

## II. Marco Teórico

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), son ocho objetivos fundamentales que a su vez se subdividen en 18 metas específicas y que tienen por finalidad orientar y articular las acciones, tanto a nivel internacional como nacional, para combatir la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y la degradación del medio ambiente, así como de servir de proyecto básico y plan de acción. Además de lo anterior, los ODM cumplen con dos funciones primordiales: 1) los Objetivos son *fin*es en sí mismos, de tal manera que la reducción del hambre, la igualdad de género, las mejoras en educación y salud, el acceso a servicios sanitarios y al agua potable, entre otros, son objetivos que benefician directamente a la sociedad, y 2) los Objetivos pueden ser considerados como “insumos de capital” para promover tanto el crecimiento como el desarrollo económico de un país. El poder cumplir con los ODM beneficiarían enormemente a un país, en el sentido de que la mayoría de los Objetivos son parte de la acumulación de capital humano: un trabajador saludable es un trabajador productivo, así como mejor educado; mejoras en la infraestructura sanitaria incrementarían el producto *per capita* de diversas maneras. Una de ellas sería mediante la reducción de la incidencia de enfermedades, lo que causaría a su vez, un aumento en la productividad de los trabajadores.

Dada la importancia de los ODM, es posible agrupar los primeros siete objetivos en tres importantes categorías (el octavo objetivo plantea la creación de una asociación mundial para el desarrollo con el propósito de atender las necesidades especiales de los países menos adelantados):

- Erradicar la extrema pobreza y el hambre (*Objetivo #1*):
  - ✓ Para monitorear el progreso en cuanto a este objetivo, se establecieron dos metas: 1) reducir la pobreza extrema a la mitad entre 1990 y 2015, y 2) reducir a la mitad la proporción de personas que sufren de hambre. Se utilizan las tasas de desnutrición, la proporción de personas con ingresos menores a USD \$1 diario y la proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, entre otros.
  
- Lograr la educación primaria universal y promover la igualdad de género (*Objetivos #2 y #3*):
  - ✓ La meta planteada para lograr la educación primaria universal establece que para el 2015 todos los niños y niñas puedan completar la educación primaria. Para este efecto, tres indicadores fueron propuestos para monitorear su progreso, entre los que destacan la tasa neta de matriculación y la tasa de alfabetización de la población entre 15 y 24 años. El tercer objetivo establece promover la igualdad de género a través de la eliminación de la disparidad de géneros en todos los niveles educativos para el 2015. Para vigilar su progreso destacan la tasa de alfabetización de mujeres entre 15 y 24 años y la razón entre niñas y niños matriculados en educación primaria, secundaria y terciaria.

- Mejorar el desempeño en materia de salud y asegurar un medio ambiente sustentable (Objetivos #4 a #7) :
  - ✓ El cuarto y quinto ODM tienen el propósito de disminuir tanto la mortalidad infantil como la mortalidad materna. Para la mortalidad infantil la meta es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (con indicadores importantes como la tasa de mortalidad infantil y la de menores de cinco años); mientras que en lo referente a la salud materna la meta es reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna. El sexto ODM también se relaciona con la salud ya que se enfoca a combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades, mientras que el séptimo se orienta a asegurar un medio ambiente sustentable.

### *II.1 Avance en el cumplimiento de los ODM en el mundo*

De acuerdo con el Proyecto del Milenio realizado por las Naciones Unidas, si se alcanzaran los ODM para el año 2015:<sup>1</sup>

- Más de 500 millones de personas saldrían de la pobreza extrema.
- Más de 200 millones dejarían de sufrir de hambre.
- Habría un progreso enorme en cuanto a la salud infantil.
- Aproximadamente 30 millones de niños se salvarían de morir antes de cumplir cinco años entre 1990 y el 2015.
- Más de 2 millones de madres salvarían también la vida entre 1990 y el 2015.

---

<sup>1</sup> UN Millennium Project (2005).

En el año 2003 se llegó a la mitad del plazo que los países del mundo tienen para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De acuerdo con estimaciones y pronósticos realizados por el Banco Mundial, las tendencias actuales indican que, a nivel mundial, será posible alcanzar las dos metas correspondientes al primer Objetivo del Milenio: la meta de reducir a la mitad la proporción de personas cuyo ingreso es menor a \$1 dólar diario y reducir a la mitad la proporción de personas que sufren de hambre, entre 1990 y 2015 (ver tabla 2.1). Sin embargo, esto se debe principalmente porque los dos países más poblados han avanzado considerablemente: China ya alcanzó la meta y la India está en camino de poder cumplirla en la fecha señalada.<sup>2</sup> En contraste, existen regiones (como África Sub-Sahariana) que se encuentran en riesgo de no poder cumplir con esta meta para el 2015. De hecho, de acuerdo a las tendencias actuales, sólo ocho países de África Sub-Sahariana podrán disminuir a la mitad la pobreza extrema para el 2015.<sup>3</sup>

Si bien existe el riesgo de no cumplir la meta cuantitativa cabalmente, de acuerdo al Proyecto del Milenio muchos países se encuentran en la dirección correcta para cumplir con *algunos* de los ODM. Asimismo, estimaciones del Banco Mundial señalan que entre 1990 y 2001, la proporción de gente viviendo en extrema pobreza disminuyó de 28% a 21% en países en desarrollo. Además, el número de gente en pobreza extrema cayó de 1.21 mil millones a 1.09 mil millones.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Es importante considerar a los ODM como objetivos a nivel países. Los grandes avances que han tenido China e India compensan el ínfimo progreso de la mayoría de los países, proporcionando una idea errónea acerca del cumplimiento de los ODM. Sería un gravísimo error “cantar victoria” en cuanto a decir que la pobreza mundial ha disminuido, ya que el progreso ha ocurrido en sólo dos países, mientras que docenas de otros países, que incluyen cientos de millones de pobres a nivel mundial, no cumplan con los ODM.

<sup>3</sup> World Bank, et al. (2004).

<sup>4</sup> Chen, et al. (2004).

