

Plan Estatal de Desarrollo



MENSAJE DEL GOBERNADOR

Los primeros años del siglo XXI han sido un periodo de enormes desafíos para la humanidad. Los terribles sucesos de guerra y terrorismo se han sumado a los retos que heredamos del siglo pasado y que no han permitido lograr una verdadera igualdad de derechos y bienestar para todos los habitantes del mundo.

En México, estos primeros años se han conformado como una fase de nuestra historia caracterizada por profundas transformaciones. Nuestro país se ha sumado, sin duda, al concierto de las naciones democráticas y promotoras del bienestar. Hemos sido congruentes con el propósito de impulsar la movilidad de capitales y recursos, con la promoción del comercio y la apertura de mercados de inversión y consumo. Pero al mismo tiempo, nos hemos mantenido firmemente comprometidos con llevar a los hechos la idea de una globalización con justicia y bienestar, que incorpore con la misma fuerza e importancia las causas sociales de mujeres, niños, minorías étnicas y por el respeto irrestricto a los derechos humanos.

Dentro del contexto mexicano, Guanajuato ocupa un lugar fundamental. No sólo somos una sociedad dinámica que busca contribuir significativamente a los retos globales. Somos también una economía con rostro humano y una comunidad política de convicciones profundamente democráticas. En estos años, Guanajuato ha trabajado intensamente para resolver sus problemas y atender sus necesidades; y de esa forma, contribuir al desarrollo general de México y de la humanidad en un sentido amplio.

En Guanajuato hemos alcanzado metas y propósitos que permiten que nuestras instituciones sean un soporte efectivo y funcional para el desarrollo de todas las actividades sociales y productivas. Así también hemos reconocido la importancia de buscar nuevas alternativas para generar empleo y bienestar y para reducir los flagelos de la pobreza, la desigualdad, la inseguridad pública y la destrucción del medio ambiente.

Teniendo como fondo la situación antes descrita, resulta por demás satisfactorio presentar a la sociedad guanajuatense esta versión actualizada del Plan Estatal de Desarrollo que

adopta una visión al año 2030. Como es sabido, el Plan Estatal de Desarrollo es el principal -mas no el único- instrumento de diagnóstico y planeación de las actividades públicas y privadas para el desarrollo del estado.

Es fundamental insistir en que este Plan no es una mera justificación de las intenciones y propósitos de los gobiernos o de los responsables de conducirlos, se trata en realidad, de la identificación y expresión abierta de los problemas, de las necesidades y de las dimensiones que éstos toman para garantizar que el progreso económico y social sea un proceso de acción continua y permanente y no un conjunto de actuaciones intermitentes ajustadas a ciclos sexenales o trienales.

Este rasgo fundamental del Plan Estatal de Desarrollo está garantizado por el mandato que la Ley de Planeación para el Estado de Guanajuato establece en términos de definirlo como un instrumento que debe emanar directamente de la participación social y ciudadana. En esta versión 2005, el Plan Estatal de Desarrollo se ha mantenido fiel a su sentido y utilidad, y como consta en los capítulos y páginas que lo integran, se han recogido las expresiones más significativas que desde la sociedad y desde las instituciones públicas dan forma a los ocho grandes temas del desarrollo estatal.

Confío que este documento servirá para proyectar a Guanajuato en lo que resta del siglo que inicia como la sociedad solidaria y responsable que ha venido siendo, manteniendo y ampliando sus compromisos con un desarrollo equilibrado en lo político, lo económico, lo social y lo ambiental. También creo que servirá como un punto de referencia para llevar a cabo nuevos debates sobre temas añejos y novedosos y para alimentar la conciencia cívica de las generaciones de guanajuatenses que paulatinamente irán haciéndose responsables de conducir las organizaciones sociales, empresariales y gubernamentales que conforman nuestra red institucional. Sirva este esfuerzo, entonces para mantener vigente y abierto el debate sobre nuestro desarrollo presente y futuro. Sirva también para reiterar el compromiso del Consejo de Planeación para el Desarrollo del Estado de Guanajuato (COPLADEG) por cumplir el mandato que la sociedad le ha dado.

Juan Carlos Romero Hicks

Gobernador Constitucional del Estado de Guanajuato y Presidente del COPLADEG

MENSAJE CIUDADANO

Participar en estructuras y mecanismos de decisión colectiva ha sido tradicionalmente una actividad cuestionable para los ciudadanos. La inevitable influencia que la política ejerce sobre la conducción de los asuntos públicos ha sido un factor que limita la presencia y decidida participación de los ciudadanos debido a la falta de credibilidad y a la apatía. No obstante, como muestra el desarrollo reciente de las instituciones públicas en Guanajuato, el bienestar general de la sociedad resulta ser más importante que cualquier otro propósito, por legítimo o amplio que éste pueda ser. Al interior del Consejo de Planeación para el Desarrollo del Estado de Guanajuato (COPLADEG), la presencia de representantes ciudadanos provenientes de todos los sectores y regiones del estado ha sido un ingrediente de valor incalculable que ha hecho atractiva la participación ciudadana en la elaboración de políticas públicas. La voz y la opinión de los ciudadanos se hicieron fundamentales en el reconocimiento y la determinación del rumbo que el desarrollo en todos sus ámbitos debe tomar. Por ello la perspectiva del desarrollo contenida en el Plan Estatal con visión al 2030 debe ser considerada un acto pleno de ciudadanía conciente y responsable, en el que el plan sirve como un instrumento para medir el presente, conociendo el pasado y mirar a futuro como sociedad buscando asegurar la continuidad en los programas gubernamentales. De este modo los sectores sociales se incorporan e integran a los planes, apoderándose de los espacios políticos de intervención directa y trascendente del desarrollo, consciente de su corresponsabilidad y la de coparticipación de lo que es un buen gobierno.

A lo largo del segundo semestre de 2005 llevamos a cabo la actualización del Plan Estatal de Desarrollo presentado originalmente en 2001 al amparo de la Ley de Planeación para el Estado de Guanajuato. Realizamos esta actualización en cumplimiento a las previsiones de esta Ley que señala que la visión a largo plazo del desarrollo estatal debe actualizarse en el quinto año de cada una de las administraciones estatales. Esto, sin embargo, carecería de trascendencia si no se hubiera contado con la participación libre, conciente, abierta y decidida de todos los sectores representativos de la sociedad guanajuatense, lo cual fue sin duda un elemento clave en la construcción de este documento, pues además de reconocer la pluralidad ideológica y promover la coexistencia respetuosa y tolerante, ayuda al gobierno a sentir de cerca la problemática social que vive la ciudadanía, lo que quizás sea el resorte más útil cuando se trata de pensar en los demás.

La participación de la sociedad en la actualización del Plan Estatal de Desarrollo, particularmente del COPLADEG a

través de la Comisión que integramos, manifiesta un punto de encuentro novedoso y de acción propositiva entre el Gobierno y la ciudadanía que con su auténtica representatividad sectorial, libre y democrática, se involucra en los temas esenciales y prioritarios de una política Gubernamental que entiende y a su vez manifiesta que desarrollo implica crecimiento humano y social; por ello, es motivo de satisfacción y beneplácito presentar esta versión actualizada, en la que los grupos sociales y los sectores productivos del estado se han manifestado abierta y responsablemente. En los múltiples apartados que integran el Plan se pueden encontrar las opiniones y preocupaciones sobre los diferentes temas del desarrollo. Estas opiniones no siempre son concordantes, por lo que cabe incluso considerar que este instrumento de planeación no es únicamente un punto de referencia, sino esencialmente la renovación constante de nuestro compromiso ciudadano por seguir argumentando y discutiendo día tras día, región por región y municipio por municipio, la forma en que debemos resolver nuestros problemas y atender nuestras necesidades conjuntamente con el gobierno.

Consideramos fundamental destacar el hecho de que en esta nueva versión del Plan Estatal de Desarrollo los participantes en su confección hemos introducido innovaciones y ajustes respecto de la versión anterior, pero también respecto de la forma en que entendemos y planteamos las acciones a realizar. Se tiene así que, en la visión al 2030 hemos decidido ofrecer de forma separada las discusiones que tienen que ver con la situación que en este momento muestra cada uno de los ocho grandes temas del desarrollo de Guanajuato; de las discusiones relativas a la proyección de tendencias, a la construcción de escenarios futuros y al establecimiento de objetivos y líneas estratégicas. Esta distinción nos ha parecido fundamental, tanto para permitir que cada una de las discusiones se lleve a cabo de forma amplia; como para dar lugar a un espacio de crítica y de inventiva que pueda producir visiones y propuestas alternativas a las que ahora presentamos. Es decir, aunque nos satisface el esfuerzo realizado en estos últimos meses, no podemos perder de vista que nuevas generaciones y nuevas perspectivas se incorporan continuamente al debate público. Distinguir entre elementos de diagnóstico y objetivos a realizar hace factible que cualquiera de estos dos referentes pueda ser criticado y cuestionado con nuevas evidencias y nuevas posturas, sin que esto implique renunciar a todo lo planteado hasta este momento.

Otro aspecto digno de mención es la realización de un esfuerzo centrado en construir y ofrecer una visión de futuro sólida, planteada exclusivamente en términos de escenarios

potenciales. El apartado segundo del Plan está dedicado justamente a ofrecer para el estado en su conjunto y para cada uno de los temas considerados, una discusión en la que no sólo se han incorporado los legítimos propósitos por un futuro mejor, sino que se ha buscado señalar también los riesgos que una conducción social, política o económica irresponsable podría generar. De esta manera, se han establecido tres escenarios potenciales para cada uno de los ámbitos de reflexión sobre el desarrollo. Los escenarios son, como resulta lógico suponer, uno definido como positivo, otro negativo y por último uno tendencial demostrativo de la continuidad de la situación vigente. La utilidad de los escenarios no reside en su mayor o menor grado de certeza o precisión. Los escenarios hacen factible identificar y entender los verdaderos riesgos y las oportunidades que existen o existirán para alcanzar los objetivos definidos en el plan.

En cualquier caso, esta nueva versión del Plan Estatal de Desarrollo con visión al 2030 requiere ser ahora revisada y valorada por ciudadanos y organizaciones de todo tipo. Sólo en la medida en que el Plan ayude a confirmar o negar lo que plantea se estará contribuyendo a hacer del progreso estatal un ejercicio de verdadera corresponsabilidad entre sociedad e instituciones públicas.

Es evidente la importancia de la institucionalización de la planeación para asegurar el seguimiento, la vigilancia y la atención para su cumplimiento y actualización permanente dado que el proceso de proyección futura es variable, siendo sus causalidades y casualidades las variantes modificadoras de los planes.

Los integrantes de la Comisión de Seguimiento del Consejo Técnico del COPLADEG

TOMO I

2030

Mensaje del Gobernador

Mensaje Ciudadano

Índice

7

Introducción

9

Diagnóstico

11

Visión Ciudadana

13

Diagnósticos Estadísticos

19

Social

21

Salud

49

Educación

79

Económico

97

Infraestructura

123

Medio Ambiente

139

Estado de Derecho

161

Administración Pública

191

TOMO II

Visión de Futuro

3

Escenarios Prospectivos

7

Plan Estratégico

19

Social

21

Salud

27

Educación

33

Económico

39

Infraestructura

43

Medio Ambiente

49

Estado de Derecho

53

Administración Pública

59

Créditos

65

INTRODUCCIÓN

El estado de Guanajuato ingresó al siglo XXI como una comunidad plenamente comprometida con su desarrollo. En el año 2000, la sociedad guanajuatense ratificó su convicción democrática y plasmó su firme deseo por superar la pobreza, promover la equidad y asegurar un desarrollo económico pleno y respetuoso del medio ambiente, garantizando los servicios básicos, de salud y de educación con suficiencia y calidad, todo ello en un marco de respeto, convivencia armónica y paz social. Así comenzó una etapa en la que han venido sucediendo diversos acontecimientos y alcanzándose importantes logros, aunque es necesario reconocer que aún existen grandes retos que afrontar.

Entre los logros podemos destacar la actualización del marco institucional que garantiza que el proceso de planeación del desarrollo se lleve a cabo desde una óptica de corresponsabilidad entre sociedad y gobierno. Dicho proceso no podría consolidarse sin la definición de los instrumentos a través de los cuales la sociedad defina el rumbo de las acciones que garanticen el cumplimiento de su visión del desarrollo.

Es por ello que, a casi cinco años de la elaboración de la primera versión del Plan Estatal de Desarrollo se hizo necesario llevar a cabo la revisión de su contenido con la finalidad de mantener actualizadas las prioridades ahí plasmadas; dicha actualización se realiza no sólo para cumplir con la obligatoriedad que plantea la legislación en la materia, sino porque constituye un compromiso social por parte de los diferentes actores que en él han participado. Es preciso recordar que el Plan Estatal de Desarrollo se define como el instrumento rector que contiene las prioridades y objetivos para el desarrollo de la entidad que podrán permanecer vigentes por un periodo de al menos veinticinco años.

El propósito esencial del Plan Estatal de Desarrollo es ofrecer una visión clara del desarrollo del estado para que a partir de ella se identifiquen las necesidades y las mejores líneas de acción para resolverlas. Su actualización no se concibe como un mero ajuste de datos, sino que se trata de la aplicación, nuevamente, del ejercicio de diagnóstico, análisis y reflexión para determinar el curso que la actuación de los poderes públicos, las instituciones de gobierno, los organismos empresariales y sociales, y la población deberán seguir en los años por venir.

La actualización de este documento reviste suma importancia en la planeación estatal ya que como instrumento rector del desarrollo integral del estado constituye el principal referente para los instrumentos de planeación que elaboren en lo

general las subsecuentes administraciones estatales (en el Plan de Gobierno) y en particular por sus dependencias y entidades (en los Programas Sectoriales, Regionales y Especiales), y que contendrán las prioridades, objetivos, estrategias y metas en el ámbito de su competencia. También es necesario mencionar que la finalidad de actualizar un documento que contenga una visión a largo plazo, es dar continuidad en las diferentes administraciones estatales a las políticas y avances en los diversos aspectos del desarrollo; sin este indicador se duplican esfuerzos y las acciones no tienen el impacto deseado en la solución de la problemática, necesidades u oportunidades que la sociedad demanda.

En esta ocasión, como en el año 2001, el proceso de planeación tuvo como característica esencial, la participación de la sociedad, pero a diferencia de entonces y gracias también a la actualización del marco jurídico de la planeación, hoy contamos con estructuras sólidas de participación social comprendidas dentro del Consejo de Planeación para el Desarrollo del Estado de Guanajuato (COPLADEG), que constituye el punto de convergencia de los diferentes sectores de la sociedad para la discusión permanente de los propósitos y escenarios del desarrollo. El COPLADEG es así un órgano ciudadano con una alta responsabilidad pública.

La actualización del Plan Estatal de Desarrollo es producto de la consulta a diversos sectores sociales, políticos y económicos, expertos técnicos y diversas instituciones que fuera de la representación del COPLADEG participaron en diferentes foros aportando sus ideas y propuestas sobre los escenarios futuros y las acciones a desarrollar en los distintos temas.

El punto de partida del proceso de actualización fue la definición y validación del mismo por parte del Consejo Técnico del COPLADEG, organismo de mayor jerarquía dentro de su organización, que definió la integración de una Comisión de Seguimiento que se encargó de acompañar el proceso de actualización y validar los resultados que fueron concretándose a lo largo del proceso.

Una vez integrada la Comisión de Seguimiento, las diferentes dependencias y entidades del Ejecutivo se dieron a la tarea de identificar los indicadores de desarrollo susceptibles de actualizar, con la finalidad de integrar diagnósticos acordes a las necesidades actuales para cada uno de los ejes o temas definidos como estratégicos: Desarrollo Social, Salud, Educación, Desarrollo Económico, Infraestructura, Medio Ambiente, Estado de Derecho y Administración Pública.

En un plan estratégico de largo plazo es fundamental contar con un conocimiento aproximado de los diferentes factores que afectarán el desarrollo de la sociedad, por ello, se trabajó en una etapa que consistió en el análisis y definición de escenarios, en la que, a partir de la información estadística disponible, se llevaron a cabo diferentes foros en los que se recogieron las aportaciones de especialistas respecto a las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas que se prevén para los próximos veinticinco años.

Con la información que resultó de las dos etapas anteriores, se realizaron foros de participación para cada uno de los temas estratégicos del Plan en los que participaron los integrantes de los distintos órganos del COPLADEG (Consejos Sectoriales, Consejos Regionales y Consejos Especiales), así como instituciones de educación superior, cámaras, colegios y asociaciones de profesionistas, entre otros.

El resultado de todas estas actividades es la nueva versión del Plan Estatal de Desarrollo con visión al 2030, documento que se estructura en tres apartados principales: el primero titulado “Diagnóstico” ofrece el balance del desarrollo de Guanajuato a lo largo del periodo de vigencia del PED 2025, así como los elementos estadísticos y cualitativos de carácter diagnóstico,

ya explicados en párrafos anteriores. El segundo apartado cuyo título es “Visión de Futuro” conforma los enunciados más generales de la elaboración del futuro desarrollo del estado. Este apartado se sustenta en los ejercicios de prospectiva realizados. Finalmente, el tercer apartado “Plan Estratégico”, contiene las prioridades, objetivos y los retos para el desarrollo del estado señalados por los participantes en los foros de planeación.

El lector encontrará en los capítulos, secciones y páginas de este documento las ideas, las visiones y la información del compromiso social de los ciudadanos y funcionarios públicos. En la medida en que los habitantes del estado veamos en este texto las posibilidades efectivas de nuestro desarrollo futuro, será posible afirmar en unos años más que hemos sido autores de nuestro propio destino.

Finalmente, es importante destacar que éste no es un documento terminado, pues una proyección a largo plazo nunca se da por concluida, al contrario, es una propuesta abierta que requerirá revisiones periódicas, por lo que deberá enriquecerse continuamente para alcanzar el anhelo de bienestar social que deseamos los guanajuatenses.



Diagnóstico



Visión Ciudadana

VISIÓN CIUDADANA

Hoy, como hace cinco años cuando se elaboró por vez primera el Plan Estatal de Desarrollo 2025, el Gobierno Estatal y la sociedad de Guanajuato están convencidos de que una de sus principales fortalezas es la participación ciudadana. Es por ello que resultó de fundamental importancia realizar una encuesta ciudadana sobre los temas que de manera directa o indirecta impactan en el desarrollo personal, familiar, de la comunidad y del estado.

La información que a continuación se presenta es una síntesis de la encuesta aplicada. Los resultados están organizados de la siguiente forma: comparativo general, elementos generales de la situación social, elementos generales de la situación económica, valoración de la planeación y la participación.

Esta encuesta fue comparada con la que se realizó en el 2001, logrando con ello no sólo contar con un fiel sensor de la actual y futura percepción sobre la situación del estado de Guanajuato, sino también saber qué temas, a juicio de la ciudadanía, se han logrado modificar y aquellos en los que hay que insistir en una mejor tarea de gobierno, tarea que en todo momento debe incluir a otros actores del desarrollo como las empresas, la academia, las organizaciones no gubernamentales y fundamentalmente a los propios ciudadanos.

En los resultados que se presentan se enfatizan las diferentes percepciones que la ciudadanía tiene respecto a los problemas, necesidades y oportunidades de la entidad, según su condición de edad, sexo, nivel de ingresos e incluso de residencia en el medio rural o en el urbano.

Comparativo general de la situación del Estado 2001-2005

De acuerdo con los resultados de la consulta, los guanajuatenses consideran que entre los problemas más serios que hay en el estado son el desempleo, la inseguridad y las drogas. Esta percepción no varía en función del sexo, edad o escolaridad, pero sí en función del lugar donde se vive (zona rural o urbana). Para quienes viven en una zona urbana, están más presentes los problemas de la inseguridad, las drogas y la corrupción; en cambio, para quienes viven en las zonas rurales es más acusado el problema de la pavimentación y la falta drenaje.



En general, esta percepción no ha cambiado respecto al 2001, en todo caso se ha pronunciado, sobre todo en lo que respecta al “desempleo”. En contraste, aspectos como la “crisis económica” o los “precios altos” ya no se consideran tan importantes actualmente.

Si bien la percepción general entre la opinión pública mantiene el tema de la falta de empleo como un asunto prioritario, la disminución de los indicadores señalados anteriormente dan luz respecto de los matices en la lectura de la sociedad hacia el desempeño de la economía: el desempleo parece comportarse como una problemática endémica, pero por ahora no se vive una crisis o un proceso inflacionario que agrave de manera especial el panorama de Guanajuato.

La percepción varía muy poco respecto a los principales problemas específicamente a nivel municipal: el desempleo y la inseguridad son los problemas más presentes en la opinión pública -sobre todo en la zona rural-, seguido por las drogas, los bajos salarios, la pobreza y el drenaje. Es importante destacar que en contraste con la opinión de cuatro años atrás, se percibe que en el municipio han disminuido los problemas de: precios altos, alumbrado público y educación.

Por lo que toca a la percepción de la calidad de vida, la mayoría de los guanajuatenses se siente “algo satisfecho” con las condiciones de vida de su localidad (39%), situación que es exactamente igual a la de 2001. En contraste, sólo el 14% se siente “muy satisfecho” (disminuyó dos puntos porcentuales respecto a cuatro años atrás); 21% “algo insatisfecho” y 11% “muy insatisfecho”.

Prácticamente, una de cada dos personas opina que en comparación con otros estados del país, Guanajuato está algo mejor; uno de cada cinco opina que está igual; uno de cada diez que está mucho mejor y el 7% que está algo peor.

Elementos generales de la situación social

En opinión de casi la mitad de los guanajuatenses (45%), a nivel municipal hay mucha pobreza y marginación. Esta percepción es mayormente compartida entre las mujeres, pero en general es una opinión que tienen las personas a partir de los 30 años, que cuentan con primaria, con ingreso bajo, y que viven tanto en la zona rural como en la urbana. En menor medida, se opina que sólo hay algo de pobreza y marginación en la localidad (36%), lo cual es más compartido entre los hombres, y en general, entre las personas menores de 30 años, con preparatoria y universidad, con ingreso medio e igualmente tanto en zonas rurales como urbanas. Sólo el 17% opina que en la localidad hay poca pobreza y marginación, quienes así se manifiestan son personas menores de 30 años con secundaria o preparatoria y cuyo ingreso es alto.

Respecto a la situación de la pobreza en los últimos cinco años, se percibe una opinión dividida; tres de cada diez guanajuatenses cree que durante el quinquenio la pobreza ha aumentado algo, otro porcentaje similar opina que ha disminuido algo (29%); quienes así piensan son en su mayoría menores de treinta años, con secundaria o preparatoria y vive en zona urbana. Un porcentaje menor opina que la pobreza sigue igual (23%) y aún menos personas (13%) piensan que ha aumentado mucho; la mayoría de quienes así piensan cuenta con preparatoria o universidad. En contraste, sólo una minoría opina que la pobreza ha disminuido mucho (2%).



Un aspecto importante sobre la pobreza es lo referente a su combate. En este sentido, el 35% de la sociedad en Guanajuato opina que en los últimos cinco años ha mejorado algo, esta opinión la comparten en su mayoría hombres y mujeres, menores de 50 años, que cuentan con secundaria o preparatoria y cuyo ingreso es alto. En tanto, un porcentaje menor, en su mayoría hombres, cree que el combate a la pobreza sigue igual (29%). Uno de cada cinco guanajuatenses considera que ha empeorado algo y uno de cada diez que ha empeorado mucho, la mitad de éstos últimos habitan en zonas urbanas.

Las acciones de asistencia social son sin duda de suma importancia para mejorar la situación de la población, sobre todo para la más vulnerable y para promover un desarrollo con equidad. En Guanajuato, 27% de sus habitantes opina que ayudar a las personas con discapacidad es el aspecto de asistencia social más importante, seguida por ayudar con alimentos a las comunidades marginadas (24%), ayudar a los adultos mayores (22%), realizar acciones a favor de la infancia (18%) y dar atención jurídica a grupos desprotegidos (5%).

Es interesante resaltar que quienes opinan que la atención a personas con capacidades diferentes es lo más importante, son guanajuatenses menores de 50 años, con un nivel educativo básico (primaria y secundaria) y cuyos ingresos son medios y bajos. En contraste, son en su mayoría hombres quienes consideran que es necesario ayudar con alimentos a las comunidades marginadas. Las personas que consideran que es más importante la ayuda a los adultos mayores, tienen 50 años o más, cuyo nivel escolar es primaria y sus ingresos son bajos. Por último, quienes manifiestan que son necesarias acciones a favor de la infancia, tienen ingresos altos y han cursado la preparatoria o universidad.

Estos datos contrastan un tanto con los obtenidos en el 2001, ya que ayudar a la personas con discapacidad era una opinión compartida por el 36% de los guanajuatenses, -nueve puntos porcentuales más que en la actualidad-, en tanto que ayudar a los adultos mayores fue señalado por un porcentaje tres puntos menor (19%), así como ayudar a las comunidades marginadas, también fue 6 puntos porcentuales menor al actual (18%).

Estos temas dejan entrever que el envejecimiento poblacional es un tema presente y visible en la vida diaria de los guanajuatenses, así como la discapacidad y las comunidades

marginadas. No con ello se han desplazado otros sectores como la infancia o los grupos desprotegidos.

Elementos generales de la situación económica

A juicio de casi la mitad de los guanajuatenses, su situación económica personal sigue igual en comparación con el año pasado; esta percepción es similar a la obtenida en el 2001, cuando un 44% opinó lo mismo.

En contraste, una de cada cinco personas opina que su situación económica personal ha mejorado algo, mientras que casi la misma cantidad (22%) declara que ha empeorado algo. Los porcentajes menores están en los extremos, o bien dicen que ha mejorado mucho (3%) o bien que ha empeorado mucho (7%). En comparación con el 2001, se puede decir que la percepción sobre la situación económica personal de la población sigue igual o ha mejorado ligeramente.

En cuanto a impulsar el desarrollo económico del estado, cerca del 40% de los guanajuatenses opina que el aspecto más importante es dar créditos a las pequeñas empresas; para el 27% lo más importante es dar mayor promoción a los productos del estado; en tanto que un menor porcentaje opina que se debe dar asesoría para la producción (16%) o bien, dar asesoría para que las empresas exporten (15%). Cuatro años atrás, el dar asesoría para la producción también ocupó el tercer lugar de importancia, pero con una diferencia de 7 puntos porcentuales más que en la actualidad.

Un mayor número de hombres manifestó que en primer lugar se deben dar créditos a pequeñas empresas, en cambio, son en su mayoría mujeres las que opinan que se debe dar mayor promoción a los productos del estado.

A efecto de mejorar las carreteras del estado de Guanajuato, dos de cada cinco personas opina que lo más importante es el mantenimiento de las carreteras ya existentes. El lugar de residencia (urbano o rural) no marca ninguna diferencia en la opinión. Un porcentaje menor (32%) sugiere que debe haber una mejor planeación de la red de carreteras, esta opinión es mayormente compartida por quienes viven en zonas urbanas. Quienes consideran que se deben construir nuevas carreteras son el 26% de los guanajuatenses. Cuatro años atrás, esta última opción fue mencionada por 3 de



cada diez personas, en ese entonces esta opción ocupó el segundo lugar en importancia.

Valoración de la planeación y la participación

Es un hecho que Guanajuato, al igual que en el resto de los estados de la República Mexicana enfrentará retos y problemas en el futuro mediano. En este sentido, tres de cada cinco guanajuatenses opina que definir qué problemas hay que resolver es un asunto de todos: gobierno, ciudadanos, empresarios y expertos. El 26% considera que esa tarea sólo corresponde al gobierno; 6% que sólo corresponde a los ciudadanos; 2% que la definición le toca a los empresarios y un pequeño porcentaje (1%) mencionó que a los expertos.

Esta opinión cambió con respecto al 2001, ya que una de cada dos personas opinó que todos debían definir los problemas a resolver, es decir, 11 puntos porcentuales menos que en la actualidad. El resto de los porcentajes se mantuvo más o menos igual, es decir, en segundo lugar se opinó que el gobierno era quien debía decidir; en tercer lugar los ciudadanos; en cuarto lugar los empresarios y en último lugar los expertos.

En cuanto a la forma como se deben resolver los problemas que enfrentará Guanajuato en los próximos 25 años, una vez más, la mayoría (41%) dijo que debe decidirse entre todos los actores antes mencionados; 36% sólo el gobierno; 12% los ciudadanos; 4% los expertos y 3% los empresarios. En contraste, en el 2001, una de cada dos personas opinó que las soluciones se debían decidir entre todos, esto es, nueve puntos porcentuales más que en la actualidad; por el contrario, el 28% opinó que debía decidir sólo el gobierno.



A efecto de lograr un mayor desarrollo en Guanajuato en los próximos 25 años, 9 de cada 10 personas está dispuesta a dar sus ideas y sus opiniones. Este porcentaje aumentó en 8 puntos respecto al 2001. El 75% de los guanajuatenses está dispuesto a dar su tiempo y sólo el 38% estaría dispuesto a dar su dinero. Estos dos últimos aspectos también aumentaron respecto a cuatro años atrás en 8 y 5 puntos porcentuales respectivamente. Esto es un aspecto que se destaca de manera importante ya que en primer lugar no hay mayor diferencia por sexo, edad, escolaridad, ingreso o zona rural-urbana, es decir, la conciencia de la participación es transversal; en segundo lugar habla de una sociedad más comprometida con la búsqueda de un mayor bienestar para todos los guanajuatenses.

Conclusión

Como se pudo observar en los resultados presentados, existe en la ciudadanía la percepción que en los últimos cinco años se ha evidenciado una mejoría en temas como el combate a la pobreza, la estabilidad económica en general y la situación económica personal; sin embargo, reconoce que aún existen retos que salvar en temas como la inseguridad, la falta de empleo y la marginación en general, así como de manera particular la dotación de infraestructura en el medio rural o la corrupción en el medio urbano. Temas como los bajos salarios y las crisis económicas, aunque siguen latentes no se manifiestan con tanta intensidad como lo hicieron en el pasado.

Es importante resaltar que la sociedad guanajuatense reconoce que es necesario tomar las previsiones necesarias en temas que son el resultado del envejecimiento natural de la población o bien de las coyunturas políticas, económicas

y sociales que se manifiestan hoy en día, por ello reconocen que es necesario asegurar la asistencia a los adultos mayores, a las personas con capacidades diferentes, a los niños, y en general la atención a las comunidades marginadas.

Todo lo anterior viene a reiterar que la percepción ciudadana es un termómetro de la situación que vive el Estado y por lo tanto resulta indispensable recurrir a ella continuamente con la finalidad de ajustar y/o definir el rumbo de las acciones que conjuntamente se realicen entre sociedad y Gobierno para la construcción del desarrollo de la entidad.



Diagnósticos Estadísticos



Diagnóstico

I. SOCIAL

INTRODUCCIÓN

El panorama del desarrollo social de Guanajuato en el año 2005 debe ser considerado relativamente favorable. Esto es así, tanto por el hecho de que los procesos de mejora social surgidos en los años noventa se han mantenido vigentes, y sobre todo, debido a los logros que en el último quinquenio la propia sociedad guanajuatense ha alcanzado en materia social.

A lo largo de los primeros cinco años de vigencia del Plan Estatal de Desarrollo se han hecho presentes las implicaciones del proceso paulatino de la evolución demográfica, la persistencia de desigualdades sociales, pobreza, marginación y la consolidación de formas de vida crecientemente asociadas a ciudades de mayor tamaño y a patrones de consumo modernos. Asociado a lo anterior, durante las próximas décadas la población de Guanajuato entrará de lleno a la transición demográfica, encaminándose rápidamente a un crecimiento cada vez más reducido y a un perfil envejecido. La movilidad territorial y el envejecimiento de la población son los dos grandes retos demográficos que enfrentará el estado durante el siglo XXI.

Hoy en día, el crecimiento de la mayoría de los municipios del estado depende mucho más del crecimiento social, producto de los flujos migratorios, que del crecimiento natural de la población, fruto de la natalidad y mortalidad. Los efectos que la migración tiene son diversos según se trate de los municipios de origen o de destino, acentuando el envejecimiento demográfico en los primeros y ejerciendo fuertes presiones sobre la oferta de servicios y la sustentabilidad de su desarrollo en los segundos.

Actualmente la entidad presenta una tasa de crecimiento natural de la población de 1.51¹ por cada cien habitantes, y se estima que descenderá a 0.75 por ciento en 2030, mientras que se prevé que la tasa de crecimiento total disminuya a 0.15 % anual, dando paso a un nuevo ciclo de crecimiento demográfico a tasas muy bajas. Asimismo, los cambios en la fecundidad y la mortalidad que se producirán durante los siguientes 25 años, implicarán profundas transformaciones en la distribución por edades de la población, provocando un tránsito acentuado



de una población “joven” a otra más “entrada en años”. Esta situación se traducirá en un incremento de aproximadamente 11 años en la edad promedio de los habitantes (de 25.4 años en el 2000 a 36.3 años en el 2030) y un incremento en la esperanza de vida al nacer de 5.9 años².

Los cambios en la estructura poblacional esperados durante el periodo 2005-2030, implican además una disminución de la proporción que representan los menores de 15 años en la población total (de 32.7% a 21.5%). En cambio, se espera un ligero incremento en el porcentaje de la población en edades laborales, entre 15 y 59 años³, y un crecimiento significativo de la proporción de la población adulta mayor (de 7.2% a 16.7%).

Las transformaciones en el tamaño y la estructura por edades de la población también dejarán sentir sus efectos en la formación de un amplio espectro de demandas y necesidades sociales que resulta necesario prever con antelación para hacer frente a los nuevos desafíos con oportunidad, equidad y eficiencia.

