

CAPÍTULO II

CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

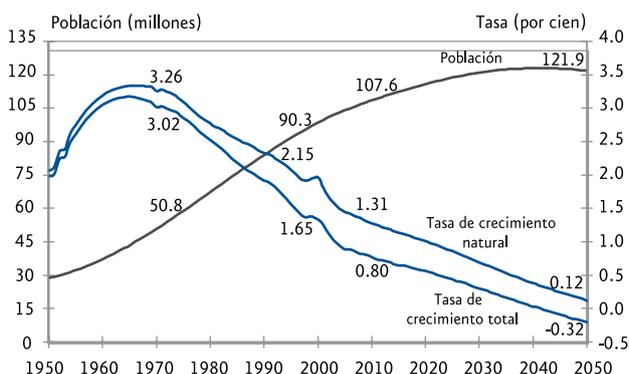
II.1 PANORAMA GENERAL DEL CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

II.1.1 TASAS DE FECUNDIDAD, MORTALIDAD Y CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

De acuerdo con las proyecciones demográficas, a mitad de 2009 la población del país alcanzará 107.6 millones, de los cuales 52.9 serán hombres y 54.7 mujeres. Se estima que durante el mismo año nacerán 1.94 millones de individuos y fallecerán 527 mil, lo cual equivale a un incremento natural de 1.31 individuos por cada cien habitantes. La migración internacional representará una pérdida de 556 mil personas, por lo que finalmente el incremento neto en 2009 será de 857 mil individuos, que representa una tasa de crecimiento total de 0.80% (véase gráfica II.1).

El ritmo de crecimiento de la población se ha desacelerado en las últimas décadas, no obstante, se observa que, en términos absolutos, ha continuado aumentando, situación que se resume en el proceso de inercia demográfica que experimenta el país.

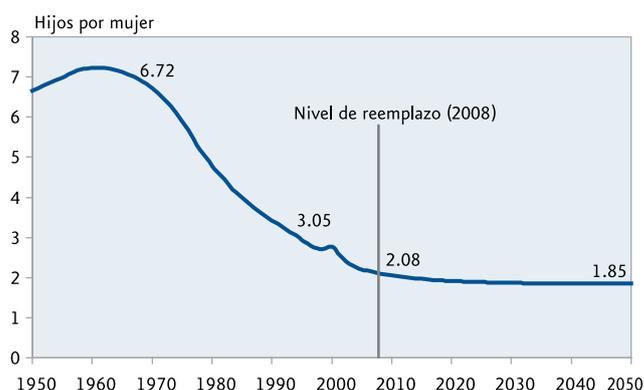
GRÁFICA II.1. POBLACIÓN Y TASAS DE CRECIMIENTO NATURAL Y TOTAL DE POBLACIÓN, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

La tasa global de fecundidad para 2009 se estima en 2.08 hijos por mujer, ligeramente por debajo del nivel de reemplazo generacional, es decir, el punto en el que cada mujer procreará, en promedio, una hija a lo largo de su vida reproductiva. En contraste, en 1994 el indicador llegaba a 3.05 hijos por mujer, lo que implica una disminución de 0.97 a lo largo de un periodo de 15 años (véase gráfica II.2).

GRÁFICA II.2. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

Estos datos reflejan un logro alcanzado, en gran medida, gracias a la reducción de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Asimismo, en 2009, la proporción de nacimientos que provienen de madres adolescentes (15 y 19 años) será de 15.1%, mientras que en 1976 eran 17.9%.

Por su parte, la esperanza de vida de los mexicanos ha aumentado diez años en las últimas tres décadas y, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad de 2009, los mexicanos vivirán, en promedio, 75.3 años, lo que representa 3.1 años más en comparación con 1994. Este indicador muestra diferencias entre sexos, ya que la esperanza de vida masculina es de 72.9 años y la femenina de 77.6, sin

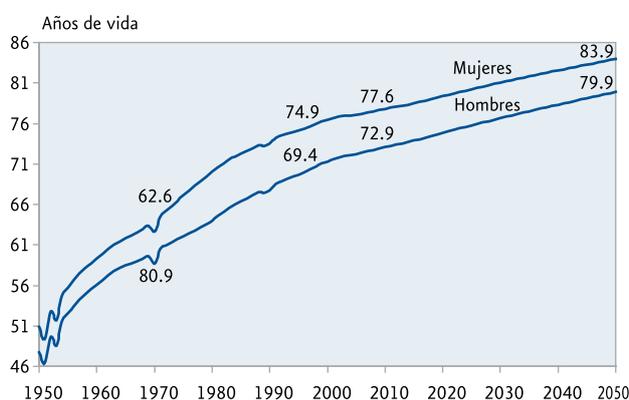
embargo, a partir de 1994 esta brecha ha disminuido 0.8 años (véase gráfica II.3).

En 1994, los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero mostraban una esperanza de vida por debajo de los 70 años; en contraste, el Distrito Federal, Baja California y Nuevo León eran las entidades con mayores expectativas de longevidad para sus habitantes. Durante el periodo de referencia todas las entidades presentan mejoras en el indicador: en Chiapas se registra el mayor aumento con 4.9 años, mientras en Coahuila se registró el menor con 1.8. En 2009, Quintana Roo, el Distrito Federal y Baja California concentran las mayores esperanzas de vida, y en el otro extremo están Guerrero, Veracruz y Chiapas. Se debe considerar la ocurrencia de una disminución de dos años en la brecha entre las entidades que ocupaban las posiciones extremas, al pasar de 4.7 años en 1994 a 2.7 en 2009.

La paulatina disminución en el número de nacimientos, además de un constante aumento en la esperanza de vida, implica cambios en la estructura por edad de la población. Para 2009 se estima un total de 30.9 millones de individuos entre 0 y 14 años, que representan el 28.7% de la población nacional (véase gráfica II.4). El grupo en edad laboral (de 15 a 59 años) agrupa a 62.8% del total (67.6 millones), mientras que la población de adultos mayores (de 60 años o más) asciende a 9.1 millones (8.5%).

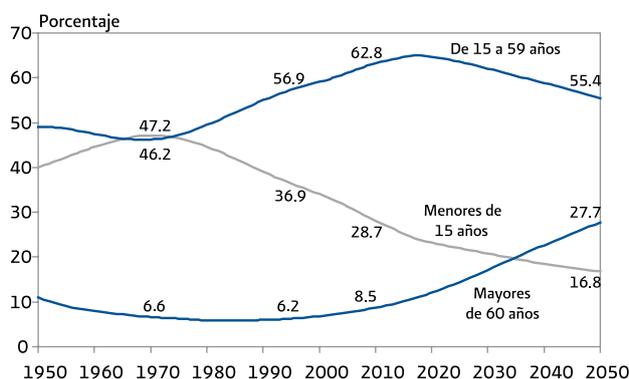
Otra forma de analizar los cambios en la estructura por edad, además de percibir el impacto que conlleva, es a través de la razón de dependencia, que es posible descomponer en juvenil (0-14 años) y de la tercera edad (65 años o más). En 2009 hay 43.9 menores de 15 años y 8.8 mayores de 64 por cada cien personas en edades laborales, es decir, una razón de dependencia total de 52.7, mientras que en 1994 la dependencia juvenil era de 62.7, y la senil de 7.3 dependientes por cada cien personas en edad laboral. Se prevé que este indicador alcanzará su mínimo en 2020 (45.5 dependientes por cada cien individuos en edades laborales), lo que implica una ventaja tem-

GRÁFICA II.3. ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO POR SEXO, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

GRÁFICA II.4. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD, 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

poral llamada bono demográfico, que debe ser aprovechada para sentar las bases que permitan anticipar y encarar con éxito las consecuencias sociales del proceso de envejecimiento demográfico.

La distribución territorial de la población nacional ha marcado una tendencia en la que un gran número de personas se concentra en pocas ciudades,

al mismo tiempo que aumenta la dispersión en miles de localidades pequeñas. En 2008, 24.5 millones de personas (23% del total nacional) residían en 185 mil localidades con menos de 2 500 habitantes, 14.3 millones (13%) residían en 2 700 localidades de entre 2 500 y menos de 15 mil habitantes y, finalmente, los restantes 68 millones vivían en 578 localidades con más de 15 mil habitantes.

II.1.2 NIÑOS Y JÓVENES

Uno de los factores estrechamente relacionados con el aumento en la esperanza de vida es el descenso en la tasa de mortalidad infantil, que pasó de 29.2 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1994 a 14.7 en 2009. La reducción anual de este indicador es cada vez menor, pues la mortalidad entre los menores de un año se explica cada vez menos por enfermedades prevenibles a bajo costo. En 1976 la reducción fue de 2.35, en 1994 de 1.3 y, finalmente, en 2009 es de 0.51 decesos por cada mil, lo cual se debe a que los casos son cada vez más aislados y por tanto es más difícil atenderlos.

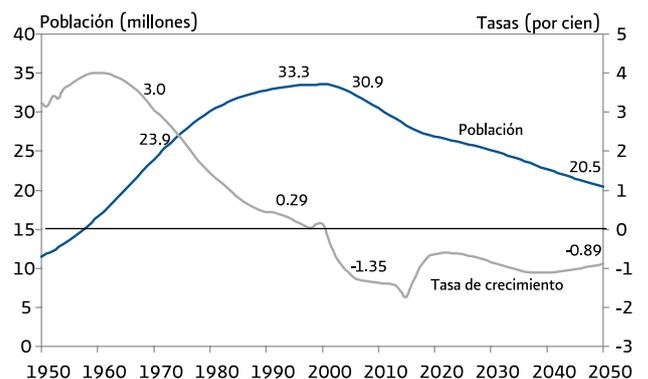
Chiapas, Oaxaca y Guerrero muestran los mayores niveles de mortalidad infantil para los años 1994 y 2009. En el extremo opuesto se ubican Nuevo León, el Distrito Federal y Baja California. La brecha entre las entidades se ha reducido en más de siete puntos (en 1994 la diferencia era de 18.0, mientras que en 2009 es de 10.4), lo que muestra que se han mitigado las disparidades regionales. Además, es notorio que, en promedio, todas las entidades han logrado reducir a la mitad la mortalidad infantil (véase Capítulo III).

