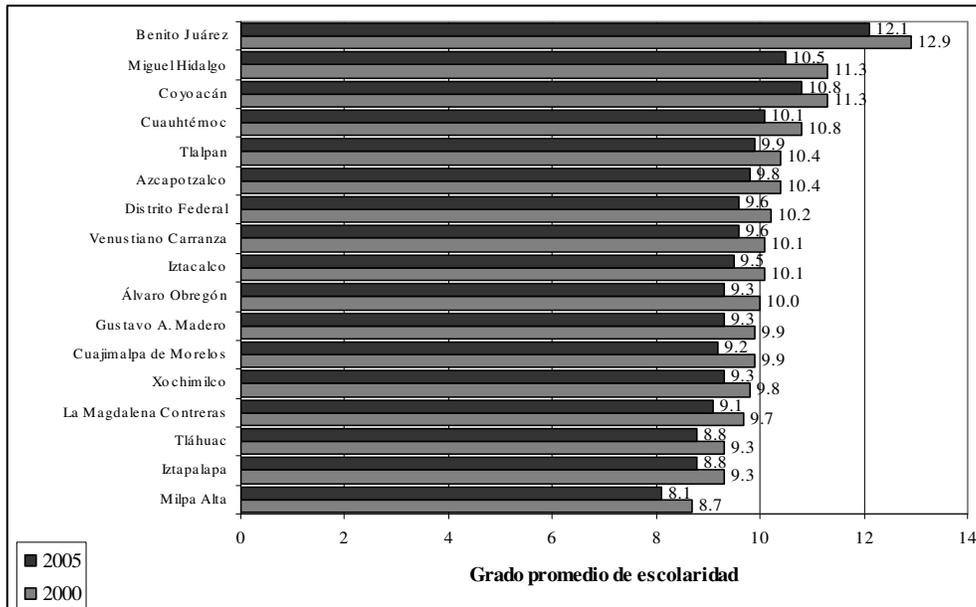
El perfil educativo de la población del D.F., en el año 2005 estuvo distribuido así: 3.0% sin instrucción, 6.5% con primaria incompleta, 13.5% con primaria completa, 26.1% con secundaria o equivalente, 26.1% con media superior y 23.1% con educación superior, en este último rubro se incluyen a las personas que son profesionistas, maestros o doctores.²⁰

Existen variados contrastes entre las delegaciones cuando se compara los grados promedios de escolaridad, aunque las tendencias se mantienen, por ejemplo Benito Juárez quien para el 2000 tenía el mejor promedio, lo sigue conservando para el 2005 y el último lugar en los dos periodos de referencia es para la delegación Milpa Alta (ver figura 3.9).

Las mujeres siguen teniendo grados menores de escolaridad, en general, el promedio es de 9.85 para ellas y 6.5% más para ellos, es decir, 10.49.

²⁰ Los porcentajes no representan el 100%, dado que un 1.7% de la población no especificó un nivel académico.

Figura 3.9 Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más por delegación, 2000 y 2005