Tabla 2.1 Progreso en cuanto al cumplimiento de algunas metas de los ODM por región hasta el año 2006

	<i>África</i>		<i>Asia</i>				<i>América Latina y el Caribe</i>
	Norte	Sub-Sahariana	Este	Sureste	Sur	Oeste	
<i>Objetivo 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre</i>							
Reducir pobreza extrema a la mitad	Pobreza baja	Pobreza muy alta	Pobreza moderada	Pobreza moderada	Pobreza muy alta	Pobreza baja	Pobreza moderada
Reducir el hambre a la mitad	Hambre muy baja	Hambre muy alta	Hambre moderada	Hambre moderada	Hambre alta	Hambre moderada	Hambre moderada
<i>Objetivo 2 Alcanzar la educación primaria universal</i>							
Educación primaria universal	Matriculación alta	Matriculación baja	Matriculación alta	Matriculación alta	Matriculación alta	Matriculación moderada	Matriculación alta
<i>Objetivo 3 Promover igualdad de género y empoderar a las mujeres</i>							
Igualdad en matriculación infantil de niñas en la primaria	Cerca de la igualdad	Muy cerca de la igualdad	Igualdad	Igualdad	Cerca de la igualdad	Muy cerca de la igualdad	Igualdad
<i>Objetivo 4 Reducir la mortalidad infantil</i>							
Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años en dos terceras partes	Mortalidad moderada	Mortalidad muy alta	Mortalidad moderada	Mortalidad moderada	Mortalidad alta	Mortalidad moderada	Mortalidad moderada
<i>Objetivo 5 Mejorar la salud materna</i>							
Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes	Mortalidad moderada	Mortalidad muy alta	Mortalidad baja	Mortalidad alta	Mortalidad muy alta	Mortalidad moderada	Mortalidad moderada
<i>Objetivo 6 Combatir VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades</i>							
Detener y revertir la propagación del VIH/SIDA	No hay datos disponibles	Prevalencia muy alta	Prevalencia baja	Prevalencia moderada	Prevalencia moderada	No hay datos disponibles	Prevalencia moderada
Detener y revertir la propagación del paludismo	Riesgo bajo	Riesgo alto	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo moderado	Riesgo bajo	Riesgo moderado
<i>Objetivo 7 Asegurar un medio ambiente sustentable</i>							
A la mitad la proporción de personas en áreas rurales sin agua potable	Cobertura alta	Cobertura baja	Cobertura moderada	Cobertura moderada	Cobertura moderada	Cobertura alta	Cobertura alta
A la mitad la proporción de personas en áreas rurales sin servicios sanitarios	Cobertura moderada	Cobertura muy baja	Cobertura muy baja	Cobertura baja	Cobertura muy baja	Cobertura moderada	Cobertura moderada
<i>Objetivo 8 Crear una sociedad mundial para el desarrollo</i>							
Desempleo juvenil	Desempleo muy alto	Desempleo moderado	Desempleo bajo	Desempleo moderado	Desempleo bajo	Desempleo alto	Desempleo moderado

Fuente: División estadística de la ONU.

Por otro lado, el progreso en lo referente a objetivos *no* relacionados con la pobreza ha sido muy lento. El menor progreso se puede apreciar en los datos referentes a la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y el acceso a servicios sanitarios y agua potable. En casi ninguna región del mundo es posible que se cumplan con estas metas para el año 2015. Lo mismo se puede decir en cuanto a la educación primaria universal, que aunque los pronósticos para su cumplimiento son mejores, todavía permanece como un gran reto para todas las regiones del mundo.

Al igual que los objetivos relacionados con la salud, muchas regiones del mundo parecen no estar en la dirección correcta en cuanto a cumplir con los ODM restantes. Un ejemplo de lo anterior es África Sub-Sahariana, en donde prevalecen enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y el paludismo, además de hogares deteriorados y degradación ambiental. La mayoría de los países en esta región se encaminan a no cumplir con los objetivos del milenio.

Por otro lado, para algunos ODM como la reducción de la mortalidad materna y revertir la pérdida de recursos ambientales, el mundo está fuera de rumbo. En cuanto a la meta de la igualdad de géneros en educación primaria y secundaria, que tiene como plazo hasta el 2005,<sup>5</sup> es probable que la mayoría de los países no la cumplan. Para apreciar el nivel de progreso que se ha tenido a nivel mundial respecto a los ODM, en las próximas secciones se presenta una síntesis del avance a nivel regional.

---

<sup>5</sup> La meta es: “Eliminar la disparidad de géneros en educación primaria y secundaria preferentemente para el 2005, y en todos los niveles de educación para el año 2015”. Ver Anexo I.

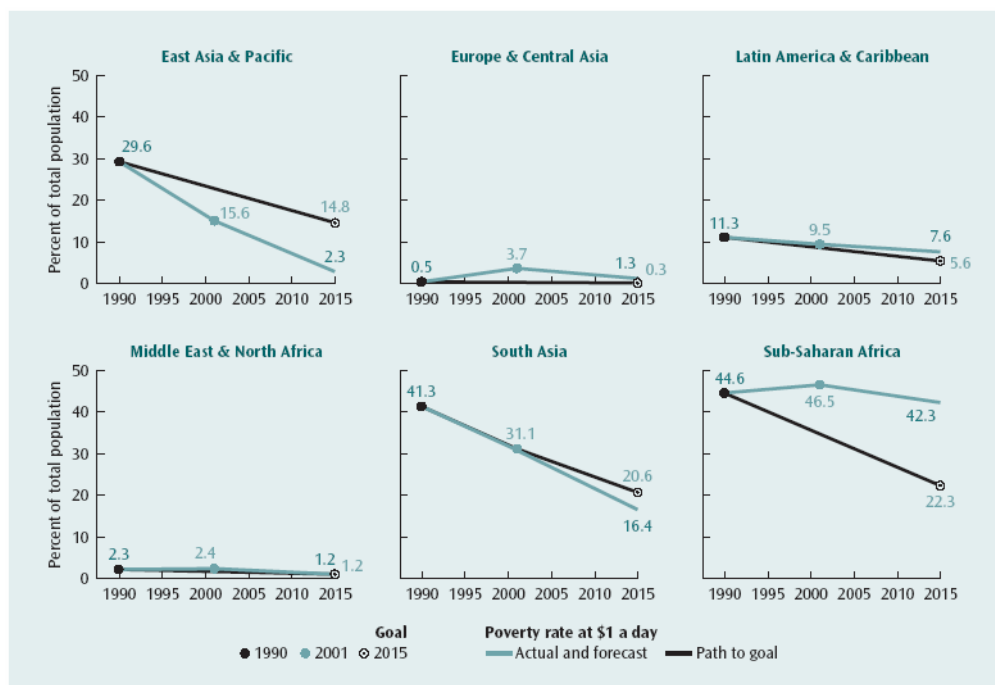
### *II.1.1 ODM #1: Reducir a la mitad la extrema pobreza y el hambre*