Por sólo citar algunos ejemplos, una demanda cada vez más intensa de educación, se trasladará en las próximas décadas a los niveles medio-superior y superior y será necesario ampliar la cobertura y calidad de estos servicios. Además, en los próximos 25 años ingresarán al mercado de trabajo alrededor de 666.5 mil guanajuatenses⁴ a quienes habrá que brindar oportunidades de empleo suficientes y adecuadamente remuneradas.

En el mediano y largo plazos, el envejecimiento demográfico, con los cambios asociados en las pautas de morbilidad y mortalidad, exigirá una cuantiosa reasignación de recursos y

¹ Tasa estimada para el 2005. CONAPO, Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

² En el 2000 la esperanza de vida era de 73.9 años. Para el 2030 la esperanza de vida se estima en 79.7 años.

³ De 60.1% a 61.8% en el 2030.

⁴ CONAPO. Proyecciones de Población de México, 2000-2050, México 2002.

demandará profundas reformas en las estrategias, alcances, funcionamiento y organización del sector salud.

POBLACIÓN

Dinámica de la Población

El estado de Guanajuato concentra 4.8% de la población total del país y 1.6% de la superficie del territorio nacional en el año 2005. Es decir, ocupa el sexto lugar por su población y el vigésimo segundo por su extensión.

La población total estimada del estado es de 5,065,338⁵ habitantes en el 2005, lo cual implica un incremento de la población de poco más del doble con respecto a la existente en 1970. No obstante, en los últimos quince años se ha presentado una reducción en el ritmo de crecimiento de la población en el estado, hasta obtener una tasa de crecimiento anual durante el periodo 2000-2005 de 0.90%, por debajo de la tasa de crecimiento en el ámbito nacional durante el mismo periodo, equivalente a 1.14% promedio anual.

Evolución de la población del Estado de Guanajuato, 1950-2005

Por su parte, los municipios del estado presentaron tasas de crecimiento diferenciales durante el periodo 2000-2005,: mientras que 18 municipios crecieron a tasas superiores al promedio estatal, como Purísima del Rincón (2.23%), San Francisco del Rincón (1.54%) y Uriangato (1.50%), 9 presentaron tasas de crecimiento negativas: Jaral del Progreso (-0.02%), Ocampo (-0.04%), Abasolo (-0.05%), Guanajuato (-0.08%), Romita (-0.17%), Tarimoro (-0.19%), Santiago

CUADRO 1.1 TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

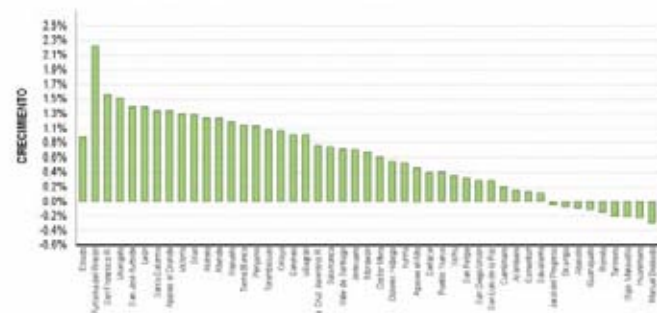
AÑO	POBLACIÓN	CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL INTERCENSAL EN EL ESTADO	CRECIMIENTO PROMEDIO ANUAL INTERCENSAL EN EL PAÍS
1950	1,328,712	2.24	
1960	1,735,490	2.71	3.08
1970	2,270,370	2.83	3.40
1980	3,006,110	2.75	3.21
1990	3,982,359	2.92	2.02
2000	4,663,032	1.60	1.85
2005 *	5,065,338	0.90	1.14

Fuente: INEGI. VII, VIII, IX, X, XI, y XII Censos General de Población y Vivienda 1950, 1960, 1970, 1980, 1990 y 2000. *Estimaciones de UIPE considera el periodo 2000-2005, con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Maravatío (-0.21%), Huanímaro (-0.22%) y Manuel Doblado (-0.30%).

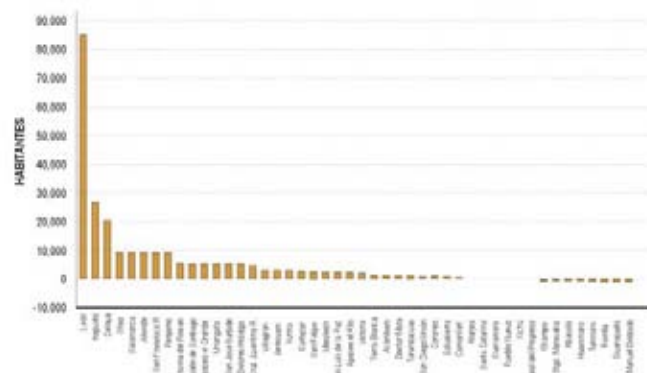
En términos absolutos, la población del estado de Guanajuato se ha incrementado en 402,306 habitantes durante el periodo 2000-2005, siendo el municipio de León el que captó el mayor incremento con 131,164 habitantes, los cuales representan el 32.6% del incremento total. Irapuato y Celaya presentaron incrementos mayores a 35 mil habitantes y concentraron el 10.8% y 8.7% respectivamente; mientras que Salamanca, Silao, San Miguel de Allende, Pénjamo y San Francisco del Rincón registraron incrementos mayores a 10 mil habitantes.

Gráfica 1.1 TASA DE CRECIMIENTO POBLACIONAL DE LOS MUNICIPIOS DE GUANAJUATO 2000-2005



Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Gráfica 1.2 CRECIMIENTO ABSOLUTO DE LA POBLACIÓN DE LOS MUNICIPIOS DE GUANAJUATO, 2000-2005



Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Fecundidad

La fecundidad se relaciona con la cantidad de hijos que cada mujer tiene en su vida fértil, y la natalidad se vincula con la cantidad de nacimientos ocurridos en una población, generalmente en un año, con relación al total de personas que la componen.

5 CONAPO. Proyecciones de Población de México, 2000-2050, México 2002.

Estimaciones del CONAPO para el estado de Guanajuato, muestran que en el año 2005 las mujeres cuya edad fluctuó entre los 15 y 49 años de edad, registraron 98 mil nacimientos. Ello representa una tasa global de fecundidad (TGF)⁶ de 2.16 hijos por mujer, cifra que denota una reducción con respecto a 1990-95 cuando la TGF era de 3.43⁷. Sin embargo, aún con la disminución de la TGF, Guanajuato se ubica entre las siete entidades federativas con las tasas globales de fecundidad más altas del país.

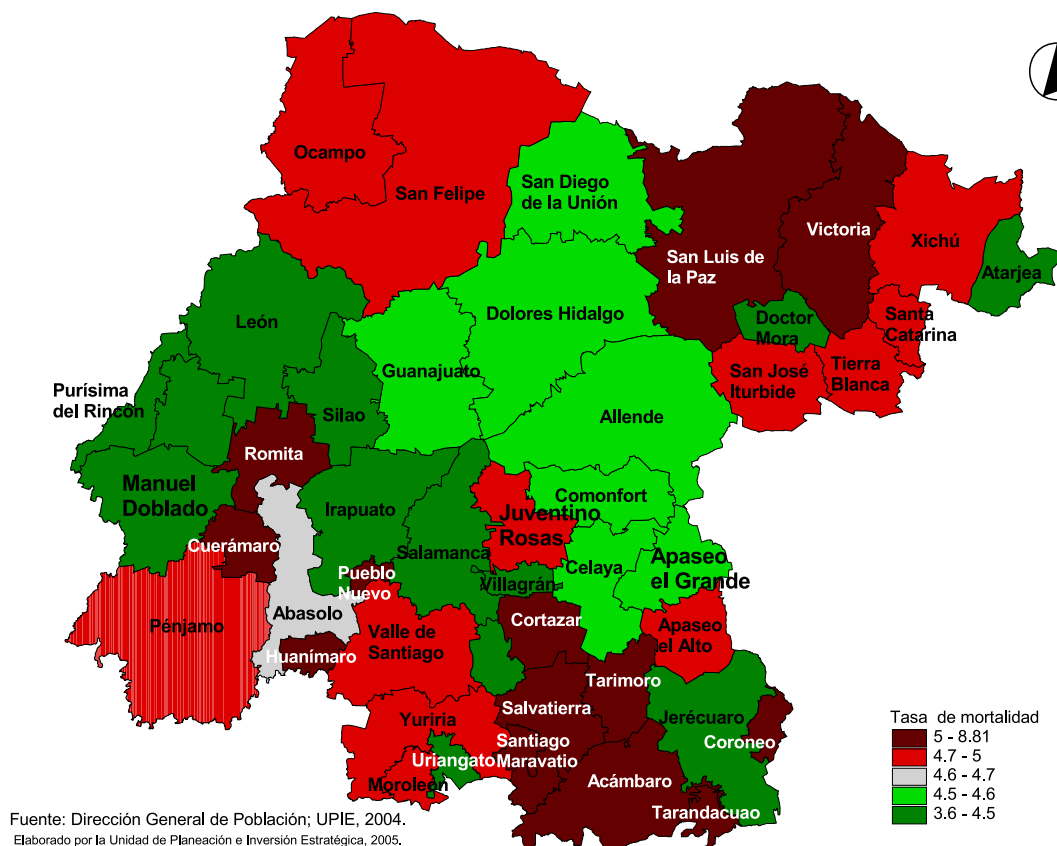
De igual forma, la Tasa Bruta de Natalidad para el estado de Guanajuato presenta un descenso al pasar de 23.6 a 19.4 nacimientos por cada mil habitantes, del 2000 al 2005. De seguir esta tendencia para el 2006 alcanzaremos una tasa global de fecundidad de 2.11 hijos por mujer, equivalente al reemplazo intergeneracional, lo que significa que cada pareja tiene el número de hijos que los reemplazan en la pirámide demográfica⁸.

Mortalidad

Uno de los logros sociales más importantes de los últimos tiempos ha sido el descenso de la mortalidad. Esta variable, al igual que todo fenómeno sociodemográfico se distingue por su carácter histórico, es decir, sus niveles, tendencias y determinantes no han sido los mismos a lo largo del tiempo, como tampoco lo ha sido la distribución de las defunciones en la estructura por edad, género y regiones.

En el 2003, la tasa de mortalidad general en el estado fue de 4.5 defunciones por cada mil habitantes; sin embargo, a nivel municipal las tasas de mortalidad son contrastantes, registrándose catorce municipios que presentaron tasas superiores al promedio estatal como: Santiago Maravatío, Cuerámara y Pueblo Nuevo, y trece municipios con tasas de mortalidad por debajo de la media como: León, Celaya e Irapuato.

MAPA 1.1 MORTALIDAD EN GUANAJUATO, 2003. DEFUNCIONES POR CADA MIL HABITANTES



6 La tasa global de fecundidad es el número medio de hijos que tendría una mujer al final de su vida reproductiva si a lo largo de su vida tuviera las tasas específicas de fecundidad observadas en un año calendario determinado.

7 Gómez de León Cruces (compilador). La población de México. CONAPO, FCE. México, 2001.

8 CONAPO. Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

El marcado descenso de la mortalidad ha estado fuertemente determinado por el mayor control de las enfermedades transmisibles -infecciones y parasitarias- y de las asociadas al parto. La reducción de la mortalidad por estas causas, que afecta a las edades tempranas de la vida, trajo como consecuencia la transformación en la estructura por edad de las defunciones, trasladando los decesos hacia etapas posteriores de la vida, e incrementando el peso de las enfermedades no trasmisibles, tanto en números absolutos como relativos, entre las causas de mortalidad.

De esta forma, se ha observado que mientras en 1990 la distribución por edad de las defunciones registradas se concentraba en 28.1% en los menores de 5 años y 38% en la población con 60 años y más, en el 2003 la proporción de muertes en niños menores de 5 años se redujo a 10.3% (los menores de un año representaron 8.8% del total en el estado⁹) y el peso relativo de decesos en personas con 60 años y más aumentó a 61.5%. Es decir, a medida que aumenta la longevidad de las y los guanajuatenses y se modifica la pirámide poblacional, el peso relativo del grupo de mayor edad se incrementa significativamente. En este contexto demográfico, la enfermedad y la muerte tenderán a concentrarse cada vez más en las edades más avanzadas.

CUADRO 1.2 DEFUNCIONES POR GRUPOS ESPECÍFICOS, GUANAJUATO 2003

Concepto	2000	2003
Defunciones totales	21,401	22,493
Defunciones infantil	2,463	1,985
Defunciones pre-escolares	370	333
Defunciones Escolares	405	389
Defunciones en edad productiva	6,888	7,288
Defunciones en edad postproductiva	11,102	12,375
Defunciones maternas	58	62

Fuente: SSG. ISAPEG. Agenda Estadística 2005. Cinta magnética Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática 2000-2003, Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones.

En el quinquenio 1990-95, 33.6 de cada mil recién nacidos fallecían antes de su primer aniversario; hacia el 2003 esta proporción fue de sólo 19.2 por cada mil nacidos. Sin embargo, se tiene conocimiento que en las áreas rurales predominan condiciones que hacen más propicia la mortalidad infantil: madres con poca escolaridad, fecundidad más temprana,

periodos intergenésicos cortos y viviendas con condiciones sanitarias deficientes; en los núcleos urbanos en cambio, son más frecuentes los factores que favorecen la sobrevivencia de los niños.

CUADRO 1.3 MORTALIDAD POR GRUPOS ESPECÍFICOS, NACIONAL Y ESTATAL, 2003

Concepto	Tasa 2003	
	Nacional	Estatad
Mortalidad General (1)	4.5	4.5
Mortalidad Infantil (2)	16.5	19.2
Mortalidad Preescolar (3)	0.8	0.8
Mortalidad Escolar (4)	0.3	0.3
Mortalidad en edad productiva (5)	2.6	2.4
Mortalidad en edad postproductiva(6)	47.2	51.2
Mortalidad materna (7)	6.5	6.0

Fuente: SSG. ISAPEG. Agenda Estadística 2005. Mortalidad Nacional 2003; Dirección General de Información en Salud; Estatal 2003, Cinta magnética INEGI (información definitiva).

Notas:

- (1) Tasa por 1000 habitantes
- (2) Tasa por 1000 nacidos vivos esperados
- (3) Tasa por 1000 hab. de 1 - 4 años
- (4) Tasa por 1,000 hab. de 5 - 14 años
- (5) Tasa por 1000 hab. de 15 - 64 años
- (6) Tasa por 1000 hab. de 65 y más años
- (7) Tasa por 10,000 nacidos vivos esperados

La alta tasa de mortalidad en el grupo de edad postproductiva, se debe de manera importante al predominio de padecimientos no transmisibles, enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares. El rápido aumento de la población envejecida trae consigo un incremento en la proporción de las enfermedades no transmisibles, las cuales son características de este grupo de edad.

Sin embargo, el alargamiento de la sobrevivencia es fiel reflejo de las mejoras en las condiciones generales de vida de la población. El abatimiento de la mortalidad materno-infantil y de las defunciones por padecimientos infecciosos y parasitarios contribuyó al consecuente aplazamiento de la muerte y el incremento de la esperanza de vida de la población.

En el estado de Guanajuato, en el período de 1950-55, la esperanza de vida para los hombres era de 49.6 años y 48.1 para las mujeres. Para el 2005, se observa un notable incremento en el número potencial de años de vida comparado con la situación que prevalecía hace cincuenta años, actualmente la esperanza de vida se estima en 72.8 y 77.7 años para los hombres y mujeres respectivamente¹⁰.

9 SSG. ISAPEG. Defunciones Guanajuato 1990, 2003 SINAIS, México 2004.

10 Gómez de León Cruces (compilador). La población de México. CONAPO, FCE. México, 2001 CONAPO. Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Migración

- Movilidad territorial

La convergencia en los niveles de crecimiento natural entre las entidades federativas ha convertido a la migración interna en el principal determinante demográfico de los cambios en la distribución geográfica de la población. La creciente diversificación de las actividades económicas ha propiciado la aparición de polos de atracción alternativos, de tal manera, se observa que mientras en un tiempo se presentaron traslados masivos del campo a las ciudades, actualmente este fenómeno está cediendo paso a las migraciones entre núcleos urbanos y de las zonas metropolitanas a ciudades de tamaño intermedio.

En el año 2000, el porcentaje de personas no nativas, es decir, no originarias de Guanajuato pero que radicaban en el estado, fue de 8.8%. En el mismo año, residían más de 113 mil personas que en 1995 vivían en otra entidad o país, esto es, 2.8% de la población de 5 y más años de edad era inmigrante reciente.

Asimismo, se observó que para el 2000, poco más de 18 mil personas salieron de Guanajuato hacia otra entidad, colocándolo en el lugar número 12 entre los Estados con mayor número de emigrantes interestatales.

No obstante, Guanajuato es considerado como un estado que atrae migrantes de otras entidades, es decir, continúa siendo atractivo al interior del país; sin embargo, es bien sabido que es uno de los principales estados que aportan personas al flujo migratorio internacional hacia los Estados Unidos, como resultado de estos movimientos migratorios, Guanajuato presenta un saldo neto migratorio negativo equivalente a -6.1 por ciento. Lo que significa que es mayor el número de personas guanajuatenses que han salido del estado en relación con el número de personas provenientes de otro lugar y que radican actualmente en Guanajuato.

- Migración Internacional

La migración de guanajuatenses hacia Estados Unidos es un fenómeno complejo, con una prolongada tradición histórica de más de 100 años y raíces estructurales en ambos lados



de la frontera. Entre sus causas destacan, por un lado, los factores que condicionan la oferta-expulsión de migrantes, en particular por las condiciones económicas, sociales, culturales y demográficas; y por el otro, los de la demanda-atracción de trabajadores mexicanos, en especial la evolución económica de Estados Unidos y el dinamismo de sus mercados regionales de trabajo, así como el nivel de ingreso de los migrantes.

La política migratoria estadounidense ha intensificado el control de la frontera, lo que ha incrementado considerablemente la vulnerabilidad de los indocumentados, conforme se aproximan a las zonas de cruce. En particular resaltan los riesgos asociados al momento del cruce de la frontera, que se realizan cada vez con más frecuencia por zonas inhóspitas, alejadas de las áreas urbanas. Situación que resulta preocupante por la creciente incorporación de mujeres, niños y adolescentes. Solamente de 1997 al 2002, salieron anualmente un promedio 12,900 menores de 18 años, los cuales representaron una cuarta parte del total de migrantes durante el periodo (24%)¹¹.

En el contexto nacional, Guanajuato destacó como una de las entidades que más han aportado migrantes internacionales. En el año 2003, la entidad ocupó el tercer lugar al contar con 921,477 residentes en Estados Unidos¹² (9.3% del total de residentes mexicanos), después de Jalisco (13.6%) y Michoacán (10.7%), esto significa que de cada 10 mexicanos que residen en Estados Unidos, uno procedía de Guanajuato. En este contexto, la migración desde Guanajuato sigue siendo muy importante en términos de su volumen.

Los guanajuatenses¹³ que se fueron a vivir a Estados Unidos entre julio de 1997 a marzo del 2003 fueron 268,459. En promedio emigraron 44 mil personas al año, equivalentes a

¹¹ Elaborado por la UPIE con datos de la Encuesta de Hogares en Guanajuato sobre Migración Internacional (EHGMI-2003)

¹² Fuente: Estimaciones de UPIE con base en la Current Population Survey, 2002.

¹³ Datos elaborados por UPIE de la Encuesta de Hogares en Guanajuato sobre Migración Internacional (EHGMI-2003).

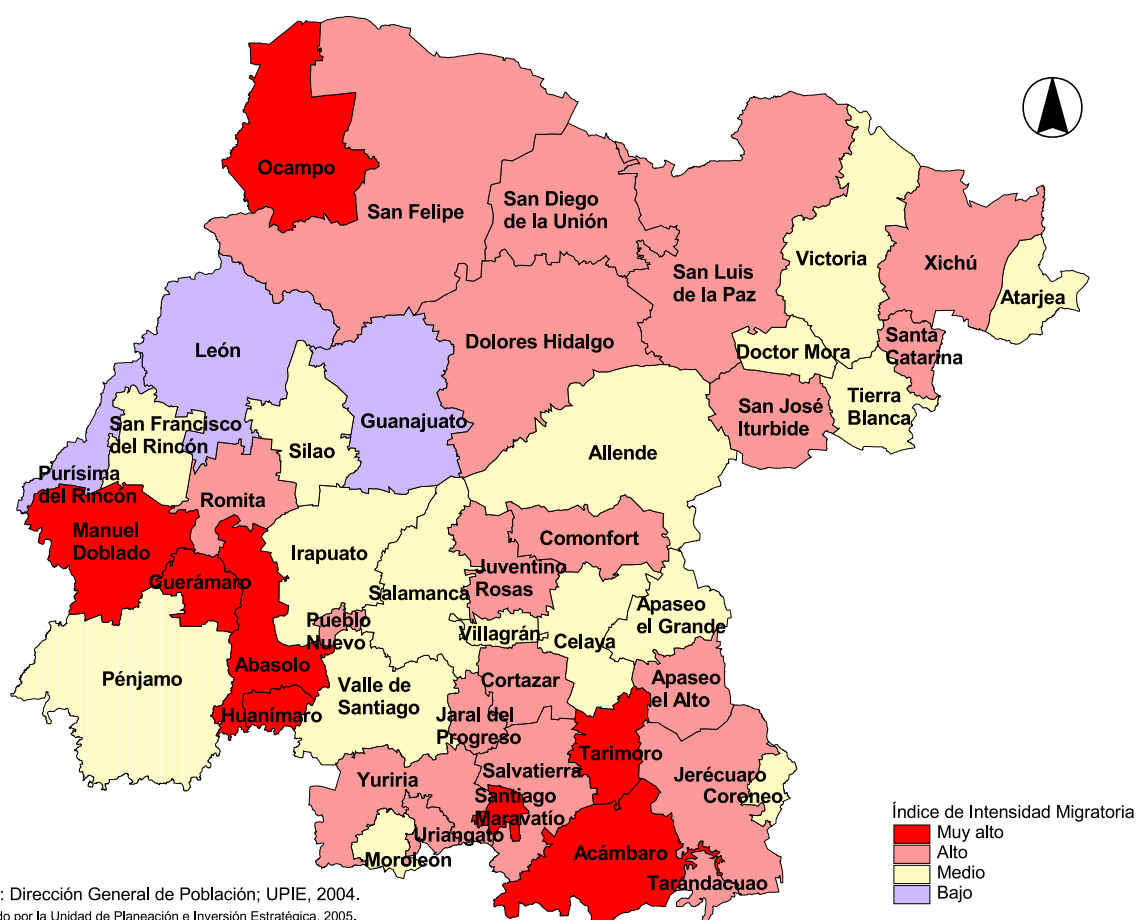
una tasa de emigración promedio anual de 9 personas por cada mil residentes. A su vez, se registraron 61 mil migrantes de retorno¹⁴, es decir, dos de cada diez migrantes regresaron a la entidad. Para el caso de los que seguían residiendo en el vecino país del norte, la cifra ascendió a 207 mil migrantes permanentes.

En cuanto al perfil de la migración en la entidad, los migrantes guanajuatenses siguen siendo en su mayoría hombres entre 20 a 34 años (45.6%). Cabe destacar que el número de migrantes menores de 20 años también es alto (35.5%). Llama la atención que las comunidades de origen de los migrantes guanajuatenses han dejado de ser localidades con menos

de 15 mil habitantes (en el período 1995-2000 se registró 68.1% migrantes del área no urbana, y para 1997-2003 bajó a 54.4%).

En el caso de Guanajuato, la intensidad migratoria varía de un municipio a otro, por lo que se pueden encontrar municipios desde muy alta hasta baja intensidad migratoria. Huanímaro, Santiago Maravatío, Ocampo, Tarimoro, Manuel Doblado, Cuerámbaro, Acámbaro y Abasolo son los municipios con grado migratorio muy alto, mientras que Guanajuato, León y Purísima del Rincón son municipios que presentan grado bajo de migración, (Mapa 1.2).

MAPA 1.2 ÍNDICES DE INTENSIDAD MIGRATORIA DE LOS MUNICIPIOS, 2000



14 Datos elaborados por UPIE de la Encuesta de Hogares en Guanajuato sobre Migración Internacional (EHGMI-2003).

Las implicaciones que trae consigo la migración no son sólo para los propios migrantes en Estados Unidos, sino para sus familiares y las comunidades de origen. Los migrantes, en su mayoría indocumentados, son sujetos de violaciones a sus derechos laborales, de seguridad social, servicios de salud, educación y vivienda. Además se exponen a problemas emergentes de salud, como VIH-SIDA, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, alcoholismo, drogadicción, enfermedades mentales y accidentes.

Si bien el impacto directo del fenómeno migratorio recae sobre la persona que se va, la vida de las personas relacionadas con el migrante, guarda implicaciones familiares de alto impacto social, -familias separadas, o abandonadas, ancianos solos, mujeres al cuidado de niños y ancianos, falta de trabajadores agrícolas etc. En el estado, 36% del total de hogares tienen o han tenido un integrante viviendo en el extranjero.

La importancia de las remesas también es significativa. En el año 2003, el monto total de remesas que llegaron a la entidad fue de 1,210 millones de dólares, que equivalían a 6.1 puntos porcentuales del Producto Interno Bruto estatal y representaron el 9.0% de las remesas recibidas a nivel nacional. Esta tendencia se reafirma en el 2004, el saldo por remesas ascendió a 1,532 millones de dólares, 7.5 puntos porcentuales del PIB estatal y representaron el 9.2% de las remesas del país¹⁵. La economía del estado de Guanajuato en este sentido tiene una mayor dependencia de las remesas, ya que a nivel nacional, éstas sólo representan el 2.5% de la producción nacional.

Los principales estados receptores de remesas en 2004 fueron Michoacán, Guanajuato, Jalisco, el Estado de México y Puebla. En conjunto esas cinco entidades captaron el 45 por ciento del total de remesas recibidas en el año. Notablemente, según el reporte del Banco de México para el 2004, Guanajuato se ubicó en el segundo lugar entre las entidades federativas.

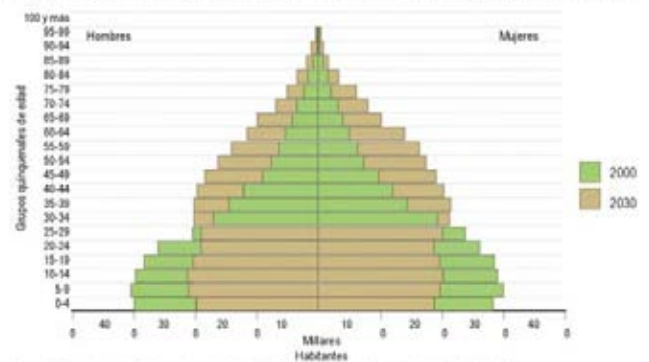
Estructura de edad de la población

El avance de la transición demográfica¹⁶ ha dado lugar a profundas transformaciones en la estructura por edad de la población guanajuatense, expresada en cambios tanto en la dinámica de crecimiento como en el peso relativo de los

distintos grupos de edad. Durante las etapas iniciales del proceso de transición, conforme descendía la mortalidad, la estructura por edad se encontraba en continuo proceso de rejuvenecimiento demográfico, dando un peso relativo cada vez mayor a la población de menores y ocasionando un ensanchamiento en la base de la pirámide de población de Guanajuato (Gráfica 1.3).

Sin embargo, a medida que el proceso de transición demográfica avanza, la mortalidad y fecundidad continúan disminuyendo y generan un estrechamiento gradual de la base de la pirámide de población en el 2005 y un ensanchamiento en la cúspide, como resultado del menor monto de nacimientos y el desplazamiento hacia las edades centrales de generaciones que nacieron en la época de muy alta fecundidad. Este suceso da origen a un proceso gradual de envejecimiento de la población¹⁷.

Gráfica 1.3 GUANAJUATO. ESTRUCTURA DE POBLACIÓN SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD Y SEXO, 1970 - 2005



Fuente: Elaborado por la UPIE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2005-2030

Una característica importante de la estructura demográfica en el estado es el mayor número de mujeres con un 51.3%, respecto a un 48.7% de población masculina. Esta situación se agudiza en algunos municipios: Valle de Santiago, Tarimoro, Salvatierra, Moroleón, Yuriria, Huanímaro, Santiago Maravatío y Pueblo Nuevo, donde la diferencia alcanza cinco o más puntos.

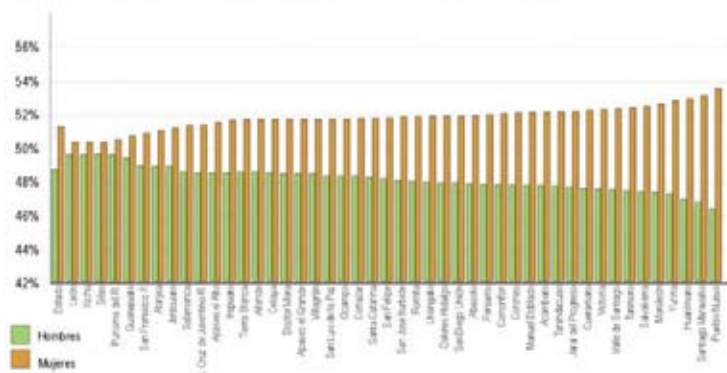


¹⁵ Banco de México, comunicado de prensa 22 de febrero 2005. Estimaciones de CONAPO con base en Banco de México, Encuesta Nacional de Empleo (ENE) módulo sobre migración, 2002.

¹⁶ El cambio histórico de las tasas de natalidad y mortalidad de niveles elevados a bajos en una población. De ordinario, el descenso en la mortalidad precede al descenso en la fecundidad, dando lugar así a un rápido crecimiento de la población durante el período de transición.

¹⁷ CONAPO Programa Nacional de Población 2001-2006: Hacia la construcción de nuestro Futuro Demográfico con Libertad, Equidad y Responsabilidad, Consejo Nacional de Población (CONAPO), México, 2001.

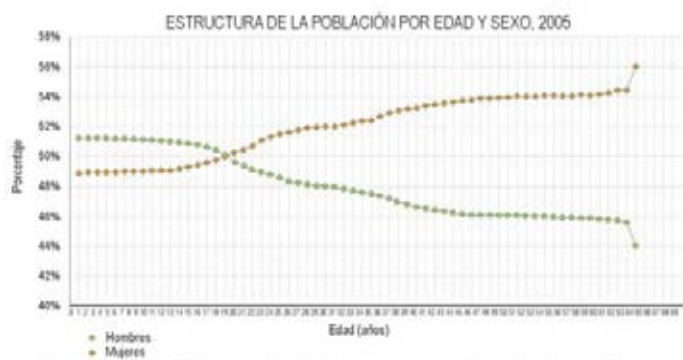
Gráfica 1.4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTATAL POR SEXO, 2005



Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Cuando se analiza la composición por sexo en el estado para cada uno de los grupos etarios, puede observarse un equilibrio entre la población masculina y femenina hasta la edad de 17 años; incluso, la población masculina llega a ser levemente superior por 2 puntos porcentuales. A partir de los 18 años de edad, la población femenina tiende a ser mayor que la masculina. Esta situación se incrementa hasta alcanzar, a la edad de 60 años, una diferencia que supera los ocho puntos porcentuales. (Gráfica 1.5).

Gráfica 1.5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTATAL POR EDAD Y SEXO, 2005



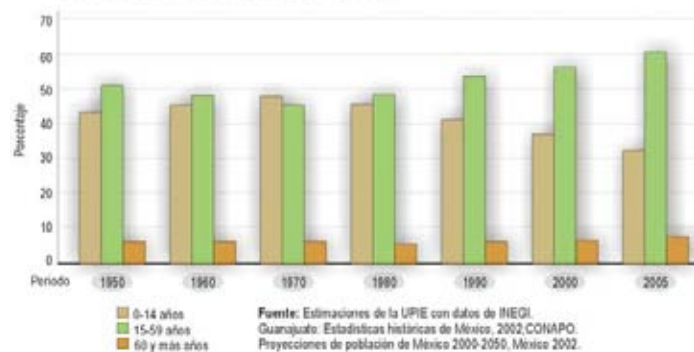
Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Los factores que influyen para que se originen estas situaciones son diversos. Todo indica que la población masculina reduce su proporción por aspectos biológicos o por diversas causas sociales, como la sobremortalidad por accidentes y principalmente la migración en la búsqueda de oportunidades y empleo hacia los Estados Unidos de América. Cabe resaltar que los municipios que tienen en su mayoría población femenina, son los que presentan una intensidad migratoria alta.

Asimismo, la dinámica demográfica del estado de Guanajuato de los últimos tiempos ha transformado día con día la estructura de la fuerza de trabajo en la entidad (población con 15 a 59 años), en relación con el monto de la población en edad “dependiente” (menos de 15 años y población con 60 años y más), modificando las demandas de servicios de salud, educación, mercado laboral y los regímenes de pensiones, por mencionar sólo algunos aspectos.

De 1970 al 2005, la proporción de los menores de 15 años en la población total disminuyó de 48.2 a 32.7%. En cambio, el porcentaje representado por la población en edades laborales, entre 15 y 59 años, se incrementó al pasar de 45.7 a 60.1%. A su vez, la población del grupo de la tercera edad aumentó de casi 6.1% en 1950 a 7.2% en el 2005.

Gráfica 1.6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE GUANAJUATO POR GRANDES GRUPOS DE EDAD (1950-2005)



Fuente: Estimaciones de la UIPE con datos de INEGI. Guanajuato: Estadísticas históricas de México 2002. CONAPO. Proyecciones de población de México 2000-2050, México 2002.