Respecto a la educación, se estima que el monto de niños en edad de cursar la educación primaria (6 a 11 años) ha comenzado a descender y que el máximo de 13.4 millones, alcanzado en 2000 se reducirá en más de dos millones en los siguientes 14 años para ubicarse en 11.2 millones en 2015, lo que implica una reducción de la demanda de población

en edad de cursar la primaria de 18% en ese periodo. En tanto, los adolescentes que deben acudir a la secundaria (12 a 14 años) comenzarán a disminuir a partir de 2006 y su demanda se reducirá en 12%. Por su parte, la demanda potencial de educación media superior (15 a 17 años) iniciará el descenso en 2009, con una disminución de 5% en su demanda. En contraste, se prevé un notable aumento de la demanda de educación superior (18 a 24 años), que no comenzará su descenso hasta 2014, y entre 2000 y 2013 se incrementará su demanda en 6.9%.

Los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad representan cerca de 19% del total de la población mexicana en 2008, los adolescentes cerca de 10% y los adultos entre 20 y 24 años 9%. En general, se espera que el número de adolescentes en el país comience a disminuir de manera constante alrededor de 2012, mientras que la población de entre 20 y 24 años de edad comenzará a descender a partir de 2015, aproximadamente. El grupo de menores de 15 años ha tenido una tasa de crecimiento negativa desde 2000 y su número también comenzó a disminuir unos años después (véase gráfica II.5).

GRÁFICA II.5. POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES (MENORES DE 15 AÑOS), 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

El mayor reto que debe enfrentar la sociedad mexicana con respecto de sus jóvenes es, tal vez, su inclusión en la enseñanza superior y el mercado laboral. La población de entre 15 y 59 años, vinculada tanto a la demanda de empleo como de educación superior (subgrupo de 15 a 24 años), aumentó de 23.5 a 65.1 millones entre 1970 y 2004. En este mismo periodo el ritmo de crecimiento del grupo varió de 3.4 a 1.9% anual, y su peso relativo aumentó de 46.3 a 61.8%.

Por su parte, el grupo de la población en edades laborales continuará aumentando, dominado por la inercia demográfica del pasado, durante algunos años más. Para 2010, los miembros de este grupo habrán superado los 72 millones de personas y representarán 64.5% de la población nacional; en 2015 llegarán a 76.2 millones (65.5%) y en 2030 a 79.1 millones (62.2%). Este comportamiento significará una fuerte presión sobre la oferta de educación media superior y superior y sobre los mercados laboral y habitacional. Se prevé, por ejemplo, que la matrícula escolar en el nivel medio superior aumentará cerca de 70% durante los próximos diez años, en tanto que la del nivel superior lo hará en alrededor de 50%. El número de personas que integran este grupo continuará aumentando en las próximas décadas y con ello también lo hará el potencial productivo y de creación de riqueza de nuestro país. No obstante, es importante recordar que este potencial no podrá realizarse sin las necesarias inversiones en salud, educación, capacitación laboral y creación de empleos.

En México, la proporción de mujeres entre 15 y 19 años que ya han iniciado su sexualidad tiende a disminuir, pues pasó de 20.4% en 1995, a 19.0 en 2003, para colocarse en 18.8% en 2006. Esto apuntaría hacia un ligero incremento en la edad a la primera relación sexual entre los adolescentes. La edad promedio a la primera relación sexual aumentó de 17.2 en 1995 a 17.4 en 2005 (17.3 para los hombres y 17.6 para las mujeres).

Sin embargo, resulta preocupante que seis de cada diez mujeres no utilizan métodos anticoncep-

tivos en su primera relación sexual, y la proporción es incluso menor entre los hombres (tres de cada diez) lo cual sugiere, además, situaciones de marcada desigualdad de género con respecto a las prácticas sexuales de los jóvenes. Estos datos contrastan con las elevadas proporciones de adolescentes que declaran tener algún tipo de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (97% en 2006). En todo caso, preocupa que aún no se logre hacer un uso sistemático de este tipo de medidas de prevención.

Ahora bien, entre las adolescentes unidas, el uso de métodos anticonceptivos presenta una disminución importante, pues en 1997 la prevalencia observada era de 45% y para 2006 disminuyó a 39.4%. Por otra parte, entre las mujeres unidas de este grupo de edad, la demanda insatisfecha, es decir, el no uso de métodos anticonceptivos a pesar de que no se desea tener más hijos, fue de 35.6% en 2006, nueve puntos porcentuales más que la registrada alrededor de diez años atrás. Esta situación podría deberse a una disminución paulatina del peso específico de la maternidad dentro del proyecto de vida de las adolescentes, sin embargo, dicho cambio aspiracional no ha podido concretarse en los hechos.

Entre las principales causas de muerte de este grupo de la población se encuentran los accidentes y las lesiones intencionales, en particular los homicidios y los suicidios. Por otra parte, inquieta de manera particular el aumento observado en las muertes provocadas por padecimientos hasta ahora incurables, como el cáncer y el VIH/SIDA.

La mortalidad en esta fase del ciclo vital también muestra un comportamiento diferenciado con respecto al sexo de los individuos. Por cada muerte femenina ocurren, en promedio, 2.4 defunciones masculinas (véase Capítulo III).

II.1.3 ADULTOS MAYORES

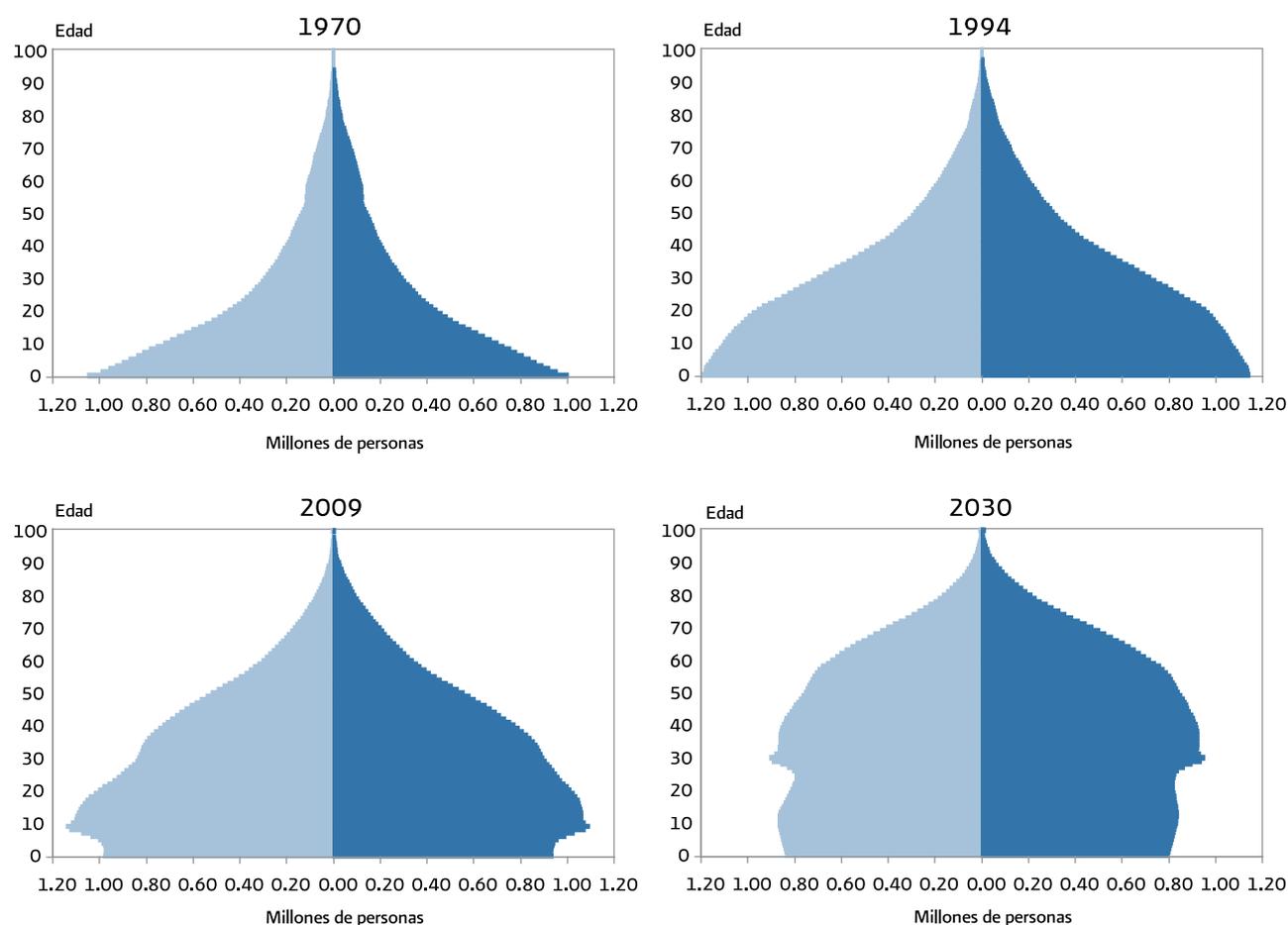
El reto demográfico del siglo XXI es el envejecimiento de la población. México, como muchos otros países

en desarrollo, está inmerso en un proceso de envejecimiento demográfico, cuya intensidad va a acelerarse en las próximas décadas. Este proceso adquiere relieves sobresalientes en nuestro país por la escala que alcanzará, por los plazos en extremo breves en que tendrá lugar, y porque se inicia en condiciones en las que el desarrollo presenta enormes rezagos y profundas disparidades sociales.