En cuanto a la meta de reducir a la mitad la pobreza extrema, entre 1990 y 2015, a nivel global es posible que se cumpla, gracias al gran crecimiento económico aunado con mejoras en el sistema político de los dos países más poblados del mundo: India y China. Según un estudio,<sup>6</sup> la tasa de pobreza en China, disminuyó de 33% a 17% entre 1990 y 2001; en India, de 42% a 35%. Otras partes de Asia también han tenido grandes avances, gracias al enorme crecimiento económico que ha ayudado a reducir la extrema pobreza en la región (70 millones de personas desde 1990). A pesar de lo anterior, el Este y Sudeste Asiático siguen siendo el hogar del mayor número de gente pobre (en términos absolutos) del mundo. Las tendencias actuales muestran que la mayoría de las regiones del mundo alcanzarán o se aproximarán a reducir a la mitad el número de pobres (ver figura 2.1).

---

<sup>6</sup> Chen, et al. (2004).

Figura 2.1 La mayoría de las regiones del mundo alcanzarán la meta de reducir a la mitad la pobreza para el 2015, sin embargo la región de África Sub-Sahariana está muy lejos de cumplirla. En esta figura se presentan la disminución actual y proyectada del número de personas viviendo con menos de \$1 dólar diario por región, entre 1990 y 2015.



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial.

El Este Asiático ya alcanzó la meta, sin embargo, África Sub-Sahariana está muy lejos de poder cumplirla para el año 2015. Pero, aún en regiones donde el desempeño ha sido sobresaliente, es probable que en países donde es probable cumplir la meta de la pobreza nivel nacional, pueden dejar rezagados a ciertas áreas o grupos.

Como se mencionó anteriormente, la región del África Sub-Sahariana es la que tiene menos posibilidades de cumplir la meta de reducir a la mitad la pobreza extrema, debido al escaso o nulo progreso en reducir la incidencia de la pobreza durante la década de los noventa. Por otro lado, la incidencia de la pobreza es mucho menor en la región de América Latina y el Caribe, aunque el progreso en reducir aún más la pobreza ha sido muy lento. Si la región espera cumplir con esta meta, es indispensable acelerar el progreso. En Europa y Asia

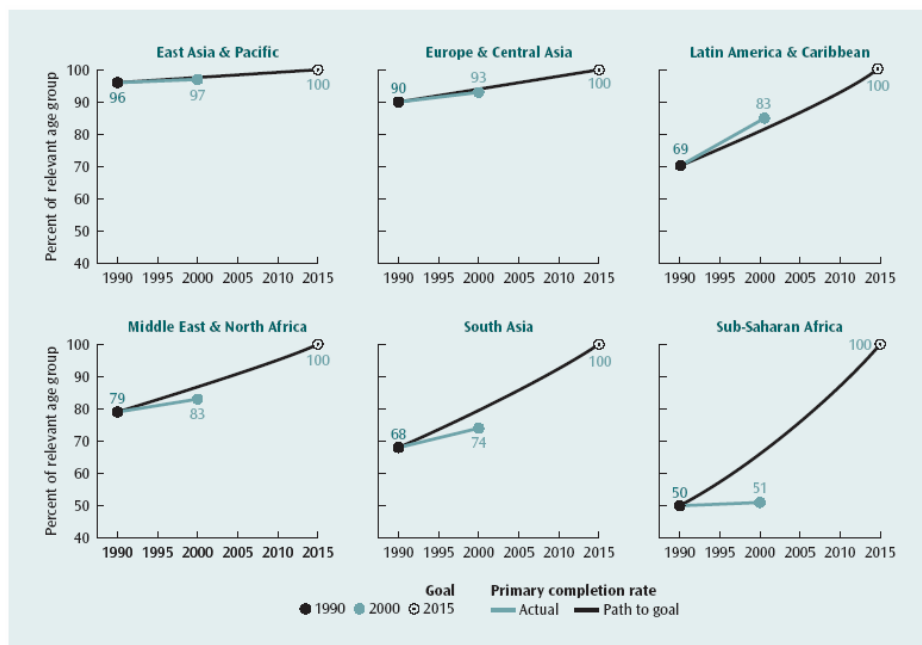


Central, las tasas de pobreza se incrementaron en la década de los noventa en comparación a los bajos niveles que poseía la región, lo anterior como resultado de la caída en el ingreso a principios de la década. En resumen, según estimaciones del Banco Mundial, sólo algunos países serán capaces de cumplir con esta meta.

### *II.1.2 ODM #2: Educación primaria universal*

La meta en cuanto a este objetivo del milenio, establece el asegurar que todos los niños y niñas del mundo sean capaces de completar la educación primaria para el 2015. Según estimaciones del Banco Mundial y de la UNESCO, mientras que algunas regiones están cerca de cumplir con esta meta, existen otras que están en grave riesgo de no cumplirla si las tendencias actuales continúan. Por ejemplo, para el año 2000, tanto la región del Este Asiático y Pacífico, como Europa y Asia Central, estaban muy cerca de cumplir con esta meta, con tasas de educación primaria completa del 97% y 93% respectivamente (ver figura 2.2).

*Figura 2.2* Muy pocas regiones están cerca de alcanzar la meta de educación primaria universal; otras regiones están fuera de rumbo. En esta figura se presentan las tasas de educación primaria completa por región, de 1990 al 2015.



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial.

Por otro lado, de las otras cuatro regiones restantes, América Latina ha venido registrando un progreso acelerado, y está en rumbo de cumplir con el Objetivo del Milenio. Sin embargo, el Sur Asiático y la región del Medio Oriente y el Norte de África, han registrado progresos muy lentos en cuanto a la tasa de educación primaria completa (progreso muy lento tomando en cuenta el nivel de crecimiento del PIB *per capita* promedio de esas regiones). Para ser capaces de cumplir con la meta de alcanzar la educación primaria universal, estas regiones deben acelerar el progreso por encima de las tendencias actuales.