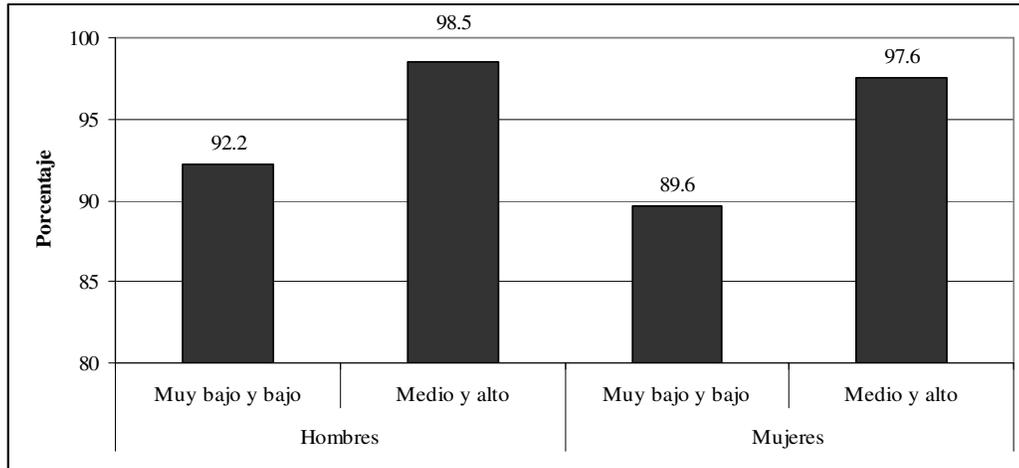


* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

Con base en la estratificación socioeconómica aplicada al XII Censo General de Población y Vivienda 2000 los niveles de alfabetismo son más altos para los varones y mujeres pertenecientes al estrato medio y alto, en este caso las diferencias son mínimas, sólo de 1.0 punto porcentual; en los estratos muy bajo y muy bajo el analfabetismo alcanza porcentajes de 92.2% en los hombres y 89.6% en las mujeres, es decir, los separa 2.5 puntos porcentuales (ver figura 3.10).

Figura 3. 10 Porcentaje de población alfabeta, según estratos socioeconómicos y sexo, 2000



* Se excluyeron los casos que estaban como no especificados.

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

La presencia de hablantes de alguna lengua indígena dentro de la entidad representa 1.5% de la población de cinco años y más, así mismo, 99.7% de ellos habla español. En el 2005 53% de hablantes de lenguas indígenas eran mujeres.

En la tabla 3.7 se presenta el porcentaje de población que habla alguna lengua indígena según el estrato socioeconómico y la delegación, se puede apreciar que en el estrato muy bajo y bajo se concentra casi el doble de población con dichas características.

Tabla 3. 7 Porcentaje de población hablante de lengua indígena, según estrato socioeconómico y delegaciones, 2000

Delegación	Estrato	
	Muy bajo y bajo	Medio y alto
<i>Total D.F</i>	<i>3.1</i>	<i>1.7</i>
Azcapotzalco	1.6	1.1
Coyoacán	3.4	1.7
Cuajimalpa de Morelos	2.0	2.1
Gustavo A. Madero	2.5	1.2
Iztacalco	2.9	1.1
Iztapalapa	3.2	1.3
La Magdalena Contreras	2.1	2.3
Milpa Alta	5.5	3.5
Álvaro Obregón	2.8	1.9
Tláhuac	2.4	0.9
Tlalpan	3.2	1.8
Xochimilco	4.1	1.6
Benito Juárez	3.7	2.0
Cuauhtémoc	4.9	1.7
Miguel Hidalgo	2.6	2.2
Venustiano Carranza	2.0	1.1

Fuente: Elaboración propia con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000

III.1.7 Hogares y viviendas

En el D.F. 71.15% de los hogares²¹ son comandados por hombres. Durante los dos quinquenios, se observó que la proporción de hogares jefaturados por mujeres aumentó (25.9% a 28.9%) y la de los hombres bajó (74.2% a 71.1%).

89.27% de las viviendas son hogares familiares, un 10.53% no familiares y el resto son casos no especificados, se puede apreciar la distribución porcentual de los valores para los subgrupos correspondientes en la tabla 3.8.

²¹ De acuerdo con el INEGI, el hogar se refiere a toda unidad doméstica conformada por una o más personas, con o sin lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación.

Tabla 3. 8 Distribución de la población, según el tipo de hogar, 2005

Tipo de hogar		Cantidad	%
<i>Total de hogares</i>		2292069	100
Hogares familiares	Total	2046226	89.27
	Nucleares	1471291	71.90
	Ampliados	543734	26.57
	Compuestos	13878	0.68
	No especificado	17323	0.85
Hogares no familiares	Total	241363	10.53
	Unipersonales	223427	92.57
	Corresidentes	17936	7.43
No especificado		4480	0.20

Fuente: Elaboración propia con en el II Censo de Población y Vivienda 2005.

En cuanto al número de viviendas hay que anotar que para el 2005 el número de viviendas en la ciudad aumentó en un 7.32% con respecto al año 2000 y 13.77% si se toma como base 1 lustro atrás. El promedio de ocupantes fue de 3.8 por vivienda que contaban con las siguientes características: 97.1% tenían agua de la red pública, 98.6% disponían de energía eléctrica y un 92.2% de drenaje. Igualmente los bienes de los que estaban dotados eran: 97.8% televisión, 90.5% refrigerador, 76.9% lavadora y 37.2% computadora.