Actualmente, México se sitúa en los márgenes de una fase posterior del proceso de transición demo-

gráfica, que se caracteriza por una fecundidad cercana al nivel de reemplazo, o por debajo de él, y una esperanza de vida que continúa su ascenso, pero esta vez con mayores ganancias en las edades intermedias y avanzadas. En el transcurso de la primera mitad de este siglo, estas tendencias seguirán teniendo profundas repercusiones en la estructura por edad de la población y se manifestarán en un acelerado proceso de envejecimiento demográfico, tal como ilustra la gráfica II.6.

GRÁFICA II.6. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN, 1970-2030



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

Entre las principales causas de muerte de la población masculina en los adultos mayores¹ se encuentran las enfermedades cardiovasculares, que ocuparon el primer lugar en 2005, con porcentajes que no han variado significativamente en tiempos recientes (alrededor de 30% de las defunciones). En segundo lugar se encuentran las defunciones asociadas a neoplasias, que se incrementaron en poco menos de cinco puntos porcentuales entre 1980 y 2005, para ubicarse en 14.4% de las defunciones de mexicanos mayores de 60 años. La diabetes casi triplicó su peso relativo de un poco más de 5% a cerca de 14.2% en el mismo periodo, por lo que pasó del séptimo al tercer lugar como causa de muerte. En contraste, las defunciones asociadas a infecciones respiratorias, así como intestinales y parasitarias, disminuyeron gradualmente su importancia hasta ubicarse como las causas novena y décima de muerte entre los adultos mayores, respectivamente.

Las mexicanas de 60 años y más tienen como principal causa de muerte las enfermedades cardiovasculares, una de cada tres defunciones se debe a este padecimiento. A diferencia de lo que pasa entre los hombres, la diabetes *mellitus*, que duplicó su presencia al pasar de 7.6 a 18.6% entre 1980 y 2005, se ubica como la segunda causa de muerte. La tercera causa de muerte son los tumores malignos, que también incrementaron su proporción en poco menos de tres puntos porcentuales y ocasionan 12.7% de las muertes de mujeres mayores en 2005.

En la actualidad sólo una minoría de adultos mayores tiene acceso a una pensión. La proporción de personas de 60 años y más que recibieron una pensión se sitúa en 21.6% y parece presentar un leve incremento en el periodo que transcurrió entre 2000 y 2007. Este grupo está compuesto por quienes labo- raron durante la mayor parte de su vida activa en empleos formales, ya sea del sector público o del privado. Pueden considerarse como un grupo privilegiado, pues disponen de una fuente permanente de ingre-

sos y no dependen completamente de una ocupación o de su familia para satisfacer sus necesidades. En la actualidad, se estima que alrededor de un tercio de la población económicamente activa ocupada cuenta con seguridad social, por lo que puede esperarse que en el futuro se incremente moderadamente la proporción de adultos mayores que cuenta con acceso a pensiones.

La mayoría de los adultos mayores que trabajan se encuentra en empleos de baja productividad y sin acceso a prestaciones laborales. En el conjunto de la población de 60 años y más, 29.1% tiene alguna actividad laboral, del cual, 80.5% se encuentra en el sector informal. La alta proporción de ocupaciones informales entre los adultos mayores indica que su incorporación al trabajo se presenta en condiciones de alta precariedad, en que predominan los bajos ingresos, la falta de prestaciones y la inestabilidad laboral.

Por otro lado, se suma a dicha problemática la alta proporción de analfabetismo presente en este grupo de edad. De acuerdo con el conteo de 2005, 23.9% de los adultos mayores que tienen entre 60 y 69 años es analfabeta, pero la proporción aumenta a 32.6 y 42.9% entre los que tienen entre 70 y 84 años y los mayores de 85 años, respectivamente (véase cuadro II.1).

En síntesis, durante las próximas décadas México experimentará un acelerado proceso de envejecimiento demográfico (véase gráfica II.7), el cual ocurrirá en un lapso bastante menor al observado en países de-

CUADRO II.1. PORCENTAJE DE ADULTOS MAYORES ANALFABETAS POR GRUPO DE EDAD, 2005

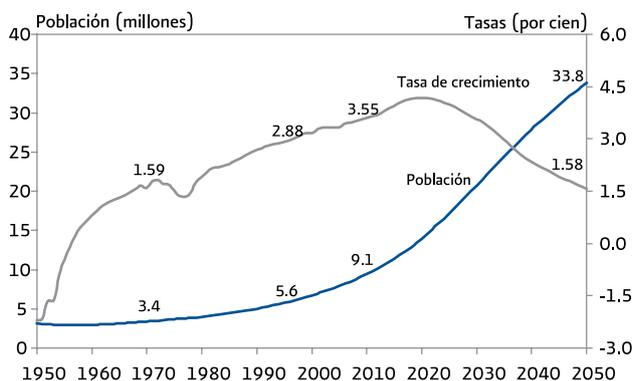
GRUPO DE EDAD	PORCENTAJE
60 A 69 AÑOS	23.9
70 A 84 AÑOS	32.6
85 Y MÁS AÑOS	42.9

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI, II Conteo de Población y Vivienda 2005.

¹ 60 o más años de edad.

sarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. Esto significa que se tendrá menos tiempo y se dispondrá de menores recursos para adaptarse a las consecuencias sociales del envejecimiento de la población, por lo que debemos anticiparnos a ellas e instrumentar desde hoy estrategias y programas que nos permitan afrontar con éxito los desafíos por venir.

GRÁFICA II.7. POBLACIÓN Y TASA DE CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES (65 AÑOS O MÁS), 1950-2050



Fuente: Estimaciones del CONAPO.

II.1.4 INDÍGENAS

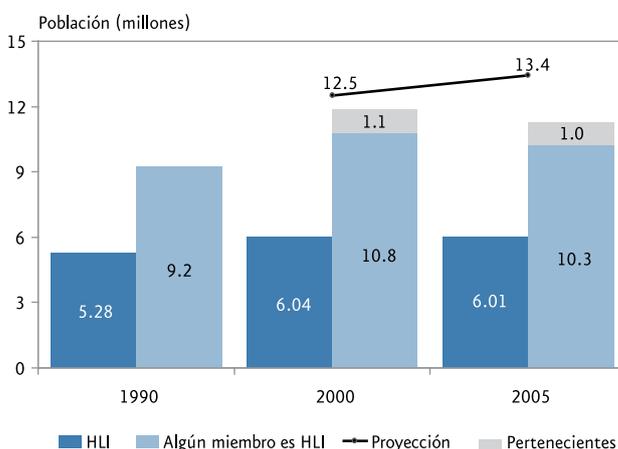
Con base en los atributos lingüísticos y de autoadscripción, se estima en 8.03 millones de personas la población indígena en el país, cifra que puede ser considerada como el tamaño mínimo de este grupo, y el cual se divide en tres componentes, de acuerdo con datos de 2000:

- 6.04 millones de personas de cinco años o más que en el censo se declararon hablantes de lengua indígena.
- 1.1 millones de personas mayores a cinco años que, aun cuando no hablan lengua indígena, dijeron pertenecer a un grupo indígena.

- 886 mil niños menores de cinco años que viven en hogares indígenas.

Según datos del conteo de 2005, la población indígena se mantuvo estable desde 2000. Un total de 6.01 millones declararon hablar lengua indígena, 10.3 millones de personas viven en hogares donde al menos un miembro es hablante de lengua indígena y un millón dijo pertenecer a un grupo indígena aun cuando no habla lengua indígena. Finalmente, de acuerdo con las proyecciones de la población indígena elaboradas por el CONAPO, este grupo de población se estimó en 13.4 millones para 2050 (véase gráfica II.8).

GRÁFICA II.8. POBLACIÓN EN HOGARES INDÍGENAS SEGÚN DISTINTOS CRITERIOS, 1990-2005



Fuente: Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas, 2000-2010. CONAPO, 2005.

En la actualidad se identifican por lo menos 62 grupos etnolingüísticos en México, cifra considerablemente menor a los 150 que se considera existían antes de la Conquista. La lengua indígena más hablada es el náhuatl, con una población de 1 millón 376 mil hablantes, que representan 22.9% de los hablantes de lengua indígena (HLI) del país. Le siguen en número los hablantes de maya, con 759 mil

hablantes (12.6%); los de mixteco y zapoteco, con poco más de 400 mil hablantes, cada uno (7 y 6.8%, respectivamente); los hablantes de tzeltal y tzótil, con 371 y 330 mil personas, cada uno; los hablantes de otomí, totonaco y mazateco, con poco más de 200 mil hablantes, cada uno; y los hablantes chol, con 185 mil. Estas diez lenguas indígenas, concentran a 4.5 millones de personas y representan a tres de cada cuatro HLI del país (véase cuadro II. 2).

El volumen de hablantes de las lenguas indígenas varía entre los 62 grupos etnolingüísticos, aun-

que los principales grupos han disminuido durante el último quinquenio. Se observa que 24 lenguas presentan un aumento de hablantes durante el periodo 1990-2000 y posteriormente un descenso entre 2000 y 2005. En conjunto, estas lenguas descendieron el número de hablantes en 6.3% en este lustro. Es importante señalar que en este grupo de lenguas se encuentran siete de las diez principales y todas ellas albergan a 77.8% del total de HLI. En la gráfica II.9 se muestra la evolución de las seis principales lenguas indígenas desde 1895 hasta 2005.