La región que es muy probable que no cumpla con la meta por un amplio margen, es la región del África Sub-Sahariana. En la década de los noventas, las mejoras anuales en cuanto a las tasas de educación primaria completa fueron de sólo 0.2%, de tal manera que, para alcanzar la meta, esta región necesitaría registrar tasas de avance de 4.5% anual, para

el periodo comprendido de 2000 al 2015. Inclusive, si el crecimiento económico en la región se duplica, se necesitarían otros mecanismos y políticas para poder cumplir con el objetivo del milenio.

### *II.1.3 ODM #4: Mortalidad infantil<sup>7</sup>*

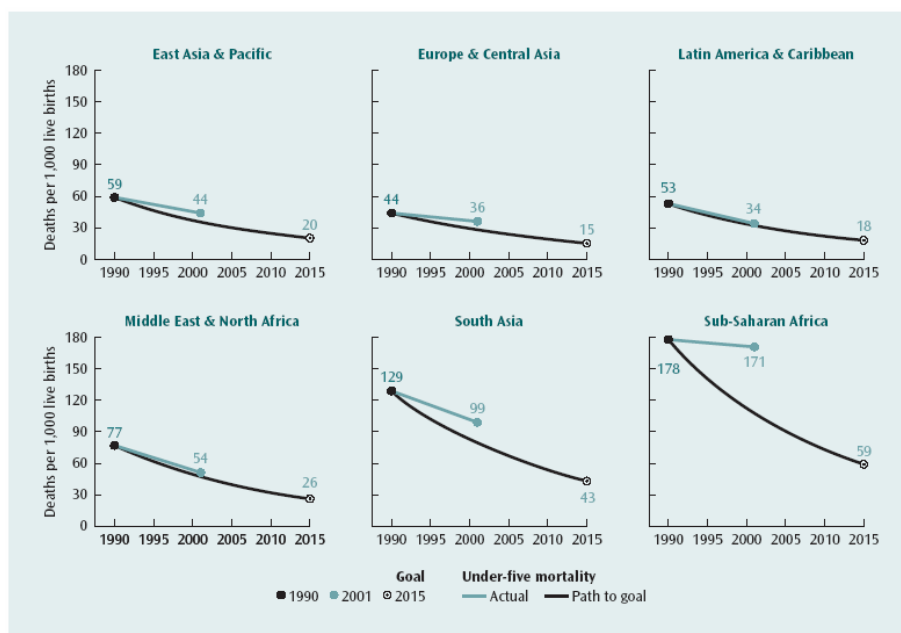
El progreso referente a la tasa de mortalidad infantil ha sido muy lento, y las proyecciones para alcanzar la meta del milenio<sup>8</sup> se ven poco probables. El progreso es muy desigual entre regiones y países, así como al interior de los países, evidenciando las diferencias existentes en el ingreso. En el año 2000, sólo el 16% de los países en vías de desarrollo estaban en buen camino para cumplir con la meta. A nivel regional, sólo una región (América Latina y el Caribe), va por buen camino en la consecución de esta meta (ver figura 2.3). Es poco probable que se alcance la meta en otras regiones, como es el caso del Este Asiático, el cual es muy probable que alcance la meta relacionada con la pobreza. Asimismo, el progreso ha sido muy lento en la región del África Sub-Sahariana, en donde los constantes conflictos y enfermedades altamente contagiosas, como el VIH/SIDA, han elevado las tasas de mortalidad de niños e infantes en la mayoría de los países. Ningún país de esta región está en rumbo de alcanzar el Objetivo del Milenio.

---

<sup>7</sup> La tasa de mortalidad infantil, así como la tasa de desnutrición, son indicadores sumamente importantes debido a que son medidas de pobreza que se recolectan a nivel subnacional en todo el mundo. Para la medición de la pobreza es muy común el uso de indicadores de ingreso o de consumo, sin embargo, estos indicadores son muy difíciles de comparar entre países, es por eso que es recomendable emplear los indicadores de mortalidad y desnutrición infantil. De esta manera es más fácil la comparación entre países y la medición de la pobreza tomando en cuenta las variaciones subnacionales.

<sup>8</sup> El Objetivo del Milenio establece “Reducir la tasa de mortalidad infantil”, mientras que la meta indica “Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad infantil de niños menores a cinco años”.

Figura 2.3 Las proyecciones en cuanto a cumplir con la meta de reducir la tasa de mortalidad infantil, son muy escasas. En esta figura se presentan las tasas de mortalidad infantil para niños menores de cinco años por región, de 1990 al 2015.



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial.

Alcanzar la meta de mortalidad infantil, requiere de reducciones en la tasa de mortalidad infantil anual de 4.3%, entre 1990 y 2015. Debido a que las mejoras en este indicador han sido muy lentas, una reducción de esta magnitud es todo un reto para cualquier país en el mejor de los escenarios.

#### II.1.4 ODM #5: Salud materna

El progreso en reducir la tasa de mortalidad materna ha sido insuficiente. Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la meta propuesta requiere reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna, lo que equivale a una reducción de 5.4% a nivel global. Sin embargo, con una disminución anual promedio de 3.2% en la

década de los noventas, la mayor parte de los países en vías de desarrollo están lejos de cumplir la meta.

Algunos factores que impiden mayores progresos en cuanto a salvar vidas maternas son la pobreza, las distancias tan grandes que tienen que recorrer para llegar a un centro de salud, hospitales que proporcionan servicios de baja calidad, además de un limitado número de centros de salud.

#### *II.1.5 ODM #6: VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades*

El SIDA, paludismo, tuberculosis han demostrado ser enfermedades transmisibles muy difíciles de contener; lograr una disminución en la incidencia de estas enfermedades es un reto aún mayor. La prevalencia del VIH sigue incrementando, pero con algunas excepciones. El virus del VIH sigue estando presente en la región del Sur de África, donde mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años de edad, muestran tasas de infección de 18 y hasta 39%. Por otro lado, en la región de África Oriental, existen signos de que la prevalencia de esta enfermedad ha ido disminuyendo. Por ejemplo, en Uganda, de una tasa de 30% de casos en 1990, ésta disminuyó a un 9% en el 2002.

Sin embargo, de acuerdo a las tendencias actuales, existe un grave riesgo de no poder detener la propagación del VIH/SIDA, especialmente en la región del África Sub-Sahariana al igual que en otras regiones del mundo. A pesar de que las estimaciones actuales señalan una disminución en las tasas de prevalencia de esta enfermedad en India y China, el número absoluto de casos se estima en más de 4 millones en la India, y aproximadamente 1 millón para China. Por otro lado, en América Latina y el Caribe, 12 países de esta región reportan

la prevalencia del VIH de 1% o mayor entre mujeres embarazadas. No obstante, las tasas más altas en la prevalencia del VIH/SIDA se encuentran en Europa y el Centro de Asia, donde se han reportado 1.5 millones de casos, en términos absolutos.