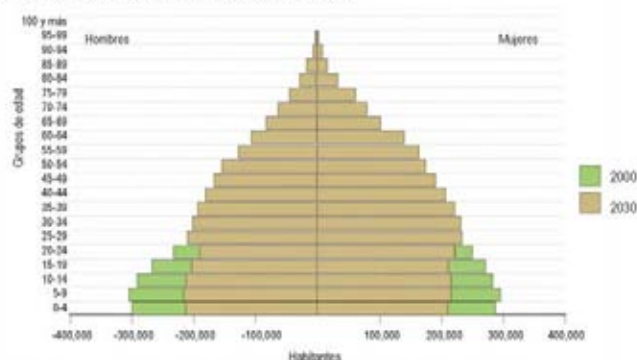
Transformaciones en la estructura poblacional: bono demográfico y envejecimiento

Las distintas velocidades de crecimiento de los diferentes grupos de edad traerán consigo una continua transformación de la pirámide de población. Durante el horizonte de proyección 2000-2030, la participación relativa de los niños en edades preescolares se habrá reducido de 15.5% en 2000 a 8.7% en 2030; la de aquéllos que se hallen en edades escolares disminuirá de 23.1 % a 13.8 % en el mismo periodo de tiempo. La población en edades de trabajar aumentará de 54.4% en 2000 a 60.6% en 2010 y 62.5% en 2020, para descender a 60.6% debido a la mayor velocidad de crecimiento de los adultos mayores en 2030; mientras que la población de más de 60 años abarcará cada vez mayores

proporciones: se incrementará de 7.0% a 16.9% al final del periodo de observación.

Consecuencia directa de ese paulatino envejecimiento de la población es el gradual aumento en la edad media de los habitantes de Guanajuato de 25.4 años en 2000 a 29.0 en 2010, 32.7 en 2020 y 36.3 años en 2030. Se observa que la permanencia del descenso de la mortalidad y la fecundidad no sólo mantendrá el proceso de envejecimiento de la población de la entidad, sino que incluso lo acelerará durante la primera mitad del presente siglo. Hasta 2010, el cambio más notable consiste en la reducción de la base de la pirámide originada por el descenso de la fecundidad y no es sino a partir del 2020 que se hará evidente el efecto de la inercia del crecimiento acelerado del pasado, el cual se desplazará hacia la cúspide de la pirámide. Un panorama más nítido del cambio global de la población por sexo y edad se tiene en las pirámides de edades sobrepuestas en la gráfica 1.7, que corresponden a los años extremos de la proyección.

Gráfica 1.7 PIRÁMIDES DE POBLACIÓN, 2000 Y 2030



Fuente: Elaborado por la LIRE con datos de CONAPO. Proyecciones de Población de México 2000-2030.

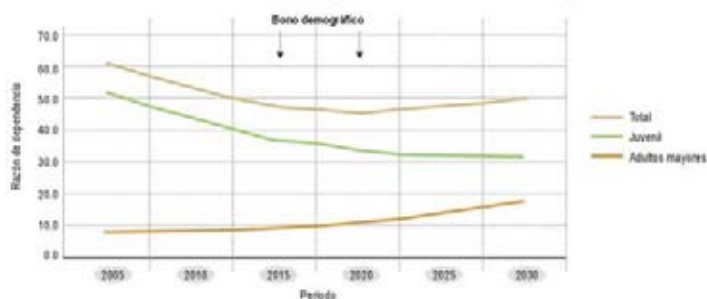
Las transformaciones de la estructura etaria de la población tienen múltiples e importantes repercusiones sociales y económicas. A saber, se presenta una ventana de oportunidad que por primera y única vez permanecerá transitoriamente abierta durante las primeras tres décadas del siglo y se conoce como “bono demográfico”, mientras que al mismo tiempo se avanzará en el proceso de envejecimiento de la población.

El “bono” o “dividendo” demográfico es un concepto que hace referencia a los eventuales beneficios derivados de una mayor proporción de la población en edades activas, que las existentes en edades dependientes, dando paso a condiciones demográficas propicias para el desarrollo socioeconómico.

Para conocer mejor la naturaleza de este eventual “bono”, utilizamos la razón de dependencia, es decir, el cociente que resulta de dividir la suma de niños y adolescentes (0-14 años) y de adultos mayores (60 años o más) entre la población en edades laborales (15-59 años).

La conjunción de las tendencias opuestas en niños y jóvenes y en adultos mayores, combinada con un considerable crecimiento de la población en edades laborales, propicia que el mínimo histórico del indicador se ubique entre 2016 y 2019 (54%), pero sobre todo que esa “ventana de oportunidad” se extienda por un periodo relativamente largo: un periodo de 19 años (2010 a 2028) durante el cual la razón de dependencia se encuentra por debajo de 60 por ciento, lo que significa que durante este lapso de tiempo existirán menos de 60 personas en edades inactivas por cada 100 que se encuentran en edades activas.

Gráfica 1.8 RAZÓN DE DEPENDENCIA TOTAL, JUVENIL Y DE ADULTOS MAYORES, 2005-2030



Fuente: Elaborado por la LIRE con datos de CONAPO. Proyecciones de Población de México 2000-2030.

Así, la reducción de 15 a 20 puntos porcentuales de los “dependientes”, con respecto a los “no dependientes” (En el 2000, 74%), de ser adecuada y racionalmente aprovechada, ayudaría a fomentar el ahorro y la inversión, variables que podrían contribuir a detonar el crecimiento económico de Guanajuato y permitir además sentar las bases para enfrentar el envejecimiento más agudo que tendría lugar después de 2030.

Las importantes transformaciones en materia del volumen, estructura y composición de la población que ha experimentado el estado de Guanajuato, han dado paso al inicio del proceso de envejecimiento de la entidad. Actualmente residen en el estado 365,755 personas que forman parte del grupo poblacional con 60 años y más.



Este proceso repercute en los ámbitos de las estructuras económicas, las redes sociales de apoyo, las instituciones de seguridad social y los sistemas de salud. Todos estos ámbitos deben ser replanteados de manera que puedan integrar a la población de edad avanzada, que por lo general presenta desventajas en términos de dependencia y fragilidad física, social y económica.

En las últimas décadas, el índice de envejecimiento¹⁸ se ha incrementado paulatinamente hasta alcanzar en el año 2005 un porcentaje equivalente a 22 personas de edad avanzada por cada 100 habitantes menores de 15 años. Sin embargo, se espera que en el año 2030, el número de adultos mayores ascienda a 77 por cada 100 menores de 15 años.

Distribución territorial

El estado de Guanajuato se caracteriza por presentar un fenómeno de fuerte concentración urbana, así como una persistente dispersión rural en más de 8,800 localidades con menos de 2,500 habitantes. Para el año 2005, la zona del corredor industrial presenta una concentración de más de la mitad de la población total del estado¹⁹. Tan sólo el municipio de León cuenta con el 24.9% de la población total en la entidad y conjuntamente, los municipios de León, Irapuato, Celaya, Salamanca, Pénjamo, San Miguel de Allende, Silao y Guanajuato concentran el 59.5%. En contraste, en 21 municipios se encuentra sólo poco más del 10% de la población.

CUADRO 1.4 POBLACIÓN TOTAL EN GUANAJUATO Y SU DISTRIBUCIÓN POR MUNICIPIO, 2005.

MUNICIPIO	POBLACIÓN TOTAL	PARTICIPACIÓN MUNICIPAL EN LA POBLACIÓN ESTATAL	ACUMULADA
ESTADO DE GUANAJUATO	5,065,338	100.00%	
LEÓN	1,265,906	24.99%	24.99%
IRAPUATO	403,658	9.55%	34.54%
CELAYA	418,310	8.26%	42.80%
SALAMANCA	244,207	4.82%	47.62%
PÉNJAMO	158,260	3.12%	50.74%
SAN MIGUEL DE ALLENDE	148,913	2.94%	53.68%
SILAO	148,798	2.94%	56.62%
GUANAJUATO	145,369	2.87%	59.49%
VALLE DE SANTIAGO	140,688	2.78%	62.27%
DOLORES HIDALGO	137,486	2.71%	64.98%
ACÁMBARO	115,193	2.27%	67.26%
SAN FRANCISCO DEL RINCÓN	112,734	2.23%	69.48%
SAN LUIS DE LA PAZ	101,593	2.01%	71.49%
SAN FELIPE	100,484	1.98%	73.47%
SALVATIERRA	98,176	1.94%	75.41%
CORTAZAR	86,004	1.70%	77.11%
ABASOLO	81,536	1.61%	78.72%
YURIRIA	78,571	1.55%	80.27%
APASEO EL GRANDE	76,320	1.51%	81.78%
SANTA CRUZ DE JUVENTINO ROSAS	70,612	1.39%	83.17%
COMONFORT	70,314	1.39%	84.56%
SAN JOSÉ ITURBIDE	60,953	1.20%	85.76%
APASEO EL ALTO	60,214	1.19%	86.95%
JERECUARO	59,486	1.17%	88.12%
URIANGATO	59,383	1.17%	89.30%
ROMITA	53,066	1.05%	90.34%
PURÍSIMA DEL RINCÓN	52,303	1.03%	91.38%
MOROLEÓN	50,546	1.00%	92.37%
VILLAGRAN	49,923	0.99%	93.36%
MANUEL DOBLADO	38,999	0.77%	94.13%
TARIMORO	38,286	0.76%	94.88%
SAN DIEGO DE LA UNIÓN	35,812	0.71%	95.59%
JARAL DEL PROGRESO	32,841	0.65%	96.24%
CUERAMARO	28,757	0.57%	96.77%
OCAMPO	21,853	0.43%	97.20%
DOCTOR MORA	21,346	0.42%	97.62%
HUANIMARO	20,105	0.40%	98.01%
VICTORIA	19,680	0.39%	98.40%
TIERRA BLANCA	15,930	0.31%	98.72%
TARANDACUARO	12,658	0.25%	98.97%
XICHÚ	11,946	0.24%	99.20%
CORONEO	11,251	0.22%	99.42%
PUEBLO NUEVO	10,991	0.22%	99.64%
SANTIAGO MARAVATIO	7,303	0.14%	99.79%
ATARJEJA	5,740	0.11%	99.90%
SANTA CATARINA	5,034	0.10%	100.00%

Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Son varias las causas que originan la concentración poblacional. Mientras que la zona del corredor industrial cuenta con vías de comunicación importantes, municipios como Atarjea y Xichú tienen vías de acceso limitadas. En el corredor del Bajío se encuentran los principales centros de abastecimiento industrial, comercial y de servicios; no así, en las zonas norte y sur del estado. Incluso factores naturales como la topografía han jugado un papel determinante en el desarrollo de estos municipios; algunos presentan altas tasas de inmigración, mientras que otros se han convertido en expulsos de su población hacia zonas urbanas, otros municipios, entidades e incluso hacia el extranjero.

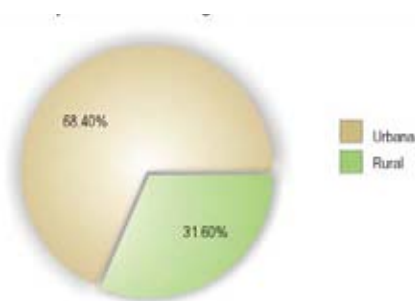
¹⁸ El índice de envejecimiento es la proporción de personas con 60 años y más, entre la proporción de población de 0 a 14 años.

¹⁹ El corredor industrial del Bajío considera los municipios que se ubican en la carretera Federal 45 como son León, Silao, Irapuato, Salamanca, Celaya, Villagrán, Cortazar, Apaseo el Grande, Apaseo el Alto, y además considera los municipios que conforman parte de la zona industrial los cuales son San Francisco del Rincón y Purísima del Rincón.

2030

La densidad poblacional en el estado se incrementó de 152 hab/km² en el año 2000, a 166 hab/km² en el año 2005²⁰. En Guanajuato, la población rural –comunidades con menos de 2,500 habitantes– representa en el 2005 el 31.6% de la población total, mientras que la población urbana equivale al 68.4% del total (gráfica 1.9); proporciones que en el ámbito nacional son de 24.2% y 75.8%, respectivamente. En el municipio de León, la población urbana representa el 90% de la población del municipio, mientras que en Atarjea, Santa Catarina, Tierra Blanca, Victoria y Xichú el total de su población es predominantemente rural.

GRÁFICA 1.9 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTATAL SEGÚN SU CONDICIÓN URBANA O RURAL, 2005



Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

Nota: Localidades rurales, población menor de 2,500 habitantes; localidades urbanas, población mayor o igual a 2,500 habitantes.

En 1990, había 26 localidades urbanas que concentraban el 53.7% de la población total estatal, es decir, 5 de cada 10 habitantes vivían en una ciudad del estado. Para el año 2000, la población urbana se convirtió en la mayoría, 6 de cada 10 habitantes residían en algún centro urbano (58.4%), asimismo el número de ciudades aumentó a 30. En los últimos diez años, las ciudades entre 15 mil y un millón de habitantes experimentaron un importante crecimiento demográfico. Esto indica una mayor concentración de la población urbana (58%) con respecto a las localidades rurales.



²⁰ Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

²¹ SEDESOL 2000. Se refiere a todos aquellos hogares que no cuentan con ingresos suficientes para cubrir gastos que satisfagan otras necesidades básicas, además de las alimenticias, que potencien sus capacidades personales tales como los cuidados de la salud y educación básica (\$1,254.50 para la zona urbana y \$843.20 en la rural).

CUADRO 1.5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL ESTADO SEGÚN TAMAÑO DE LOCALIDAD, 2005

TAMAÑO DE LA LOCALIDAD GUANAJUATO	POBLACIÓN	PORCENTAJE	ACUMULADO
ESTADO	5,065,338	100.00%	
1 - 2,499 habitantes	1,800,468	31.60%	31.60%
2,500 - 14,999 habitantes	456,499	9.01%	40.61%
15,000 - 49,999 habitantes	491,613	9.71%	50.32%
50,000 - 99,999 habitantes	571,614	11.28%	61.60%
100,000 - 499,999 habitantes	805,572	15.90%	77.51%
500,000 y más habitantes	1,139,574	22.50%	100.00%

Fuente: Estimaciones de UIPE con datos de CONAPO Proyecciones de Población de México 2000-2050, México 2002.

SITUACIÓN DE LOS GRUPOS EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD

Niños y Adolescentes de Guanajuato

La infancia y la adolescencia constituyen etapas decisivas en la vida de las personas. De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000, en el estado de Guanajuato los niños y adolescentes de 0 a 14 años sumaban poco más de 1 millón 706 mil personas y representaban el 36.6% de la población total. En 2025 se estima que este grupo de población se reducirá hasta representar tan sólo 22.7% del total de habitantes en la entidad.

Uno de los mayores desafíos de toda sociedad es la superación de la pobreza. Las privaciones en materia de salud, educación, alimentación y vivienda, entre otros, inhiben la capacidad de niños y adolescentes para sobrevivir, desarrollarse y alcanzar su pleno potencial. Algunas variables del índice de desarrollo social en la niñez y adolescencia 2000 de CONAPO, revelan que en Guanajuato aproximadamente 38% de niños y adolescentes con 14 años o menos pertenecían a hogares con pobreza de capacidades²¹.

- La vivienda y los servicios

La condición de la vivienda repercute en la calidad de vida de las personas que en ella habitan. De acuerdo a la misma fuente de información en el 2000, de los niños y adolescentes que viven en los 432 mil hogares con ingresos insuficientes para adquirir la canasta básica, dos de cada cinco no disponían de agua entubada dentro de su vivienda (poco más de 421,000 niños), de los cuales 83.1% vivía en localidades rurales. Asimismo, 17.6% habitaban en viviendas con piso de tierra,



41.3% no contaba con drenaje, tres de cada diez (29.8%) no tenían servicios sanitarios y una cuarta parte de los menores de 14 años o menos utilizaban un combustible distinto al gas para cocinar.

- Educación e información

Además de las privaciones en la vivienda, los niños pueden experimentar otro tipo de carencias consideradas como esenciales para su desarrollo, tales como las educativas y de información. La educación, en el sentido más amplio, contribuye al incremento de las capacidades del individuo que le permiten sobrevivir y participar de manera informada y efectiva en el mejoramiento de la sociedad. En este sentido, para los niños y adolescentes en hogares con ingresos insuficientes, las privaciones educativas no representaban un problema aparentemente significativo, pues se observó que 88.4% de los niños y adolescentes de 6 a 14 años asistían a la escuela y 90% de los de 7 a 14 años sabían leer y escribir. Sin embargo, es bien sabido que la trayectoria escolar del niño se ve altamente influida por los antecedentes escolares de los miembros de su familia. Las expectativas y prácticas que ellos tengan respecto de la escuela, condiciona fuertemente la participación educativa del infante y el adolescente.

Así pues, sobresale que en estos hogares con ingresos insuficientes, el promedio de escolaridad del jefe de hogar en las localidades urbanas era de 5.2 años de estudio, sin embargo, esta situación empeora en las localidades rurales, donde el jefe del hogar cuenta con tan sólo 3 años de escolaridad. Asimismo, se observa que entre los integrantes del hogar con 15 años y más el promedio de escolaridad fue de 4.8 años en general, lo cual podría ser un indicativo de futuras deserciones,

baja eficiencia terminal y nuevamente rezago educativo de los niños y adolescentes.

El aprendizaje de una persona no sólo se limita a la educación adquirida en un centro escolar. En este sentido, la disponibilidad de radio, televisión y más recientemente el de computadoras e internet en el hogar, sirven de parámetros para evaluar la capacidad que tienen niños y adolescentes para obtener información. Entre el grupo de menores con 14 años o menos que pertenecen a los hogares guanajuatenses con ingresos insuficientes, únicamente 1.1% cuenta con computadora en la vivienda. Sin embargo, la mayor parte tiene acceso a la televisión (86.6%) y a la radio o grabadora (83.4%).

- Salud y nutrición

La salud es otro de los aspectos que se ve grandemente afectado cuando se vive en condiciones de pobreza. Entre las principales enfermedades o padecimientos de la población de 0 a 14 años registradas en el Prontuario Estadístico 2004 de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, se encontraban las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones en vías urinarias, amibiasis intestinal, otitis media aguda, varicela y desnutrición.

Asimismo, se observó que durante el 2002, de un total de 22,285 defunciones de residentes del estado, el 13.4% eran niños y adolescentes con 14 años o menos. Entre las principales causas de muerte de este grupo de población sobresalieron ciertas afecciones originadas en el período perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, los accidentes, influenza y neumonía, las enfermedades infecciosas intestinales y los tumores malignos.

Los efectos y secuelas que la desnutrición ocasiona sobre el desarrollo y la salud de los individuos que la padecen, convierten en prioritaria la atención nutricional a ciertos grupos de población, como el de los niños y adolescentes.

En la entidad no se cuenta con información actualizada respecto al estado nutricional de las personas que pertenecen a este grupo poblacional. Sin embargo, la oficina del DIF estatal realizó un estudio a 58,805 menores (44,623 de nivel preescolar y 14,182 de nivel primaria) que eran atendidos durante el ciclo escolar 2002-2003, del cual se pudieron

extraer los siguientes resultados: obesos 4%, sobrepeso 12%, normales 66%, desnutrición leve 14.9%, desnutrición moderada 2.6% y desnutrición severa 0.6%.

De lo anterior se resume que el 18.1% de la población supervisada presentaba desnutrición de leve a severa. El municipio con el mayor porcentaje de desnutrición en menores de nivel preescolar es el municipio de Cortazar y de nivel primaria es San Diego de la Unión.

Jóvenes

Para fines de este apartado, se considera como jóvenes a las personas de 12 a 29 años de edad (definición del Instituto Mexicano de la Juventud). En Guanajuato, este grupo de población ascendió, según el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, a poco más de 1 millón 644 mil habitantes; representando así a un 35.3% de la población total en el estado. El sexo femenino predominó entre los jóvenes con 53.2% del total, mientras que la proporción de hombres fue de 46.8%.

Se estima que en el 2005, una de cada cinco personas en el estado de Guanajuato son jóvenes de 15 a 24 años de edad. Actualmente suman 1 millón 35 mil habitantes, de los cuales, poco más de la mitad son mujeres (50.4%). La importancia de este grupo poblacional no sólo radica en el número y peso relativo que tienen, sino en la cantidad de demandas, necesidades, problemas y potencialidades particulares que requieren de atención y que representan un gran desafío para el estado.

- La salud reproductiva y los jóvenes

El embarazo precoz es un fenómeno que puede ser asociado a la desigualdad de oportunidades, ya que en la mayoría de los casos las mujeres truncan su trayectoria educativa para dedicarse a las actividades del hogar, lo cual suele representar un obstáculo para el desarrollo pleno de sus capacidades en distintas esferas de su vida. En 2003, 14.9% de los nacimientos registrados en Guanajuato fueron de mujeres menores de 19 años. En el año 2000, la escolaridad promedio de las más de 127 mil mujeres guanajuatenses de 15 a 24 años con hijos nacidos vivos fue de sexto de primaria (6.7 años de estudio), 87.6% vivía con su pareja y siete de cada diez se dedicaban a los quehaceres del hogar.



- El mercado laboral y los jóvenes

Del total de la Población Económicamente Activa (PEA) en el estado de Guanajuato, 46% son jóvenes de 12 a 29 años que trabajan o están en busca de trabajo. Entre los jóvenes, sólo 27.4% del total de mujeres son económicamente activas, cifra que contrasta con la proporción de hombres (57.2%). La tasa específica de participación económica muestra la marcada diferencia que existe en la incorporación a la PEA de hombres y mujeres, mientras que para la población de 12 a 14 años, 14 de cada 100 hombres se encuentra activo, 7 mujeres de cada 100 se encuentran en la misma situación. Cuando se analizan los grupos de población de mayor edad, esta diferencia se incrementa notablemente, tal como sucede para las personas dentro del rango de 25 a 29 años donde la tasa, para hombres es de 85.9% y para las mujeres 33.7%, es decir, difiere en más de 50 puntos porcentuales.

De los jóvenes de 12 a 14 años considerados económicamente inactivos, 7 de cada 10 son estudiantes, sin embargo, entre los jóvenes de 15 a 29 años el tipo de inactividad varía dependiendo del sexo de la persona. Entre los hombres inactivos, 42.4% son estudiantes y 54.5% se dedican a otro tipo de inactividad, entre las mujeres sólo 18.4% son estudiantes y 64.7% se dedican a los quehaceres del hogar.

- Los jóvenes y la migración

Guanajuato se caracteriza por ser un estado de migrantes y esto incluye principalmente a los jóvenes, pues es en este grupo de población donde se concentró más del 58% del total de migraciones hacia los Estados Unidos en la entidad

durante el periodo 1997-2002. En este quinquenio, el número de personas de 15 a 29 años que migraron a este país ascendió a 142,918, cifra que equivale a una tasa anual de migración de 20 jóvenes por cada mil en el estado. La edad de los migrantes fluctuó principalmente entre los 20 y 24 años (51.9%).

- Los jóvenes y el suicidio

Desde la perspectiva epidemiológica, el suicidio se presenta como un problema de salud pública debido al notable aumento de su prevalencia, registrándose como la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años durante el 2001.

En el año 2000 hubo 164 suicidios en Guanajuato, 33 mujeres y 131 hombres. La mayor proporción se llevó a cabo en el área urbana (83%) y el resto en el área rural (17%). En general, los suicidios se producen entre la gente más joven, la mitad de estos eventos han sucedido en la población menor de 25 años. En el período de 1995-2000 podemos observar que las tasas de suicidios más altas se registraron en los grupos de edad de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años, con valores de cinco, nueve y seis suicidios por 100 mil habitantes, respectivamente.

Los municipios donde se han reportado en todos los años de 1998 al 2000 casos de suicidios fueron: San Diego de la Unión, San Luis de la Paz, León, San Francisco del Rincón, Silao, Irapuato, Salamanca, San Miguel de Allende, Celaya, Salamanca, Abasolo, Pénjamo, Moroleón e Irapuato.

El desafío de potenciar las capacidades de los jóvenes de hoy presentará una ocasión única para que los adultos de los próximos años se integren como fuerza laboral competitiva que permita el desarrollo económico y social del estado. El futuro de Guanajuato dependerá en buena medida de las oportunidades que se les brinde a los integrantes de este segmento de la sociedad.

Adultos Mayores

De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda en Guanajuato residían más de 4.6 millones de personas en el 2000, de ellas 331,065 formaban parte del grupo con 60 años y más. Si apreciamos la importancia de una visión preventiva que promueva una mejor calidad de vida en la vejez y



consideramos a la población con 50 años y más entre nuestra población objetivo en materia de políticas públicas, entonces es prudente mencionar que en Guanajuato residían cerca de 650 mil individuos dentro de este rango de edad.

En el caso de la población con 60 años y más el monto de la población en términos porcentuales es de 7.1%, pero si consideramos a la población con 50 años y más entonces el porcentaje del que estamos hablando es de 14%. La tasa de crecimiento anual de este segmento de población adulta mayor es de 2.96%, que representa un aumento de poco más de 10 mil personas mayores anualmente.

- Distribución urbana y rural

La población de adultos mayores en los espacios rurales y urbanos es una variante que condiciona con seguridad su calidad de vida, de ahí también la importancia de ubicar el lugar de residencia de esta población. Al respecto la información disponible muestra que en Guanajuato cerca de una tercera parte (32.8%) de la población con 60 años y más reside en localidades de menos de 2,500 habitantes. Otro tanto reside en ciudades pequeñas y medianas que pueden considerarse menos urbanizadas. El 37.6% restante vive en ciudades con más de 100,000 habitantes.

En las localidades de menos de 2500 habitantes, cerca de nueve mil personas con 60 años y más viven solas. De ellos la cuarta parte tiene 80 años y más. En las localidades entre 2,500 y 14,999 hab. las personas que viven solas equivalen al

8.9%, lo que podría equivaler a 2,600 personas. De ellas 800 tienen más de ochenta años. Existen porcentajes significativos de mujeres adultas mayores nonagenarias y centenarias que viven solas. Esto sucede en localidades pequeñas y medianas.

En localidades de menos de 100 mil habitantes, las personas mayores tuvieron un cambio de residencia en los últimos 5 años, siendo en algunos casos de otro estado pero también de otro país.

Atarjea, Santa Catarina, Coroneo, Tarandacuao, Acámbaro, Tarimoro, Salvatierra, Santiago Maravatío, Moroleón y Pueblo Nuevo son los municipios que concentran una mayor proporción de personas con 60 años o más, que además coinciden con una mayor intensidad migratoria en el estado.

- El hogar del adulto mayor

Un aspecto fundamental en las políticas hacia las personas mayores es la calidad y el tipo de vivienda en donde reside. Si bien son muy importantes las condiciones materiales de la vivienda, lo cierto es que para esta población el tipo de acceso a su vivienda también es esencial. Según el XII Censo de Población y Vivienda, menos del 20% de las personas con 50 años y más no cuentan con una vivienda propia, por lo que rentan, la toman prestada o bien la cuidan.

En Guanajuato los adultos mayores viven mayoritariamente con sus familiares en hogares nucleares (47.4%) y ampliados (43%). Un 7.8% de las personas mayores viven solas en lo que se denomina hogares unipersonales. Esto equivale a cerca de 25 mil personas. De estos sólo el 27% cuenta con seguridad social. De los hogares nucleares y ampliados casi el 40% cuenta con derechohabiencia a alguna institución de seguridad social (IMSS, ISSSTE, entre otras).

- Economía y educación del adulto mayor

Al revisar la condición de ocupación de la población con 50 y más años en el estado de Guanajuato, fue posible encontrar diversos patrones de comportamiento que ubican a este grupo poblacional en la actividad económica local, estatal y municipal. En el estado, sólo una cuarta parte de la población adulta mayor pertenecía a la población económicamente activa (25.8%) y, generalmente, es el sexo masculino (80%) el que trabaja mientras que la mujer se dedica al hogar.



Con esto se refuerza la percepción de que los montos provenientes de la jubilación a través de las pensiones son reducidos. De los 49 mil adultos mayores que obtienen ingresos por jubilación o pensión, 14.5% del total de las personas con 60 años y más, 32.8% son mujeres y 67.2% hombres. Estas personas reciben en promedio \$2,592 pesos al mes, lo cual obliga a la inserción laboral en diversas modalidades a fin de obtener recursos para hacer frente a los gastos.

Del total de adultos mayores, 40.1% no sabe leer ni escribir (existe un 52% del cual no se cuenta con información). Este problema se vio acentuado en el caso de las mujeres, en las cuales el 48.1% son analfabetas.

- La derechohabiencia

El sistema de seguridad social se ha desarrollado con una multiplicidad de formas, y con cobertura de la población y prestaciones muy desiguales. Es un sistema dinámico que se adapta a las situaciones siempre cambiantes de la existencia humana y de la vida social. En sentido amplio, el sistema de seguridad social cubre un conjunto de actividades que realiza el sector público en torno al bienestar de los individuos, sus familias y grupos sociales organizados; esto incluye el seguro social, la salud pública, la asistencia social, el desarrollo social, la educación pública y la vivienda.

Los adultos mayores siendo un grupo con grandes necesidades de servicios de salud, son también un grupo con acceso limitado a las instituciones que brindan dicho servicio. En Guanajuato, 63.8% de las personas con 60 años o más no tienen derechohabiencia y este problema se agudiza para las personas con más de 70 años, pues la probabilidad de ser no derechohabiente es aún mayor. De las personas con 60 años o



más que si cuentan con derechohabiencia, 80% pertenecen al IMSS, 16.2% al ISSSTE y el resto a PEMEX, Defensa Nacional, Marina o alguna otra institución.

Mujeres

En 1970 las mujeres representaban 49.8% de la población total en Guanajuato, en el 2000 sumaron ya más de 2.4 millones de habitantes y representaban el 52.1% de la población total. De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, la población femenina en el estado de Guanajuato era en su mayoría mujeres jóvenes, donde más de 60% tenía menos de 30 años y sólo 8.2% del total de mujeres tenían 60 años y más.

- Las mujeres y la educación

Los avances en el acceso de la mujer a todos los niveles y modalidades del sistema educativo han sido notables. Mientras que en 1990 el porcentaje de mujeres de 15 años y más sin instrucción y con primaria incompleta era de 20% y 27.3% respectivamente; para el 2000, estos porcentajes disminuyeron a 15.4% y 21.7%, respectivamente. Así mismo, el porcentaje de mujeres con primaria completa se incrementó de 21.1% a 24.2% y en secundaria y estudios posteriores la proporción aumentó de 28.0% a 37.8% durante el mismo periodo.

Según datos del XII Censo General de Población y Vivienda del año 2000, en Guanajuato la asistencia escolar de las niñas de 6 a 14 años de edad es de 88.9%, y el porcentaje de los jóvenes entre 15 a 29 años de edad que asiste a la escuela es de 18.5% y 19.6% en las mujeres y hombres, respectivamente. Como

se observa, a partir de esta edad la asistencia escolar comienza a decrecer paulatinamente. Se puede resumir que la eficiencia terminal de la población femenina en la entidad es de 89.6% en el caso de nivel primaria, conforme los niveles educativos avanzan, la probabilidad de concluir los estudios disminuyen; sólo 78.6% terminan la secundaria, 63.9% el bachillerato y 41.3% el nivel profesional o técnico.

En general, el promedio de escolaridad de la población femenina de 15 años y más durante el 2000 es de 6.7años, mientras que el de los hombres es 6.5 años.

- La participación de la mujer en la economía

En el año 2000, el número de mujeres en Guanajuato en posibilidades de trabajar (12 años o más) ascendía a poco más de 1 millón 727 mil mujeres. La tasa de participación económica femenina ha aumentado considerablemente, se incrementó de 16.9% en 1990 a 26.8% en 2000.

Entre la fuerza laboral femenina, la tasa de participación más elevada se presenta en el grupo de edad de 20 a 24 años (35.2%). A partir de los 40 años, la participación económica tiende a disminuir hasta llegar a 8%, porcentaje que se presenta en el grupo de mujeres con 65 años y más.

La Encuesta Nacional de Empleo 2000, reveló que dos de cada cinco mujeres económicamente activas se encontraban casadas o vivían en unión libre, así como el hecho de que aproximadamente la mitad del total de mujeres en la PEA (49.6%), tenían por lo menos un hijo. De la población femenina ocupada según su situación en el trabajo, sólo 2.0% tenían el estatus de patronas y 16.8% de trabajadoras por su cuenta. En su mayoría (70.1%), las mujeres que trabajan se encontraban en la categoría de empleadas y obreras, lo que explica los bajos niveles de ingreso de este grupo de la población.

Esto es, 64.9% ganó 3 salarios mínimos o menos y 7.6% de las mujeres ocupadas recibieron más de 5 salarios mínimos.

- La mujer en el área rural

En el estado de Guanajuato, la población rural femenina es de 722 mil 120 mujeres aproximadamente, distribuidas



principalmente en veinticinco municipios que cuentan proporcionalmente con una población rural superior a 50% y que merecen atención prioritaria en la prestación de servicios de salud, vivienda y servicios sociales. Los municipios con mayor población rural femenina son Pénjamo, Dolores Hidalgo, Valle de Santiago, San Miguel de Allende, San Felipe y Abasolo.

Las mujeres de las comunidades rurales presentan situaciones aún más críticas en los aspectos de rezago educativo y salud. Vinculadas al trabajo agrícola, laboran en condiciones sumamente difíciles utilizando instrumentos de trabajo de escasa tecnificación y mínima productividad, con insuficiencia de agua, ausencia de servicios para el cuidado de los niños y la combinación del trabajo agotador del campo con el hogar. Según CONAPO, otra situación que enfrentan las mujeres en el área rural es la creciente migración de sus parejas, lo que las obliga a redefinir su papel en la toma de decisiones en el hogar y el trabajo remunerado. Asimismo, algunas de ellas se exponen a situaciones de riesgo al regreso de sus parejas contagiadas por enfermedades de transmisión sexual o VIH/SIDA. Especial cuidado deberá brindarse a la atención de la salud materno infantil, donde una de cada nueve mujeres que residen en el medio rural enfrentan su embarazo sin atención prenatal.