III.2 La idea del antinatalismo y las políticas sectoriales

III.2.1 Del pronatalismo a la planificación familiar

Por años, los principales componentes demográficos como la fecundidad, la mortalidad y la migración han sido el centro de interés para manejar de alguna manera la despoblación o sobrepoblación del país. Ante la tensión que derivó la decisión sobre cuál fenómeno intervenir, la fecundidad se convirtió en la puerta de escape que fue abierta y cerrada a conveniencia de los gobiernos que en su época imperaban, para Lerner y Szasz (2003:5) “[...] las intervenciones en la población han sido una constante que se ha caracterizado principalmente por la exposición de paradigmas o visiones ideológicas antagónicas y polarizadas, cuyos contenidos y enfoques se han visto levemente o intensamente modificados

en el tiempo”, básicamente porque las acciones giran en torno al modelo económico predominante.

En un primer momento de la historia, México se distinguió por ser un país eminentemente rural, semidespoblado y en pleno auge de guerras y conquistas, cerca del año 1821; la conformación de estados comenzaba a materializarse, mientras que cada vez se hacía más necesaria la disponibilidad de mano de obra, tanto para la defensa de la nación como para el aprovechamiento de la tierra. La dispersión de hombres a lo largo y ancho del territorio, acotaba las posibilidades de un crecimiento poblacional y la aparición de epidemias como el tifo, el cólera, la viruela, entre otras, cobraba la vida de un sinnúmero de personas. Así pues, se dio vía libre para que la población, se encargara por sus propios medios de ocupar el territorio (Zavala, 1990:15; Fernández, 1999:67).

Pero rápidamente esta situación se revirtió. Durante los años 50's, 60's y parte de los 70's, el panorama se modificó, el número de habitantes en el país pasó de 15 a 34 millones de habitantes entre 1910 y 1960, mientras que para 1980 esta cifra se duplicó, colocando así a México como uno de los países del mundo con las tasas más altas de crecimiento demográfico (Zavala, 1990:15). Esta gran hazaña sólo fue posible, gracias a los avances médicos que frenaron estrepitosamente los niveles de mortalidad, al tiempo que se mejoraron las técnicas sanitarias. Enfermedades como la tuberculosis, la viruela, el paludismo ya no eran un problema prioritario en salud pública. Entre tanto, el crecimiento natural se hizo evidente: se estabilizaron las tendencias de mortalidad, mientras que la fecundidad continuaba su ascenso desproporcionado.

Esta nueva condición subyacente en casi todos los países en vía de desarrollo, impulsó el debate entre académicos, científicos, políticos y gente del común quienes afirmaban que la población era un factor decisivo en la generación (o en su defecto el freno) del desarrollo económico y social. Aparecen en escena los adeptos a las corrientes antinatalistas y pronatalistas. Los primeros se sustentaban en las predicciones hechas por Malthus acerca de que la población humana crece en progresión geométrica, mientras que los medios de subsistencia lo hacen en progresión aritmética; los poblacionistas por su lado, creían que la

población era un elemento positivo en el desarrollo y por tanto no era una prioridad de intervención (Lerner y Szasz, 2001:55).

Tomando en consideración tres encuentros internacionales donde se germinaron intensos debates al respecto, como lo fueron Bucarest 1974, México 1984 y El Cairo 1994, la postura de los gobiernos nacionales se inclinó mayoritariamente por las recomendaciones ratificadas en las cumbres mundiales; el acuerdo unánime que legitimó la aplicación de políticas regulacionistas al interior de México se resumen en cuatro puntos básicos: a) el crecimiento demográfico vertiginoso que de manera directa impactaba la estructura propia de la población, la economía y la sociedad, b) bajas tasas de desarrollo que incrementaba las brechas entre ricos y pobres, c) la preocupación de los países en desarrollo por el ordenamiento geopolítico derivado de la alta fecundidad de los países en vías de desarrollo, d) el descubrimiento y uso masivo de métodos anticonceptivos como el DIU y los métodos hormonales con resultados altamente eficientes (Lerner y Szasz, 2001:55).

Al modo de ver de Lerner y Szasz (2001:55), aunque las consideraciones anteriores fueron aceptadas por los dirigentes de varias naciones, se añadieron otros dos componentes que complejizaron el entorno “*el derecho de las personas y en particular de las mujeres en torno en sus decisiones en materia de fecundidad y la condición y estatus de la mujer*”. Con estos ingredientes y la firma de tratados internacionales, México concentró sus esfuerzos en la fecundidad, le apostó a la incorporación de métodos anticonceptivos en los servicios de salud y en la promulgación de este derecho dentro de su carta magna.