Por otro lado, el paludismo ha demostrado ser una enfermedad endémica en muchas partes del mundo. Intentos fallidos por erradicar el mosquito que transmite esta enfermedad, han limitado las opciones que tienen los gobiernos por detener el paludismo.

Asimismo, la incidencia global de la tuberculosis ha ido en aumento. Se estima que sólo en el 2001 se registraron 9 millones de casos. El incremento de casos de tuberculosis se debe a los efectos del VIH en la región de África Sub-Sahariana. La prevalencia de esta enfermedad se da entre aquellas personas que tienen un sistema inmunológico débil, así como a una mala nutrición.

Como se pudo constatar, el nivel de avance de los ODM en el mundo ha sido muy desigual. Objetivos como la reducción de la pobreza y el hambre es posible que se cumplan, pero no porque en todas las regiones del mundo se haya tenido un progreso satisfactorio, sino porque dos de los países más poblados del mundo (China e India) cumplieron o están a punto de cumplir con la meta. Con respecto a los demás objetivos del milenio hay regiones que están próximos a cumplirlos, aunque hay otras como la región del África Sub-Sahariana que es muy probable que no cumpla con la mayoría de los ODM. Tomando en cuenta la gran desigualdad en términos globales, toca el turno a la República Mexicana para

analizar el nivel de avance que ha tenido en cuanto al cumplimiento de los ODM, y apreciar el nivel de desigualdad que existe.

## *II.2 México y los ODM*

De acuerdo con el informe “*Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*” presentado por Sedesol, México ha tenido un avance satisfactorio en todos los objetivos y metas del milenio.

En lo referente al primer objetivo, el cual apunta a reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyo ingreso es menor a \$1 dólar diario, la meta se ha *cumplido*<sup>9</sup> para México. Según datos proporcionados por Sedesol, el porcentaje de la población viviendo bajo esta línea de pobreza pasó de 10.8 % a 4.1% entre 1989 y 2002 (ver tabla 2.2). Se puede apreciar aquí que hubo un notable avance en cuanto a la reducción de la pobreza en tan sólo dos años (de 2000 a 2002), ya que la proporción de personas viviendo con menos de un dólar diario disminuyó de 8.6% en 2000 a 4.1% en 2002. De 1989 a 2002, la pobreza extrema medida con un dólar diario (PPC), se redujo en más de la mitad (61.6%).<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> De acuerdo al informe *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*, el cual fue presentado en el mes de abril de 2005, los datos indican que México ha cumplido con la meta de reducir a la mitad la proporción de personas que viven con menos de un dólar diario. Sin embargo, tomando en cuenta la fuerte relación que existe entre el crecimiento económico y la reducción de la pobreza, México tuvo que haber crecido a tasas por encima de 5% anual para poder cumplir con esta meta. México ha experimentado tasas de crecimiento económico muy bajas desde el año 2000 debido a los problemas que ha tenido la economía mundial. Por lo tanto es poco creíble que México haya cumplido con esta meta diez años antes de que se cumpla el plazo. Según PNUD, et al. (2003), sólo siete países latinoamericanos alcanzarán la meta de reducción de la pobreza si su desempeño en cuanto al crecimiento económico y reducción de la desigualdad continúa evolucionando como en los años noventa, cosa que para México no ha ocurrido.

<sup>10</sup> Estos datos provienen del documento *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005* elaborado por PNUD y el Gobierno de la República de México, sin embargo estos datos son incorrectos debido a que usaron una incidencia de pobreza para 1989 muy alta, lo que hace que el logro en cuanto a este objetivo para México sea mayor. Con base en datos de Székely (2005), en 1989 la proporción de

*Tabla 2.2* Reducir a la mitad la proporción de personas cuyo ingreso es menor a \$1 dólar diario (México)

<b>Indicador</b>	<b>1989</b>	<b>1992</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>
Proporción de la población con ingresos <i>per capita</i> inferiores a un dólar diario (PPC).	10.8	5.9	5.6	11.9	13.2	8.6	4.1

Fuente: PNUD y Gobierno de la República de México (2005).

Como se mencionó anteriormente, el primer objetivo también incluye la meta de reducir a la mitad la proporción de la población que padece de hambre. De acuerdo al Informe de Avance 2005 se comparó a nivel nacional el consumo energético observado de los hogares, con respecto al requerido para un estado de nutrición mínimo. Como se puede apreciar en la tabla 2.3 la proporción de la población que está por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria registra una tendencia positiva, aunque no importante en los últimos años. Según los datos presentados en el Informe de Avance 2005, en 1992 el 2.5% de la población se encuentra por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, porcentaje que disminuyó a 2.1% para el 2002.<sup>11</sup>

*Tabla 2.3* Reducir a la mitad la proporción de personas que padece hambre (México)

<b>Indicador</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>
Proporción de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.	2.5 (1992)	2.5 (1996)	2.7	2.1

Fuente: PNUD y Gobierno de la República de México (2005).

---

personas en pobreza alimentaria era de 22.7% de la población total muy diferente al 10.8% reportado por el Gobierno de la República de México. Por lo anterior se puede decir que México está atrasado en relación al avance requerido para cumplir con la meta del milenio relacionada con la pobreza.

<sup>11</sup> Sin embargo, de acuerdo a los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la División Estadística de las Naciones Unidas, el 5% de la población en México padece desnutrición en 1991, porcentaje que se mantiene igual para el 2002, lo que hace pensar que tampoco se podrá cumplir con el objetivo del milenio de reducir a la mitad la proporción de la población que padece hambre, datos que contrastan con los presentados en el informe *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*.



En cuanto al segundo objetivo de lograr la educación primaria universal, según el Informe de Avance 2005, de 1990 a la fecha, tanto la tasa neta de matriculación a nivel primaria como la tasa de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años, son de 99.4 y 97.3% respectivamente (ver tabla 2.4). También se puede observar que la tasa neta de matriculación en primaria, para niños y niñas entre 6 y 11 años, se considera como universal, ya que ésta aumentó de 95.6% en 1990 a 99.4% en 2003. Sin embargo, todavía existen problemas en ciertas entidades federativas y regiones con una elevada marginación, sobretodo entre indígenas, campesinos y migrantes.