Personas con capacidades diferentes

En el 2000, el estado de Guanajuato registró que 1.9% de la población total tiene algún tipo de discapacidad, siendo mayor la incidencia en hombres con 52.3% del total que en mujeres con 47.7%. Entre las principales discapacidades se encuentra: la motriz, la visual, la auditiva, la mental y de lenguaje.

La discapacidad que se presenta con mayor frecuencia en la población es la motriz, pues casi la mitad de las personas con discapacidad en el estado presentan este tipo de inhabilidad 47.6% (42 mil personas), de las cuales 51.6% son hombres, 48.4% mujeres. Asimismo, 51.8% de los que tienen discapacidad motriz son personas con 60 años y más. Le sigue en importancia la discapacidad visual, una cuarta parte de la población discapacitada tiene este problema, representando, en las mujeres 52.2%, y en los hombres 47.8%.

En Guanajuato la discapacidad mental representa 15.2% del total de los discapacitados, donde 56.3% son hombres, y 43.7% son mujeres, lo que equivale a una diferencia de más de 12 puntos porcentuales.

Según el análisis por grupo de edad, la proporción de personas con discapacidad motriz, auditiva, de lenguaje, visual y mental en la población de 0 a 4 años es la más baja siendo ésta del 0.5%. Sin embargo, conforme se incrementa la edad el porcentaje de discapacitados con respecto al grupo, aumenta, hasta alcanzar su máximo en la población con 70 años y más. Dentro de este rango de edad, aproximadamente 1 de cada 6 personas posee algún tipo de discapacidad, es decir un 17%.

Entre los niños de 0 a 4 años los tipos de discapacidad que se observaron con mayor frecuencia, en orden de importancia, fueron la motriz (52.3%) y la mental (27.4%). En el grupo de 5 a 14 años, la mayor discapacidad que se presenta es la mental (33.9%). En las personas de 15 años o más, la discapacidad visual sobresalió como segunda en importancia, donde una cuarta parte de las personas discapacitadas de 15 a 59 años presenta problemas con la vista. Por otro lado, en los adultos de 60 años o más la proporción asciende a 30%.

Indígenas

El tamaño de la población indígena²² involucra no sólo a los indígenas que viven en las regiones tradicionales, sino también a todos aquellos que viven en asentamientos donde representan una minoría y que son resultado de la intensa dinámica migratoria y de cambio social que ha tenido lugar en los últimos años. En el estado de Guanajuato residen 26,512 indígenas, de los cuales el 73% se concentra en los siguientes 10 municipios: León con 5,540; San Luis de la Paz 2,804; Irapuato, 2,678; Celaya 2,657; San Miguel de Allende 1,671;

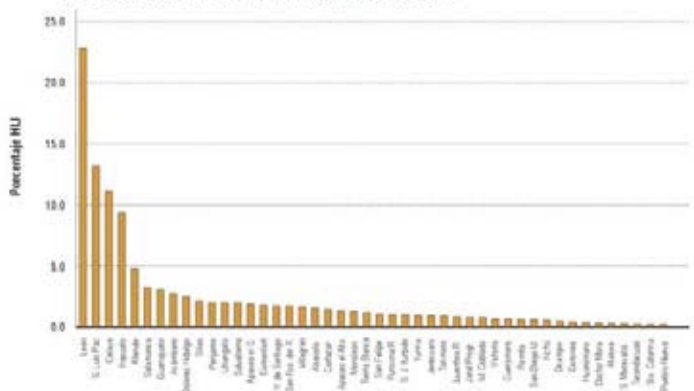
²² INI, CONAPO. Indicadores Socioeconómicos de los Pueblos Indígenas 2002, México 2002. Se definió como indígenas solo a los miembros de los hogares donde las personas con características indígenas tienen un lazo de parentesco determinante en la decisión del estilo de vida y la transmisión intergeneracional de la socialización, es decir el jefe, el cónyuge y los padres de éstos. Así, los hogares indígenas se restringen a aquellos donde el jefe y/o el cónyuge y/o padre o madre del jefe y/o suegro o suegra del jefe hablan lengua indígena, y también a aquellos que declararon pertenecer a un grupo indígena. Cabe mencionar que en esta estimación todos los miembros de estos hogares, sean hablantes o no, pertenecientes o no, se consideran indígenas. Así, la estimación de la población indígena para todo el país y aún por entidad federativa se ha realizado tomando en consideración tanto el habla de lengua como la pertenencia indígena. Para las estimaciones con desagregación municipal y por localidad se limitan a las respuestas sobre el habla de lengua indígena.

Salamanca 885; Acámbaro 720; Guanajuato 710; Villagrán 534 y Comonfort con 517 indígenas.

- Población de habla indígena en Guanajuato

Durante el 2000, la población de 5 años y más que habla alguna lengua indígena incluyendo a nativos y a originarios es de 10,689 personas, y representan el 0.26% del total de la población. El municipio de León concentra la mayor parte (22.7%); seguido de San Luis de la Paz con 13.5%; Celaya con 10.5% e Irapuato con 9.6%. El resto de los municipios tienen una representación de menos de 5% del total de hablantes de lengua indígena.

Gráfica 1.10 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN HABLANTE DE LENGUA INDÍGENA DEL ESTADO POR MUNICIPIOS, 2000



Fuente: INI-CONAPO, Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002.

En el estado se registran 45 lenguas, siendo las 10 lenguas indígenas más habladas, el chichimeca jonaz 13%, otomí 9.53%, náhuatl 8.6%, mazahua 5.8%, purépecha 3.8%, mixteco 2.1%, zapoteco 2%, maya 1.37%, mixe 1.36% y totonaca 0.68%. Destaca que la principal lengua hablada en el municipio de León, Salamanca e Irapuato es el náhuatl; en Celaya, San Miguel de Allende y Tierra Blanca el otomí, y en San Luis de la Paz el chichimeca, que son los municipios con más concentración de población indígena. Los municipios donde se ubican regiones indígenas tradicionales son San Luis de la Paz y Tierra Blanca, con grupos chichimecas, jonaz y otomíes.

- La educación de la población de habla indígena

En los municipios con presencia indígena según el censo del año 2000, una cuarta parte de la población de 15 años y más

eran analfabetas. Sin embargo, este problema se vio acentuado en San Luis de la Paz, municipio al que pertenecen el 82.8% del total de las personas que no saben leer ni escribir.

Cuando se analiza la asistencia escolar de la población indígena de 6 a 14 años, fue nuevamente el municipio de San Luis de la Paz donde se presentó con mayor fuerza este problema (56.2% de las inasistencias). De acuerdo al nivel de instrucción, 25.2% de la población indígena de 15 años y más no tenía ningún tipo de instrucción, 17.4% terminaron la educación primaria y dos de cada cinco personas contaban con estudios posprimaria. Esta población con instrucción primaria y posprimaria se ubica principalmente en el municipio de León, el cual concentraba un poco más del 85%.

- Actividad económica y ocupación

Se estima que el 48.7% de los poco más de 5 mil 400 habitantes de la población indígena de 12 años y más, pertenecían a la población económicamente activa durante el año 2000. La principal ocupación de este grupo de población en el estado de Guanajuato era el sector terciario con 55% de la PEA (comercio, transportes, etc.). Para el municipio de San Luis de la Paz 2 de cada 5 personas pertenecientes a la población indígena realizaba actividades propias del sector primario (agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal), entre otros.

DIMENSIONES DE LA POBREZA, LA MARGINACIÓN Y EL DESARROLLO HUMANO

Medición de la Pobreza

La medición de la pobreza es una tarea esencial desde el punto de vista del diseño y seguimiento de las políticas encaminadas hacia el mejoramiento del desarrollo social y humano. Aunque la pobreza es una condición humana multidimensional que no puede reducirse a una estadística, su medición es una herramienta importante, ya que permite:

- Evaluar el desarrollo del estado en términos del mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- Establecer la magnitud del problema del desarrollo.
- Caracterizar el fenómeno para el diseño de políticas, programas y acciones del sector público.

- Evaluar las políticas, programas, y acciones públicas de desarrollo social, en términos de su incidencia sobre la pobreza.

De acuerdo al documento de la SEDESOL “Medición de la pobreza” emitido por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, es posible distinguir tres tipos de pobreza:

- 1.- La pobreza alimentaria.- Hogares con ingreso insuficiente para obtener la canasta alimentaria, aún haciendo uso de todos sus recursos.
- 2.- La pobreza de Capacidades.- Hogares que cuentan con ingresos para alimentos más no cuentan con ingreso para educación y salud, y
- 3.- La pobreza de Patrimonio.- Aquellos que cuentan con educación, salud y alimento más no cuentan con servicios de infraestructura básica, vivienda, ropa y calzado.

Se habla de pobreza en hogares ya que el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza basó su metodología en la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto en los Hogares (ENIGH) aplicada por el INEGI en el año 2002 y a través de la base de datos del Censo de Población y Vivienda aplicada por el mismo organismo.

En el estado, de un total de 990,119 hogares existentes en el 2000, el número de hogares que vivía en condición de pobreza alimentaria fue de 227,633, mientras que la cantidad de hogares que vivían en una condición de pobreza de capacidades fue de 308,746 y por último, el número de hogares que vivían una condición de pobreza de patrimonio ascendió a 519,545.

CUADRO 1.6 HOGARES POR CONDICIÓN DE POBREZA EN GUANAJUATO PARA EL AÑO 2002

Hogares en condición de pobreza de patrimonio por municipio	519,545
Hogares en condición de pobreza de capacidades por municipio	308,746
Hogares en condición de pobreza de alimentaria por municipio	227,633

Fuente: SEDESOL, 2002

23 CONAPO, Índices de Marginación; Marginación por Entidad Federativa 2000. La estimación de un índice de marginación para el conjunto de entidades federativas del país permite aproximarse al conocimiento de la desigualdad regional de las oportunidades sociales.

24 Se debe hacer notar que las posiciones más cercanas a uno o a la primera son los estados con los mayores grados de Marginación en el País, mientras que las posiciones cercanas al 32 son los estados que cuentan con grados de marginación más bajos.

Índice y Grado de Marginación

Este índice es construido por el Consejo Nacional de Población y permite clasificar entidades federativas y municipios según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación primaria, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios bajos y las derivadas de la residencia en localidades pequeñas, aisladas y dispersas, como pueden ser la falta de servicios de salud, equipamientos e infraestructura adecuada; conformando una precaria estructura de oportunidades que obstruyen el pleno desarrollo de las potencialidades humanas²³.

A través de los indicadores que conforman al índice se llega a una estratificación la cual tiene como límite inferior -1.52944 y como límite superior 2.25073 (según Estratificación Óptima por Dalenius y Hodges). Esta estratificación se divide en 5 intervalos, bajo los cuales se establece el nivel de marginación de cada municipio.

CUADRO 1.7 INTERVALOS DE MARGINACIÓN

Grado de Marginación	Límites del Intervalo	
	Inferior	Superior
Muy Bajo	-1.5294	-1.15143
Bajo	-1.15143	-0.39539
Medio	-0.39539	-0.01738
Alto	-0.01738	0.73866
Muy alto	0.73866	2.25073

Fuente: Tabla de la UIPE a través de información de CONAPO

Para el año 2000, el estado de Guanajuato tenía considerado un grado de Marginación Alto, con un índice de 0.08, ocupando el lugar no. 13²⁴ a nivel nacional y el no. 4 a nivel de la Región Centro Occidente (conformada por 9 estados).

De los 46 municipios del estado de Guanajuato, el único que presentó un nivel de marginación muy alto es el municipio de Xichú. Este municipio registró una población de 11,323 habitantes que significaron el 0.24% del total en el estado. Como puede observarse en el cuadro 8, se considera la presencia de una marginación alta en 10 municipios, cuya

población en conjunto correspondió al 5.96% del estado. Estos municipios con alto y muy alto grado de marginación concentraron apenas el 6.2% de la población total de Guanajuato. Cabe señalar que estos 11 municipios están ubicados en las zonas norte y sur del estado, ninguno forma parte del corredor industrial del bajío.

Se consideran de marginación media 19 municipios, que en total concentran a 1,292,504 habitantes, es decir, al 27.72% de la población global del estado. En los 16 municipios con baja y muy baja marginación se concentra el 66.1% de la población del estado, la mayor parte de ellos están ubicados en el corredor industrial. Cabe destacar que el municipio de Moroleón que se encuentra en el sur está dentro del grupo de los 4 municipios que prácticamente no presentan índices graves de marginación.

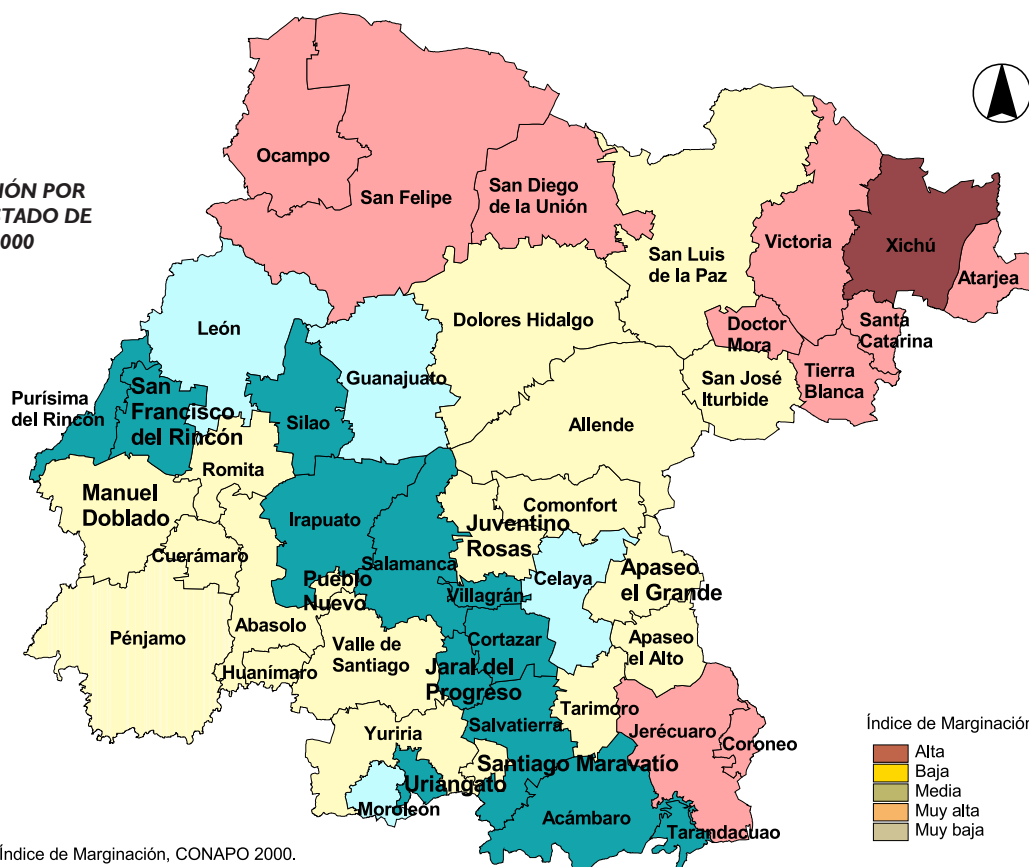
CUADRO 1.8 MUNICIPIOS POR GRADO DE MARGINACIÓN, GUANAJUATO 2000

Grado de marginación	Municipio	Población	Porcentaje del estado
Muy baja	León, Celaya, Moroleón, Guanajuato (4 Municipios).	1,706,128	38.59%
Baja	Irapuato, Salamanca, Uriangato, San Francisco del Rincón, Purísima del Rincón, Cortazar, Villagrán, Acámbaro, Jaral del Progreso, Salvatierra, Tarandacuao, Silao (12 Municipios).	1,375,036	29.49%
Media	Apaseo el Grande, Valle de Santiago, Cuernavaca, Apaseo el Alto, San José Iturbide, Santiago Maravatío, Allende, Yuriria, Tarimoro, Huanimaro, Santa Cruz de Juventino Rosas, Pueblo Nuevo, Pénjamo, Manuel Doblado, Comonfort, Dolores Hidalgo, Abasolo, Romita, San Luis de la Paz (19 municipios).	1,292,504	27.72%
Alta	Coroneo, Ocampo, San Felipe, Santa Catarina, Doctor Mora, San Diego de la Unión, Jerécuaro, Victoria, Tierra Blanca, Atarjea (10 municipios).	278,042	5.96%
Muy alta	Xichú (1 municipio).	11,323	0.24%

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Los municipios que tienen el menor grado de marginación cuentan con una mayor cobertura de servicios; el caso contrario se puede ver en los municipios que presentan el mayor grado de marginación en el estado.

MAPA 1.3 MARGINACIÓN POR MUNICIPIOS EN EL ESTADO DE GUANAJUATO, 2000



Fuente: Índice de Marginación, CONAPO 2000.
Elaborado por la Unidad de Planeación e Inversión Estratégica, 2005.



Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Este índice, publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), mide el avance o retroceso en materia de educación, salud e ingreso de los países, estados y municipios. El nivel más alto de desarrollo humano es 1 mientras que el más bajo es 0. Los estados o municipios con un nivel igual o mayor de 0.8 se consideran con alto desarrollo humano; los estados o municipios con un nivel menor a 0.8 y mayor o igual a 0.5 se consideran con un nivel de desarrollo medio y los estados que cuentan con un nivel menor a 0.5 y mayor a 0 poseen un nivel de desarrollo bajo.

El Índice de Desarrollo Humano para el estado de Guanajuato fue de 0.76, ubicando a la entidad en la categoría de desarrollo media alta (entre 0.600 y 0.799). Para los municipios de Guanajuato el índice ubica las siguientes posiciones según su desarrollo humano.

Para poder hacer un análisis en el tiempo de la evolución del IDH del estado de Guanajuato, el PNUD generó en el año 2004 un indicador modificado del índice de desarrollo humano denominado IMDH, el cual integra las distintas metodologías utilizadas por la organización desde 1950 hasta el año 2000 para poder ser comparables.



CUADRO 1.9 IDH PARA LOS MUNICIPIOS DE GUANAJUATO 2002

IDH del PNUD para los municipios de Guanajuato 2002	
Municipio	Índice de desarrollo humano
Abasolo	0.735026375
Acámbaro	0.765119419
Allende	0.758304107
Apaseo el Alto	0.759804983
Apaseo el Grande	0.754084445
Atarjea	0.618561671
Celaya	0.829988623
Manuel Doblado	0.741955237
Comonfort	0.748709282
Coroneo	0.741314124
Cortazar	0.78455665
Cuerámbaro	0.748553412
Doctor Mora	0.696688278
Dolores Hidalgo	0.750309528
Guanajuato	0.811297915
Huanímaro	0.73076389
Irapuato	0.810154768
Jaral del Progreso	0.772654391
Jerécuaro	0.689988736
León	0.841542843
Moroleón	0.813394526
Ocampo	0.71819401
Pénjamo	0.741019138
Pueblo Nuevo	0.735800398
Purísima del Rincón	0.77868684
Romita	0.723082243
Salamanca	0.800284874
Salvatierra	0.760843026
San Diego de la Unión	0.699927481
San Felipe	0.718621186
San Francisco del Rincón	0.795415822
San José Iturbide	0.762672811
San Luis de la Paz	0.741388668
Santa Catarina	0.623500081
Santa Cruz de Juventino Rosas	0.742184533
Santiago Maravatío	0.723779048
Silao	0.766694356
Tarandacuao	0.764907575
Tarimoro	0.738104474
Tierra Blanca	0.631916822
Uriangato	0.789998683
Valle de Santiago	0.760005536
Victoria	0.671641745
Villagrán	0.779428964
Xichú	0.654057464
Yuriria	0.747341583

Fuente: Informe sobre desarrollo humano, México 2002, PNUD
www.undp.org.mx



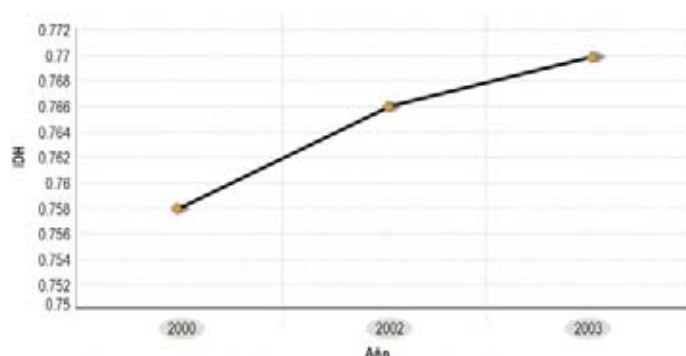
A nivel estatal, el PNUD reportó en el 2004 que Guanajuato mejoró su posición con respecto a los demás estados de la República Mexicana, pasando de la posición 24 a la 22 para el periodo 2000 al 2003.

CUADRO 1.10 MEJORA EN LA POSICIÓN NACIONAL DEL IDH DE GUANAJUATO ENTRE EL AÑO 2000 Y EL 2003

IDH de Guanajuato 2000-2003							
ENTIDAD	IDH 2000	Posición Relativa (Año 2000)	IDH 2002	Posición Relativa (Año 2002)	Diferencia en Posición 2000-2002	IDH 2003	Posición Relativa (Año 2003)
Guanajuato	0.7576	24	0.7662	22	2	0.7697	22

Fuente: UIPE, con datos de UNDP, Informe sobre desarrollo humano, México 2004

Gráfica 1.11 EVOLUCIÓN DEL IDH DE GUANAJUATO ENTRE 2000 Y EL 2003



Fuente: UIPE con datos de UNDP, Informe sobre Desarrollo Humano, México 2004

INFRAESTRUCTURA SOCIAL

La Infraestructura Social representa progreso, seguridad, bienestar y calidad de vida para los ciudadanos, creando así un ambiente que fortalece sus capacidades humanas. Para el año 2003, el INEGI reportó que en el estado de Guanajuato se tienen 918,822 viviendas particulares habitadas, de las cuales 884,000 disponen de energía eléctrica; 811,316 cuentan con agua entubada en el ámbito de la vivienda; y 700,922 disponen de drenaje.

CUADRO 1.11 INFRAESTRUCTURA SOCIAL POR MUNICIPIO AÑO 2003

MUNICIPIO	VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS	VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS QUE DISPONEN DE ENERGÍA ELÉCTRICA*	VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS QUE DISPONEN DE AGUA ENTUBADA EN EL ÁMBITO DE LA VIVIENDA*	VIVIENDAS PARTICULARES HABITADAS QUE DISPONEN DE DRENAJE*
ESTADO ¹	918,822	884,000	811,316	700,922
ABASOLO	15,581	14,520	13,452	8,084
ACAMBARO	23,708	22,958	21,878	18,838
ALLIENDE	25,438	23,430	20,181	14,843
APASEO EL ALTO	11,867	11,011	10,440	6,818
APASEO EL GRANDE	12,378	12,778	11,789	9,301
ATARJEJA	1,372	871	567	305
CELAYA	78,917	78,140	75,083	73,327
COMONFORT	12,372	11,489	8,822	6,764
CORONEO	2,283	2,096	2,067	1,208
CORTAZAR	15,803	15,314	14,578	12,803
CUERAMARO	5,177	4,977	4,772	3,492
DOCTOR MORA	3,733	3,421	3,384	1,418
SOLDORES MEDALGO	23,002	21,516	20,015	12,742
GUANAJUATO	28,884	27,584	24,197	24,109
HUANIMARO	3,833	3,770	3,581	2,924
IRAPUATO	87,608	85,801	81,329	73,077
JARAL DEL PROGRESO	6,534	6,399	6,258	5,684
JERECUARO	11,411	10,728	7,330	3,489
LEÓN	216,454	212,975	194,436	168,638
MANUEL DOBLADO	7,348	7,349	6,915	4,217
MOROLEÓN	10,781	10,652	10,302	9,799
OCAMPO	3,989	3,640	2,922	1,897
PÉNUMA	28,880	27,589	24,230	18,221
PUEBLO NUEVO	2,136	2,095	1,985	1,581
PURISIMA DEL RINCÓN	8,418	8,125	7,808	7,282
ROMITA	9,508	9,034	8,814	5,703
SALAMANCA	48,921	47,569	45,332	39,409
SALVATIERRA	20,407	19,874	18,821	15,980
SAN DIEGO DE LA UNIÓN	8,438	8,886	8,534	7,733
SAN FELIPE	17,199	15,487	10,878	7,285
SAN FRANCISCO DEL RINCÓN	18,791	18,079	16,901	15,387
SAN JOSÉ ITURBIDE	10,496	9,837	8,700	6,418
SAN LUIS DE LA PAZ	17,403	15,172	14,420	9,444
SANTA CATARINA	988	823	847	387
SANTA CRUZ DE JUVENTINO ROSAS	11,689	10,957	9,900	8,578
SANTIAGO MARAVATIO	1,625	1,580	1,584	1,190
SILAO	23,960	23,100	20,401	17,642
TARANDACUARO	2,821	2,421	2,268	1,987
TARIUMORO	8,303	7,968	7,569	5,657
TIERRA BLANCA	2,582	2,089	1,701	420
URANGATO	11,311	11,157	10,702	10,182
VALLE DE SANTIAGO	26,105	25,405	24,301	15,636
VICTORIA	3,673	2,857	1,858	750
VILLAGRAN	8,795	8,503	8,310	7,757
XICHU	2,196	1,600	1,296	377
YURIRIA	15,718	15,299	13,063	9,727

* Excluye a las viviendas que no especificaron si disponen del servicio.

² Comprende viviendas que disponen de agua entubada dentro de la vivienda y fuera de ella pero dentro del terreno; asimismo, excluye a las viviendas que no especificaron si disponen del servicio.

³ Comprende viviendas que disponen de drenaje conectado a la red pública, a fosa séptica, con desagüe a barranca y grieta, y con desagüe a río, lago y mar; asimismo, excluye a las viviendas que no especificaron si disponen del servicio.

⁴ Excluye a los refugios debido a que no se captaron características en esta clase de vivienda; se excluyen además 6 915 viviendas sin información de ocupantes.

Fuente: INEGI, Anuario Estadístico, Estado de Guanajuato, 2003

Vivienda en Guanajuato

La demanda de vivienda seguirá siendo un reto en el futuro, según lo marcan las tendencias del crecimiento poblacional y su demanda por nuevos hogares.



En el 2020 la pirámide poblacional tendrá como adultos a los niños que actualmente ocupan el segmento entre los 10 y los 14 años, los cuales ejercerán presión sobre el mercado de vivienda. A partir del 2020, se espera que la demanda por vivienda comience a decrecer.

En lo referente al nivel porcentual de co-habitación, no se visualizan cambios significativos, sin embargo, será esencial realizar los estudios necesarios para identificar las causas que originan esta condición con el fin de promover las acciones para combatir el hacinamiento en Guanajuato. Dar respuesta a una demanda de más de 20 mil nuevas viviendas cada año para igual número de hogares es un reto que exige cada vez mayores y mejores acciones de coordinación entre gobierno, industria de la construcción y sociedad. La solución en el mediano plazo debe ser acorde con la tendencia que marcan los organismos internacionales, es decir, impulsar el desarrollo de ciudades medianas y reducir el índice de crecimiento de las grandes. La carencia de vivienda es un síntoma del deterioro de la calidad de vida, que obliga a asumir políticas donde la persona se sienta integrada a su comunidad, creando espacios de autoprotección y cuidado en grupo.

- Distribución de la vivienda por tipo y clase

En el año 2000 en el estado de Guanajuato existían 926,284 viviendas habitadas, de las cuales el 99.8% son particulares mientras que el restante 0.2% corresponde a viviendas colectivas. De las 925,865 viviendas particulares que hay en el estado el 91.6% son casas independientes.

CUADRO 1.12 DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA POR TIPO Y CLASE EN GUANAJUATO, 2000

	Viviendas habitadas	Estructura de la vivienda por tipo	Ocupantes	Estructura de ocupación según tipo de vivienda	Promedio de ocupantes por vivienda
Guanajuato	926,284	100.00%	4,663,032	100.00%	5.03
Vivienda particular	925,865	99.95%	4,653,928	99.80%	5.03
Casa independiente	847,849	91.57%	4,309,521	92.60%	5.08
Departamento en edificio	29,728	3.21%	116,848	2.51%	3.93
Vivienda en vecindad	9,795	1.06%	39,369	0.85%	4.02
Cuarto de azotea	318	0.03%	1,374	0.03%	4.32
Local no construido para habitación	807	0.09%	3,240	0.07%	4.01
Vivienda móvil	73	0.01%	355	0.01%	4.86
Refugio	127	0.01%	334	0.01%	2.63
No especificado	37,168	4.01%	182,887	3.93%	4.92
Vivienda colectiva	419	0.05%	9,104	0.20%	21.73

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. México

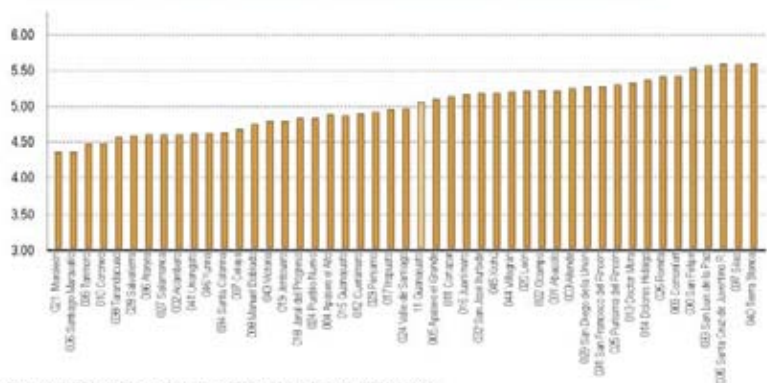
El crecimiento que ha tenido el número de viviendas habitadas entre 1990 y 2000 fue de 32.1%, mayor a la tasa de crecimiento poblacional observada durante el mismo periodo, que fue del 17.1%. Esta situación propició que el número de ocupantes promedio por vivienda disminuyera de 5.6 en 1990 a 5.2 en 1995 y a 5.0 en el 2000. Al disminuir el número de ocupantes por vivienda se ha logrado una mejora de la calidad de vida. Sin embargo, Guanajuato se encuentra por encima del promedio nacional equivalente a 4.4 personas por vivienda en el 2000, y para alcanzar este nivel en el estado se requerirán 127,060 nuevas viviendas.

Los municipios que tienen el número más alto de ocupantes por vivienda son San Felipe, San Luis de la Paz, Juventino Rosas, Silao y Tierra Blanca, con 5.5 habitantes por vivienda; mientras que los municipios de Moroleón y Santiago Maravatío presentan 4.4 habitantes por vivienda.

En los municipios de León, Irapuato, Celaya, Salamanca y Pénjamo se concentra aproximadamente el 50% del total de viviendas del estado mientras que en 21 municipios se distribuye más del 10%. Esto muestra nuevamente los grados de concentración y dispersión de la población.

El 81.5% de las viviendas particulares habitadas en la entidad corresponden a viviendas propias, mientras que el 18.4% restante es rentada.

Gráfica 1.12 OCUPANTES PROMEDIO POR VIVIENDA EN GUANAJUATO, 2000



Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, México

- Materiales de la Vivienda en el Estado

El tipo de vivienda que predominaba en Guanajuato en el año 2000 es la construida con cemento o firme en pisos, 53.1% de las viviendas del estado. Sin embargo, cerca del 10% de las viviendas están construidas con piso a base de tierra. Según el tipo de material predominante en paredes en el año 2000, el tabique, ladrillo, bloque, piedra, cantera, cemento y concreto predominaban con el 87.7%, le sigue el adobe con el 10.2%. De acuerdo con el material con el que son construidos los techos de las casas, 70.9% cuenta con losas de concreto o materiales similares, 9.5% con tejas y el resto con láminas de asbesto y cartón, palmas y otros materiales.

CUADRO 1.13 DISTRIBUCIÓN DE LA VIVIENDA EN EL ESTADO SEGÚN MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE PISOS, PAREDES Y TECHOS, 2000

Municipio y material predominante en pisos y paredes	Viviendas particulares habitadas ¹	Distribución según material predominante en techos					
		Material de desecho	Lámina de cartón	Lámina de asbesto y metálica	Palma, tejamanil y madera	Teja	Losas de concreto, tabique, ladrillo y terrado con vigueta
11 Guanajuato	918,822	1,154	20,729	148,151	3,407	87,072	651,221
Tierra	9.94%	0.08%	1.44%	3.89%	0.13%	2.43%	1.95%
Cemento y firme	53.11%	0.04%	0.70%	11.76%	0.17%	6.61%	33.69%
Madera, mosaico y otros recubrimientos	36.16%	0.01%	0.03%	0.45%	0.07%	0.43%	35.17%
No especificado	0.77%	0.00%	0.00%	0.02%	0.00%	0.01%	0.08%

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000, México.

Nota: Excluye refugios y sus ocupantes, así como a las viviendas sin información de ocupantes y la estimación de habitantes de estas últimas.

El mercado de vivienda en el estado de Guanajuato tiene una distribución geográfica dispersa, lo cual genera retos especiales para la entidad, como la distribución de los servicios y la infraestructura de apoyo para las viviendas. En este sentido, la atención a la vivienda dependerá de la sinergia que provoquen todos los actores involucrados.