III.2.2 Regulaciones en materia de planificación familiar

Como se pudo apreciar en el apartado anterior, la PF en México ha tenido una extensa transformación histórica que va desde su conceptualización hasta la práctica misma, lo que la ha puesto en el eje central de múltiples controversias. Sus cambios radican principalmente en la manera como los individuos han asumido el papel de la familia y la forma en que buscan ejercer sus derechos individuales, a través de decisiones informadas. Claro está, que el reconocimiento de la importancia de la PF en México no fue fortuito, detrás del movimiento

socio-político que este tema generó y que puso al país a la vanguardia²² de otros países desarrollados para mediados de los años 70's, emergió toda una discusión que estuvo precedida por las preocupaciones demográficas que se vislumbraban en ese entonces y sobre sus implicaciones negativas en el desarrollo nacional (Palma, 2003:24).

La década de los sesenta se caracterizó por el uso de métodos modernos de anticoncepción exclusivamente entre los estratos más altos de la sociedad mexicana, quienes podían acudir a los servicios privados que los ofrecían. Entre tanto, la familia grande y numerosa seguía prevaleciendo como el modelo ideal en la sociedad del país.²³ En ese entonces, las políticas públicas que regían el tema restringían de manera rotunda la información y empleo de métodos, fomentando así el pronatalismo que reinaba en aquellos tiempos (Conapo, 1999:203).

Sin embargo, dadas las condiciones sociales y económicas que comenzaron a vislumbrarse ante este nuevo escenario - altas tasas de fecundidad, disminución progresiva de la mortalidad que conllevaron a un elevado crecimiento poblacional-, sirvieron de plataforma para replantear las estrategias de gobierno dirigidas a las cuestiones demográficas, haciendo un especial énfasis en la anticoncepción.

Para 1973 el marco jurídico nacional comenzó a ser modificado, iniciando con el nuevo Código Sanitario que derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de métodos anticonceptivos contemplado en el documento anterior. Un año más tarde, los legisladores reformaron en el artículo 4º de la *Constitución*, plasmando allí el derecho de hombres y mujeres a la autonomía reproductiva, determinando de esta manera la libertad de los individuos para la elección de métodos para controlar su fecundidad y el número de hijos que desean. Para este mismo año entran en vigencia las modificaciones a la *Ley General de Población*, la cual tiene por objeto regular los fenómenos poblacionales en cuanto a volumen,

²² Después de la conferencia de Bucarest en 1974, México se develó como uno de los pioneros a nivel mundial en el establecimiento de una política de población como un componente clave de su modelo de desarrollo (Márquez, 1984:285).

²³ De acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el año de 1962 se dio un máximo histórico en la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 7.2 hijos. La TGF se refiere al promedio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva (generalmente va desde los 15 hasta los 49 años) si viviera todos esos años.

estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, y establece la obligación del Estado de ofrecer programas de planificación familiar.²⁴

Posteriormente, en 1977 se establece el primer *Programa Nacional de Planificación Familiar*²⁵ integrando acciones tendientes a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Para 1984 se promulgó la *Ley General de Salud* donde se designó la planificación familiar como un asunto de carácter prioritario y además se reglamentó la prestación de dichos servicios.

En épocas más recientes se publicó la *Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993* cuyo objeto es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México. En 2004 se incorpora a esta Norma el método de anticoncepción de emergencia y el condón femenino.

III.3 Sistema de salud en México

Los servicios de salud en México son ofrecidos tanto por proveedores públicos como privados. Sin embargo, tanto el acceso como la calidad y oportunidad de los mismos varían de un servicio a otro (Stern y Reartes, 2001:23). Básicamente, la prestación de los servicios de salud en el país está fragmentada con servicios diferenciados en función de la capacidad de pago, desfavoreciendo a aquellos grupos sociales marginados y pobres que no cuentan con estabilidad laboral y mucho menos con recursos para pagar (Dávila y Guijarro, 2000:31).

²⁴ En el artículo 3, punto II de dicha Ley se propone “Realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y que preserven la dignidad de las familias, con el objeto de regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país”.