*Tabla 2.4 Asegurar que todos los niños y niñas completen satisfactoriamente la educación primaria (México)*

<b>Indicador</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>
Tasa neta de matriculación en primaria (6 a 11 años)	95.6	95.8	98.6	99.4
Eficiencia terminal de primaria	70.1	80.0	86.3	89.3
Tasa de alfabetización de la población entre 15 y 24 años	95.3	95.8	96.5	97.3

Fuente: PNUD y Gobierno de la República de México (2005).

El tercer objetivo que pretende lograr la equidad de géneros y empoderar a las mujeres, se establece que en México la brecha de género se ha eliminado para todos los niveles educativos. La tasa de alfabetización de mujeres entre los 15 y los 24 años es de 97.4%, muy parecida a la tasa de alfabetización para los hombres entre 15 y 24 años, la cual es de 97.6%.<sup>12</sup> Sin embargo, la desigualdad entre hombres y mujeres se puede notar en otras áreas, como en el nivel de participación de mujeres en la actividad económica. Según datos del INEGI y de la Encuesta Nacional de Empleo, en 2003, la proporción de mujeres

<sup>12</sup> Estos datos corresponden a cifras preliminares para el año 2003. Esta misma tasa de alfabetización para el año 1990 era de 94.7% para mujeres y 95.8% para hombres. Se puede apreciar el avance que se ha logrado en esta materia, eliminando prácticamente la desigualdad, en tasa de alfabetización, que había en 1990.

asalariadas en el sector no-agropecuario es de 36.8% comparado con el 38.8% que existía en 1990, indicando que ha habido un retroceso en este ámbito. También se puede observar que los puestos ocupados por mujeres tanto en la Cámara de Senadores como en la de Diputados ha ido incrementando, pero todavía sin lograr la igualdad de género. Por ejemplo, entre 1994 y 1997, la proporción de mujeres en la Cámara de Diputados era de 14.5, mientras que en la Cámara de Senadores era de 10.2 en el mismo periodo.<sup>13</sup> Actualmente, el porcentaje de mujeres tanto en la Cámara de Diputados como en la de Senadores registró un incremento, sin embargo este aumento es pequeño como para aseverar que existe igualdad de género en cuanto a la participación de la mujer en las decisiones políticas del país (en el 2006, la proporción de mujeres en la Cámara de Diputados es del 23%, mientras que en la Cámara de Senadores es de 16.4%).<sup>14</sup>

En lo que respecta a los objetivos 4, 5 y 6, los cuales tienen que ver con la salud, de acuerdo a los datos proporcionados por Sedesol, la mortalidad en niños menores de 1 año ha disminuido de 37 a 24 defunciones por cada mil nacimientos entre 1990 y 2001; la meta para el 2015 estableció llegar a 12.3 defunciones por cada mil nacidos vivos, meta que está cercana a poder cumplirse ya que se registra un avance del 52.7% (por encima del 44% de avance requerido para el 2001 consistente con el logro de la meta). Con respecto a la tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos, en 1990 ésta era de 110 defunciones mientras que en 2001 disminuyó a 83, con lo que la meta de 27.50 todavía está muy lejos de poder cumplirse (hasta el 2001 se tiene un avance de 32.73% el cual está por debajo del 44% del logro que requeriría considerando el tiempo transcurrido para alcanzar la meta).

---

<sup>13</sup> PNUD, et al. (2005).

<sup>14</sup> Para mayor información consultar las siguientes páginas web: [www.senado.gob.mx](http://www.senado.gob.mx) y [www.cddhcu.gob.mx](http://www.cddhcu.gob.mx).

Por lo tanto, respecto al sector salud, a pesar de que en algunos indicadores se ha tenido un gran avance, hay otros como la tasa de mortalidad materna en donde el logro no ha sido suficiente para prever el éxito en términos de esta meta.

Sin embargo, a pesar del avance que México ha demostrado en cuanto al cumplimiento de la mayoría de los ODM en tiempo y forma, es importante mencionar que los ODM plantean dificultades en sí mismos, dificultades como: 1) la manera en que los ODM están planteados (a nivel de promedios nacionales),<sup>15</sup> y 2) se plantean objetivos más generales que otros, complejos por naturaleza y por ende, difíciles de medir.<sup>16</sup> Considerando la enorme desigualdad existente en los indicadores en México, es importante formular o replantear los ODM para que tomen en cuenta la desigualdad, por su relevancia en países de ingreso medio, sobre todo en América Latina. Es por la gran desigualdad que hay en México que se necesitan indicadores que reflejen fielmente y de manera precisa la situación que ocurre en el país sin disfrazarla o esconderla. Por tal motivo, en el siguiente apartado se discute el problema que existe con los indicadores que únicamente reflejan lo que sucede en el país “en promedio”, el mismo que problema que ocurre con los Objetivos de Desarrollo

---

<sup>15</sup> Existe un peligro al definir las metas de esta manera. “Si no se tiene presente que la meta principal es cumplir los derechos básicos de todos, y no se deja de lado el pensar sólo en reducir un poco la pobreza o tratar que los pobres estén menos pobres que antes, no se avanzará nunca” (Yoriko Yasukawa, representante de la UNICEF en México). Por lo tanto, es relevante tratar de identificar la viabilidad de los objetivos para los estados o entidades que se encuentran en condiciones de mayor atraso. Asimismo, es importante incorporar de manera prioritaria la reducción de la desigualdad y la atención de localidades y regiones con más atraso. Lo anterior implica que los ODM se conviertan en objetivos de reducción de la desigualdad.

<sup>16</sup> Hay objetivos específicos, como el objetivo 4 que establece “Reducir la mortalidad infantil”, cuyos indicadores están correctamente definidos y bien establecidos, sin embargo hay otros objetivos e indicadores que no están bien delimitados, son más complejos y difíciles de medir. Las dificultades que pueden surgir son: saber si se tiene el indicador conceptualmente correcto para la medición adecuada del objetivo; dificultades en términos de los datos disponibles y confiables para cada país, etc. CMMS (2004).

del Milenio, los cuales están planteados de esta manera, sin tomar en cuenta la desigualdad al interior del país.