Cobertura de agua potable

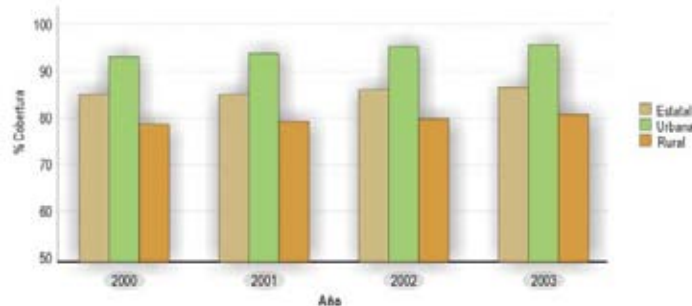
De acuerdo a datos del INEGI, en el año 2000 el porcentaje de la población que disponía de agua potable en el estado era de 84.9%, y para el año 2003 de 86.8%, lo cual representó un incremento de 1.9% en tan sólo tres años. Los resultados de la evolución de la cobertura del servicio de agua potable son los siguientes:

CUADRO 1.14 EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE AGUA POTABLE 2000-2003

Año	Estatad	Urbana	Rural
2000	84.9	93.2	78.8
2001	85.0	93.3	79.1
2002	85.8	94.5	79.6
2003	86.8	95.4	80.2

Fuente: Censo de Población y Vivienda de INEGI (2000)

Gráfica 1.13 EVOLUCIÓN ESTIMADA EN LA COBERTURA DE AGUA POTABLE



Fuente: Censo de población y Vivienda de INEGI (2000)

Los resultados del cuadro anterior señalan un incremento en la cobertura del servicio de agua potable en el medio rural, misma que pasó de un nivel de 78.8% en el año 2000 a uno de 80.2% en el año 2003. Esto representa un incremento del 1.4%. El lento avance del indicador se explica en mayor medida por la necesidad creciente de recursos para desarrollar infraestructura en localidades que no cuentan con el servicio, toda vez que al ubicarse en lugares más distantes incrementa los costos y dificulta la ejecución de obras y proyectos para satisfacer las demandas no atendidas.

En el ámbito urbano, se observó un incremento del 2.2% en la cobertura del servicio, al pasar de 93.2% en 2000 a 95.4% en 2003. El lento crecimiento del indicador obedece a que existe un incremento constante en la población de las zonas urbanas, producto de la migración interna y externa en el estado; aunado a que las necesidades de inversión son crecientes, puesto que los organismos prestadores del servicio hoy en día requieren de grandes obras de infraestructura que les permita hacer más eficiente la distribución del recurso, así como la importación del mismo desde lugares alejados a las ciudades.

Cobertura de drenaje

De acuerdo con cifras del INEGI, en el año 2000 el porcentaje de la población que disponía de drenaje en el estado era de 75.7%, estimando para el año 2003 un porcentaje de 78.0%, lo que representa un incremento de 2.3%.

Los resultados de la evolución de la cobertura del servicio de drenaje son los siguientes:

CUADRO 1.15 EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA DE DRENAJE, 2000-2003

Año	Estat	Urbana	Rural
2000	75.7	93.1	41.7
2001	75.8	93.1	41.8
2002	76.8	94.4	42.3
2003	78.0	95.8	43.3

Fuente: Censo de Población y Vivienda de INEGI (2000)



Fuente: Censo de población y Vivienda de INEGI (2000)

Para el indicador de cobertura del servicio de drenaje, en el ámbito rural resulta que para el periodo de análisis se pasó de un valor de 41.7% según el censo INEGI 2000, a 43.3% en el año 2003. Esto representa un incremento de 1.6 puntos

porcentuales, el cual se explica por la cuantía de las inversiones que se deben realizar para dotar del servicio a una localidad. Asimismo, es importante mencionar que el rezago podría abatirse en forma más acelerada mediante la construcción de sanitarios secos, mismos que actualmente no son socialmente aceptados por lo que habría que desarrollar una estrategia para tal efecto.

En el ámbito urbano, el valor pasó de 93.1% a 95.8% en el mismo periodo, lo cual representa un incremento de 2.7 puntos porcentuales. Al igual que los anteriores, a pesar de parecer un avance poco significativo, la explicación resulta en la importante inversión que se requiere para ejecutar las obras de gran envergadura que le permitan a las cabeceras municipales proporcionar el servicio a sus habitantes.

Electrificación

Según el conteo de INEGI del año 1995 en materia de energía eléctrica existía una cobertura del 98.11% en localidades con una población igual o mayor de 100 habitantes y un déficit de 1.89% correspondiente a 56 localidades sin electrificar. Para el censo del año 2000 la cobertura se incrementó a 98.91% y el déficit se redujo a 1.09% en 33 localidades pendientes de electrificar.

CUADRO 1.16 DÉFICIT DE LA ELECTRIFICACIÓN DE VIVIENDAS (POR LOCALIDAD), 1995 Y 2000.

DÉFICIT IDENTIFICADO (loc. con una población igual o mayor de 100 habitantes)	LOCALIDADES sin electrificar	No. loc. Edo. Mayores de 100 hab.	COBERTURA (por localidades)	DÉFICIT
CONTEO 1995	56	2,965	98.11%	1.89%
CENSO DE POBLACIÓN 2000	33	3,024	98.91%	1.09%

Fuente: Censo de Población y Vivienda de INEGI (1995) y Censo de Población y Vivienda de INEGI (2000)

Hacia el año 2000, y de acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda la cobertura de energía eléctrica a nivel estatal era del 96.89% y el déficit de 3.11%.

Durante el período de 2001-2004 se ha dotado del servicio de energía eléctrica aproximadamente a 4,111 viviendas (en 54 localidades mayores de 100 habitantes y en 6 localidades menores de 100 habitantes, a su vez se ha mejorado e incrementado el servicio de electricidad en 93 localidades y zonas urbanas)



Lo anterior contribuye a que la mayoría de la población tenga acceso al servicio de energía eléctrica, generando de esta manera más oportunidades en los distintos ámbitos del desarrollo social, económico y cultural (escuelas, servicios recreativos, alumbrado público, etc.)

CUADRO 1.17 RESUMEN 2001-2004 DE OBRAS REALIZADAS EN MATERIA DE ELECTRIFICACIÓN.

DÉFICIT IDENTIFICADO	LOCALIDADES iniciales sin electrificar	DÉFICIT	COBERTURA
DÉFICIT INICIAL DE REFERENCIA (AÑO 2000)	56	1.89%	98.11%
ESTATUS ACTUAL	6	0.20%	99.80%
	AVANCES OBTENIDOS	1.69%	1.69%
		REDUCCIÓN DEL DÉFICIT	INCREMENTO DE LA COBERTURA

Fuente: Censo de Población y Vivienda de INEGI (1995), y Programas de Inversión FODES (infraestructura) de la SDSH (2001-2004)

En el año 2000, se tomó como punto de referencia el Censo de Población de INEGI 1995, el cual reflejaba que el estado de Guanajuato contaba con un déficit de 1.89%, es decir, 56 localidades no contaban con el servicio de energía eléctrica. Durante el período 2001-2004, se ha logrado un incremento de la cobertura del 1.69%, a nivel de localidad, es decir 54 localidades que carecían de este servicio han sido beneficiadas. Por lo tanto, a la fecha se tiene un grado de cobertura del 99.80%, en localidades con una población igual o mayor de 100 habitantes.

De acuerdo con datos de INEGI en 1995, los niveles de cobertura más bajos de energía eléctrica se presentaron en Xichú, San Felipe, San Luis de la Paz, Dolores Hidalgo, Victoria y San Miguel de Allende, pertenecientes a las regiones Noreste y Norte del estado.



Diagnóstico

2. SALUD

INTRODUCCIÓN

La salud debe ser considerada el elemento más importante del bienestar de la población, ya que permite elevar la calidad de vida y el desarrollo humano, físico y mental de las personas, permitiéndoles participar y contribuir en las diferentes actividades relacionadas con el desarrollo integral de una comunidad. Para mejorar la salud de la población guanajuatense, es necesario que todo ciudadano pueda tener acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, se deben de crear las condiciones para que toda la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales correspondientes, independientemente de su capacidad de pago o la facilidad de acceso del lugar donde habita.

En el período que ha comprendido la vigencia del primer Plan Estatal de Desarrollo, el ámbito de la salud en Guanajuato ha evolucionado de forma dinámica, manteniéndose los graves contrastes en el perfil morfológico y en las causas de muerte. Como se señala en las páginas que siguen, el estado muestra ya la coexistencia de un perfil tradicional de enfermedades frente a otro más propio de los patrones de vida moderna, urbana y de consumo industrial. En lo que toca a la estructura institucional, los avances que en este período se han dado en materia de ampliación de la cobertura y de consolidación e integración de los servicios no alcanzan a compensar las deficiencias y debilidades estructurales que derivan de las diferencias entre lo urbano y lo rural y de la existencia de regímenes de seguridad social diversos. Pese a ello, es factible considerar que la situación de la salud de Guanajuato muestra una tendencia positiva y favorable para la resolución de los problemas y carencias más graves.

Aunado a lo anterior, el estado de Guanajuato presenta una transición epidemiológica propia de países en desarrollo caracterizado por:

- Enfermedades ligadas a la pobreza entre ellas las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, desnutrición en los menores de cinco años y altas tasas de mortalidad materna y perinatal.
- Enfermedades emergentes entre ellas las crónicas degenerativas, accidentes, sida, neoplasias.



- Enfermedades re-emergentes como la tuberculosis.
- Enfermedades referentes a la patología social como las depresiones, suicidios, lesiones infringidas; con un aumento en los factores de riesgo como las adicciones.

En lo que toca al acceso a los servicios de salud, las desigualdades se dan en los habitantes con mayores necesidades y que se ubican en los municipios menos desarrollados, localizados principalmente en el norte y sur del estado. Si bien se han tenido logros importantes en la prevención y control de las enfermedades transmisibles, permanecen aún áreas de rezago epidemiológico. La esperanza de vida de la población presenta una tendencia ascendente, sin embargo, esto conlleva a incrementos en las enfermedades del corazón, neoplasias, diabetes e hipertensión arterial, así como hábitos de vida no saludables; estos padecimientos requieren de estancias hospitalarias prolongadas y tratamientos médicos costosos tanto en la población rural como urbana.

Las reformas a la Ley General de Salud y la creación del Sistema de Protección Social en Salud presentan una oportunidad para ofrecer atención a los que menos tienen y el reforzamiento de la capacidad instalada repercute en el acceso a los servicios. La regulación y fomento sanitarios son fundamentales en la disminución de los factores condicionantes que contribuyen a la morbi-mortalidad y a la calidad de la atención médica en la certificación de profesionales y establecimientos para la salud.

El estado de Guanajuato no es diferente a los pueblos en desarrollo en cuanto a su transición epidemiológica con áreas de bajo desarrollo y por consiguiente con rezagos epidemiológicos, problemas emergentes y re-emergentes; y con una seguridad social con problemas de financiamiento. Presenta también importantes tendencias descendentes en mortalidad en el menor a cinco años en enfermedades ligadas a

la pobreza y logros importantes en los esquemas de vacunación y control de las enfermedades transmisibles, así como esperanzas de vida mayores y disminución de la fecundidad. Sin embargo, debe enfrentar los retos de esa transición con el incremento de las enfermedades crónico degenerativas y disminuir la aparición de secuelas tempranas, el aumento en neoplasias con énfasis en el cáncer cérvico uterino y mamario, así como la mortalidad materna y perinatal.

La oportunidad de abatir los rezagos con la contribución del financiamiento del Seguro Popular no debe únicamente limitarse a la disminución de los daños a la salud, sino también a una mejora en la calidad de los servicios que se prestan a la población.

El estado de Guanajuato enfrenta importantes cambios epidemiológicos en el sector, identificándose rezagos en las enfermedades transmisibles que afectan principalmente a los pobres (como son las enfermedades infecciosas, las derivadas de la desnutrición y problemas ligados con la reproducción). Se aúnan también padecimientos emergentes que resolver tales como enfermedades no transmisibles y las lesiones accidentales e intencionales, los cuales afectan no solo a los grupos marginados, sino también a los de ingresos altos y medios.

La seguridad social cobra importancia dada su incidencia en el bienestar de la población en general y de ciertos segmentos en particular, como es el caso de los trabajadores beneficiados por las pensiones, además de su potencial para el combate a la pobreza. El sistema estatal de salud está haciendo frente al reto de incrementar la calidad de sus servicios y buscar la equidad.

EL RETO DE LA EQUITAD

Daños a la Salud

El descenso de la mortalidad general en todos los grupos de edad, el descenso en el número de nacimientos, así como el incremento de la esperanza de vida de la población, son los avances más importantes en materia de salud que se han logrado en el estado en los últimos años. En 1996 la tasa de mortalidad general era de 4.7 decesos por cada mil guanajuatenses y la esperanza de vida era de 71.5 años en los hombres y 75.8 años en las mujeres. Al 2003, fallecen

anualmente 4.5 por cada mil personas y su esperanza de vida es de 72.3 años en los hombres y 77.2 años en las mujeres²⁵.

CUADRO 2.1 MORTALIDAD, FECUNDIDAD GLOBAL Y NATALIDAD POR GRUPOS ESPECÍFICOS, 1996-2003

Concepto	1996		2000		2003	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Mortalidad General (1)	21,469	471.12	21,401	436.86	22,493	451.10
Mortalidad Infantil (2)	3,107	22.44	2,463	18.19	1,965	19.20
Mortalidad Pre-Escolar (3)	580	121.03	370	78.83	333	76.52
Mortalidad Escolar (4)	425	36.54	405	34.48	389	33.44
Mortalidad en Edad Productiva (5)	6,473	249.85	6,888	236.97	7,288	239.44
Mortalidad en Edad Post-productiva (6)	10,751	5,267.34	11,102	4,808.64	12,375	5,118.27
Mortalidad Materna (7)	54	3.9	58	4.28	62	6.00
Mortalidad < 5 años (8)	3,687	6.16	2,833	4.83	2,318	4.31
Tasa global de fecundidad (9)		3.18		2.75		2.00
Natalidad (10)		26.93		24.38		21.00

Fuente: Cinta magnética 1996-2003 INEGI.

Nota:

(1) Tasa por 100,000 habitantes

(2) Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados (NVR)

(3) Las tasas de mortalidad infantil 1996-2000, se calculó con NVR, 2003 con nacidos vivos esperados

(4) Tasa por 100,000 habitantes de 1-4 años

(5) Tasa por 100,000 habitantes de 15-64 años

(6) Tasa por 100,000 habitantes de 65 y más

(7) Tasa por 10,000 NVR

(8) Las tasas de mortalidad materna 1996-2000, se calculó con NVR, 2003 con nacidos vivos esperados

(9) Tasa por 1,000 habitantes menores a 5 años

(10) Tasa por 1,000 mujeres en edad fértil

(11) Tasa por 1,000 habitantes

Hasta hace poco, las evaluaciones de las condiciones de salud de la población se basaban exclusivamente a partir de los datos de mortalidad. Sin embargo, otra forma de medir los daños a la salud de la población es por medio de los “Años de Vida Potencial Perdidos por Muerte Prematura”, conocido con las siglas AVPMP²⁶. Este indicador mide el número de años que pierde una población por muerte prematura con respecto a la esperanza de vida de la misma. En Guanajuato se ha observado una disminución de este indicador en los últimos años. Entre el año 2000 y 2003 ha descendido 8.45% que representa 30,707 años de vida potencial no perdidos²⁷.

CUADRO 2.2 PRINCIPALES CAUSAS DE AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR MUERTE PREMATURA, 2000 – 2003, SEGÚN LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE GENERAL

Orden	Causas	2000	2003
1	Afecciones perinatales	89,238	74,157
2	Accidentes	58,965	57,400
3	Tumores malignos	26,220	28,399
4	Influenza y neumonía	15,551	11,518
5	Enfermedades del hígado	17,573	18,328
6	Diabetes mellitus	17,798	19,776
7	Enfermedades del corazón	13,859	16,668
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	6,889	5,604
9	Enfermedades cerebrovasculares	5,231	5,786
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1,062	1,230
	Total de las causas	393,885	363,178

Fuente: Secretaría de Salud de Guanajuato 2000-2003

25 CONAPO, Proyecciones de la población de Guanajuato y de sus municipios 2000-2030.

26 FUNSALUD, Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México, 1994; FUNSALUD, Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios, Políticas, 1997.

27 SSG, 2001.

Las causas de pérdida de años de vida potencial se ubican en su mayoría en el rubro de enfermedades crónico degenerativas, no transmisibles y lesiones, representando todas el 31.26% durante el año 2000 y 35.59% en el 2003 respectivamente. En tanto, las afecciones perinatales que representan la principal causa de años de vida perdidos han disminuido un 16.89%; en cuanto a las enfermedades del corazón, las enfermedades pulmonares obstructivas y la diabetes mellitus su contribución a la pérdida de años de vida se han incrementado en un 20.3%, 15.8% y 11.1% respectivamente. En lo que respecta a las enfermedades cerebrovasculares y los tumores malignos, aumentaron 10.60% y 8.31%. Finalmente, la participación de las enfermedades transmisibles (influenza y neumonía) disminuyó un 25.9%.

Situación actual de la mortalidad general

En los últimos años, se ha observado un importante cambio estructural en las principales causas de mortalidad en el estado de Guanajuato. Las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción, que ocupaban los primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad, han sido desplazados por las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Entre 1980 y 2000 el porcentaje de defunciones por enfermedades del corazón aumentó de 12.8% a 13.9%²⁸. En el año 2000, los principales cinco tipos de enfermedades: del corazón, tumores malignos, diabetes, del hígado y las enfermedades cerebrovasculares, concentraron el 47% de las muertes ocurridas en el estado. Al 2004, este mismo grupo representó el 54% de las defunciones totales.

Una importante causa de mortalidad por destacar ha sido que las muertes por accidentes han desplazado a las causadas por enfermedades cerebrovasculares y enfermedades del hígado, representando la cuarta principal causa de mortalidad en el estado. Estos padecimientos se califican de emergentes porque incrementan a tal grado su magnitud relativa que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de muerte. Este tipo de desplazamiento puede ser directo, como en el caso de las epidemias nuevas (VIH-SIDA) y los problemas en ascenso (diabetes mellitus y accidentes), pero también puede ser indirecto, como sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares, que mantuvieron tasas estables, al tiempo que la mortalidad por problemas transmisibles son desplazados.



Es común creer que estos problemas son privativos de las áreas urbanas y de la población de mayores recursos; sin embargo, cada día es más frecuente que estos problemas se presenten en las áreas rurales y en los sectores más desprotegidos de la población. El número total de defunciones en el 2004 fue de 21,361 personas, de las cuales el 54% de las defunciones ocurrieron en hombres y el 46% en mujeres.

CUADRO 2.3 VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, 2004

Núm. De Orden	Causa	Defunciones	Tasa
	Total	21,361	424.9
1	Diabetes mellitus	3,594	71.5
2	Enfermedades del corazón	3,268	65.0
	> Enfermedades isquémicas del corazón	1,929	38.4
3	Tumores malignos	2,530	50.3
4	Accidentes	1,604	31.9
	> Accidentes de tráfico de vehículos de motor	765	15.2
5	Enfermedades cerebrovasculares	1,132	22.5
6	Enfermedades del hígado	1,004	20.0
	> Enfermedad alcohólica del hígado	466	9.3
7	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	944	18.8
	> Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal	467	9.3
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	820	16.3
9	Influenza y Neumonía	824	12.4
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	543	10.8
	> Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	252	5.0
11	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	526	10.5
12	Insuficiencia renal	399	7.9
13	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	363	7.2
14	Úlcera gástrica y duodenal	176	3.5
15	Agresiones (homicidio)	171	3.4
16	Enfermedades infecciosas intestinales	170	3.4
17	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	162	3.2
18	Anemias	148	2.9
19	Síndrome de dependencia del alcohol	142	2.8
20	Septicemia	124	2.5
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	397	7.9
	Las demás causas 4/	2,520	50.1

Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información Preliminar)
Nota: Tasa por 100,000 habitantes.

En el año 2004, la diabetes mellitus constituyó la primera causa de muerte en el estado, contribuyendo con el 16.8% del total de muertes (el 44.7% fueron hombres y el 55.3% mujeres). Su tasa de mortalidad se ha incrementado en los últimos años pasando de 42 a 71.5 decesos por cada 100,000 habitantes entre 1996 y 2004. La diabetes mellitus es el mejor ejemplo

28 Idem; SSG, Compendio Histórico de Guanajuato. Estadísticas vitales 1893-1993, 1993.

de enfermedad emergente directa: es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa y una de las principales causas de hospitalización.

En teoría, la diabetes mellitus debería ser un padecimiento con baja carga de enfermedad, ya que existen medicamentos, recomendaciones dietéticas y de actividad física que pueden reducir al mínimo sus complicaciones. Sin embargo, se estima que de cada cien diabéticos, catorce desarrollan nefropatías; diez desarrollan neuropatías; siete a diez desarrollan pie diabético (30% de los cuales terminan en amputación); y, dos a cinco desarrollan problemas de ceguera. A esto debe agregarse el riesgo de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular que es 2.5 veces mayor en los diabéticos que en el resto de la población.

Las enfermedades del corazón fueron la segunda causa de mortalidad general, con una tasa de 65 decesos por cada 100,000 habitantes (48.5% ocurrió en hombres y el 51.5% en mujeres). Su contribución al total de muertes pasó de 12.8% en 1990 a un 15.3% en el 2004. La cardiopatía isquémica es responsable del 63% de los decesos ocurridos en este grupo de enfermedades. La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico (hipercolesterolemia, obesidad, hipertensión, tabaquismo), y el sedentarismo constituyen factores que elevan el riesgo de presentar padecimientos cardiovasculares, específicamente, de las enfermedades isquémicas del corazón y de afecciones cerebrovasculares. Por eso, el combate contra las enfermedades cardiovasculares debe comprender el desarrollo de intervenciones destinadas a abatir otras condiciones patológicas²⁹.

Como consecuencia del envejecimiento de la población y de la adopción de hábitos de vida poco saludables, la mayoría de los tumores malignos muestra una tendencia ascendente. La tasa muestra un incremento de 7.8% respecto a 1990. En el año 2000 se registró una tasa de mortalidad por estas causas de 50.9 muertes por cada 100,000 habitantes. Para 2004 la tasa se mantiene en 50.3 muertes por cada 100,000 habitantes. Destaca, en particular, el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como los tumores cérvico-uterinos (que es la primera causa de muerte por tumores malignos en la edad productiva) y tumores de mama.

CUADRO 2.4 TUMORES MALIGNOS COMO CAUSA DE MORTALIDAD GENERAL EN LA MUJER, 2004

Num. De Orden	Causa	Defunciones	Tasa
	Total	9,801	380.0
3	Tumores malignos	1,299	50.4
	> Tumor maligno de la mama	202	7.8
	> Tumor maligno del cuello del útero	147	5.7
	> Tumor maligno del estómago	100	3.9

Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información Preliminar).
Nota: Tasa por 100,000 habitantes.

En relación a los tumores malignos de la población masculina, el cáncer de traquea, bronquios y pulmón fue la primera causa de muerte por tumores malignos en 1990. Al 2004, el cáncer de próstata desplazó al cáncer de traquea, bronquios, y pulmón, con una tasa de 8.8 en comparación a 7.9 por cada 100,000 habitantes hombres respectivamente. La tendencia de estos tumores aumenta cuando se asocia al tabaquismo, por lo que es necesario establecer políticas de control y prevención eficientes³⁰.

CUADRO 2.5 TUMORES MALIGNOS COMO CAUSA DE MORTALIDAD GENERAL EN EL HOMBRE, 2004

No. de orden	Causa	Defunciones	Tasa
	Total	11,557	472.1
4	Tumores malignos	1,231	50.3
	> Tumor maligno de la próstata	215	8.8
	> Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	193	7.9

Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información Preliminar).
Nota: Tasa por cien mil habitantes.

Las intervenciones dirigidas al combate de los tumores malignos deben ir hacia la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos específicos entre los sectores de la población más expuestos, la detección oportuna de casos y la atención temprana de enfermos³¹. La cuarta causa de mortalidad son los accidentes con 1,604 muertes en el 2004, de las cuales el 75% fueron hombres y un 25% mujeres. Del total de muertes por esta causa, 48% se debió a accidentes de tráfico, de los cuales 78% fueron hombres. En cuanto a las enfermedades cerebro vasculares que ocuparon la quinta causa de muerte en el estado, 53.4% de las 1,132 muertes en el 2004 fueron mujeres y el 46.6 % hombres. La sexta causa de mortalidad ha sido las enfermedades del hígado con 1,004

29 Eddy, M. D., A manual for assessing health practices & designing practice policies. The explicit approach, 1992.

30 SSG, 2000-2005.

31 Malagón Londoño, G., R. Galán Morera, et al., Garantía de Calidad en Salud, 1999; Pineault, R. y C. Daveluy, La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias, 1995; San Martín, H. y V. Pastor, Economía de la Salud, 1989.

mueres, cuya causa principal es la enfermedad alcohólica del hígado con el 46.4% de las muertes, presentándose una tasa de mortalidad de 9.3 por cada 100,000 habitantes, significando un total de 466 muertes³². Del total de mortalidad por enfermedad alcohólica del hígado, el 91% corresponde a hombres, ocupando la quinta causa general de muerte en el grupo masculino.

Los padecimientos neuropsiquiátricos son problemas emergentes que generalmente no causan mortalidad; en cambio, afectan considerablemente a los individuos, provocan alteraciones de la dinámica familiar e implican costos de tratamiento considerables³³. En Guanajuato no se cuenta con un diagnóstico de salud mental de la población; las únicas enfermedades psiquiátricas que se registran son aquellas que llegan a atenderse en los hospitales psiquiátricos³⁴. Independientemente de los problemas de registro que puedan existir, es claro que en pocos años las demencias comenzarán a ser un problema emergente de salud pública, como sucede en todos los países demográficamente envejecidos. Los trastornos depresivos siguen siendo un problema poco explorado, pero se sabe que en las próximas décadas serán la principal causa de pérdida de vida saludable en el planeta, ya que su frecuencia mundial global es de 10% en la población adulta y tiende a aumentar. Actualmente en México hay casi cuatro millones de personas con depresión³⁵.

En el año 2000 se diagnosticaron 93 casos de SIDA, en el 2004 se han registrado 120 casos. A nivel nacional, el VIH-SIDA ocupa el lugar número 16 dentro de las principales causas de muerte, con una tasa de 4.2 por cada 100 mil habitantes. En el ámbito estatal la mortalidad por el VIH-SIDA, cuya tasa asciende a 2.4 muertes por cada 100,000 habitantes, no se encuentra dentro de las 20 principales causas de muerte. La población más afectada son los jóvenes de ambos sexos, entre los 25 y los 34 años de edad. En el estado, la tasa de mortalidad en hombres pasó de 3.2 defunciones por cada 100,000 habitantes en 1988 a 17.2 en 1998 y al 2004 a 4.2. A partir de 1989 el SIDA se situó dentro de las primeras diez causas de muerte en hombres de 25 a 34 años; y, en 1998, ya constituía la cuarta causa de muerte en este grupo de edad. Durante el mismo periodo, la tasa de mortalidad por SIDA en mujeres pasó de 0.4 a 2.8 muertes por cada 100,000 habitantes. En 1994 se colocó dentro de las diez primeras causas de muerte en mujeres de 25 a 34 años, para ocupar, en 1998, la séptima posición³⁶. En el 2004, la tasa de mortalidad

por SIDA se coloca como la décima causa de mortalidad en el grupo de edad productiva (15 a 64 años) con una tasa de 3.7 por cada 100,000 habitantes, donde el 88.7% de estas muertes ocurrieron en hombres.

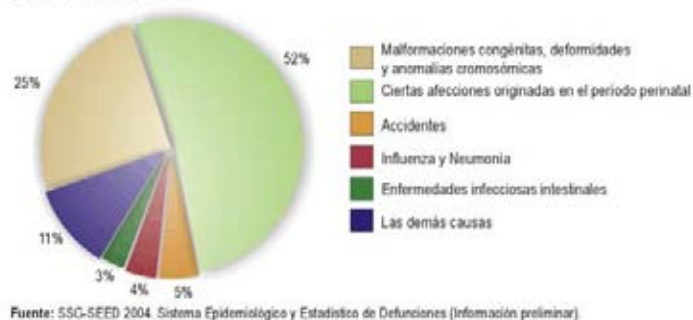
MORTALIDAD EN EL ESTADO POR GRUPOS ESPECÍFICOS

Mortalidad Infantil

Dentro de la Mortalidad Infantil (menores a 1 de edad) en el 2004, la principal causa de muerte fueron las asociadas a problemas perinatales (944 muertes), la mitad de las cuales se debieron a dificultades respiratorias del recién nacido y otros trastornos respiratorios. Esta causa de muerte representó 52% de la mortalidad entre la población infantil (1,782 muertes). La segunda causa fueron las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas con 441 muertes (el 44% por malformaciones congénitas del sistema circulatorio). La tercera, cuarta y quinta causa de mortalidad infantil le correspondió a los accidentes (92 decesos), influenza y neumonía (70 decesos) y las enfermedades infecciosas intestinales (48 decesos) respectivamente. Finalmente, las distintas causas como por ejemplo septicemia (1.3%), infecciones respiratorias (1.3%), desnutrición (1%), enfermedades del esófago y del corazón (0.5%), en su totalidad representaron aproximadamente el 11% de la mortalidad infantil en el estado de Guanajuato.

Gráfica 2.1 CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

Principales causas de Mortalidad Infantil
(menores a 1 año), 2004



Mortalidad Preescolar

La primera causa de Mortalidad Preescolar (1 a 4 años) durante el 2004 fueron los accidentes con 91 muertes (de

32 SSG, 2001.

33 FUNSALUD, Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios, Políticas, 1997; WHO, The World Health Report 1999; WHO, The World Health Report 2000.

34 SSG, 2001-2005.

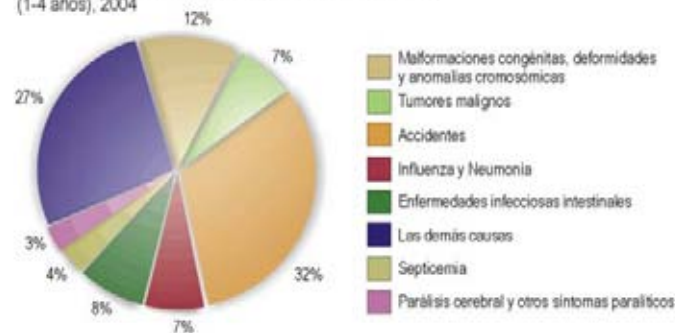
35 WHO, The World Health Report 1999; WHO, The World Health Report 2000.

36 SSG, 2001.



las cuales 27.5% fueron en accidentes de tráfico y el 25% por ahogamientos accidentales) representando el 32% de la mortalidad total de este grupo de edad (284 defunciones). La segunda causa de mortalidad fueron las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas con 35 muertes. La tercera causa fueron las enfermedades infecciosas intestinales que representó el 8%, la influenza y neumonía fueron la cuarta causa de mortalidad con el 7% (21 defunciones). Finalmente, las distintas causas como por ejemplo hepatitis viral (2%), varicela y herpes zoster (2%), desnutrición (2%), epilepsia (1.5%), representaron el 27% de la mortalidad preescolar.

Gráfica 2.2 CAUSAS DE MORTALIDAD PRE-ESCOLAR (1-4 años), 2004

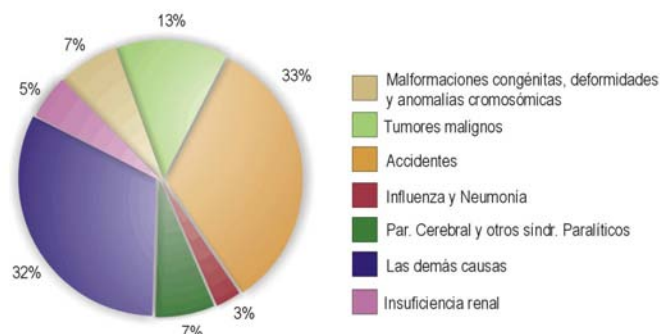


Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información preliminar).

Mortalidad Escolar

La principal causa de muerte entre la población de 5 a 14 años son los accidentes (51% por accidentes de tráfico), le siguen los tumores malignos con 42 muertes (representando el 13%), la parálisis cerebral y las malformaciones congénitas ambas con 21 defunciones (7%), la insuficiencia renal con 16 decesos (5%), influenza renal con 10 decesos (3%). Finalmente, las distintas causas como las enfermedades del corazón, trastornos sistémicos del tejido conjuntivo, suicidios (cada uno representó un 2%), desnutrición (1.5%), anemias y enfermedades cerebrovasculares (ambas 1%), representaron el 32% de la mortalidad escolar.

Gráfica 2.3 CAUSAS DE MORTALIDAD ESCOLAR (5-14 años), 2004



Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información preliminar).

Mortalidad en Edad Productiva

La diabetes mellitus representó la principal causa de mortalidad en la población entre 15 y 64 años registrando 1,410 decesos, equivalente al 19.5% de la mortalidad total de 6,915 personas. Los tumores malignos ocupó la segunda posición con 1,031 decesos (15%), los 949 decesos por accidentes significaron la tercera posición (14%). Las enfermedades del corazón (10%), las enfermedades del hígado (14%), y las enfermedades cerebrovasculares (3%) reportaron 675, 674 y 209 decesos respectivamente. Los homicidios, la insuficiencia renal, el suicidio y la mortalidad por SIDA representaron 149, 145, 145, 115 y 110 decesos cada uno. Finalmente, las distintas causas como las enfermedades pulmonares crónicas, la influenza y neumonía, el embarazo, parto y puerperio, representaron el 19% de la mortalidad en la edad productiva.