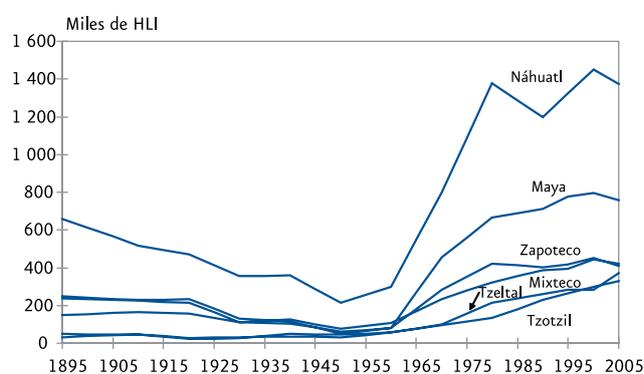
CUADRO II.2. PRINCIPALES LENGUAS INDÍGENAS HABLADAS EN MÉXICO, 1990-2005

LENGUA INDÍGENA	1990	1995	2000	2005
TOTAL	5 282 347	5 483 555	6 044 547	6 011 202
NÁHUATL	1 197 328	1 325 440	1 448 936	1 376 026
MAYA	713 520	776 824	796 314	759 000
MIXTECO ^A	386 874	393 168	444 498	421 327
ZAPOTECO ^A	403 508	418 610	452 893	410 901
TZELTAL	261 084	283 260	284 826	371 730
TZOTZIL	229 203	263 611	297 561	329 937
OTOMÍ	280 238	283 263	291 722	239 850
TOTONACA	207 876	214 192	240 034	230 930
MAZATECO	168 374	180 130	214 477	206 559
CHOL	128 240	141 747	161 766	185 299
HUASTECO	120 739	127 500	150 257	149 532
CHINANTECAS ^A	109 100	117 003	133 374	125 706
MIXE	95 264	101 489	118 924	115 824
MAZAHUA	127 826	120 727	133 430	111 840
PUREPECHA	94 835	107 950	121 409	105 556
OTRAS LENGUAS	758 338	628 641	754 126	871 185

Nota: A/ Se agruparon todas las variantes de esta lengua.

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en censos y conteos de 1990, 1995, 2000 y 2005.

GRÁFICA II.9. NÚMERO DE HABLANTES DE LENGUAS SELECCIONADAS, 1895-2005



Fuente: Proyecciones de indígenas de México y de las entidades federativas, 2000-2010. CONAPO, 2005.

Por otra parte, la población indígena se concentra en seis estados, donde residen 7.81 millones de ellos:

- 2.02 millones en Oaxaca.
- 1.19 millones en Veracruz.
- 1.19 millones en Chiapas.
- 1.18 millones en Yucatán.
- 1.17 millones en el Estado de México.
- 1.06 millones en Puebla.

Como se puede ver en el mapa II.1, en 20% de los municipios del país (489 de los 2 443 municipios) al menos siete de cada diez habitantes son indígenas y en ellos residen 4.8 millones de personas, de los cuales 4.3 millones son indígenas, la mayoría hablante de lengua indígena (73.3%). Asimismo, en 179 municipios (7.1%) entre cuatro y siete de cada diez habitantes son indígenas y en ellos viven 1.86 millones de indígenas, de los cuales 57.9% es hablante de lengua indígena; de modo que en los municipios clasificados como indígenas (con 40% o más de población indígena) radica 57.1% del total de la población indígena estimada y 69.8% de los hablantes.

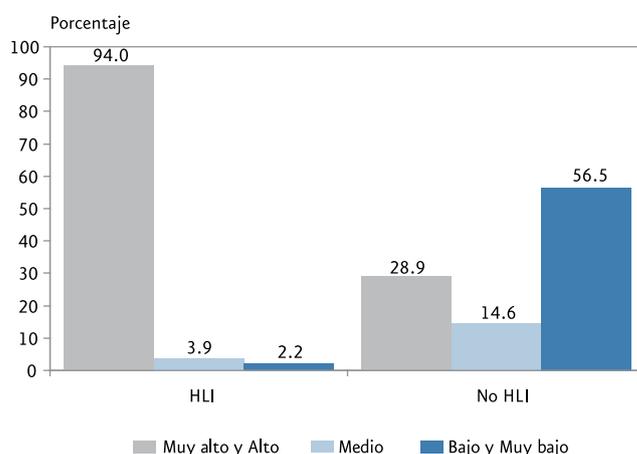
Por su parte, en los municipios con presencia indígena moderada, se concentra 37.1% de la pobla-

ción indígena del país y 26.7% de los hablantes, lo que equivale a casi cuatro millones de indígenas y 1.6 millones de hablantes. La mayor concentración se presenta en 119 municipios urbanos del país con al menos diez mil indígenas en cada uno, donde radican casi tres millones de indígenas.

El comportamiento demográfico de la población indígena en México está estrechamente asociado a la pobreza y al rezago socioeconómico que padecen sus integrantes, así como a la dispersión y al relativo aislamiento en el que viven, lo que da forma a un régimen caracterizado por una fecundidad temprana y elevada, intervalos cortos entre nacimientos, así como un perfil epidemiológico que tiene como rasgos principales una elevada mortalidad (infantil y general) y patrones de enfermedad y muerte donde predominan la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias.

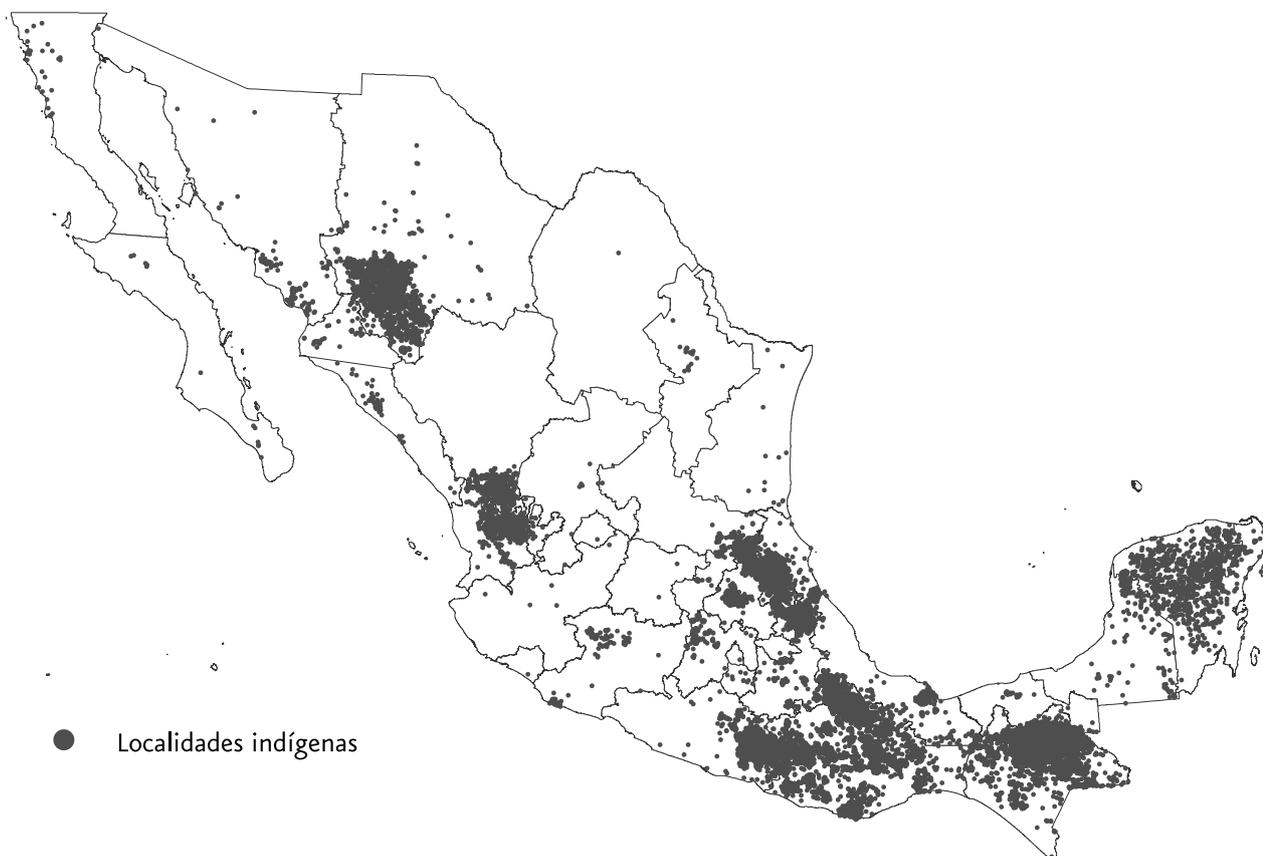
La desigualdad en la que viven los hablantes de lengua indígena queda ejemplificada en la gráfica II.10 donde se distingue el grado de marginación. 94% de

GRÁFICA II.10. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN HABLANTE DE LENGUA INDÍGENA EN LAS LOCALIDADES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS POR GRADO DE MARGINACIÓN, 2005



Fuente: CONAPO, Índice de marginación a nivel localidad, 2005.

MAPA II.1. LOCALIDADES INDÍGENAS CON MÁS DE DOS VIVIENDAS, SEGÚN LENGUA INDÍGENA PREDOMINANTE, 2000



Fuente: Estimaciones del CONAPO a partir del XII Censo de Población y Vivienda 2000. Principales resultados por localidad.

la población hablante de lengua indígena vive en localidades de muy alto y alto grado de marginación, en contraste con 28.9% de la población no hablante. En tanto, sólo 2.2% de la población hablante de lengua indígena reside en localidades de bajo y muy bajo grado de marginación, en comparación con 56.5% de la población no hablante.