²⁵ Palma (2005) resalta el hecho de la continuidad de los programas a partir de dicha fecha, desde entonces y hasta el año 2000 se han formulado cinco programas consecutivos de planificación familiar, llevados a cabo por los tres principales instituciones gubernamentales del país: ISSSTE (Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) y la SSA (Secretaría de Salud).

El derecho a la salud es un derecho constitucional que fue proclamado desde 1982, cuyo fin es el de buscar que los mexicanos tengan acceso a los servicios de salud con equidad y calidad (Stern y Reartes, 2001:23), pero que ha sido visiblemente vulnerado debido a que, pese a los esfuerzos, aún permanece una gran parte de la población sin atención a sus necesidades en básicas en este rubro; esto sin contar que en México, el gasto público en salud pasó de 5.6% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2000 a 6.5% en 2005, cifra que lo mantiene debajo del promedio con respecto a otros países con similar nivel de desarrollo (Gobierno del D.F.-GDF., 2002:8; SSA, 2007:49).

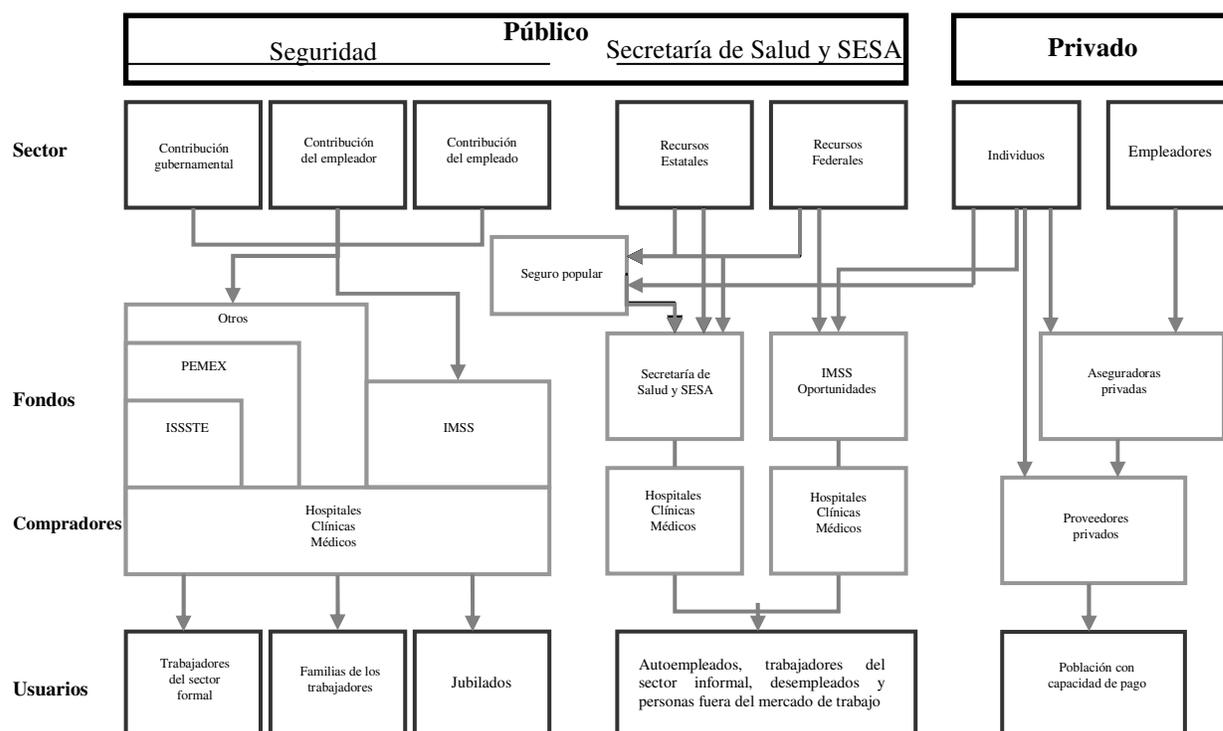
El sistema nacional de salud está ramificado en dos subsistemas (ver figura 3.11). A su vez, el primero de ellos se bifurca así: Instituciones de seguridad social entre las que están el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y otros, que prestan servicios a sus derechohabientes²⁶ (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias); Servicios Estatales de Salud (SESA), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el programa IMMS-Oportunidades, dirigidos a la población que no tiene seguridad, denominados también población abierta²⁷ o no derecho-habiente. Ambos son de carácter público, los unos son financiados con recursos gubernamentales, del empleador y aportes de los empleados, entre tanto, el gobierno federal y estatal, costean los gastos de los últimos y se apoyan en cuotas de recuperación que aportan los individuos al recibir la atención. El Seguro Popular de Salud está financiado con recursos del gobierno federal, recursos de los gobiernos estatales, cuotas familiares y compra servicios de salud a la Secretaría de Salud y los SESA para sus afiliados. Las instituciones de seguridad social prestan sus servicios con personal e instalaciones propias. La Secretaría de Salud y los SESA también atienden a su población de responsabilidad en sus propias clínicas y hospitales, y con su personal.