Gráfica 2.4 CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA (15-64 años), 2004



Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información preliminar).

Mortalidad en Edad Post-Productiva

Las enfermedades del corazón representaron la principal causa de mortalidad en la población de 65 años y más, registrando 2,574 decesos, lo que corresponde al 20% de la mortalidad total dentro del grupo de edad que fueron 12,043. Le siguen la diabetes mellitus con 2,182 muertes registradas (18 %), los tumores malignos con 1,434 (de los cuales 13% correspondieron a tumores malignos de la próstata, 12% de tumores de tráquea, de los bronquios y del pulmón, 9% del estómago). Las enfermedades cerebrovasculares (8%), así como las enfermedades pulmonares (6%) registraron 912 y 731 muertes respectivamente para ocupar la cuarta y quinta mayor causa de mortalidad. Finalmente, las distintas causas como la insuficiencia renal (2%), la úlcera gástrica y duodenal (1%), anemias (1%), representaron el 19% de la mortalidad en la edad post-productiva.

Gráfica 2.5 CAUSAS DE MORTALIDAD EN EDAD POST-PRODUCTIVA (65 años y más), 2004



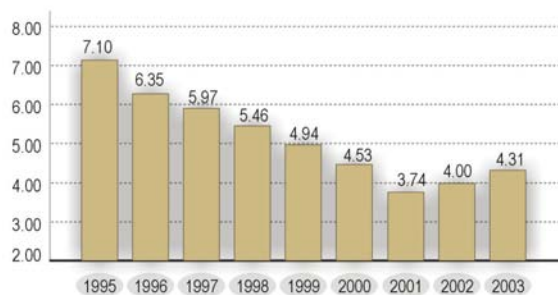
Fuente: SSG-SEED 2004. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (información preliminar).

DESIGUALDADES EN LAS CONDICIONES DE SALUD

Uno de los rasgos distintivos en las condiciones de los servicios de salud en el estado es su desigualdad. Mientras que los daños a la salud en las regiones y en los grupos de mayores ingresos del estado tienen un perfil similar al de los estados más desarrollados de la República, en las regiones y grupos sociales empobrecidos, las condiciones se asemejan a las de los estados de escaso desarrollo³⁷. En 1996 la probabilidad de que un niño menor de cinco años muriera en el municipio de Tierra Blanca (cuya tasa de mortalidad para ese año y grupo de edad fue de 12.6) era 10 veces mayor a la probabilidad de

mortalidad en el municipio de Santiago Maravatío (1.2 decesos por mil habitantes menores a cinco años). El fortalecimiento en el sistema de registro de las defunciones permite contar con mayor confiabilidad en los hechos vitales y las acciones dirigidas a los municipios con alto riesgo han modificado el panorama. En el año 2003, Santa Catarina presentó la menor tasa de mortalidad de menores a cinco años con 1.71, mientras que el municipio con la tasa más alta fue Coroneo con 7.9 por mil habitantes menores a cinco años. De esta forma, la probabilidad de que un niño menor de cinco años muriera en Coroneo fue 4.6 veces mayor al municipio de Santa Catarina³⁸. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud puede consultarse el mapa 2.2 de la mortalidad en menores de 5 años en el estado de Guanajuato al año 2003.

Gráfica 2.6 TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, 1995-2003



Fuente: Cinta magnética INEGI, 1995-2003. Nota: Tasa por 1,000 habitantes menores de 5 años.

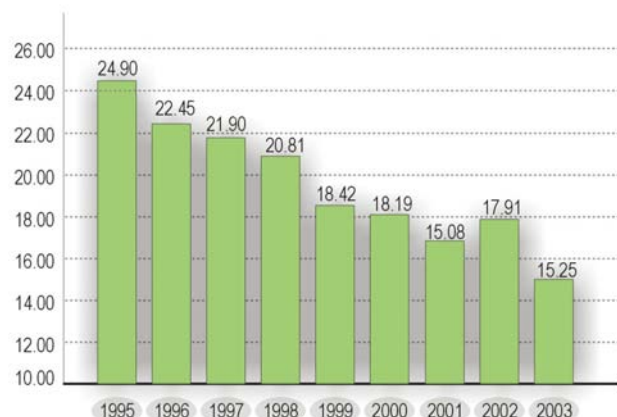
En 1996, la probabilidad de que un niño menor a un año muriera en el municipio que presentaba mayor tasa de mortalidad (Tierra Blanca, 49.2.6 por cada mil Nacidos Vivos Registrados), era 7.4 veces mayor que la probabilidad de morir de un niño de la misma edad en el municipio de menor tasa de mortalidad (Santiago Maravatío, 6.6 por mil NVR). En el año 2000, la diferencia entre estas probabilidades fue de 5.8 veces (Santa Catarina con 48.9 defunciones por mil NVR; y Moroleón con 8.4 defunciones por cada mil NVR)³⁹. La disminución de la mortalidad en este grupo ha sido significativa, ya que en el año de 2003 el municipio con mayor tasa es Tierra Blanca con 31.7 por cada mil NVR, y el que presentó menor tasa es Santa Catarina con 6.67. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud puede consultarse el mapa 2.3 de la mortalidad infantil (menores a 1 año de edad) en el estado de Guanajuato al año 2003.

37 SSA, 2000.

38 INEGI, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, 1999; INEGI, Anuario Estadístico de Guanajuato, 2000; SSG, 2001-2003.

39 INEGI, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, 1999; INEGI, Anuario Estadístico de Guanajuato, 2000; SSG, 2001-2003.

Gráfica 2.7 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 1995-2003
(< a 1 año)



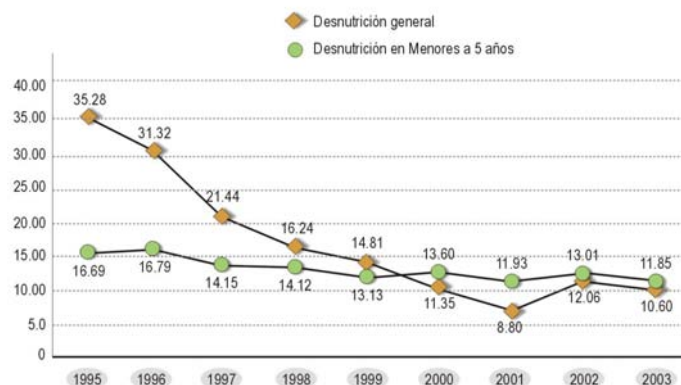
Fuente: Cinta magnética INEGI, 1995-2003. Nota: Tasa por 1,000 Nacidos Vivos Registrados.

Las desigualdades en salud también están presentes en la población en Edad Productiva (entre 15 y 64 años). En el año 2000 la mortalidad general en municipios como Santa Catarina, Coroneo y Tarandacuao presentó tasas entre 360 y 470 defunciones por 100,000 personas en el rango de 15 a 64 años; en los municipios de Pénjamo, Atarjea y Jerécuaro las tasas de mortalidad variaron entre 180 y 220 defunciones por cada 100,000 habitantes⁴⁰. Para 2003 el primer grupo de municipios presentó tasas de 400 a 500 muertes por 100,000 habitantes. Para el segundo grupo la variación es de 200 a 220 por 100,000 habitantes. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud puede consultarse el mapa 2.4 de la mortalidad en edad productiva en el estado de Guanajuato al año 2003.

IMPORTANCIA DEL REZAGO EN SALUD

El rezago epidemiológico es originado por enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo. Entre ellas destacan los padecimientos relacionados con la nutrición insuficiente, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva. La causa fundamental de estos problemas es la pobreza. Sin embargo, se ha demostrado que es posible reducir el peso de estas enfermedades con intervenciones altamente efectivas con un costo razonable⁴¹. Los municipios de Santa Catarina, San Diego de la Unión, Dr. Mora, Santa Cruz de Juventino Rosas, Moroleón, Dolores Hidalgo y Xichú son los que presentaron mayores tasas de defunciones por estas causas en el año 2003.

Gráfica 2.8 TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, 1995-2003



Fuente: Cinta magnética INEGI, 1995-2003.

Nota: la Desnutrición general es una tasa por 100,000 habitantes y la Desnutrición en Menores a 5 años es una tasa por 100,000 habitantes menores a 5 años.

La desnutrición constituye una de las características distintivas e irreversibles de la pobreza. En el año 2000, la tasa de mortalidad general por desnutrición fue de 13.6 por cada 100,000 habitantes, en cuanto a la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años era de 11.3 por cada 100,000 habitantes dentro del grupo de edad. En el año de 2003 se redujo la tasa de mortalidad por desnutrición general a 11.8, y la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a 10.6 por cada 100,000 habitantes dentro del grupo de edad. Se estima que los niños desnutridos pierden entre 12% y 15% de su potencial intelectual, además corren un riesgo entre 8 y 12 veces mayor que un niño sano de contraer enfermedades infecciosas y son más propensos a padecer enfermedades crónico-degenerativas. Además se ha demostrado que la inversión en educación en un niño desnutrido tendrá un rendimiento muy bajo⁴². En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud pueden consultarse los mapas 2.5 y 2.6 de la mortalidad por desnutrición general y desnutrición en menores a 5 años en el estado de Guanajuato al año 2003.

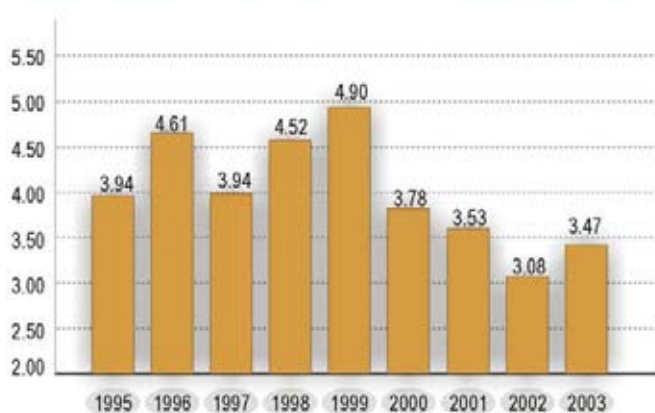
La anemia también constituye un grave problema carencial en Guanajuato, sobre todo en municipios como Atarjea, Tierra Blanca, Apaseo el Alto y San Luis de la Paz, donde este padecimiento aún se presenta como causa de muerte de la población. El déficit en la alimentación y los malos hábitos en la misma se encuentran presentes en la población rural y de forma importante en las zonas suburbanas de las grandes ciudades. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud puede consultarse el mapa 2.7 de la mortalidad por anemia en el estado de Guanajuato al año 2003.

40 INEGI, Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social, 1999; INEGI, Anuario Estadístico de Guanajuato, 2000; SSG, 2001-2003.

41 Pellegrini Filho, A., Ciencia en pro de la salud, 2000; Claeson, M., C. Griffin, et al., Salud, Nutrición y Población, 2001.

42 Claeson, M., C. Griffin, et al. Salud, Nutrición y Población, 2001.

Gráfica 2.9 TASA DE MORTALIDAD POR ANEMIA, 1995-2003



Fuente: Cinta magnética INEGI, 1995-2003. Nota: Tasa por 100,000 habitantes.

Las infecciones intestinales en general causaron 4.2 defunciones por cada 100 mil habitantes durante el 2003. Estos padecimientos han disminuido su contribución al total de muertes en los últimos años. Entre 1990 y 2000 el porcentaje de muertes por esta causa pasó de 6.9% a un 1.5%, y al 2003 sólo representaba el 0.9% del total de defunciones. Por su parte la influenza y neumonía ocasionaron en 1990, el 4.5% de las muertes en el estado, especialmente en el grupo de niños menores de cinco años, donde se alcanzó un 6.6% de la mortalidad en ese grupo de edad. Para el año 2003 representaron el 3.1% de la mortalidad general y un 5.2% de la mortalidad en menores de cinco años.

CUADRO 2.6 TASA DE MORTALIDAD EN LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS EN MENORES DE 5 AÑOS. ESTADO DE GUANAJUATO, 2000 - 2003

	2000			2003		
	<1	1 a 4	Tasa < 5 años	<1	1 a 4	Tasa < 5 años
Total	2463	370	488.96	1985	333	431.22
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1284	0	221.15	1067	0	188.49
Malformaciones congénitas	482	52	91.97	416	54	87.43
Influenza y neumonía	151	32	31.52	99	21	22.32
Accidentes	77	112	32.55	85	95	33.48
Enfermedades infecciosas intestinales	154	32	32.03	76	13	16.55
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	54	17	12.22	40	17	10.60
Infecciones respiratorias agudas	33	10	7.40	28	7	6.51
Tumores malignos	9	23	5.51	4	23	5.02
Septicemia	35	4	6.71	37	11	8.92
Parálisis cerebral	3	6	1.55	7	18	4.65

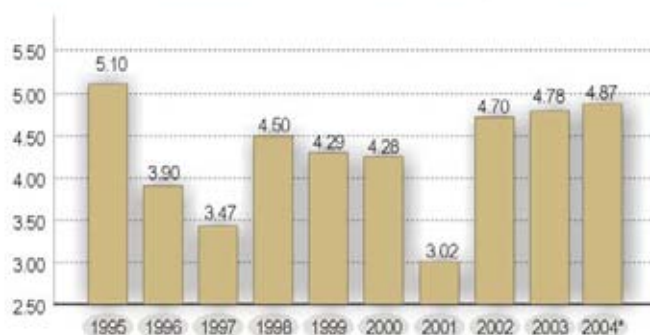
Fuente: SSG 2003. Cinta magnética INEGI 1995-2003 (Información Definitiva).
Nota: Tasa por 100,000 habitantes menores de cinco años.

Los problemas perinatales continúan como una prioridad sanitaria en el estado. En el año 2000 se registraron 1,284

muertes por estas causas, lo que representa más del 50 % del total de muertes en niños menores de un año. El panorama en 2003 presentó un pequeño descenso a 1,067 muertes, representando una disminución del 17% con respecto al año 2000 y constituyendo un 53.7% del total de decesos de niños menores a un año. La mayor parte de las muertes debidas a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento: la mitad sucede en el primer día de vida y las demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes. Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre (hipertensión, infecciones, traumatismos), los problemas del embarazo y del parto (placenta previa, parto podálico), las alteraciones en el recién nacido (ictericia, hemólisis, hemorragia) y los problemas de membrana hialina y asfisia neonatal.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud. En los últimos años este indicador muestra estabilidad sin tendencia a la disminución, con razones de mortalidad de 3.9 y 4.3 por cada 10,000 NVR⁴³ en 1996 y 2000, respectivamente. El año de 2004 presenta un incremento a 4.87 por 10,000 NVR. Igualmente, la mortalidad materna tiende a concentrarse en algunos municipios. Para el año 2003 se observó que más del 50% de las muertes registradas –la mayoría prevenible– ocurrieron en los municipios de León, Irapuato, Celaya, San Felipe y Valle de Santiago. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud puede consultarse el mapa 2.8 de la mortalidad materna en el estado de Guanajuato para el año 2003.

Gráfica 2.10 TASA DE MORTALIDAD MATERNA, 1995-2004



Fuente: Cinta magnética INEGI, 1995-2003.
2004* Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información Preliminar)
Nota: Tasa por 10,000 NVR.

43 NVR. Nacidos Vivos Registrados.



En el 2004, las muertes obstétricas directas representaron el 83.7% de la mortalidad materna total en la entidad. La mortalidad por causas obstétricas indirectas significaron el 14.3%, y finalmente la mortalidad debida a VIH representó solo el 2% de la Mortalidad Materna en el 2004.

CUADRO 2.7 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN GUANAJUATO, 2000-2004

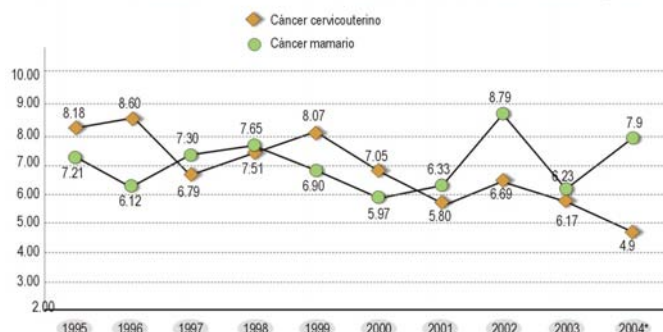
Causa	2000		2001		2002		2003		2004*	
	D 1/	Tasa 2/	D 1/	Tasa 2/	D 1/	Tasa 2/	D 1/	Tasa 2/	D 1/	Tasa 2/
Todas las causas	58	4.3	41	3.0	58	4.7	62	6.0	49	4.9
Muertes obstétricas directas	50	3.7	31	2.3	50	4.1	47	4.6	41	4.1
-Embarazo terminado en aborto	1	0.1	2	0.1	5	0.4	0	0.0	3	0.3
-Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el parto y puerperio	22	1.6	14	1.0	17	1.4	16	1.6	12	1.2
-Hemorragia del embarazo, parto y posparto	12	0.9	11	0.8	7	0.6	15	1.4	14	1.4
-Diabetes mellitas en el embarazo	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.1	0	0.0
-Complicaciones del puerperio	3	0.2	4	0.3	8	0.6	8	0.8	8	0.8
-Resto de causas obstétricas directas	11	0.8	4	0.3	13	1.0	7	0.7	4	0.4
Debidas a VIH 3/	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Causas obstétricas indirectas	8	0.6	6	0.4	8	0.6	15	1.4	7	0.7

Fuente: 2000-2003 Cita Magnética INEGI
Sistema Epidemiológico y Estadístico de defunciones, (SEED) 2004* Información preliminar
Nota: D1/ Número de defunciones
Tasa 2000-2002 por 10,000 NVIC; 2003 y 2004 por 10,000 nacidos vivos esperados CONAPO

Otro padecimiento importante en la mujer es la mortalidad por cáncer cérvico-uterino y mamario. Las tasas de mortalidad de ambos padecimientos han mostrado una tendencia estable y alta en los últimos años. En 1996, el cáncer cérvico-uterino registró 8.6 muertes mientras que el cáncer mamario 7.2 muertes por cada 100,000 mujeres entre los 15 y 64 años de edad; en el año 2000, se redujeron a una tasa de 7.05 y 5.97 respectivamente. Sin embargo, para el año de 2004 se presentó

una disminución a 4.9 muertes en el caso del cáncer cérvico-uterino y un aumento a 7.9 muertes por cáncer mamario por cada 100,000 mil mujeres en el estado. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud pueden consultarse los mapas 2.9 y 2.10 de la mortalidad por cáncer cérvico uterino y cáncer mamario en el estado de Guanajuato al año 2003.

Gráfica 2.11 TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICO-UTERINO Y MAMARIO, 1995-2004



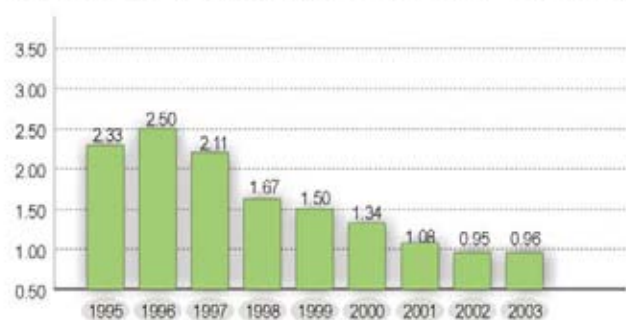
Fuente: Cita magnética INEGI, 1995-2003.
2004* Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (Información Preliminar)
Nota: Tasa por 100,000 mujeres entre 15 y 64.

Las defunciones por ambos cánceres son igualmente importantes en los grupos de más edad. En la edad post-productiva (65 años y más), el cáncer mamario es el más común entre los tumores malignos en mujeres con una tasa de 53.7 muertes por cada 100,000 mujeres de 65 años y más, mientras que el cáncer cérvico-uterino representó la segunda causa más importante con una tasa de 48 muertes por cada 100,000 mil habitantes mujeres de 65 años y más, equivaliendo ambas a un 1% de la mortalidad total en Edad Post-Productiva en mujeres al año 2004. Dados los avances tecnológicos en materia de diagnóstico y tratamiento de estos padecimientos, ninguna muerte por esta causa puede considerarse aceptable.

Otro padecimiento importante es la tuberculosis pulmonar, la cual aún contribuye de manera importante al peso de la mortalidad en el estado. Si bien, la mortalidad por esta causa ha descendido en los últimos años (104 muertes en 1996; 98 muertes en 1997; 79 en 1998; 72 en 1999 y 65 en el año 2000 en los años 2001, 2002, 2003 se presentaron 53, 47, 48 respectivamente), este padecimiento todavía constituye la segunda causa de muerte ocasionada por un agente único⁴⁴. En el Anexo Gráfico del diagnóstico del Sector Salud puede consultarse el mapa 2.11 de la mortalidad por tuberculosis pulmonar en el estado de Guanajuato al año 2003.

2030

Gráfica 2.12 TASA DE MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR



Fuente: Cinta magnética INEGI, 1995-2003.
Nota: Tasa por 100,000 habitantes

Actualmente se estima que más del 25 % de los casos de tuberculosis están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y SIDA⁴⁵. Además, aunque este padecimiento no ha mostrado repunte (como en otros estados de la república), el crecimiento poblacional, la pobreza, los movimientos migratorios y el mal manejo de los pacientes han favorecido la aparición de cepas resistentes a los medicamentos antituberculosos. Las enfermedades transmitidas por vector como el dengue, el paludismo y la enfermedad de Chagas merecen especial atención por su gravedad. El dengue es un problema infeccioso emergente relacionado con el saneamiento doméstico, para el cual no existen vacunas ni medicamentos específicos. Su control depende de la disminución y eventual eliminación de las larvas del mosquito vector, *Aedes aegypti*, que se reproduce en los criaderos domésticos ubicados en altitudes menores de 2 mil metros sobre el nivel del mar. En los últimos dos años no se han presentado casos de dengue en Guanajuato, por lo que las medidas de prevención, control y eliminación del *Aedes aegypti*, en los municipios donde ya se encontró (Irapuato, Abasolo, Cuerámara y Pénjamo), son de acción prioritaria⁴⁶.

Desde 1997 no se han presentado casos de paludismo. En años anteriores los casos registrados se localizaron básicamente en los municipios del noreste del estado. Las acciones de control del paludismo se orientan básicamente a la prevención, control y eliminación del vector en dicha zona, incluyendo actividades de saneamiento básico y ambiental. La enfermedad de Chagas se transmite entre las personas y los animales domésticos, por medio de *triatominos*, insectos que miden de 1 a 6.5 centímetros de longitud que transmiten un parásito intracelular denominado *Tripanosoma Cruzi*. En su

periodo crónico produce alteraciones en el sistema nervioso, aparato digestivo, sistema muscular, pero sobre todo en el aparato circulatorio, específicamente lesiones al corazón. Se ha demostrado la presencia del vector y la seropositividad de casos crónicos en Guanajuato. Hasta el 2003 se tienen registrados 24 casos de enfermedad de Chagas en 9 municipios. (Dolores Hidalgo, Irapuato, Acámbaro, Jerécuaro, Pénjamo, Juventino Rosas, Celaya, Salamanca, San Miguel de Allende).

El cólera, la lepra, la rabia, los problemas de salud derivados de las emergencias y los desastres; así como, la planificación familiar, también constituyen problemas relacionados con el rezago en el sistema y los servicios de salud. El cólera reingresó a Guanajuato en 1991 y tuvo un comportamiento variable hasta 1997, cuando empezó a mostrar un incremento en el número de casos en los años noventa. En 1995 se registró el mayor número de casos de la actual epidemia, 443; y en 1998 se presentaron los 4 últimos casos. México fue eliminado ya de la lista internacional de notificación obligatoria del cólera por los éxitos obtenidos⁴⁷. Hemos alcanzado la eliminación de la lepra como problema de salud pública en el nivel municipal, reduciendo la frecuencia de casos a menos de uno por cada 10,000 habitantes. Para el año de 2005 se encuentra en fase de consolidación.

No se han registrado casos de rabia humana en el estado desde 1993. Sin embargo, cada año se registran más de 4 mil agresiones por animales. En 1998 se presentó el último caso de rabia en perro. Se considera que, al año, se presenta apenas un caso de rabia en fauna silvestre en el estado⁴⁸.

Respecto a las emergencias y desastres, algunas experiencias han demostrado que las intervenciones tempranas a través de estrategias preestablecidas (vigilancia epidemiológica, control de vectores, control de la calidad del agua, saneamiento básico) evitan el incremento de los factores de riesgo que influyen de manera negativa sobre la salud humana⁴⁹.

Con respecto al avance del estado en cuanto a los "Objetivos de Desarrollo del Milenio", los datos observados que se cuentan en torno a la mortalidad en menores de cinco años se ha logrado reducir de 7.45 a 4.31 defunciones por cada mil habitantes menores a cinco años entre 1990 y 2003, lo que representa un descenso porcentual del 42.14% a lo largo de 13 años. De mantenerse la tendencia, es factible

45 CONASIDA, VIH/SIDA en México, 2001.

46 Martínez Méndez, J., Reporte Interno de Acciones la Dirección de Servicios de Salud sobre *Aedes Aegypti*, Diciembre 10 de 2001, 12.

47 Frenk, J., Comunicación del logro obtenido por el manejo del cólera en México, 2001.

48 SSG, 2001-2005.

49 White, L. K., J. Frenk, et al., Investigaciones sobre servicios de salud: una antología, 1992.



alcanzar la meta establecida de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil para el 2015. En relación a la razón de mortalidad materna, en el mismo periodo se redujo de 6.44 a 6.0 decesos por cada 10 mil NVR, lo que representa un descenso de solo 6.8%, con lo que la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad materna al 2015, se contempla como un reto importante a cumplir.

En cuanto al combate a enfermedades como VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis, la meta en el estado es detener y haber comenzado a reducir su incidencia para 2015. La mortalidad por tuberculosis por cada 100 mil habitantes se ha reducido de 4.17 a 1.12 decesos entre 1990 y 2003, lo que representa un descenso de 73.1% en la mortalidad por esta enfermedad, cumpliendo ya la meta establecida. En relación a la mortalidad por VIH/SIDA, y a pesar de las acciones realizadas hasta el momento por el sector, en este objetivo se requiere redoblar esfuerzos para alcanzar las metas establecidas en el tiempo comprometido.

RIESGOS PARA LA SALUD

El tabaquismo, el abuso en el consumo del alcohol, la obesidad y la inseguridad personal en las vías públicas, son riesgos para la salud que requieren de atención prioritaria por la importancia y la magnitud de los padecimientos asociados. Aunque no se cuenta con un diagnóstico para ninguno de estos riesgos, es de suponerse que tienen una frecuencia relativamente alta por el incremento que han mostrado los padecimientos asociados.

Está demostrado que el abuso en el consumo de tabaco se asocia con muerte y discapacidades secundarias cuando existen tumores malignos (boca, esófago, hígado, páncreas, cérvix, vejiga y pulmón); afecciones cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad isquémica y enfermedad cerebrovascular); padecimientos respiratorios (enfermedad

pulmonar obstructiva crónica e infecciones) y bajo peso del hijo al nacer, por lo que sin duda constituye uno de los factores de riesgo de enfermedad, discapacidad y muerte más importante en el estado, así como en el país. Analizando los cambios recientes en el perfil de mortalidad en el estado, se puede constatar la creciente importancia del abuso en el consumo de alcohol. La enfermedad alcohólica y las lesiones accidentales e intencionales se han contado entre las principales causas de muerte en las últimas décadas⁵⁰. La relación entre enfermedad del hígado y consumo de alcohol es directa; mientras que la relación entre lesiones y consumo de alcohol es indirecta, pues éste funciona como mediador en los homicidios, suicidios y accidentes viales.

Los datos derivados de la Encuesta Nacional de Adicciones (2002), indican que en el 2001, el 10.5% de la población masculina rural, 9.3% de la población masculina urbana, 0.7% de la población femenina urbana, y el 0.4% de la población femenina rural, entre los 18 y los 65 años de edad, presentaban síndrome de dependencia al alcohol⁵¹. Si se considera el abuso del alcohol como el principal componente de riesgo en algunos de los más importantes problemas de salud pública –lesiones, violencia, cirrosis, depresión, algunos cánceres, etc.–, puede concluirse que es el factor que más contribuye a la pérdida de años de vida saludable a escala nacional y estatal. Por su parte, el sobrepeso y la obesidad se asocian con un riesgo más alto de padecer diversas enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición 1999, alrededor del 30.8% de las mujeres en edad reproductiva presentan sobrepeso y 21.7% obesidad. Estas cifras revelan un incremento de 49.6% en los últimos diez años.

En algunas ciudades del estado, la vía pública ha dejado de ser un lugar de convivencia y comunicación entre las personas para convertirse en un espacio que condensa una amplia gama de factores de riesgo para la salud de la población. En la vía pública suceden actos violentos y accidentes que provocan enormes pérdidas en términos de salud. En el año 2000, la tasa de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios en el estado fue de 31.3, 4.3 y 3.6 muertes por cada 100 mil habitantes respectivamente, incrementándose las tasas al 2003 a 35.6, 4.8 y 3.8 muertes. Las estadísticas sobre este tema indican que las lesiones son la principal causa de muerte entre guanajuatenses del sexo masculino, desde los primeros años de vida, hasta los 45 años. La edad promedio de muerte

50 INEGI, 1999; INEGI, 2000; SSG, 2001-2005.

51 ENA 2002, CONADIC, INP RFM. INEGI.

por lesión accidental es de 30 años y de 33 años en el caso de los homicidios. Los lugares donde con mayor frecuencia se producen estas lesiones son: la vía pública, el trabajo, el hogar y, en menor proporción, la escuela o los centros de recreación⁵².

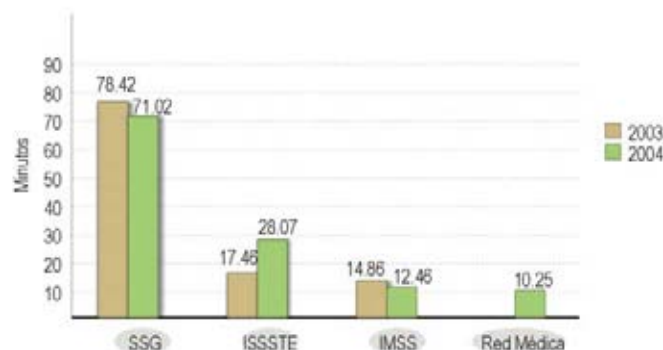
EL RETO DE LA CALIDAD

Además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica, ofrecer los servicios en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Trato adecuado significa, también, disponer de servicios generales básicos en los establecimientos de atención y esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención médica⁵³.

Existen dos grandes dimensiones de expectativas de calidad en los servicios de salud: la calidad interpersonal, entre el profesional de la salud y el ciudadano; y la calidad profesional (técnica) del médico u otro profesional de la salud, que debe incluir, además del conocimiento, las habilidades y destrezas dentro de una ubicación espacio-temporal determinada, es decir, de acuerdo a los recursos e infraestructura de que disponga. En este sentido, existen factores que influyen en la calidad de los servicios de salud, como el equipamiento, la cobertura y los tiempos de espera para recibir el servicio.

El sistema de salud en el estado enfrenta problemas, tanto en el componente técnico de la atención, como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad son claramente percibidos como prioritarios por la población⁵⁴. Según la encuesta realizada con la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicio de Salud” en el estado de Guanajuato, en las unidades médicas de las instituciones públicas y privadas del sector, el tiempo promedio de espera para recibir consulta en el primer nivel de atención o de consulta externa es de 30 minutos y de 15 minutos en el segundo nivel o urgencias. Sin embargo, este resultado varía entre instituciones. De acuerdo a las encuestas realizadas para el 2003 y 2004, en las unidades del SSG no se cumple con el tiempo promedio de espera en el primer nivel, en cambio, las unidades médicas del ISSSTE, IMSS se encontraron por debajo de los 30 minutos de espera.

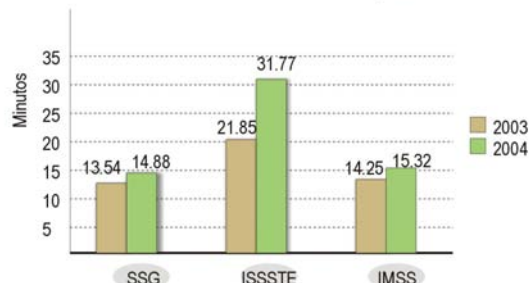
Gráfica 2.13 TABLA COMPARATIVA DE TIEMPO DE ESPERA POR INSTITUCIÓN EN 1ER. NIVEL 2003 y 2004



Fuente: Cruzada Nacional por Servicios de Salud, 2003 y 2004
Subsecretaría de Innovación y Calidad

En cuanto al tiempo de espera promedio de 15 minutos en el segundo nivel de atención, sólo el tiempo de espera por parte de las unidades médicas del ISAPEG, con un estimado de 14.88 minutos para recibir la atención, cumplió con el tiempo estándar de 15 minutos.