Asimismo, los niveles de analfabetismo entre indígenas son, por lo general, de más del doble respecto a los no indígenas y siempre mayores que el promedio (véase cuadro II.3). Por ejemplo, en el grupo de 10 a 24 años, el analfabetismo entre la población indígena es de 6.6% y de 1.6% entre la población no

CUADRO II.3. PORCENTAJE DE POBLACIÓN ANALFABETA POR CONDICIÓN DE INDÍGENISMO Y GRUPO DE EDAD, 2005

GRUPO DE EDAD	PORCENTAJE		
	TOTAL	INDÍGENAS	NO INDÍGENAS
10 A 24 AÑOS	2.2	6.6	1.6
25 A 39 AÑOS	4.4	18.7	3.2
40 A 59 AÑOS	10.5	36.7	8.0
60 A 69 AÑOS	23.9	57.7	20.1
70 A 84 AÑOS	32.6	64.4	29.0
85 Y MÁS AÑOS	42.9	71.3	39.3

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005.

indígena. Además, conforme avanza la edad, el analfabetismo se incrementa.

En materia de retos sociales, es importante notar que la población indígena es más joven que el resto de la población mexicana. Un buen ejemplo de esto se presenta en la frontera sur de nuestro país, cuya concentración de HLI es mayor en esta zona que a nivel nacional. Además, muchos de los hogares indígenas en esta zona se encuentran en localidades rurales dispersas en una amplia extensión de territorio geográficamente heterogéneo. Esto se observa de manera más clara en la gráfica II.11 donde se presenta la estructura por edad de la población que habita en hogares indígenas, según condición de habla de lengua originaria (véase gráfica II.8). Incluso dentro de los hogares considerados como indígenas podemos encontrar diferencias en las estructuras por edades: mientras que 43.1% de los HLI tiene menos de 15 años, entre los no hablantes es uno de cada tres (35.2%). En cuanto a la población en edad laboral (15 a 64 años), es mayor la proporción entre los no hablantes (53.5% y 60% para hablantes y no hablantes, respectivamente), al igual que la proporción de adultos mayores (3.5% entre los hablantes frente a 4.8% de los HLI).

En las pirámides de población es evidente que la fecundidad es mayor entre el grupo de población indígena (véanse gráficas II.6 y II.11); también se puede observar una fuerte reducción en las edades intermedias, principalmente entre los hombres, debido posiblemente a una mayor migración. Por último, es importante señalar que la menor proporción de personas de 65 años de edad y más puede ser consecuencia de la sobremortalidad que presentan los indígenas.

II.1.5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD¹

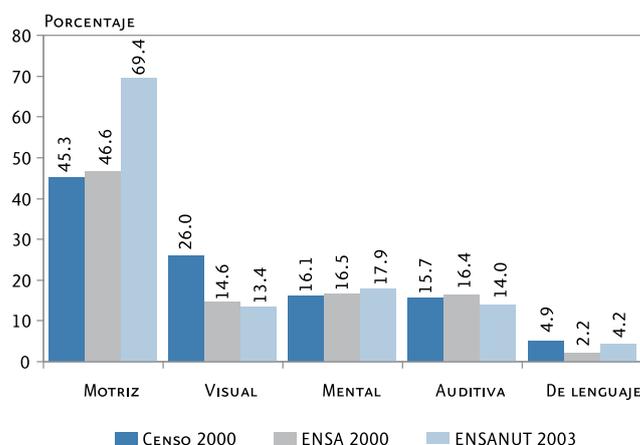
Existen antecedentes sobre intentos de mediciones relativas a la discapacidad en diversos eventos estadísticos, el tema como tal se incluyó hasta el XII

¹ Se agradece la colaboración para la realización de este apartado a la Subdirección de Estadística de Salud y Discapacidad del INEGI.

Censo General de Población y Vivienda, lo que ha permitido ampliar los conocimientos sobre este grupo de la población. Anteriormente, la captación de este tipo de información era desde otra perspectiva conceptual, generalmente basada en defectos físicos y mentales (véase cuadro II.4).

A pesar de que existe información reciente sobre esta población, el censo de 2000 sigue siendo la mejor opción para mostrar sus características socio-demográficas. El mismo, identifica que cerca de 1.8 millones de mexicanos padecen algún tipo de discapacidad, de los cuales alrededor de 814 mil tienen alguna limitación motriz (45.3%), 467 mil son invidentes o débiles visuales (26.0%), alrededor de 300 mil tienen alguna discapacidad mental (16.1%), 280 mil una auditiva (15.7%), y las discapacidades del lenguaje (4.9%) y otras agrupan a poco más de 100 mil personas (véase gráfica II.12).

GRÁFICA II.12. PREVALENCIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR TIPO DE DISCAPACIDAD, 2000-2006

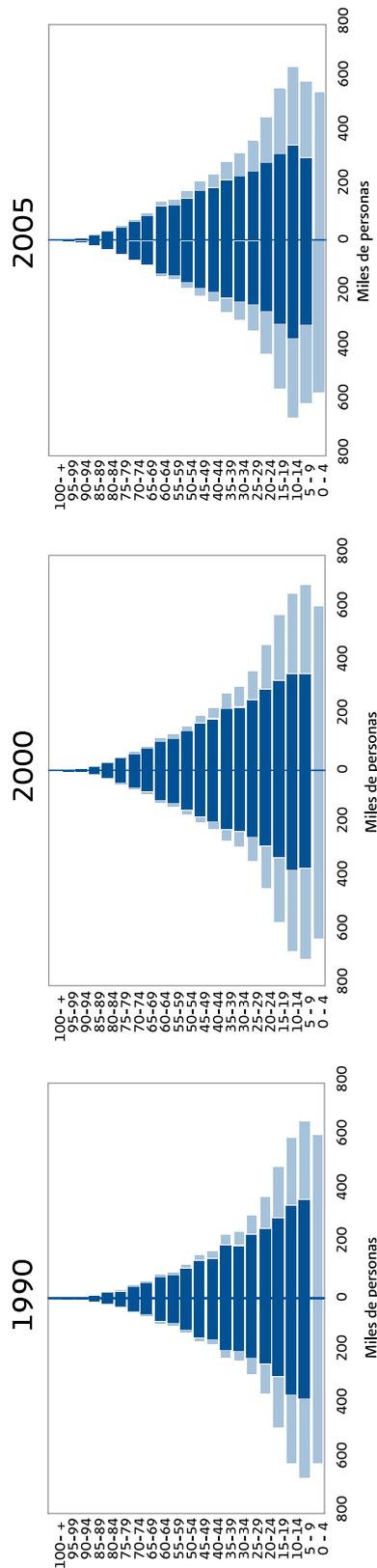


Fuente: INEGI, La información sobre discapacidad en México, H. Cámara de Diputados. Comisión de Atención a Grupos Vulnerables, 31 de julio, 2007.

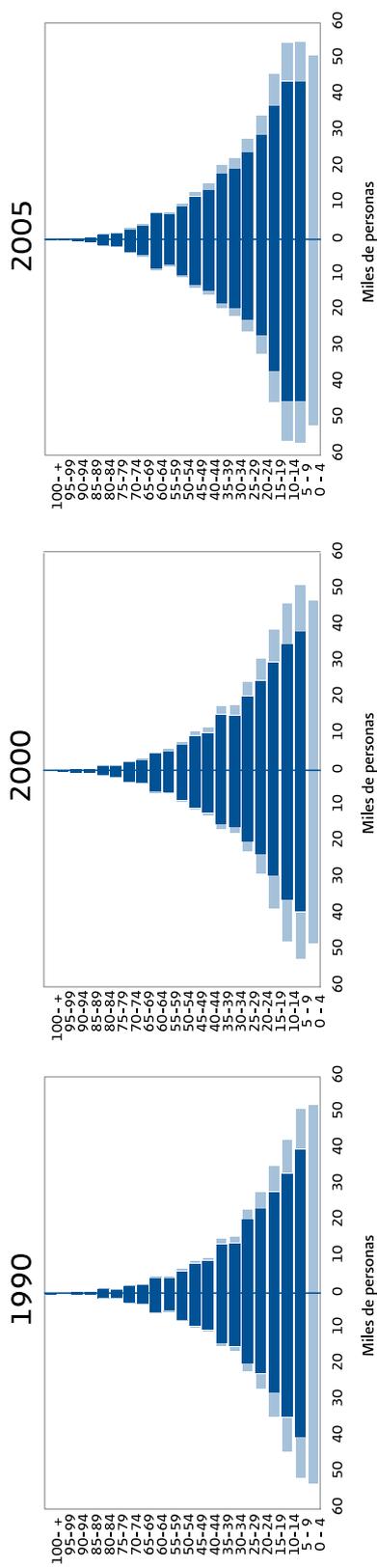
Al considerar grandes grupos de edad, los adultos mayores (60 años y más) presentan una prevalencia de 41.5 del total de la población discapacitada, los

GRÁFICA II.1.1. PIRÁMIDES DE LA POBLACIÓN HABLANTE Y NO HABLANTE DE LENGUA INDÍGENA EN MÉXICO Y EN LA FRONTERA SUR, 1990-2005

República Mexicana



Frontera Sur



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en los XI y XII Censos Generales de Población y Vivienda, 1990 y 2000 y el II Censo de Población y Vivienda 2005.

CUADRO II.4. EVOLUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE DISCAPACIDAD

FUENTE	AÑO	CONCEPTO MEDIDO	PORCENTAJE
CENSO	1900	DEFECTOS FÍSICOS Y MENTALES	0.20
CENSO	1910	DEFECTOS FÍSICOS Y MENTALES	0.21
CENSO	1921	DEFECTOS FÍSICOS Y MENTALES	0.65
CENSO	1930	DEFECTOS FÍSICOS Y MENTALES	0.66
CENSO	1940	DEFECTOS FÍSICOS Y MENTALES	0.54
CENSO	1980	AUSENTISMO ESCOLAR POR INVALIDEZ (6 A 14 AÑOS)	2.80
ENCUESTA NACIONAL DE INVALIDOS	1982	INVALIDEZ	0.02
CONTEO DE POBLACIÓN	1995	DISCAPACIDAD (HOGARES)	2.33
REGISTRO NACIONAL DE MENORES	1995	DISCAPACIDAD (POBLACIÓN ESCOLAR)	6.35
CENSO	2000	DISCAPACIDAD	1.84
MUESTRA CENSAL	2000	DISCAPACIDAD	2.31
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD	2000	DISCAPACIDAD	2.30

Fuente: INEGI, La información sobre discapacidad en México, H. Cámara de Diputados. Comisión de Atención a Grupos Vulnerables, 31 de julio, 2007.