### *II.3 Problema con los indicadores promedio*

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejora de la situación de salud, donde el análisis de los indicadores promedio ha dejado de ser suficiente. Los indicadores que muestran la situación promedio no son de mucha ayuda en la evaluación de tendencias sociales. Un ejemplo de lo anterior se aprecia en Bolivia, que entre 1994 y 1998 redujo su tasa de mortalidad de menores de cinco años. Sin embargo, esto se debió a que hubo una mayor reducción en la tasa de mortalidad entre los más ricos que entre los pobres.<sup>17</sup> En otras palabras, los indicadores que muestran la situación promedio de un país no reflejan de manera precisa lo que realmente ocurre al interior del éste, sino que en cierta manera “disfrazan” la realidad. Por lo tanto, el interés no es en las condiciones de salud que prevalecen en la sociedad en conjunto, sino en las condiciones de los diferentes grupos socioeconómicos dentro de la sociedad – especialmente en los grupos marginados y pobres.<sup>18</sup> Lamentablemente, los indicadores promedio se utilizan para simplificar realidades complejas en una medida sencilla y fácilmente interpretable, sin embargo en ocasiones, se simplifica demasiado.

Regularmente los cambios en los indicadores promedio a través del tiempo pueden ser interpretados como “positivos”, como por ejemplo, una reducción de la tasa de mortalidad infantil de menores de cinco años puede deberse a que toda la sociedad en conjunto mejoró

---

<sup>17</sup> Wagstaff, et al. (2003).

<sup>18</sup> Gwatkin (2000).

o puede sólo ser el resultado de mejoras de sólo un pequeño grupo de la sociedad,<sup>19</sup> por lo que es necesaria la medición de las desigualdades para identificar las inequidades en el campo de la salud.

En síntesis, los logros promedio alcanzados por los sistemas de salud no pueden considerarse como un indicador suficiente para evaluar el desarrollo conjunto de un país en esta materia. Ante ello, el estudio de las desigualdades en salud y el enfoque de equidad aparecen como componentes de una estrategia central para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.<sup>20</sup> De hecho, los sistemas de información y los análisis de la situación de salud no toman en cuenta la evaluación de las desigualdades, por lo que es fundamental discutirla y estudiarla para llevar a cabo acciones de desarrollo social y para la puesta en práctica de políticas enfocadas a mejorar el estado de salud de la población.

#### *II.4 Desigualdad e inequidad en el área de la salud*

Medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud representa el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. Desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, es decir, involucra juicios de valor y términos relacionados con el concepto de justicia social. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas.<sup>21</sup> Por lo tanto, es importante diferenciar entre desigualdad e inequidad así como medir y monitorear las desigualdades en este campo para la toma de decisiones que promuevan un mejor estado de salud de la sociedad.

---

<sup>19</sup> Minujin, et al. (2002).

<sup>20</sup> Zurita, et al. (2003).

<sup>21</sup> Schneider, et al. (2002).

### *II.4.1 Desigualdad en salud*

Las desigualdades en la salud, tanto entre poblaciones como al interior de éstas, son una gran preocupación para muchos gobiernos y que demandan atención urgente. A pesar del amplio reconocimiento de la importancia de la desigualdad en la salud y de las diferencias en salud entre diversos grupos sociales tanto en países de altos ingresos como en los de bajos ingresos, aún existe debate con respecto al significado y a cómo medir las desigualdades en salud. La falta de definiciones *standard*, estrategias de medición y de indicadores han limitado y continuarán limitando las comparaciones, tanto entre países como al interior de éstos, sobre las desigualdades en salud y de análisis comparativos de sus determinantes. Los estudios comparativos son esenciales para la elaboración de políticas efectivas, con las cuales los gobiernos serían capaces de reducir tales desigualdades.<sup>22</sup>

El enfoque más tradicional considera las diferencias en salud de acuerdo al ingreso individual o al status socioeconómico. Sin embargo la dimensión económica es, por ningún motivo, el único aspecto importante para la medición de las desigualdades en salud. Algunos investigadores consideran otras dimensiones, igual de importantes, como las desigualdades de género en la salud; las desigualdades étnicas en la salud, las cuales han sido trascendentales en diversas regiones como en el sur de África;<sup>23</sup> la educación y el empleo también han sido utilizados como referencia para dividir poblaciones enteras y determinar las desigualdades de salud intergrupales, a pesar de que muy a menudo han sido

---

<sup>22</sup> Murray, et al. (1999).

<sup>23</sup> Para más detalles ver Brockerhoff, et al. (2000).

utilizadas como variables *proxy's* para determinar el status económico que como indicadores *per se*.

A pesar de la falta de consenso sobre qué variables considerar para medir la desigualdad en la salud, es importante mencionar que en donde sí existe consenso es en cuanto a la medición de este tipo de desigualdad. Este tipo de medidas de desigualdad se dividen en dos categorías: 1) aquellas que intentan captar la desigualdad en algún sentido *objetivo*, mediante el uso de alguna medida estadística de la variación relativa del ingreso,<sup>24</sup> y 2) los índices que miden la desigualdad de acuerdo con cierta noción *normativa* del bienestar social, de tal manera que a una mayor desigualdad corresponde un bienestar social menor para un ingreso total dado. En este trabajo, se tomará en cuenta el segundo enfoque, en el cual la desigualdad deja de ser una noción meramente objetiva y adopta una valoración ética.<sup>25</sup> Al mismo tiempo, aun si se adopta una concepción normativa de las medidas de la desigualdad del ingreso, no quiere decir necesariamente que abarque todas las valoraciones éticas.<sup>26</sup>

Aunado a lo anterior, el uso de diferentes medidas de desigualdad puede conducir a diferentes conclusiones sobre la existencia de desigualdades. Es muy importante que, independientemente del tipo de indicador, se haga un análisis descriptivo y que, siempre que sea posible, se utilice más de un indicador. De esta forma se incrementa la verosimilitud de los hallazgos.

---

<sup>24</sup> Estas medidas incluyen la varianza, coeficiente de variación, el coeficiente de Gini, etc.

<sup>25</sup> Sen (2001).

<sup>26</sup> Decir que *x* implica menos desigualdad que *y*, aunque pretenda ser un pronunciamiento normativo, no es una recomendación absoluta de elegir *x* en lugar de *y*, sino que habría que recurrir a otras consideraciones para llegar a un juicio completo Sen (2001).

También es importante destacar que la existencia de bajos niveles de desigualdad en salud es siempre relativa a los grupos que se comparan y no implica que existan buenas condiciones de salud. Para interpretar los resultados es importante contextualizarlos, tener en cuenta las variables empleadas y el escenario en que lo fueron. No existen valores umbral para la alta o la baja desigualdad, de modo que la decisión suele ser difícil.