Gráfica 2.14 TABLA COMPARATIVA DE TIEMPO DE ESPERA POR INSTITUCIÓN EN 2o. NIVEL 2003 y 2004



Fuente: Cruzada Nacional por Servicios de Salud, 2003 y 2004
Subsecretaría de Innovación y Calidad

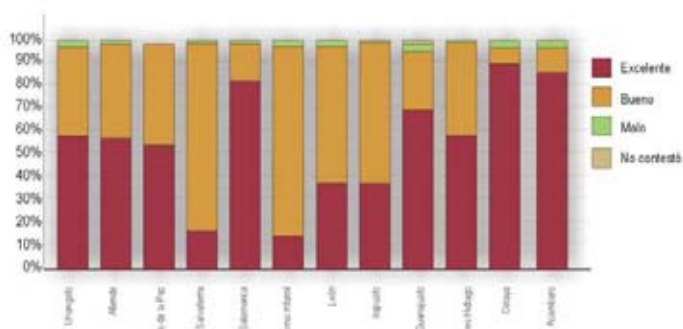
De acuerdo a la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” y en referencia a la aceptabilidad de los servicios a nivel nacional, de una muestra de 24,631 personas entrevistadas en el estado, el 93.22% de los usuarios consideraron bueno el trato recibido en el primer nivel de atención, porcentaje ligeramente inferior a la media nacional donde el nivel de aceptabilidad es de 94.26%. Respecto a la calidad percibida para el año 2004 de la atención médica por parte de los enfermos atendidos en los hospitales del estado, tiene la siguiente percepción en los egresos hospitalarios:

52 SSG, 2001-2004.

53 Malagón Londoño, G., R. Galán Morera, et al., *Garantía de Calidad en Salud*, 1999; FUNSALUD, *Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios, Políticas*, 1997.

54 WHO, *The World Health Report 2000*.

Gráfica 2.15 PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN HOSPITALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE GUANAJUATO, 2004



Fuente: Dirección General de Planeación y Desarrollo, Secretaría de Salud de Guanajuato.

Se puede apreciar que a pesar de la heterogeneidad, la calidad de la atención fue considerada buena y regular por más del 97 % de los pacientes. En cuanto a indicadores de calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, se encuentra el porcentaje de usuarios a los que el médico explicó sobre su estado de salud, el cual es del 93.22 % de usuarios satisfechos en Guanajuato, un porcentaje menor a la media nacional que es del 96.8%. Para suponer que un servicio médico se pueda considerar completo, es necesario asegurarse de que al paciente se le haya surtido totalmente su receta. En este aspecto, al año 2003 se reporta que un 88.69% de los usuarios se les ha surtido completamente sus recetas en el servicio de primer nivel de atención en el estado de Guanajuato, un porcentaje superior en comparación a la media nacional que es de un 86.25%.

Igualmente, la Secretaría de Salud monitorea anualmente las distintas unidades médicas en el estado. En el 2003 se monitorearon, en promedio, 137 unidades y en el 2004 fueron en promedio 297 unidades, incrementándose un 116%. A partir de este monitoreo se pueden destacar los resultados del índice INDICA de grado de satisfacción para las 8 jurisdicciones sanitarias del estado, lo que puede dar una mejor perspectiva en la calidad y el trato de los servicios de salud en Guanajuato.



CUADRO 2.8 PRINCIPALES RESULTADOS DEL ÍNDICE INDICA

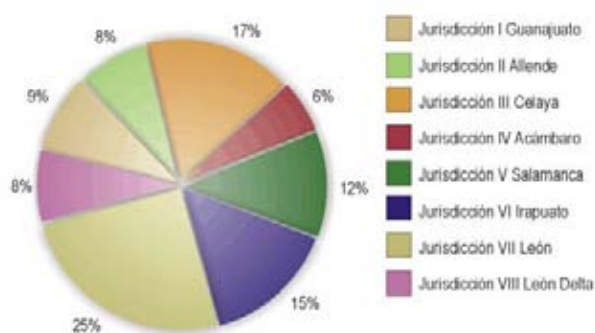
	Jurisdicciones	1	2	3	4	5	6	7	8
Trato justo	Primer Nivel	92.35	86	93.67	95.71	94.4	95.85	95.28	95.31
	Urgencias	92.22	77.22	90.52	90.07	90.18	86.87		
Organización de los Servicios	1. Nivel Urbano	82.08	85.85	88.88	89.08	84.12	83.2	84.28	88.78
	1. Nivel Rural	85.08	85.9	84.88	89.41	89.7	90.63	85.1	92.53
	Urgencias	85.15	82.33		87.89	85.13	42.41		
Atención Médica Efectiva	Primer Nivel	81.59	73.54	73.6	88.52	72.03	83.91	78.34	82.98
	Segundo Nivel	0	0				0	0	

Fuente: Dirección General de Planeación y Desarrollo, SSG, Sistema INDICA.

COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN

Como se indicó, el estado de Guanajuato está dividido en 8 Jurisdicciones Sanitarias. La jurisdicción que abarca más población es la de León con el 25% de la población total. Le sigue la Jurisdicción III de Celaya (compuesta por los municipios de Apaseo el Alto, Apaseo el Grande, Celaya, Comonfort, Cortazar, Santa Cruz de Juventino Rosas, Tarimoro, Villagrán) que compone el 17% de la población total. La Jurisdicción que abarca menor población es la IV Acámbaro con un 6% de la población total (compuesta por los municipios de Acámbaro, Coroneo, Jerécuaro, Salvatierra, Santiago Maravatío, Tarandacuao).

Gráfica 2.16 POBLACIÓN DEL ESTADO POR JURISDICCIÓNES SANITARIAS, 2005

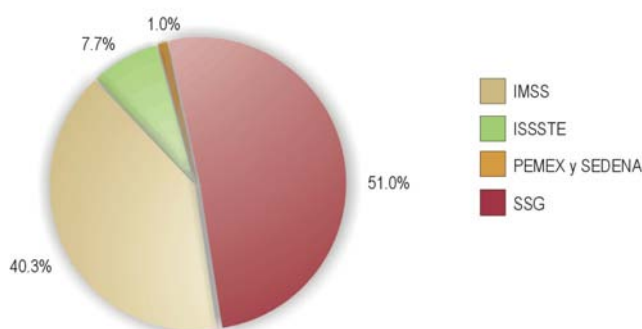


Fuente: Agenda Estadística Salud 2005, SSG.

La cobertura de servicios de salud en la población por parte de las Instituciones de Salud alcanza un poco más de la mitad de la población. La Secretaría de Salud cubre un 51%, le sigue el IMSS con un 40% de cobertura, el ISSSTE con un 8% y finalmente PEMEX y SEDENA que atienden al 1% de la población total del estado.

2030

Gráfica 2.17 COBERTURA DE LA POBLACIÓN DEL ESTADO DE GUANAJUATO POR INSTITUCIÓN PÚBLICA, 2004



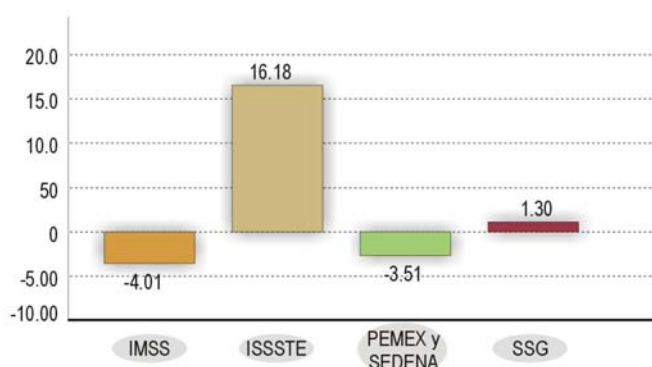
Fuente: Agenda Estadística Salud 2005. SSG.

Población Derechohabiente Información Institucional

Notas: La población derechohabiente es con corte al 31 de diciembre de 2004.

La cobertura por parte de las Instituciones de Salud durante el período 2000-2005 ha mostrado variaciones importantes. La cobertura en los servicios de salud durante los últimos 5 años ha disminuido en el IMSS y en PEMEX y SEDENA en 4% y 3.5% respectivamente. En contraste, el ISSSTE ha aumentado su cobertura significativamente, a una tasa de 16.2% y el SSG en menor grado en un 1.3%.

Gráfica 2.18 VARIACIÓN PORCENTUAL DE LA COBERTURA EN LA POBLACIÓN POR INSTITUCIONES, 2000-2005



Fuente: Agenda Estadística Salud 2001, 2005. SSG

La cobertura del IMSS descendió en 6 Jurisdicciones del estado (a excepción de Guanajuato y Allende). El descenso más importante se presentó en la Jurisdicción V Salamanca donde la cobertura disminuyó 10% (debido principalmente al

descenso en los municipios de Moroleón y Uriangato donde la cobertura se redujo 26% y 22% durante 2000-2005). Igualmente, la cobertura que ofrece PEMEX y SEDENA disminuyó en las dos Jurisdicciones donde tienen cobertura de servicios de salud: Salamanca e Irapuato con variaciones de -4% y -2.2% respectivamente. En cuanto a la cobertura de la Secretaría de Salud de Guanajuato, 4 Jurisdicciones redujeron su cobertura de servicios, la más significativa se presentó en la Jurisdicción Guanajuato (debido principalmente a los descensos en la cobertura por parte de los municipios de Ocampo y Guanajuato con variaciones de -6.4% y -5.1%), de entre las otras 4 Jurisdicciones que aumentaron su cobertura de servicios destaca la Jurisdicción VII León, la cual aumentó su cobertura de servicios en 9.3%. Finalmente, el ISSSTE aumentó en las 8 Jurisdicciones del estado, la mayor se presentó en Allende con una variación de 21.76% (debido principalmente al aumento de 50% en la cobertura del municipio de San Luís de la Paz y en el aumento de 28% en la cobertura del municipio de Victoria).

CUADRO 2.9 VARIACIÓN DE LA COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO, 2002-2005

Jurisdicción y Municipio	Instituciones			
	IMSS	ISSSTE	PEMEX Y SEDENA	SSG
Total Estado	-4.01	16.18	-3.51	1.30
Jurisdicción I Guanajuato	0.40	17.12		-3.83
Jurisdicción II Allende	3.05	21.76		-2.26
Jurisdicción III Celaya	-5.49	12.28		3.23
Jurisdicción IV Acámbaro	-5.78	15.78		-0.24
Jurisdicción V Salamanca	-10.06	16.07	-3.87	2.68
Jurisdicción VI Irapuato	-6.34	19.08	-2.16	1.54
Jurisdicción VII León	-3.79	16.81		9.31
Jurisdicción VIII León Delta	-0.88	18.48		-0.83

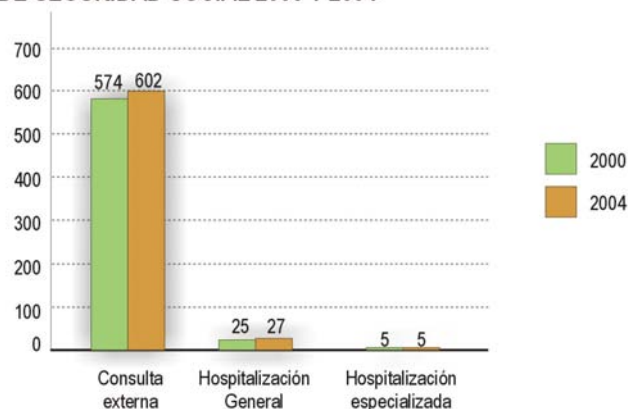
Fuente: Agenda Estadística Salud 2001, 2005

RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

Infraestructura del sistema de salud

El Sistema de Salud del Estado de Guanajuato, está compuesto por una infraestructura de 634 unidades médicas del sistema de seguridad social y 5 mil 971 del sector privado al 2004, para el caso de las unidades médicas de seguridad social se observa un crecimiento en el periodo 2000-2004 de 30 unidades distribuidas en 28 de consulta externa y 2 de hospitalización general.

Gráfica 2.19 COMPARATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE SEGURIDAD SOCIAL 2000 Y 2004



Fuente: SSG, Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS) con corte al 31 de Diciembre del 2000 y 2004; para las unidades privadas la fuente fue la Dirección General de Regulación Sanitaria, SSG.

Al considerar la población pronosticada por CONAPO y los consultorios, se obtiene que hay 36 consultorios por cada 100 mil habitantes en el Estado, mientras que en el ámbito nacional se observan 46 por cada 100 mil habts, lo anterior muestra un rezago en este rubro para el estado de Guanajuato.

En lo que respecta al sistema de salud privado, se observa un posicionamiento de la entidad en el ámbito nacional al ocupar la tercera posición en cuanto al número de unidades médicas privadas, sólo por debajo del Edo. de México y DF, posición que se sigue respetando en cuanto al número de consultorios.

Con base en los datos del año 2004, las instituciones públicas y privadas del sector salud de Guanajuato presentan la siguiente distribución:

CUADRO 2.10 UNIDADES MÉDICAS POR TIPO DE ATENCIÓN DEL SECTOR SALUD, 2004.

Unidades Médicas	Total	Seguridad Social				Sin seguridad social		%	Unidades Privadas
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SSG	IMSS-OP		
Total Estado	634	49	41	1	1	531*	11	85.49	5,971
Consulta externa	602	37	37	0	0	517	11	87.71	5,669
Hospitalización general	27	10	3	1	1	12	0	44.44	49
Hospitalización especializada	5	2	1	0	0	2	0	40.00	253

Fuente: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). Secretaría de Salud de Guanajuato. Dirección General de Regulación Sanitaria.

Nota: * Incluye 43 equipos de salud itinerantes, 5 Centros de Salud Híbridos y 11 Hospitales Comunitarios.

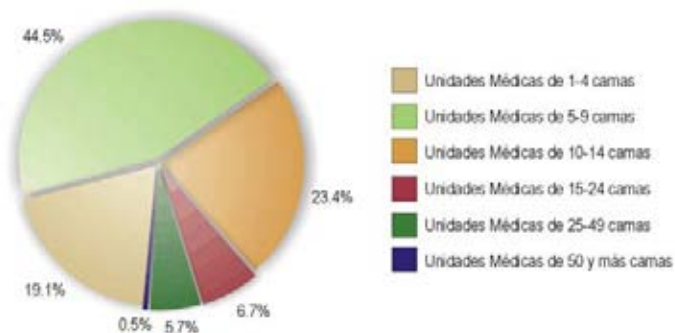
Entre el 2000 a 2004 se observa una disminución en las unidades de salud del IMSS, 53 a 49, de las cuales 5 fueron unidades de consulta externa y se incremento en una de hospitalización general. Por otro lado la Secretaria Salud incrementó sus unidades de 508 a 531, cuyos movimientos se observaron en 22 de consulta externa y una hospitalización general y resto de las instituciones de salud social se mantuvo sin cambios.

Recursos materiales

En el 2003, el Sistema Social de Salud de Guanajuato contaba con 53.14 camas censables por cada 100 mil habitantes, mientras que la media nacional presentaba 70.5 camas censables por cada 100 mil habitantes lo que muestra un rezago en este aspecto para el Estado.

De igual manera en el sistema de salud privado se observa que Guanajuato representa la posición cuatro en cuanto al número de camas censables en el ámbito nacional, en el gráfico siguiente se muestra la distribución de las unidades médicas de salud privada según el número de camas censales.

Gráfica 2.20 DISTRIBUCIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE SALUD PRIVADA SEGÚN EL NÚMERO DE CAMAS CENSALES



Fuente: INEGUSSA. Encuesta de unidades médicas privadas con servicio de hospitalización, México 2002.

En el periodo 2000-2003, se ha observado un incremento en los recursos materiales disponibles en el sistema de salud social del estado de Guanajuato, sobresaliendo el número de incubadoras con un crecimiento de un 35%, áreas de terapia intensiva 27.3% y 16.3 % en número de quirófanos, entre otros como se presenta en el siguiente cuadro.

2030

CUADRO 2.11 EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES DE LAS UNIDADES DEL SECTOR SALUD SOCIAL, 2000-2004

Concepto	Total	Seguridad Social				Sin seguridad social SSG	Variación porcentual de 2000-2004
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN		
Camas censables *	127	30	5	-11	-14	117	5.2%
Camas no censables *	-147	-9	-17	0	9	-130	-6.3%
Incubadoras	56	0	2	0	0	54	35.0%
Consultorios	196	8	16	0	8	153	12.1%
Ambulancias	8	1	1	0	1	5	6.9%
Salas de urgencia	4	1	0	0	0	3	11.4%
Áreas de terapia intensiva	3	1	-1	0	0	3	27.3%
Laboratorios	0	1	-3	0	0	2	0.0%
Gabinete de radiología	2	1	1	-2	0	2	2.9%
Quirófanos	14	1	1	0	0	12	16.3%
Salas de expulsión	1	1	-1	0	0	1	0.3%
Bancos de sangre	-2	0	0	0	0	-2	-22.2%
Farmacias	12	1	0	0	0	11	14.8%
Unidades móviles	5	0	0	0	0	5	13.2%

Fuente: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud; Secretaría de Salud con corte al 31 de Diciembre del 2000 y 2004.

* Nota: Incluye centros de salud con hospitalización.

CUADRO 2.12 INDICADORES SELECCIONADOS DE RECURSOS MATERIALES DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD

Concepto	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SSG 1/
Camas censables	53.45	55.90	52.86	128.59	400.37	47.31
Consultorios	37.49	24.10	38.94	161.56	148.98	45.75
Gabinetes de radiología	1.19	1.52	1.29	3.30	4.66	1.44
Quirófanos	2.06	1.91	2.32	9.89	18.62	1.90
Salas de expulsión	8.22	0.88	1.29	6.59	9.31	15.70
Bancos de sangre	0.14	0.05	0.52	3.30	4.66	0.08

Fuente: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). Secretaría de Salud de Guanajuato.

Nota: Indicadores por cien mil habitantes.

Los municipios con mayor número de camas por cada mil habitantes son Guanajuato y León con 2.31 y 1.62, respectivamente; mientras que en varios municipios como Atarjea, y Xichú, no cuentan con camas censables⁵⁵.

El sector público, en 1999, contaba con mil 342 consultorios, en el año 2004 cuenta con mil 816; y, el sector privado, con 548 y mil 645 respectivamente. La superioridad numérica de las áreas de urgencias en el sector privado es notoria y, en este sentido, el sector público requiere una mayor atención y cobertura. En cuanto a las salas de expulsión, se ubican 405 públicas por 170 privadas y en ambulancias, 124.

La equidad, entendida en términos simples como igualdad de necesidades y recursos, no fue el signo distintivo de la infraestructura en salud, la cuál se encontraba concentrada en 5 de los 46 municipios. Al momento actual la ampliación de la cobertura del ISAPEG en infraestructura Hospitalaria se ha

fortalecido con la construcción de hospitales comunitarios (8 a 16 camas) en los municipios de Cortazar, Santa Catarina, Tierra Blanca, Purísima, Comonfort y en proceso de construcción, Jerécuaro, y Tarimoro. El hospital general del suroeste con sede en Pénjamo, la ampliación del hospital general de León, la próxima construcción del hospital regional de alta especialidad del bajo con sede en León. La sustitución del hospital general de Dolores Hidalgo, actualmente en construcción al igual que el hospital general de 30 camas de San Luis de la Paz y los Proyectos del hospital general de San Miguel de Allende con 60 camas, San José Iturbide 30 camas y los hospitales comunitarios de Villagrán, San Diego de la Unión y Santa Cruz de Juventino Rosas.

El reto está en organizar redes de atención médica para la población sin seguridad social que garanticen la atención al usuario con una referencia y contrarreferencia de pacientes eficiente. Los hospitales deberán contar con participación de las comunidades y municipios referidos a ellos a fin de otorgar servicios de calidad.

La inversión en infraestructura mejora sustancialmente el acceso de la población a servicios de salud, que por décadas permaneció marginada.

Las unidades médicas de hospitalización pública y privada se localizan en las localidades de mayor población como León, Irapuato y Celaya.

Se ha incrementado la obra y el equipamiento, fundamentalmente, en las unidades de primer nivel, segundo nivel y un nivel intermedio llamados hospitales comunitarios que son centros de atención con hospitalización de baja complejidad de con énfasis en la atención de padecimientos pediátricos, gineco obstétricos y campañas de cirugías extramuros, de manera especial, en el ISAPEG con 27 unidades nuevas y 78 en equipamiento en el período 2000-2004 tanto en áreas rurales como urbanas. Sin embargo, persisten serias carencias en el número de camas requeridas para los servicios de salud de segundo nivel, que ascienden a 2 mil 631 camas.

La atención médica de alta especialidad se encuentra limitada en capacidad instalada y en frecuencia de uso al usuario que la pueda pagar, principalmente en lo referente a gastos catastróficos.

El proyecto del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío viene a ofrecer una alternativa a la población y al sistema de salud en el estado. El proyecto contempla un Hospital prototipo de 184 camas con 27 sub especialidades, 26 consultorios y 4 Unidades médicas de especialidades que son: oncología, rehabilitación, cirugía Ambulatoria, y hemodiálisis.

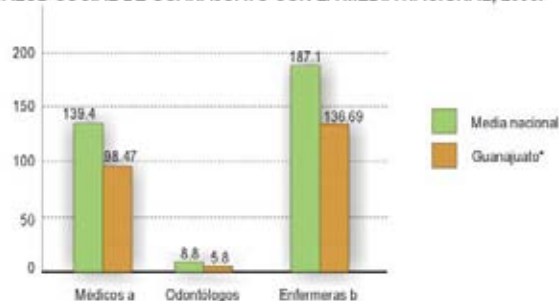
Es una inversión pública y privada de carácter federal, ya que la atención de alta especialidad es competencia de la federación y la finalidad es una función eminentemente pública con el máximo desarrollo médico tecnológico, y una calidad permanente al usuario y familia.

Se estima una población potencial de atención de cinco millones de habitantes sin seguridad social, de los cuales 2 millones 500 mil habitantes son del estado y el resto de los estados circunvecinos: San Luis Potosí, Jalisco, Aguascalientes y Michoacán. Su costo de operación se estima en 450 millones de pesos anuales y se calcula el inicio de su funcionamiento en el cierre del año 2006.

Recursos humanos

En este rubro Guanajuato se encuentra por debajo de la media nacional, para el 2003 presentaba 98.47 médicos por cada 100 mil habitantes, mientras que en el ámbito nacional este indicador se reportó en 139.4 médicos por cada 100 mil habitantes. La misma situación se presenta en las enfermeras y odontólogos como se muestra en el gráfico siguiente.

Gráfica 2.21 COMPARATIVO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD SOCIAL DE GUANAJUATO CON LA MEDIA NACIONAL, 2003.



Fuente: SSA. Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I. Núm. 22 y 23. México, D.F.
*Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), con corte al 31 de Diciembre de 2003.

Al analizar la evolución de los recursos humanos que laboran en el sistema de Salud Social, se encuentra que de 2000 a 2004, hay 169 personas menos que laboran en el sistema de salud de Guanajuato, considerando que esta disminución se debe principalmente al rubro de personas que laboraban en actividades administrativas, servicios generales e intendencia. De la misma manera que el personal médico que está en contacto con pacientes se incrementó en 685 equivalente a un incremento de 15.4%, mientras que el personal de enfermería y paramédicos se incrementó en términos absolutos en un 13.3% equivalente a mil 256 personas como se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO 2.13 VARIACIÓN DE LOS PRINCIPALES RECURSOS HUMANOS DE SISTEMA DE SALUD, 2000-2004

Concepto	Total	Seguridad social				SSG 1/	Variación de los recursos humanos 2000-2004
		IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA		
Total personal	-169	-1,147	-20	-5	124	857	-0.8%
Personal médico	685	234	-71	-12	3	404	11.3%
Total	685	208	-32	-13	2	509	15.4%
En contacto directo con el paciente							
Total	244	79	32	-5	1	126	15.1%
Médicos Generales							
Médicos Especialistas	289	118	-35	-1	-1	208	18.3%
Residentes	-46	2	-35	-7	-10	4	-11.3%
Pasantes 4/	96	11	-6	0	2	89	15.2%
Odontólogos 5/	102	-2	12	0	10	82	45.5%
En otras labores	-116	26	-39	1	1	-105	-19.7%
Personal paramédico	1,256	206	23	-8	106	918	13.3%
Total	974	168	36	1	-6	764	15.8%
Enfermeras							
Auxiliares	12	-26	16	1	7	5	0.5%
Generales	851	166	14	0	1	668	34.7%
Especializadas	137	38	34	0	-15	80	25.5%
Otras	-26	-10	-28	0	1	11	-3.5%
Personal ser. Aux. diag.	35	12	7	3	17	-14	4.2%
Otro personal	257	26	-20	-12	95	168	10.7%
Otro personal 2/	-1,994	-1,587	28	15	15	-465	-31.3%

FUENTE: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). Secretaría de Salud; con corte al 1 de Diciembre de 2000 y 2004.

Notas:

- Los totales no corresponden a la sumatoria por institución debido a que consideran al IMSS oportunidades
- 1/ SSG, Secretaría de Salud.
- 2/ Personal administrativo, servicios generales e intendencia.
- 3/ IMSS-Oportunidades
- 4/ Incluye internos de pregrado
- 5/ Incluye pasantes de odontología

Las instituciones públicas cuentan con 5,136 médicos y 10,666 enfermeras contratadas. Esto equivale a un poco más de un médico y casi 1.5 enfermeras por cada mil habitantes. Esta disponibilidad, no es satisfactoria, y tiene que analizarse a la luz de una distribución desigual.

CUADRO 2.14 INDICADORES SELECCIONADOS DE RECURSOS HUMANOS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD, 2004.

Concepto	Total	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SDN	SSG
Médicos en contacto	106.04	111.07	116.81	356.08	344.51	94.08
Odontólogos	6.73	3.23	8.25	16.48	79.14	8.72
Enfermeras	147.41	157.32	151.37	441.81	321.23	132.37
Trabajadores de la salud	426.39	496.51	461.32	1,787.01	2,122.90	326.28

Fuente: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). Secretaría de Salud de Guanajuato.
Nota: Indicadores por cien mil habitantes.

Mientras que en los municipios de Guanajuato y Santa Catarina contaban, en el año 2000, con 2.31 y 1.52 médicos por cada mil habitantes respectivamente, al cierre del año 2004 cuentan con 1.5 y 1.6; en el mismo orden, en Cortazar y Valle de Santiago sólo contaban con 0.28 y 0.24 médicos por cada mil habitantes respectivamente, en 2004 presentan un ligero incremento con 0.44 y 0.31 respectivamente.

La mayoría de los profesionales de la salud especializados se encuentran concentrados en el corredor industrial. La formación de recursos humanos a nivel licenciatura, postgrado y especialidad también se da en los mismos municipios. Otra de las áreas de oportunidad que requiere el sector salud es, precisamente, el establecimiento de programas de estímulos para que profesionales de la salud acudan a otros municipios.

CUADRO 2.15 RECURSOS HUMANOS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD POR TIPO, 2004.

Concepto		Total	Seguridad social				Sin seguridad social	
			IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SSG	IMSS-Op 1/
Total personal		20,653	10,134	1,789	542	456	7,710	22
Total		6,609	2,470	802	131	75	2,420	11
Personal médico	Total	5,136	2,267	453	106	74	2,223	11
	Médicos Generales	1,857	800	165	20	7	854	11
	Médicos Especialistas	1,095	992	245	62	17	549	0
	Residentes	361	242	11	21	8	79	0
	Pasantes	727	167	0	0	25	535	0
	Odontólogos	328	66	32	5	17	206	0
	En otras labores	473	203	49	23	1	197	0
Total		10,666	5,404	713	199	286	4,053	11
Personal paramédico	Total	7,140	3,211	587	134	69	3,128	11
	Auxiliares	2,454	1,139	190	53	26	1,037	9
	Generales	3,301	1,403	269	50	26	1,551	2
	Especializadas	675	409	78	25	14	149	0
	Otras	710	260	50	6	3	391	0
	Personal ser. Aux. diag.	875	427	89	31	32	296	0
	Otro personal	2,651	1,766	37	34	185	629	0
Otro personal 2/		4,378	2,260	574	212	95	1,237	0

Fuente: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). Secretaría de Salud de Guanajuato.
Nota: 1/ IMSS-Oportunidades
2/ Personal administrativo, servicios generales e intendencia.



Existen otras áreas que podríamos denominar “áreas en formación”, donde apenas se cuenta con menos de una decena de profesionales en el estado. Tal es el caso de los especialistas en atención del adulto en plenitud (geriatria).

FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

Los objetivos del sistema estatal de salud se cumplen mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación y el financiamiento de servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud.

Prestación de servicios

La productividad de los servicios de salud no es uniforme. El porcentaje de ocupación hospitalaria promedio en el sector público es de 77%, pero con grandes diferencias entre instituciones prestadoras. El porcentaje de ocupación de las unidades del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG) es de 78.72%, mientras que en el IMSS es de 89.53% y el promedio del ISSSTE es de 87.55%.

CUADRO 2.16 PRODUCTIVIDAD HOSPITALARIA POR UNIDAD S.S.G, 2004

Unidad	Egresos	Promedio días estancia	% de ocupación
Segundo Nivel Hospitales total	80,133	2.87	78.72
Dolores Hidalgo	4,917	1.97	101.84
Guanajuato	6,102	2.53	69.37
San Miguel de Allende	3,903	2.48	104.26
San Luis de la Paz	2,409	2.38	50.49
Celaya	10,861	3.35	90.30
Acámbaro	2,840	2.30	58.89
Salvatierra	2,891	2.61	66.33
Salamanca	4,543	2.29	94.72
Uriangato	3,954	2.86	51.41
Irapuato	7,995	3.39	70.80
Pénjamo	4,127	2.35	88.08
León	16,382	3.96	88.13
Materno Infantil	9,209	1.70	69.72
Tercer Nivel Hospital Especializado			
Hospital Psiquiátrico	1,133	18.61	77.16

Fuente: S.S.G. Informe de Actividades de Hospitales (SIS).

El número de consultas diarias por médico para todas las instituciones públicas del estado es de 6.82; resultado de 8 millones 827 mil 361 consultas anuales otorgadas por 5 mil 136 médicos en contacto con el paciente, en 252 días hábiles.

CUADRO 2.17 PROMEDIO DIARIO POR CONSULTA POR MÉDICO E INSTITUCIÓN, 2004

Institución	Consultas	Médicos	Promedio
IMSS	3,866,178	2,278	6.73
ISSSTE	732,443	453	6.42
PEMEX	205,412	108	7.55
SEDENA	62,245	74	3.34
SSG	3,961,083	2,223	7.07
Total sector	8,827,361	5,136	6.82

Fuente: Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS). Secretaría de Salud.

Información

A partir de la creación del Programa Nacional de Información en 1984, encabezado por la Secretaría de Salud, nació en el estado el Sistema Estatal de Información Básica. Su objetivo es generar información estadística homogénea, continua, oportuna y confiable acerca de los daños a la salud, disponibilidad de recursos y la prestación de servicios para la toma de decisiones. En 1996 cambió su denominación a Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) y actualmente se conoce como Sistema de Información en Salud (SIS). El SIS, aunque ya es obligatorio para todas las instituciones del sector, no ha logrado una participación igual entre ellas, lo cual dificulta la obtención de indicadores integrales. Existe una coordinación entre las instituciones para la generación de información sobre algunos programas establecidos en el ámbito nacional, sin embargo, ésta no es sistemática.

El SIS cuenta con cinco subsistemas: 1) población y cobertura; 2) recursos para la salud; 3) prestación de servicios; 4) daños a la salud y 5) subsistema de encuestas. No obstante, es necesaria la integración de un sistema único de información en salud, que sirva de sustento a la toma de decisiones y a la eficiente asignación de recursos entre las instituciones.

Regulación

En el estado son autoridades sanitarias: el Gobernador, la Secretaría de Salud, los Ayuntamientos y los Consejos Municipales de Salud. La regulación y fomento sanitario contribuye a la disminución de factores de riesgo a la salud y a mejorar las condiciones sanitarias de los establecimientos, productos y servicios en armonía con el ambiente. Con la modernización de la regulación sanitaria se ha disminuido la burocratización, simplificado los trámites, favoreciendo la atención especializada, otorgando mayor certidumbre a los particulares.

La sociedad actual requiere sustentar su desarrollo en el respeto al medio ambiente; por este motivo, es indispensable incidir en la vigilancia de la calidad del agua para uso y consumo humano; y de los establecimientos que se dedican a la fabricación, comercialización y uso de plaguicidas, nutrientes vegetales y sustancias tóxicas, para disminuir riesgos a la salud de la población en general y contribuir al mejoramiento del ambiente. La suma de esfuerzos de instancias como la Secretaría de Educación, facultades y escuelas de medicina, enfermería, odontología, química y nutrición; colegios y asociaciones de profesionales de la salud; y los organismos encargados de la acreditación y certificación en salud, como la Comisión Estatal de Arbitraje Médico y sus correspondientes homólogos nacionales, contribuyen de manera relevante con la Secretaría de Salud de Guanajuato, en el mejoramiento de la calidad de la atención médica, a través de la educación durante y para toda la vida, y de la prestación del servicio apegada a los principios éticos y científicos.

En materia de unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel se debe fortalecer la certificación de todos los hospitales públicos y privados con 30 camas o más. La regulación de los practicantes de medicina alternativa (reflexología, osteopatía, naturismo, iridología y otras), que por lo general no pasan por procedimientos formales de capacitación ni por procesos de certificación. En el estado, se cuenta con mecanismos para vigilar y controlar los establecimientos que se dedican a la comercialización de medicamentos. No obstante, el área de información al consumidor y a los que prescriben requiere mayor vigilancia y control, con el objeto de promover el uso razonado de los medicamentos, incluyendo los genéricos intercambiables.

Promoción de la educación saludable

La educación es el recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano. La escuela, en todas sus modalidades, constituye un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y la de su comunidad. Los programas escolares incluyen actividades que promueven la adopción de estilos de vida sanos y eviten conductas de riesgo, como el consumo de tabaco, el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y sustancias adictivas y las prácticas sexuales de riesgo. Es parte del compromiso educativo proporcionar información sobre riesgos biológicos, físicos y químicos del ambiente general y ocupacional, y la forma de contender con ellos. Los indicadores positivos se relacionan con los niveles educativos formales: la educación contribuye de manera directa a producir salud. Se ha observado, que la educación de las mujeres está estrechamente vinculada con mejores niveles de bienestar durante el periodo reproductivo y durante la etapa de crecimiento y desarrollo de los hijos.