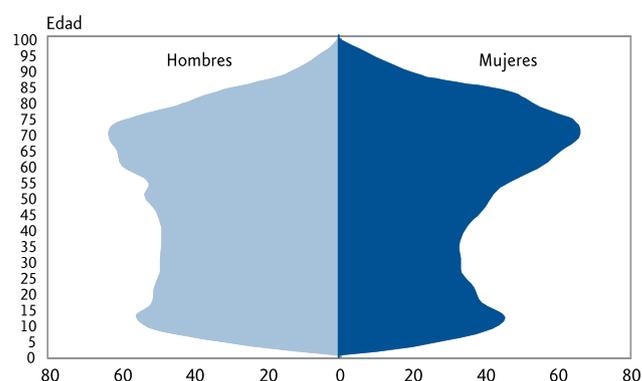
adultos de 30 a 59 años con 29.8; entre los jóvenes (15 a 29 años) es de 14.7 y en los niños menores de 15 años fue de 13.1%.

Si bien la prevalencia de discapacidad por sexo no muestra diferencias notorias, (52.6% entre los hombres y 47.4% entre las mujeres), sí existen diferencias a medida que aumenta la edad, pues es a partir de los 65 años cuando las mujeres presentan una prevalencia superior a la de los hombres (véase gráfica II.13).

El análisis de las causas de la discapacidad revela que una tercera parte de ellas tuvo como origen alguna enfermedad (31.6%), 22.6% se debe a la edad avanzada de las personas, 19.4% al nacimiento y 17.7% a algún accidente.

Además, se observa que las causas principales de la discapacidad, tanto en hombres como en mujeres, son las enfermedades (29.4 y 34%, respectivamente). Sin embargo, mientras la segunda causa de discapacidad en los hombres son los accidentes (23.3%), ésta ocupa el cuarto lugar en las mujeres (11.5%). Por su parte, la segunda causa entre las mujeres es la edad avanzada (27.1%), la cual ocupa entre los hombres el cuarto lugar (18.6%).

GRÁFICA II.13. PIRÁMIDE DE LA POBLACIÓN DISCAPACITADA,^A 2000



Nota: A/ No se consideró a la población con discapacidad que no especificó su edad.

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

Por otro lado, en 7% de los hogares del país vive alguna persona con discapacidad. A pesar de que nueve de cada diez hogares en México son de tipo familiar (93.1%), poco más de 100 mil personas con discapacidad viven solas.

Sobre el acceso a los servicios de salud que tienen las personas con discapacidad, los resultados del cen-

so de 2000 indican que 44.9% tenía derecho a los servicios de salud. Independientemente de que las personas tengan acceso a las instituciones de salud, los resultados indican que 33 de cada 100 personas de este grupo de población recurren a los servicios médicos privados y 26 a los destinados para la población que no tiene seguridad social.

Con frecuencia, las barreras o dificultades que enfrentan estas personas se acentúan con la capacidad de las instituciones para satisfacer sus demandas. En el campo educativo se observa que 32.9% de las personas con discapacidad era analfabeta, y las mujeres se encuentran más afectadas por esta situación que los hombres (38.2 y 28%, respectivamente). De la población de 6 a 14 años con discapacidad, 63% asiste a la escuela, por lo que la escolaridad de este grupo de la población fue de tan sólo 3.8 años de estudio.

El análisis por condición de actividad muestra que 74% de las personas con discapacidad se encuentra inactivo sólo 24.7% está ocupado, es decir, trabaja o busca trabajo. Además, las mujeres tienen una tasa de participación económica inferior a la de los hombres (12.5 y 35.9%, respectivamente).

II.2 POLÍTICAS Y PROGRAMAS

II.2.1 DINÁMICA DEMOGRÁFICA

Desde 1977 el gobierno mexicano ha desarrollado en cada una de las administraciones un *Programa Nacional de Población* (PNP), en el que uno de los principales lineamientos ha sido la dinámica y estructura de la población (véase Capítulo XII).

En el PNP 2008-2012 se incluyeron ocho objetivos orientados a promover el desarrollo aprovechando sinergias entre la dinámica demográfica y los cambios sociales:

- Continuar avanzando en la transición demográfica, particularmente entre los grupos con mayores rezagos sociales.

- Favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción.
- Preparar las instituciones y adecuar las políticas de desarrollo para aprovechar las oportunidades y enfrentar los desafíos que se derivan del cambio en la estructura por edad.
- Ampliar las oportunidades de desarrollo de los hogares, las familias y sus integrantes considerando su estructura y organización.
- Promover una distribución geográfica de la población acorde con las potencialidades de desarrollo sustentable del territorio.
- Minimizar los costos y potenciar las oportunidades que brinda la migración internacional con origen, tránsito y destino en México.
- Extender y arraigar una sólida cultura demográfica.
- Movilizar las capacidades nacionales y la cooperación internacional a favor de la política y los programas de población.

Por su parte, en la estrategia de política social *Vivir Mejor* (2006-2012) se consideraron, además del reto presente de avanzar más rápido en el combate a la pobreza y a la desigualdad social, los retos futuros que la dinámica demográfica y la transición epidemiológica nos imponen.

II.2.2 BONO DEMOGRÁFICO

El gobierno de México, a través del *Programa Sectorial de Trabajo y Previsión Social 2007-2012*, fomenta la productividad en las relaciones laborales y la competitividad de la economía nacional, a fin de atraer inversiones que generen empleos formales y de calidad, además de incentivar la entrada de los jóvenes al mercado laboral formal.

Por lo anterior se implementó el Servicio Nacional de Empleo (SNE), que coordina a nivel nacional todos los programas de impulso al empleo y con ello

facilita la posibilidad de colocación y cobertura de vacantes. Durante 2008, el SNE atendió a 2.8 millones de personas, de las cuales, 733 mil se colocaron en un empleo, una tasa de colocación de 26%.

Para contribuir a la generación de empleos permanentes y la formalización de las empresas, el Gobierno Federal creó el *Programa Primer Empleo*, que inició en marzo de 2007. Con este programa se busca apoyar la generación de fuentes de trabajo permanentes y bien remuneradas, con énfasis en la contratación de jóvenes que ingresan por primera vez al mercado laboral. Este nuevo programa otorga un subsidio de hasta 100%, que se otorga a los empleadores y que corresponde a la parte de las cuotas obrero-patronales que deben cubrir ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por la contratación de nuevos trabajadores que no hayan cotizado más de nueve meses consecutivos con el mismo patrón.

Por otra parte, el Consejo Nacional de Población desarrolla el proyecto de *Transferencias de Cuentas Nacionales* que tiene como objetivo proveer estimaciones históricas que sirvan para el estudio de sistemas de transferencias intergeneracionales para cuantificar las consecuencias en el uso de metodologías alternativas usadas en la asignación por edad de cuentas involucradas con políticas públicas, relacionadas con los sistemas de pensiones, salud, educación e instituciones sociales. Por ejemplo, la medición de las implicaciones sociales, políticas y económicas del envejecimiento poblacional.

El Consejo Nacional de Población también colabora con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en el proyecto *Transferencias Intergeneracionales, envejecimiento de la población y protección social en América Latina*. El proyecto pretende analizar la interrelación que existe entre las tendencias demográficas, los sistemas de transferencias públicos y privados, su equidad inter e intrageneracional y su sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. Esto con la finalidad de proponer mejoras a los sistemas de protección social en toda América Latina.

II.2.3 NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES

Con el principio explícito en el artículo cuarto constitucional donde se garantiza el derecho a la salud que tenemos todos los mexicanos, el gobierno puso en marcha en 2001 un programa piloto llamado *Salud para Todos*, que posteriormente se convirtió en el *Seguro Popular*. A finales de 2006, cubría ya a 5.1 millones de familias en todo país. Para 2010 se espera cubrir a toda la población sin seguridad en materia de salud y ahora también a través del Seguro Médico para una Nueva Generación (véase Capítulo III).

Dentro de las actividades de salud reproductiva, que coordina el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva (véase Capítulo IV) y que desarrollan las instituciones de salud, destacan la información y educación en materia de salud reproductiva; la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; la oferta de servicios de salud reproductiva a toda la población, con énfasis en los adolescentes, indígenas y discapacitados y el estímulo a la participación de los varones en el cuidado de su salud reproductiva. En 2005 se registraron 1 174 209 partos en estas instituciones, 21% de los cuales correspondió a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4% de los países desarrollados, pero también con el 50% de algunos países africanos. Cabe destacar que 7 289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años.

Para la atención de adolescentes y jóvenes se creó el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) en 1999, este instituto a través de sus programas pretende dar una respuesta integral a las distintas demandas tanto jurídicas, económicas, sociales y de salud a los jóvenes en la actualidad, pasando de lo correctivo a lo preventivo con base en proyectos de investigación social que permiten realizar perfiles actuales de este sector, a fin de contar con criterios suficientes para la planificación y programación de las actividades (véase Capítulo VI).