A la par de los conceptos de desigualdad en la salud y de las formas para medirla, surge otro concepto que ha cobrado una gran relevancia en lo referente a las desigualdades en el área de la salud: la equidad. A continuación se presenta una breve explicación de este concepto y su importancia para este trabajo.

#### *II.4.2 Inequidad en salud*

Como se mencionó anteriormente la equidad es un concepto normativo, relacionado con valores éticos y asociado al concepto de justicia social.<sup>27</sup> Al aplicarlo al área de la salud, la equidad se relaciona comúnmente a la reducción de las desigualdades. La discusión sobre el tema de la equidad parte del reconocimiento de que no es posible dar un trato igual a todos los sujetos de una sociedad en condiciones que inicialmente son desiguales.<sup>28</sup> De acuerdo con Whitehead<sup>29</sup> la equidad se puede definir como la posibilidad de ofrecer idealmente a todo el mundo la oportunidad de realizar su máximo potencial. La autora menciona también que la equidad requiere la reducción de desigualdades injustas y que para lograr la equidad

---

<sup>27</sup> Anand (2002).

<sup>28</sup> Zurita, et al. (2003).

<sup>29</sup> Whitehead (1992).



en el área de la salud es indispensable reducir las brechas sociales en salud que son injustas e innecesarias.

Sin embargo, la equidad no es un concepto que se refiera exclusivamente a la reducción de las desigualdades. También se puede asociar con la pobreza, ya que se puede argumentar que es “injusto” permitir que personas sigan viviendo en la pobreza cuando existe la disponibilidad de recursos en una sociedad para sacarlos de esa situación. Un ejemplo bien conocido sobre la equidad orientado a los pobres, es el principio del “*maximin*” de justicia distributiva establecido por John Rawls. Este principio sugiere que los recursos sean distribuidos de tal manera que los individuos en el decil más pobre de la sociedad (los que ocupan la “mínima” posición) obtengan la máxima cantidad posible de ganancias. Una variación de este principio aplicado a la salud consideraría cualquier ganancia en el área de la salud al proceso de implementar los esfuerzos para mejorar la salud de los pobres. En resumidas cuentas, el enfoque de la equidad en la salud orientado a las desigualdades, se centra en la reducción de las diferencias entre ricos y pobres a través de acciones especiales para mejorar la salud de los pobres.

El concepto de equidad en la salud involucra valoraciones éticas las cuales se deben considerar para llegar a un juicio completo de la desigualdad, mediante el apoyo de las diferentes teorías de justicia dentro de la literatura económica. Las teorías de justicia se plantean el tema de la *distribución* (del ingreso, consumo, riqueza, etc.) *que debe ser*, una pregunta de *tipo normativa* que tiene que ver con el mecanismo distribuidor que una

sociedad tiene y que califica a este mecanismo como *justo* o *injusto*.<sup>30</sup> En el siguiente apartado, se hará una revisión somera de la teoría contractual Rawlsiana para tener una mejor comprensión del concepto de *equidad* en la salud.

#### *II.4.3 Teoría contractual: el enfoque “Rawlsiano”*

Dentro de las diversas teorías de justicia, existe una que es considerada de gran relevancia: la teoría contractual de justicia cuyo principal exponente es John Rawls. Rawls propone dos principios importantes que se fundamentan en la idea de que las personas se constituyen como tales al formar parte de una sociedad: el *principio de equidad*, basado en el ejercicio del *velo de la ignorancia*, y el *principio de desigualdad*, basado en el ejercicio de *maximin* (conveniencia de quien está más abajo). Estos principios se aplican a la estructura básica de la sociedad, y controlan la asignación de derechos y deberes regulando la distribución de las ventajas económicas y sociales.

En este trabajo se hace énfasis en el *principio de desigualdad*, el cual está basado en el ejercicio del *maximin*. Este principio es el más importante formulado por Rawls en su libro *A Theory of Justice* de 1971, el cual establece que las desigualdades sociales y económicas han de ser dispuestas de manera que sean para el mayor beneficio de los menos beneficiados de la sociedad. Rawls establece que: “...las desigualdades sociales y económicas han de ser dispuestas de manera que sean ... para el mayor beneficio de los menos beneficiados”.<sup>31</sup> Es decir, las expectativas más elevadas de quienes están mejor situados en la distribución son justas, si y sólo si, funcionan de manera que mejora las

---

<sup>30</sup> Rojas (2004).

<sup>31</sup> Rawls (1971).

expectativas de los miembros menos favorecidos de la sociedad. El concepto del *maximin* propuesto por Rawls, se puede expresar de la siguiente manera:

$$W = \text{Minimum} (U_1, U_2, \dots, U_n)$$

De manera más formal:

$$BS = \text{Max} \{ \text{Min}(u_i, u_j) \} \quad \forall i \neq j$$

Intuitivamente, este principio establece que el orden social es incapaz de beneficiar a los individuos mejor situados, a menos que al hacerlo se beneficien aquellos individuos menos afortunados. Esencialmente, este principio considera que la sociedad más justa es aquella en la que el grupo menos beneficiado, sea cual fuere su composición, esté en el nivel más alto. El concepto de *maximin* de Rawls que establece que el objetivo social es la maximización del nivel de bienestar del individuo que esté en peor condición, se puede ilustrar de la siguiente manera. “Si una persona tiene una función de bienestar uniformemente menor que otra, y si puede mejorarse su situación transfiriendo ingreso de la segunda, entonces el criterio de Rawls requeriría que la persona que tiene la función de bienestar menor tenga ese ingreso adicional que iguale su nivel de utilidad<sup>32</sup> con el de la otra persona”.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Este requerimiento no se satisface si la persona con la función de bienestar menor sigue estando peor que la otra a pesar de tener todo el ingreso.

<sup>33</sup> Sen (2001).

Una vez explicados los conceptos de desigualdad e inequidad en la salud, es fundamental retomar la idea planteada al inicio del capítulo en el sentido de la importancia de la desigualdad en los indicadores de salud en México, tanto entre grupos de ingreso como entre regiones. Por lo tanto, a continuación se plantea una metodología para que los ODM (en este caso, en salud) sean sensibles a la desigualdad de los indicadores entre, por ejemplo, estados o municipios.