EL RETO DEL FINANCIAMIENTO

El financiamiento del sistema de seguridad social en México atraviesa por una situación difícil de sostener. Los recursos con que cuentan los sistemas IMSS e ISSSTE son cada vez menores en relación con sus pensionados o jubilados, lo que obliga a replantear los medios de financiamiento para continuar la oferta de los programas de atención médica y de previsión social.

Los ramos y entidades asociados a la salud son: IMSS, ISSSTE, la Secretaría de Salud (SS) y las aportaciones federales para entidades federativas y municipios (FASSA, del Ramo 33). El presupuesto del Ramo 19, comprende las aportaciones a cargo del Gobierno Federal que se canalizan a los institutos de seguridad para cumplir con sus obligaciones en materia de seguridad social. Incluye, entre otros rubros, las pensiones en curso de pago del IMSS, las cuotas estatutarias a los ramos de seguro del IMSS, las aportaciones a las Afores y los recursos para cubrir el déficit de la nómina de pensiones del ISSSTE. En el país y en el estado, la seguridad social recae casi completamente en estas dos instituciones. Actualmente, su cobertura sigue siendo limitada, la participación del IMSS es



por mucho, la más importante. La proporción de trabajadores en activo por pensionado ha disminuido en los últimos años y se espera que siga esta tendencia. En el IMSS pasó de 6.8 en el 2000 a 5.7 en el 2004, mientras que en el ISSSTE pasó de 5.3 a 4.0 en el mismo periodo. Dado el adelgazamiento del sector público, se espera que en el ISSSTE esta relación tienda a disminuir aún más.

Las cuotas han sido insuficientes para cubrir los servicios de salud otorgados y en particular las pensiones. El Gobierno Federal está obligado por la Ley del ISSSTE a realizar transferencias a esta institución para cubrir su déficit de pensiones. En el 2000 las aportaciones del Ramo 19 a este rubro alcanzaron el 0.17% del Producto Interno Bruto Estatal en términos reales. Se estima que para el 2005 alcance el 0.39 %. En el Ramo 19 el rubro para cubrir el déficit de la nómina de pensiones del ISSSTE ha tenido un crecimiento real de 155% en el período 2000-2005, contra el 30% del crecimiento de los recursos del IMSS por las aportaciones estatutarias.

La población económicamente activa ha crecido más que la inserción de los trabajadores a la seguridad social. En un escenario deseable de mayor cobertura de la seguridad social se daría un aumento del costo fiscal, señalando un punto débil del diseño actual de la seguridad social. Lo mismo ocurre con la gran cantidad de trabajadores que están en la economía informal ó que tienen empleos eventuales. La Secretaría de Salud, responsable de la población "abierta" (no derechohabiente), atiende a este tipo de población y también a un sector que acude a ella aún contando con servicios de seguridad social. Así, las acciones se duplican y la correlación entre presupuestos y programas calculados para una población específica, en la realidad no concuerdan, con el consecuente incremento en los gastos.

La atención a la salud está organizada por segmentos, cada uno de los cuales cubre a diferentes grupos de población:

a) La atención a la salud que otorga el ISAPEG cuya finalidad es la cobertura universal con base al Sistema de Protección Social en Salud para el año 2006, tiene por objeto proteger con un Catálogo de Servicios Esenciales de Salud con consideración de la línea de vida e incluir a 665,560 familias sin seguridad social en una decisión libre e informada de afiliación al seguro popular. Para el término del primer semestre del año 2005 se encontraban afiliadas 200,000 familias ubicadas en 29 municipios.

b) Instituciones de seguridad social, que afilian obligatoriamente a los trabajadores de la economía formal; El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene una cobertura de 40.2% de la población; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende al 7.6% de la población; los servicios de salud y seguridad social para los empleados de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y para las fuerzas armadas de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) con el 1% de la población.

c) El sub-sector privado, con y sin esquema de seguro, que funciona en un contexto no supervisado.

En general, los segmentos funcionan en paralelo. Existe poca coordinación entre proveedores y cada uno tiene su propia red de unidades de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel. En Guanajuato, el IMSS y el ISSSTE tienen concentrada su infraestructura en seis de los 46 municipios del estado. En más de 28 municipios la responsabilidad es casi exclusiva del ISAPEG. Las instituciones de salud privadas están fragmentadas y brindan atención de primer y segundo nivel (5,669 unidades de consulta externa, 49 de hospitalización general y 253 con hospitalización de especialidad)⁵⁶, la mayoría constituidas como sociedades anónimas. Sus usuarios son de todos niveles económicos, desde los ingresos más altos (con planes de compañías aseguradoras), hasta los pobres y las personas de ingresos medios, a pesar de tener en ocasiones derecho a la atención por algún tipo de seguro; en éste último caso, la atención se paga dos o tres veces. El costo de los servicios privados de salud llega a ser catastrófico para los sectores marginados de la sociedad.



La reforma a la Ley General de Salud en abril de 2003 ofreció una respuesta a estos problemas al crear el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual aplica el marco y la metodología para analizar el efecto potencial en la justicia financiera y en la prevalencia de los gastos catastróficos en salud con la puesta en marcha del Seguro Popular. La metodología hace uso del índice de justicia en la contribución financiera del sistema de salud desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2000). Este indicador mide tanto el peso de los gastos de bolsillo que llevan al empobrecimiento a los hogares como la equidad vertical y horizontal del sistema de salud.

El “Informe Anual Salud: México 2002” indica que 3.9% de los hogares en México incurrieron en gastos catastróficos, que los hogares pobres y los no asegurados tuvieron el mayor riesgo de sufrir empobrecimiento debido a este tipo de gastos y que el 58% del gasto correspondió a pago de bolsillo de los hogares. La reforma de 2003 establece una cobertura voluntaria universal para el año 2010 y un proceso paulatino de extensión al 14.3% de la población cada año.

El financiamiento del SPSS proviene de tres fuentes: El Gobierno federal, los Gobiernos Estatales y las familias. La cuota social federal es del 15% de un salario mínimo por familia afiliada al sistema y la aportación solidaria federal es de 1.5 veces la cuota social. A su vez, la cuota solidaria estatal es la mitad de la cuota solidaria federal. Esta estructura financiera tiene múltiples ventajas; entre ellas, la de homologar la estructura financiera del IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud.

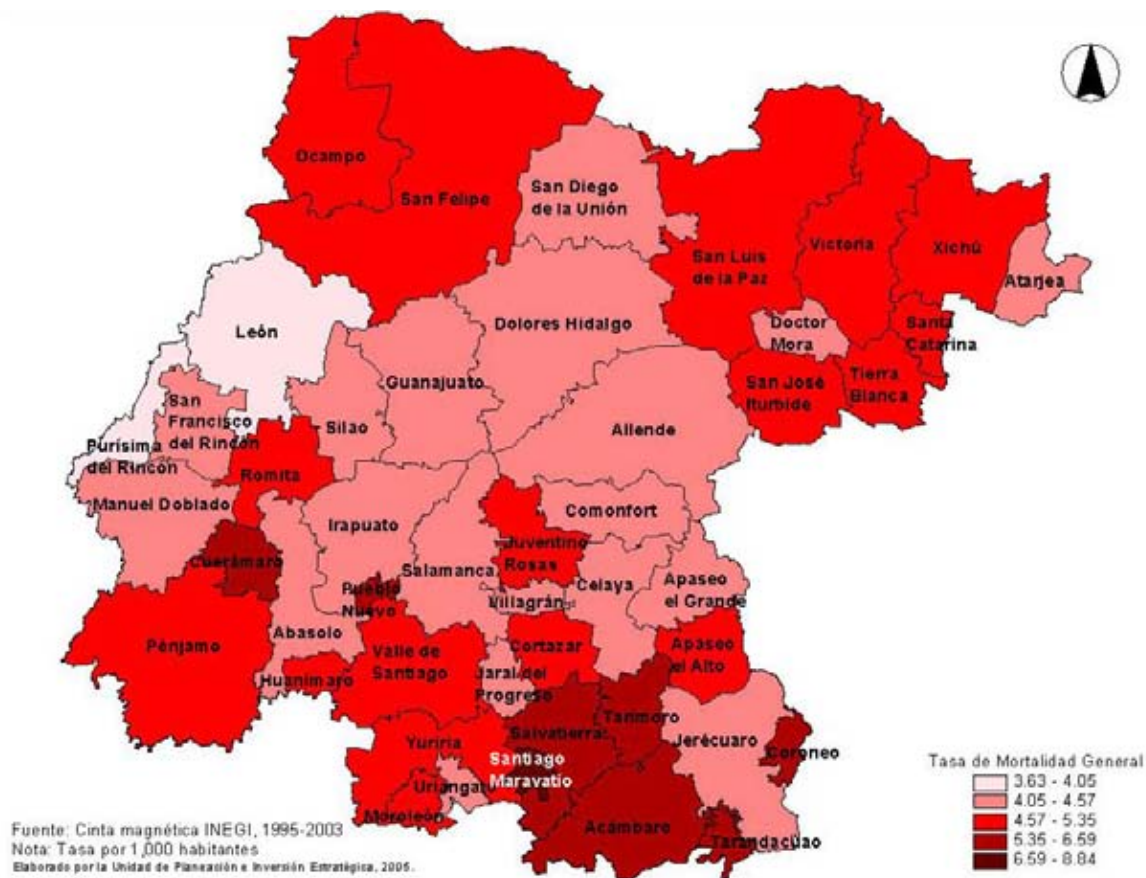
⁵⁶ SSG, 2001-2005.

La aportación solidaria familiar está diseñada para promover la justicia financiera y garantizar que ninguna familia se empobrezca por su aportación al sistema de salud. Además y según la lógica de la OMS, se propone una cuota similar para cada familia de acuerdo con su capacidad de pago. Para el funcionamiento del Seguro Popular de Salud, mediante un estudio socioeconómico se clasifica a la población de acuerdo

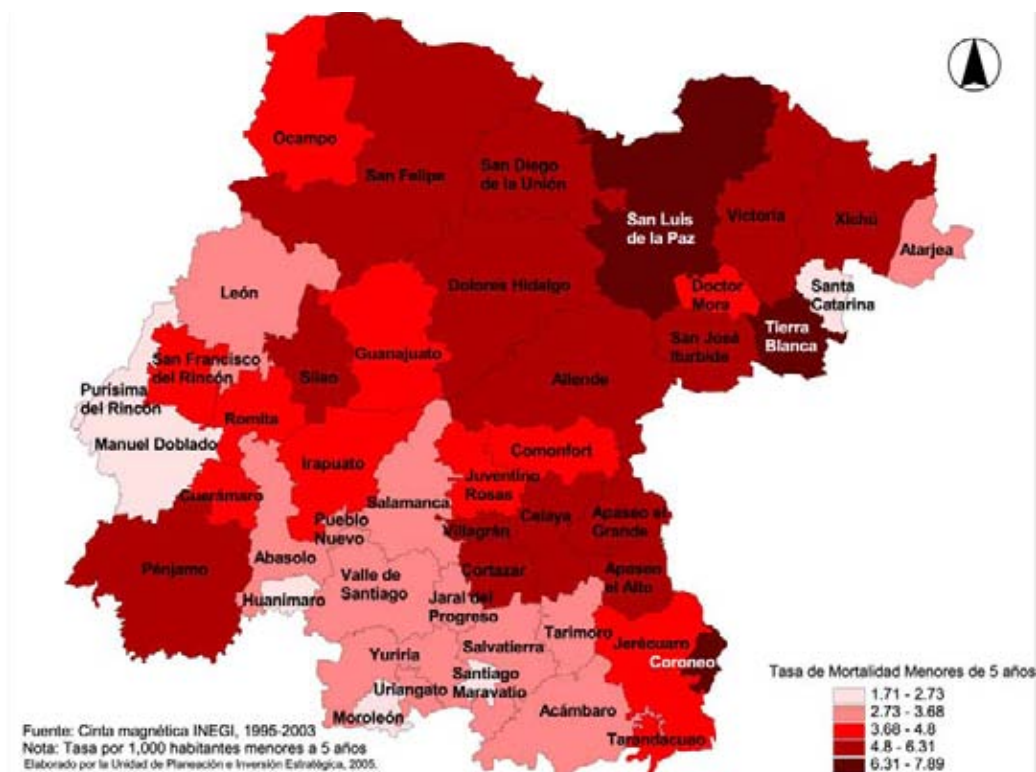
con su nivel de ingresos, y a partir de ello se determina la cuota o contribución anual de la familia. El aseguramiento de la población en las áreas rurales y la reducción del gasto de bolsillo en medicamentos y en atención ambulatoria deben tener un impacto en la justicia del financiamiento y el nivel de empobrecimiento.

ANEXO GRÁFICO

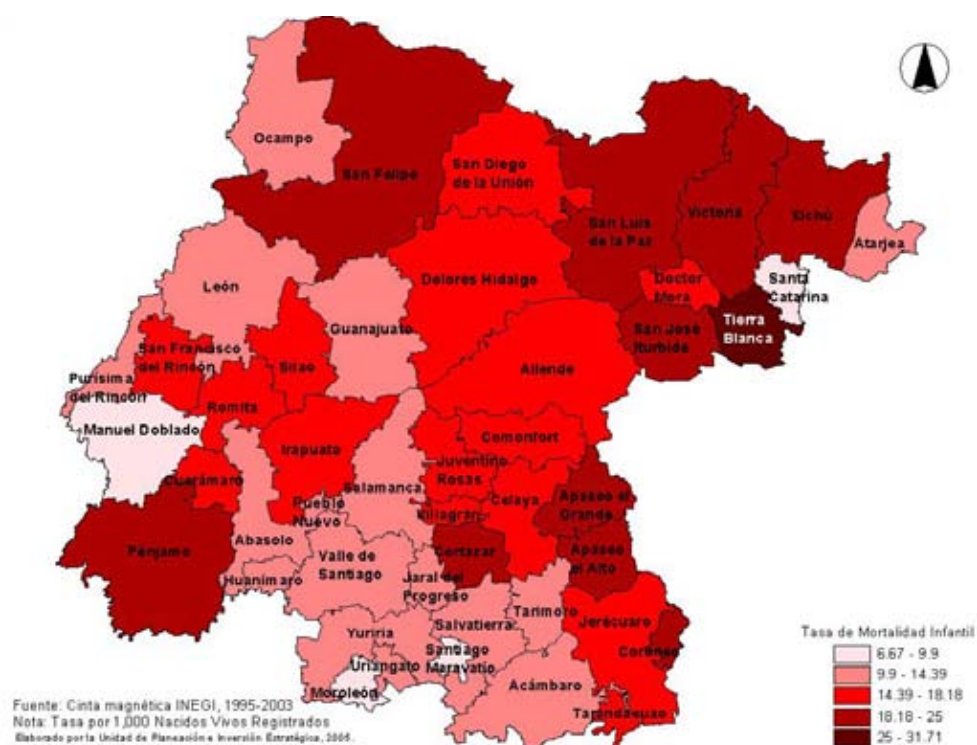
MAPA 2.1 TASA DE MORTALIDAD GENERAL, 2003



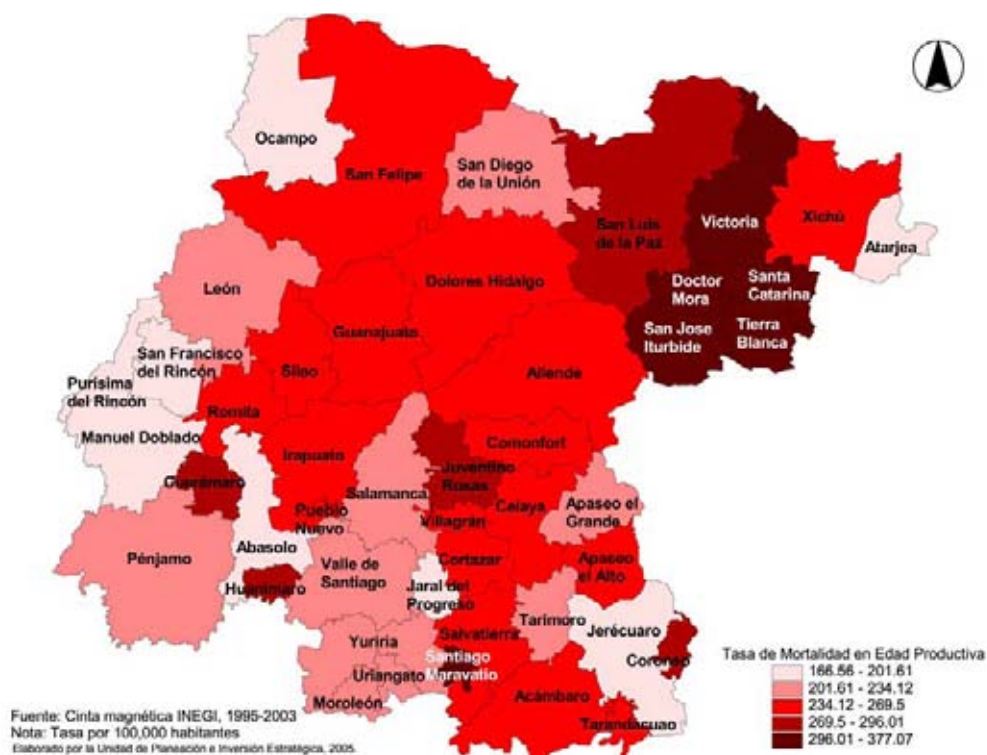
MAPA 2.2. MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS, 2003.



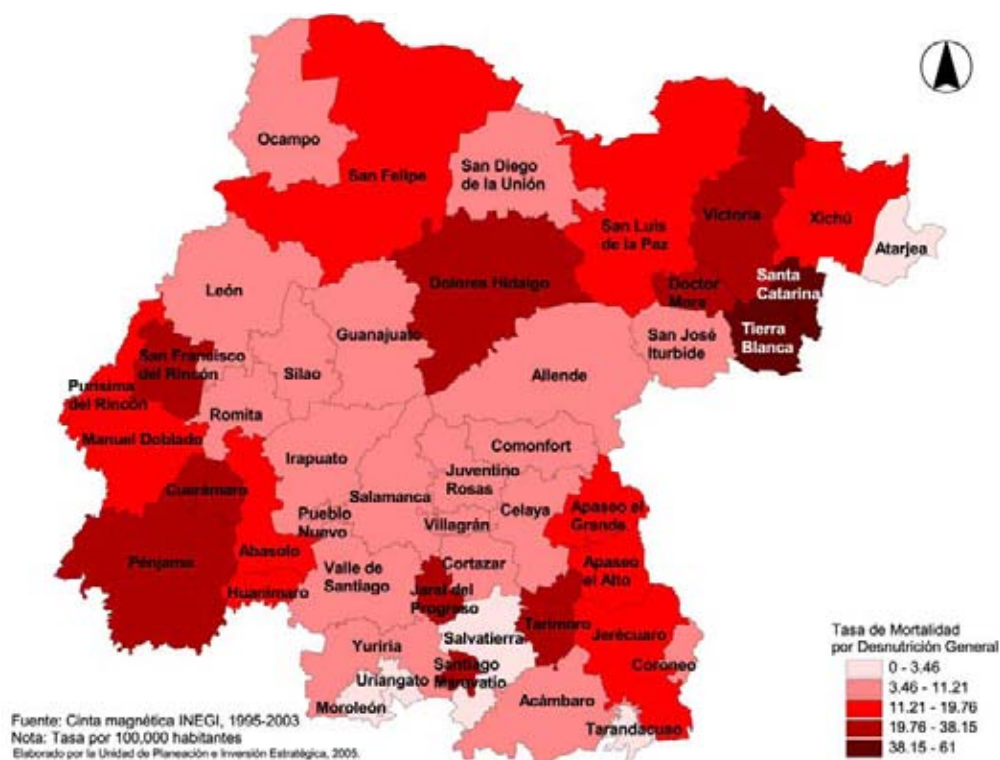
MAPA 2.3. MORTALIDAD INFANTIL, 2003.



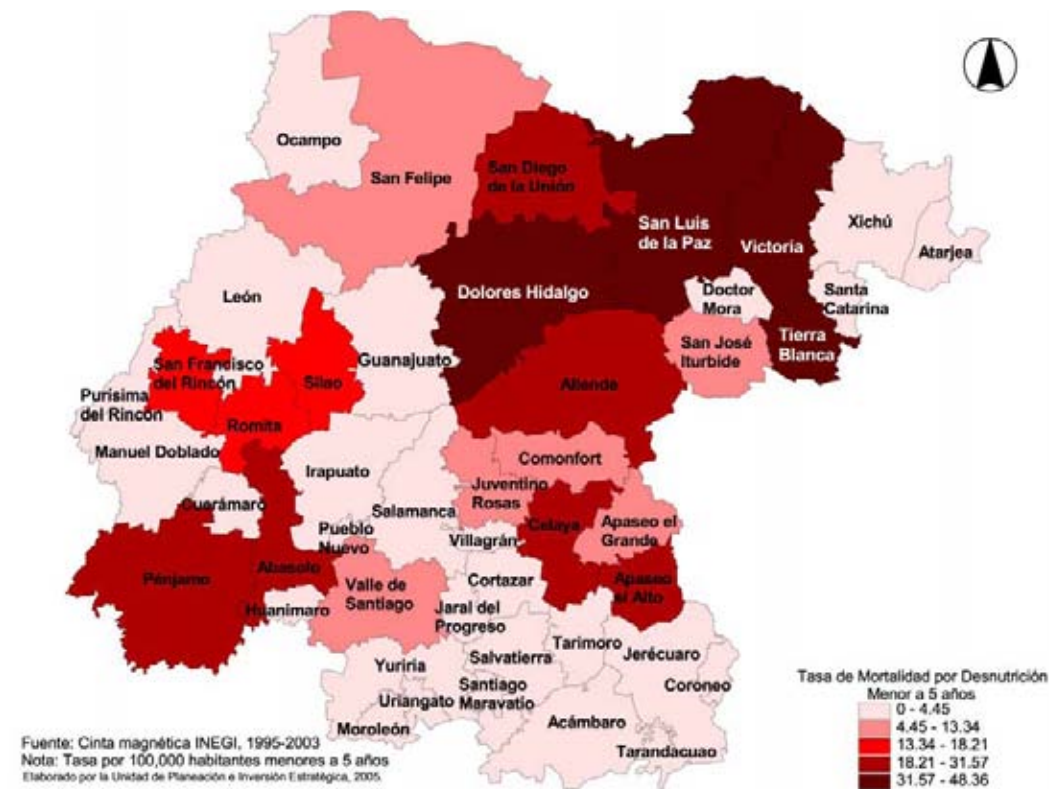
MAPA 2.4. MORTALIDAD EN EDAD PRODUCTIVA, 2003.



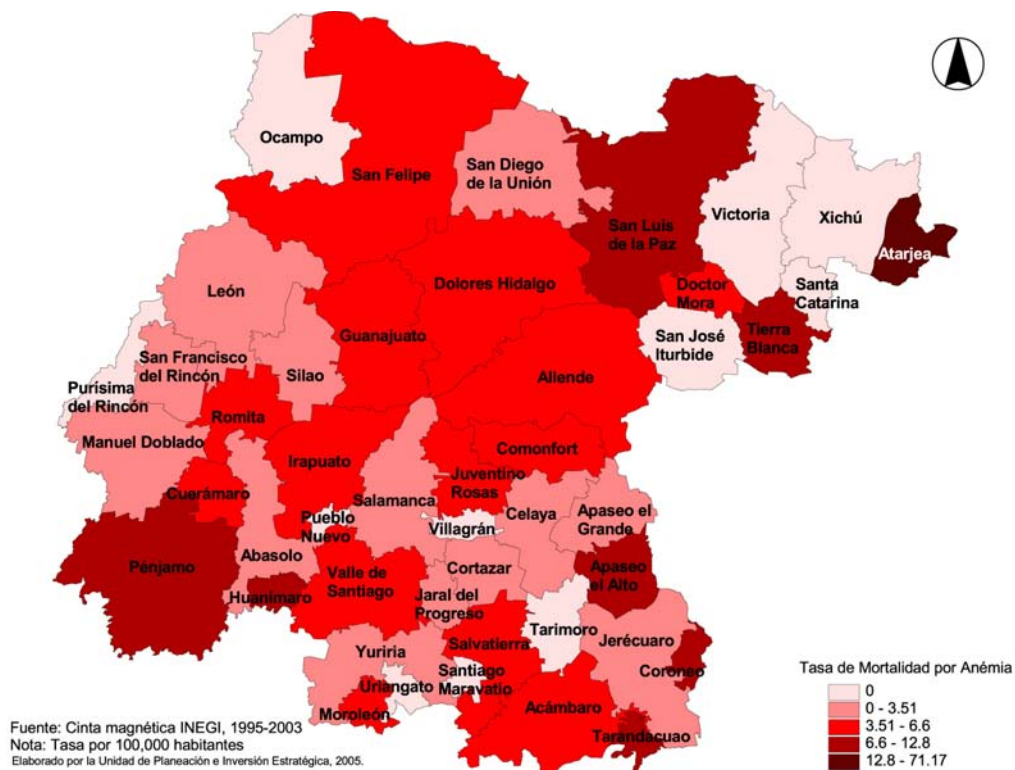
MAPA 2.5. MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN GENERAL, 2003.



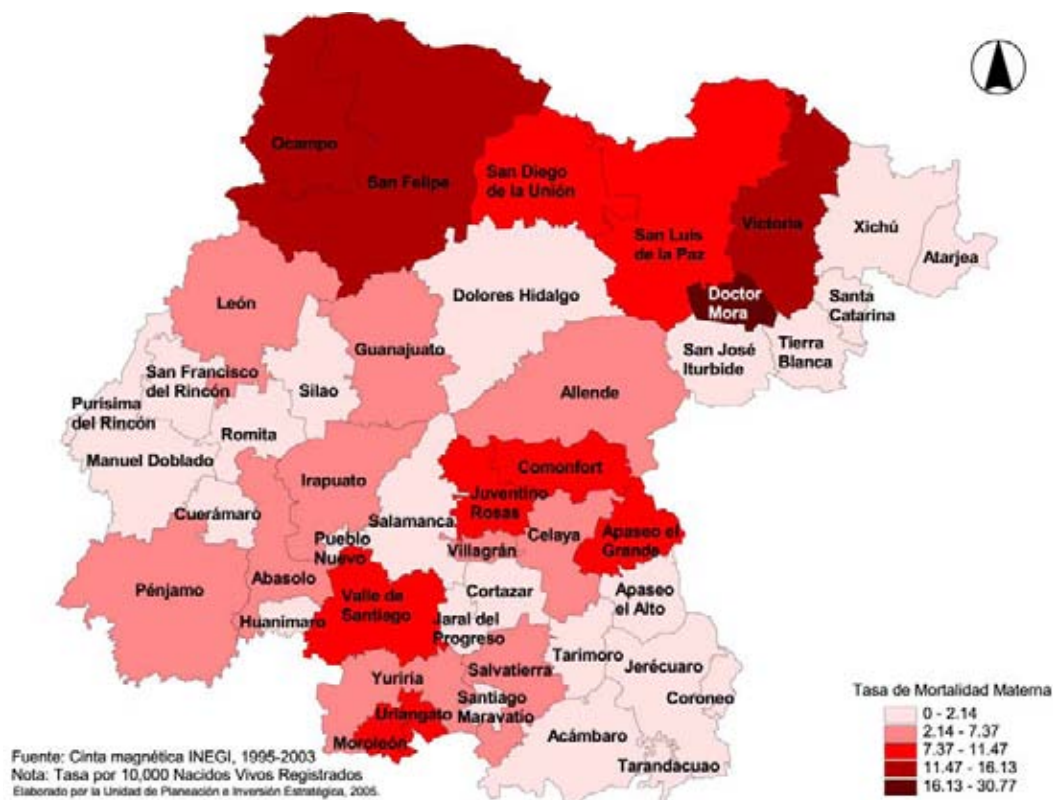
MAPA 2.6. MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS, 2003.



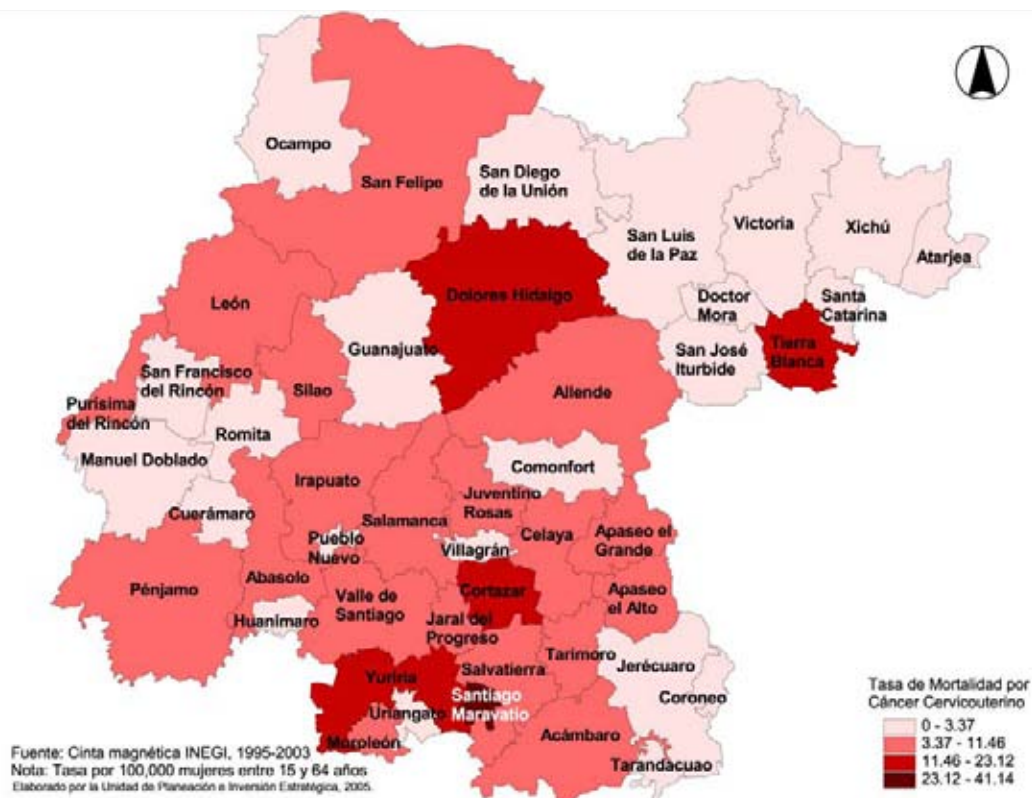
MAPA 2.7. MORTALIDAD POR ANEMIA, 2003.



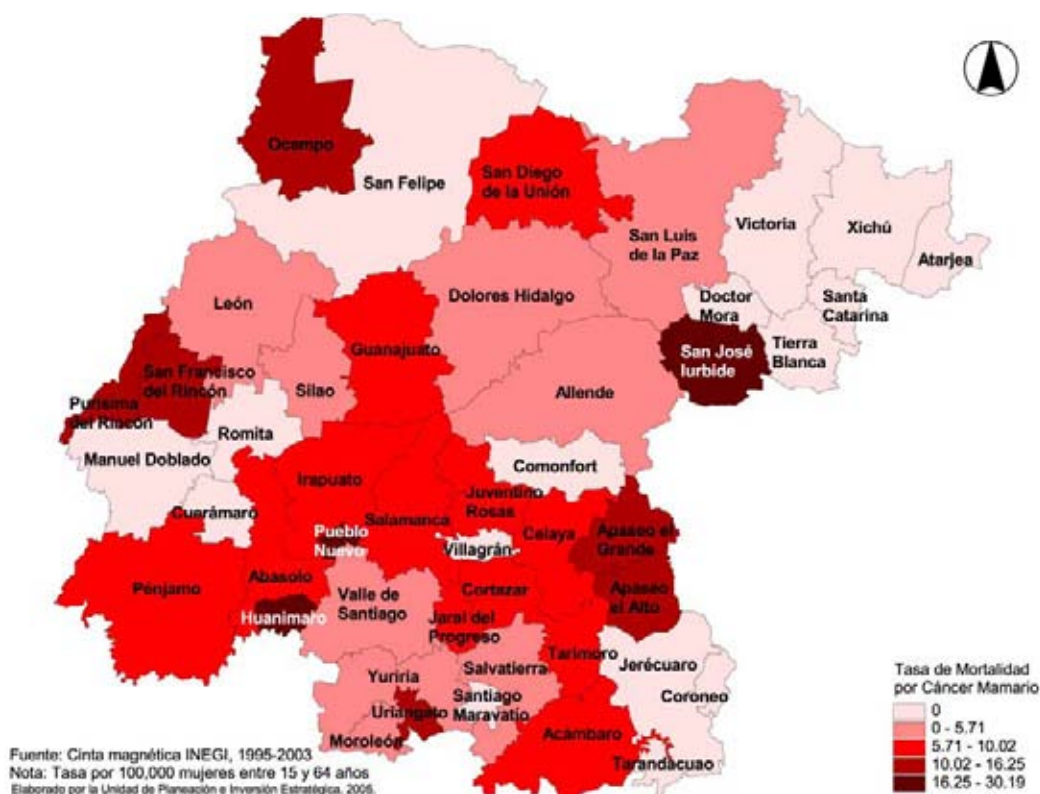
MAPA 2.8. MORTALIDAD MATERNA, 2003.



MAPA 2.9. MORTALIDAD POR CÁNCER CÉRVICO UTERINO, 2003.



MAPA 2.10. MORTALIDAD POR CÁNCER MAMARIO, 2003.



MAPA 2.11. MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR, 2003.