II.2.4 ADULTOS MAYORES

Dentro del proceso de mejora de la atención médica, el IMSS ha diseñado e implantado la estrategia de *Programas Integrados de Salud*, denominada *PrevenIMSS* y que hace referencia a las acciones de carácter preventivo para mejorar la salud de sus derechohabientes. En el caso de los adultos mayores se tratan los temas de promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades, identificación de enfermedades y sexualidad.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), puso en marcha el programa *PrevenISSSTE* que proporciona la información más actualizada de las medidas que permiten preservar la salud física y mental. Para el caso de los adultos mayores, se promueven los siguientes hábitos: higiene personal, alimentación y salud, así como la prevención de infecciones respiratorias agudas. Además, el ISSSTE creó la Escuela Nacional de Estudios y Atención al Envejecimiento y dispuso de 28 unidades médicas que han establecido centros de capacitación para el buen envejecer y unidades médicas con Escuela de Cuidadores. Paralelamente, se amplió la atención especializada a través de la instalación de módulos gerontológicos y módulos geriátricos.

Por otro lado, se creó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en 2002. Es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y es responsable de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más.

Para apoyar la economía de los adultos mayores, la SEDESOL incorporó un nuevo componente de apoyo monetario para las personas adultas mayores de 70 años y más en zonas rurales (localidades de hasta 30 mil habitantes). Al cierre de 2008 se contó con un padrón de 1 863 945 beneficiarios, quienes reciben 500 pesos al mes, en entregas bimestrales (véase Capítulo VI).

II.2.5 INDÍGENAS

La población indígena es uno de los grupos de población más vulnerables en México. La política de población tiene entre sus tareas identificar y atender, en el ámbito de su competencia, los profundos rezagos, privaciones y carencias que prevalecen en los pueblos indígenas.

El 21 de mayo de 2003 se publicó la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y se abrogó la Ley de Creación del Instituto Nacional Indigenista. Este decreto entró en vigor el 5 de julio de 2003. La CDI tiene como misión orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicos para alcanzar el desarrollo integral y sustentable y el ejercicio pleno de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo segundo de la Constitución. La CDI opera en 24 estados de la república mexicana a través de 110 centros coordinadores para el desarrollo indígena, un Centro de Investigación, Información y Documentación de los Pueblos Indígenas de México, 28 centros regionales (CRID), 20 emisoras que constituyen el Sistema de Radio-difusoras Culturales Indigenistas y 1 073 albergues escolares indígenas.

En 2003 se promulgó la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, que tiene por objeto regular el reconocimiento y protección de los derechos lingüísticos, individuales y colectivos, de los pueblos y comunidades indígenas, así como la promoción del uso y desarrollo de las lenguas indígenas, y se creó el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI).

A través del *Programa Oportunidades*, 1.3 millones de familias indígenas reciben apoyos en alimentación, educación y salud.

II.2.6 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

México ha fortalecido sus acciones dedicadas a atender a la población con discapacidad, entre ellas está la sistematización de información de diversa índole. En este marco, el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), a cargo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), reúne información censal sobre este grupo de población, fomenta la generación de registros administrativos y promueve la realización de encuestas especiales.

En febrero de 1995, el Ejecutivo Federal asumió el tema como una preocupación de política pública y, para responder a los compromisos del *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, se creó la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE), que diseñó un programa nacional con el mismo nombre en el que se abordaron ocho áreas definidas con base en las propuestas de las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, promulgadas por la Organización de las Naciones Unidas en 1993.

Para dar seguimiento al tema de la discapacidad, en 2000 se conformó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de las Personas con Discapacidad, y en 2001 el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad; este consejo fue la instancia encargada de impulsar, orientar y vigilar los distintos programas sectoriales y acciones de las instituciones de la Administración Pública Federal.

En 2005 fue promulgada la Ley General para las Personas con Discapacidad, con el objeto de establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con esta característica, en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades en todos los ámbitos de la vida. Derivado de esta ley se creó el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS), el cual se encuentra integrado por los titulares de las secretarías de Salud, de Comunicaciones y Transportes, de Desarrollo Social, de

Educación Pública, de Hacienda y Crédito Público, del Trabajo y Previsión Social y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Actualmente, el CONADIS es el organismo permanente de coordinación intersecretarial e interinstitucional que tiene por objeto contribuir al establecimiento de una política de Estado en la materia, así como promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones, estrategias y programas derivados de la Ley. Dispone del Consejo Consultivo que funge como órgano de asesoría y consulta con carácter honorífico, cuyo objetivo es proponer y opinar sobre los programas o acciones que se emprendan a favor de las personas con discapacidad, así como recabar propuestas y presentarlas al Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad; cabe mencionar que en este consejo participa la sociedad civil organizada.

Por otro lado, después de cuatro años y ocho periodos de sesiones, el 13 de diciembre de 2006, durante el 63.º periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se logró la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, iniciativa mexicana en la que el CONADIS mantuvo un reconocido liderazgo a nivel internacional.

Las políticas públicas para este grupo de la población han sido impulsadas por diversos proyectos y programas, entre los que destaca el *Programa de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa*, presentado el 23 de septiembre de 2002, y que busca garantizar una atención educativa de calidad para los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a quienes tienen alguna discapacidad; este programa pretende conseguir sus objetivos mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y de los servicios de educación especial. También se distingue el *Programa de Atención a Personas con Discapacidad*, a cargo del DIF, por medio del cual se otorgan servicios dirigidos a la población que presenta algún tipo de discapacidad y que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social, mediante

acciones de prevención, rehabilitación e integración social, que se llevan a cabo en los centros y unidades básicas de rehabilitación establecidos en las 32 entidades federativas.

En febrero de 2002 se instaló la Comisión Nacional de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (CONAPREHD), integrada por la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, el DIF, la SEDENA, la Secretaría de Marina y PEMEX, para impulsar el *Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades*. En el marco de este programa se estableció un portal en Internet, *Discapacinet*, con información sobre instituciones que ofrecen servicios a la población, médicos especialistas, productores de órtesis y prótesis, centros de atención y proveedores.

Durante 2007 se atendió a 166 621 alumnos con necesidades educativas especiales en 20 398 escuelas, a quienes se les otorgaron un total de 3 792 servicios. Además, en 11.8% de las 463 escuelas normales que existen en el país se imparte la Licenciatura en Educación Especial.

Asimismo, se llevaron a cabo acciones de orientación e información relacionadas con la educación para la salud y prevención de discapacidad; los centros de rehabilitación del DIF impartieron 8 852 pláticas donde asistieron 155 732 personas con discapacidad y sus familias. En el marco de las actividades preventivas, se llevó a cabo la detección de procesos de discapacidad en 79 224 personas, que fueron atendidas en los centros y unidades básicas de rehabilitación, lo cual representó un avance de 101.4% respecto a lo programado para ese año. El tratamiento de rehabilitación de las personas con discapacidad se realizó mediante 2 602 106 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje, proporcionadas a 73 586 personas con esta condición de salud.

El Decreto Presidencial publicado el 8 de marzo de 2007 en el *Diario Oficial de la Federación*, señala que el Ejecutivo Federal otorga un estímulo a los contribuyentes que empleen a personas con discapacidad, que consiste en una deducción adicional

equivalente a 25% del salario efectivamente pagado a sus trabajadores que presenten alguna discapacidad. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social otorga anualmente el *Reconocimiento Empresa Incluyente* a aquellas empresas que cuenten con una política de inclusión de trabajadores en situación de vulnerabilidad, entre quienes se encuentran personas con discapacidad y adultos mayores; durante 2007, se reconocieron 126 empresas pertenecientes a 24 entidades federativas, las cuales contrataron a 531 personas en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, desde 2005 el INEGI representa a nuestro país en el Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad (WC), de la Comisión de Estadísticas de las Naciones Unidas, cuyo objetivo es la promoción y coordinación de la cooperación internacional en la generación de estadísticas sobre discapacidad. En este sentido, el INEGI prepara la inclusión del marco de referencia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en el próximo *XIII Censo General de Población y Vivienda*.

Resulta importante mencionar que el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), diversas instituciones del sector salud y el INEGI, trabaja en la elaboración del documento *Situación de las personas con discapacidad en México: Esfuerzos Nacionales 2000-2008*, cuya finalidad es mostrar las políticas y acciones de carácter sectorial en materia de discapacidad realizadas entre 2000 y 2008, como apoyo para definir las acciones y toma de decisiones en la elaboración de planes y programas.

Asimismo, en el marco de la Estrategia Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad y sus Familias, el DIF tiene programado realizar el *Diagnóstico sobre la Discapacidad en México* para conocer la situación de este grupo de la población en el país y abordar, desde un enfoque multidimensional, las acciones y estrategias de política pública en materia de discapacidad.

II.3 PERSPECTIVAS Y RETOS

II.3.1 DINÁMICA DEMOGRÁFICA

En un momento histórico en que México se acerca al nivel de reemplazo intergeneracional, aún existen grupos sociales que presentan niveles de mortalidad y fecundidad característicos de una etapa que el conjunto del país ya dejó atrás.

Además, la persistencia de una demografía tradicional refuerza y amplifica las condiciones de privación y desigualdad: la mortalidad materno-infantil que afecta en mayor medida a los sectores más pobres de la sociedad y la falta de acceso a la información y los medios de regulación de la fecundidad los excluye de la posibilidad de planear su descendencia. En estos contextos sociales, la desnutrición de la madre y de los niños determina, desde las etapas iniciales, trayectorias vitales marcadas por desventajas para el desempeño en ámbitos como el escolar y el productivo. Es por ello que se deben reducir los acentuados rezagos en los patrones demográficos asociados a la pobreza y la desigualdad social.

Las restricciones al ejercicio de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción socavan su bienestar cuando la atención del embarazo y el parto es inadecuada y, por lo tanto, la salud de la madre y el hijo se ve afectada, y cuando no se cuenta con la información y los medios para regular la fecundidad o prevenir las infecciones de transmisión sexual, entre otros casos. Es importante que las mujeres y sus parejas logren realizar sus deseos reproductivos compatibles con las exigencias de una mayor participación social y económica.

Es necesario ampliar la cobertura de métodos anticonceptivos, principalmente entre mujeres sexualmente activas y de grupos más vulnerables.