²⁶ Las personas que son calificadas como derechohabientes fungen en dos vías: como titulares de derechos o como beneficiarias. El primer término, revela la idea de la persona ejerce derechos al acceder al servicio o prestación social, el segundo en cambio, las coloca como receptoras de un beneficio que le es otorgado por alguien y que por lo tanto, le puede ser quitado (Jusidman, 2007:13).

²⁷ La población abierta es aquella que no está afiliada a una institución de salud ya sea pública o privada (Ley General de Salud, última reforma aplicada, 19 de enero de 2004). Esta población está constituida por las personas de más bajos ingresos de las zonas tanto urbanas como rurales (Jaramillo, 2007:13).

Los servicios privados, por su parte, están compuestos por médicos independientes y empresas privadas e incluyen servicios en todos los niveles, el acceso a estos servicios está determinado la capacidad de pago que tienen los individuos. Estos proveedores de servicios cuentan con sus clínicas y centros particulares, los cuales son asumidos como costos adicionales por el usuario o a través de compañías aseguradoras.

Figura 3. 11 Sistema de Salud de México



Fuente: SSA, 2007.

Del gasto total en salud en México, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud y con los recursos privados se desarrollan las actividades de una gran cantidad de prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales. De acuerdo con reportes de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), México presenta el menor porcentaje de inversión pública en salud, con respecto a los demás países miembros, en donde el promedio de inversión es del 72% (SSA, 2007:49).

El sistema de salud Mexicano es totalmente descentralizado; autores como Cardozo (1993:s/p; citado por Jaramillo, 2007:61) consideran que este proceso inició fuertemente durante el periodo 1982-1988 a la par que en otros países del continente entre ellos: Colombia, Perú, Brasil, Chile. Después de estancamientos por parte del gobierno y el sector salud, finalmente, el ejecutivo federal, aprobó 20 de agosto de 1996 el acuerdo que daría vía libre a esta nueva reforma. Según Stern y Reartes (2001:24), el objeto central de la descentralización fue la asignación a los estados de la responsabilidad sobre la atención de la población abierta y el diseño de programas de acuerdo con sus necesidades sanitarias, creando los Institutos Estatales de Salud (IES).

Haciendo uso de esta herramienta, el GDF fomentó el *Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos-PMMG*,²⁸ dirigido a la población de escasos recursos, como un medio para extender los servicios de atención básica, así como el suministro de medicamentos del cuadro institucional autorizado por ley. Por tanto, el objetivo de dicho programa se fijó como meta la universalidad de los servicios de salud para todos los capitalinos. No obstante, la estrategia no ha logrado ser del todo una solución factual para los fines idealizados.

El D.F. es la ciudad del país que tiene la mayor concentración de servicios de salud, para el año 2007²⁹ la SSA registró 975 unidades de consulta general y 573 especializadas, con 2351 camas censables, empleaba 5419 médicos y 6068. Sin embargo, es un sistema segmentado sin una real articulación entre sí: el público para la población no asegurada; el de la seguridad social y el privado. En cuanto a los servicios públicos de población abierta están operados por tres instancias, la Secretaría de Salud Federal, los Institutos Nacionales de Salud y la Secretaría de Salud del GDF (Laurell, 2004:12).

²⁸ Desde 1991 este programa es incorporado como política pública y posteriormente, el 25 de mayo de 2006, entra en vigor como una Ley, su objetivo fundamental es brindar servicios de salud y medicamentos de forma gratuita a todas aquellas personas que no cuentan con seguridad social en el D.F.

²⁹ Información al mes de abril. Véase <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/87/21/>