II.3.2 ESTRUCTURA POR EDAD

En cuanto a la población infantil de nuestro país, es importante mantener la cobertura de vacunación actual y, en la medida de lo posible, mejorarla.

En general, es necesario reforzar las acciones dirigidas a apoyar la inversión de los hogares en el desarrollo humano de las niñas, los niños y los jóvenes. Por ejemplo, una alternativa viable para encarar este reto es aprovechar el descenso de la población en edad escolar, principalmente de educación básica, para alcanzar una mayor cobertura y calidad.

Como es posible apreciar en el diagnóstico, la situación particular de los adolescentes y los jóvenes presenta situaciones contrastantes pues, por un lado, pertenecen a generaciones que se han visto directamente beneficiadas de los avances en materia de salud pero, por el otro, en ellos se cristaliza con claridad la persistencia de comportamientos que representan riesgos importantes para su desarrollo.

El país se encuentra con las condiciones demográficas más favorables para generar empleo, inversión, ahorro y más empleo, por lo cual en la esfera económica es imprescindible lograr mayores tasas de crecimiento e instrumentar estrategias redistributivas que permitan abatir los rezagos acumulados, reducir las desigualdades y la pobreza, y acumular la riqueza necesaria para hacer frente a los pasivos asociados al envejecimiento poblacional.

México se encuentra en las etapas iniciales de un largo proceso de transformación en la estructura por edad de su población, el cual contempla tres etapas distintivas: en la primera, como resultado de una mortalidad decreciente y una fecundidad elevada, la población muestra un acentuado proceso de rejuvenecimiento. En la segunda etapa, la proporción de niños disminuye como resultado de la caída de la fecundidad, lo que favorece un amplio predominio de

la población en edad laboral. Por último, en la tercera, la proporción de adultos mayores de 60 años supera a la de los menores de 15 años de edad.

Se estima que la población en edades avanzadas superará a la infantil alrededor de 2035 cuando el envejecimiento de la población mexicana se habrá consolidado. Es necesario tomar medidas para hacer frente al cambio de la estructura por edad, que será tan acelerado que a México le llevará sólo 50 años completar un proceso que a algunos países europeos les tomó aproximadamente 150 años. Es imprescindible comenzar desde ahora a generar las condiciones que permitan afrontar el proceso de envejecimiento sin que éste se traduzca en un obstáculo para el desarrollo y el bienestar social.

El envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, ya que en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que el resto de la población. Esto implicará una mayor inversión en infraestructura y personal para brindar una mejor atención a los adultos mayores, así como la instrumentación de mecanismos institucionales que amplíen el acceso a servicios de salud de calidad a los segmentos de la sociedad que hoy no cuentan con ellos.

Las tendencias en el perfil epidemiológico de la población de adultos mayores sugieren que la demanda de servicios de salud no sólo se incrementará en su volumen, sino que también se presentarán cambios cualitativos en el tipo de padecimientos predominantes, los cuales implicarán mayores costos en la atención a la salud. Asimismo, las enfermedades degenerativas, las cuales son de más larga duración, implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos más costosos, y se asocian a periodos de hospitalización más prolongados.

Otro de los retos a los que habrá de enfrentarse la sociedad mexicana ante el proceso de envejecimiento demográfico es el de proveer los recursos económicos para que el creciente contingente de adultos mayores pueda gozar de una vida digna.

En primer lugar, el envejecimiento de la población generará importantes presiones sobre algunos de los esquemas de pensiones ya existentes, por lo que será necesario impulsar reformas que permitan recobrar la viabilidad actuarial de estos sistemas. Segundo, una importante proporción de trabajadores llegará a las edades de retiro sin un ingreso asegurado, pues no tendrá derecho a una pensión debido a que pasaron la mayor parte de su vida laboral en el sector informal. Por último, si prevalecen las condiciones actuales, una fracción considerable de la población de adultos mayores permanecerá en el mercado de trabajo, lo cual puede incidir negativamente sobre la oferta de empleo y representa un problema en sí mismo, debido a que las personas en edades avanzadas que trabajan se encuentran por lo general en ocupaciones de baja calidad.

En este sentido, la participación de los adultos mayores en el trabajo no debe interpretarse como un rasgo positivo, asociado a una vejez productiva, sino como resultado de la insuficiencia de los programas de pensiones, que obstaculiza la institucionalización del retiro y obliga a muchos a permanecer en actividades precarias y de baja productividad.

La alta frecuencia de la coresidencia ha facilitado la provisión de ayuda familiar a los adultos mayores en un contexto de insuficientes apoyos institucionales, pero también presenta características indeseables. Entre ellas, destaca el hecho de que la mayor parte de la carga de apoyo físico y doméstico que reciben los adultos mayores recae sobre las hijas, lo que reproduce la desigualdad de género en el seno de la unidad doméstica. Por otro lado, la viabilidad futura de la coresidencia, así como la del apoyo familiar, en general, está en duda debido a dos factores que introducen presiones sobre los sistemas de apoyo familiar: el primero es el deterioro de las bases sobre las cuales se desarrollaron los valores culturales que han sustentado hasta hoy la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar en la vejez. El segundo es la reducción de la fecundidad, que se traduce en un menor número de hijos disponibles para brindar apoyo a sus padres.

Los cambios en la estructura y dinámica de las familias y hogares han sido tan profundos como los sucedidos con la población en general. Los hogares hoy son de menor tamaño, el tiempo dedicado a la crianza y cuidado de la descendencia se ha reducido, y el número de generaciones que conviven en el espacio de las relaciones familiares es mayor en el presente que en el pasado.

En las familias y hogares repercuten y se amplifican los procesos sociales de mayor alcance. Las transformaciones de los hogares, en conjunción con otros factores, como el estancamiento económico, la debilidad de los mercados de trabajo o el cambio en la posición de la mujer en la sociedad, han sumado dificultades a las familias para desempeñar las funciones sociales básicas, como las ligadas con la reproducción, la crianza y el cuidado de los niños.

En el proceso de fortalecer los vínculos familiares es necesario propiciar una distribución más equitativa en las cargas de trabajo doméstico entre hombres y mujeres, implementar medidas dirigidas a conciliar el trabajo doméstico y extra-doméstico, a contribuir a elevar la inversión de los hogares en el desarrollo del capital humano de los niños y jóvenes, y a favorecer el desarrollo de relaciones equitativas y libres de violencia entre sus miembros.

Así, este esfuerzo debe favorecer el aprovechamiento de la oportunidad demográfica transitoria que brinda el cambio de una población joven a otra con un perfil de edad mayor, a través de políticas públicas que permitan potenciar las oportunidades y las capacidades productivas de la población. El desempeño eficiente de estas tareas implica movilizar recursos, voluntades y conciencias para atender esas demandas con equidad, eficiencia y oportunidad, con miras a avanzar en la consecución del objetivo central de la política de población, que es el de lograr que la población participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

II.3.3 INDÍGENAS

Uno de los grupos más afectados por la marginación es la población indígena. Siete de cada diez personas hablantes de lengua indígena residen en municipios con alto y muy alto grado de marginación. Este grupo presenta elevadas tasas de mortalidad por causas transmisibles, que en su mayoría son prevenibles y curables cuando se atienden oportunamente. La marginación y la pobreza presentan principalmente rostros indígenas por lo que es necesario dar seguimiento y evaluar los programas dirigidos a reducirlos.

Es un hecho que los más altos porcentajes de mujeres con demanda insatisfecha de uso de métodos anticonceptivos se encuentran entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, tales como las mujeres indígenas, las residentes en áreas rurales y las que viven en las regiones de mayor marginación del país. Por este motivo, es necesario continuar con los programas de salud sexual y reproductiva orientados a la población indígena. Así como atender de manera efectiva y oportuna la necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar, con énfasis en los adolescentes, los grupos indígenas, la población rural, áreas urbano marginadas y entidades federativas con mayor rezago en nuestro país.

Especialmente, es tarea urgente contribuir a mejorar el acceso y la atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio de las mujeres que habitan en localidades rurales, indígenas y en las entidades de mayor rezago en salud reproductiva. Esto tanto como, incorporar el enfoque de interculturalidad en la prestación de servicios de salud dirigidos a poblaciones indígenas para favorecer relaciones de confianza, comprensión y respeto entre los usuarios y los prestadores de servicios.

El objetivo último de los programas de atención de la población indígena debe enfocarse en reducir las brechas existentes tanto en el ámbito demográfico,

como social y económico respecto a la población no indígena. En este sentido, se mantiene como desafío pendiente para la sociedad mexicana el desarrollar modelos de información, educación y comunicación adecuados a las necesidades de los distintos auditorios, tales como niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, indígenas, migrantes y personas con discapacidad. Con este objetivo en mente, debe realizarse un mayor número de estudios que den cuenta de la ubicación de la población indígena para poder focalizar de mejor manera los programas dirigidos a estos grupos poblacionales.

II.3.4 INCORPORACIÓN SOCIAL PLENA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En México se tiene la convicción de que las circunstancias especiales en las que viven las personas con alguna discapacidad deben ser motivo de reflexión, posturas claras y compromisos permanentes en todos los niveles de gobierno. Las personas con discapacidad deben desarrollar todo su potencial productivo, intelectual y emotivo. Esto será posible cuando la política pública y la cultura eliminen las barreras socioculturales y físicas para su plena integración a la sociedad.

Es fundamental emprender programas y actividades orientados a atender las necesidades de las personas con discapacidad en los campos de la educación, accesibilidad, salud, capacitación y empleo, pero, sobre todo, es preciso garantizar el pleno goce de sus derechos humanos.

Por último, resulta conveniente armonizar el marco jurídico nacional con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, para que este grupo de población pueda ejercer sus derechos, así como continuar sensibilizando a toda la población en una cultura de respeto, aceptación y apoyo para las personas con discapacidad.