

# Determinantes de la Salud

Área Salud

Curso Niveles de Atención

Prof. Adj. Carlos Güida



## Según documento de OMS ( 2005)

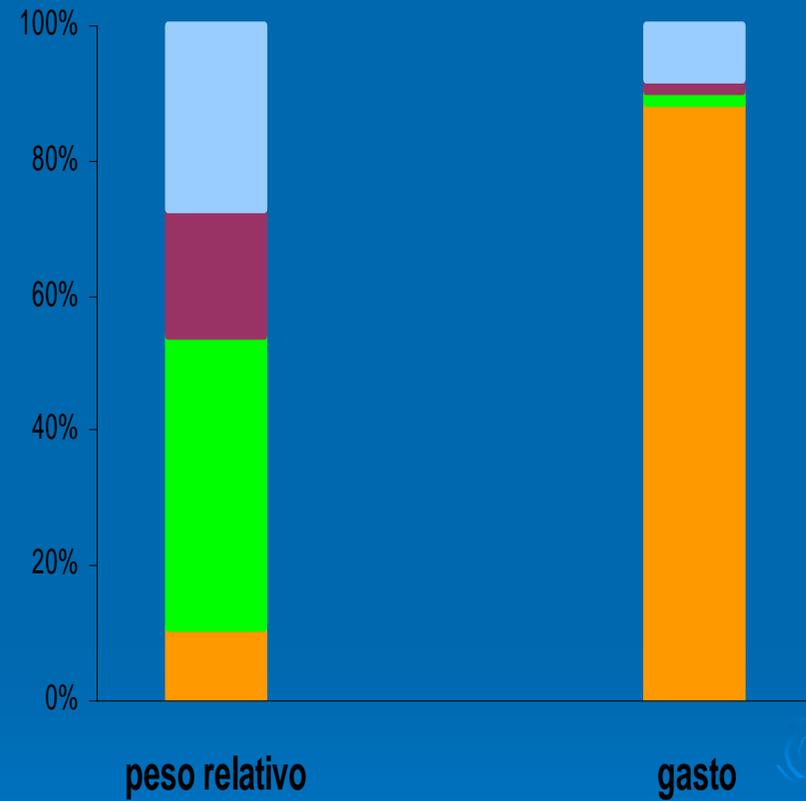
“las inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas.

Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas, tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social...

En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes y no permitirán alcanzar las metas de salud de los Objetivos para el Milenio.

Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales”.

## Peso relativo de los determinantes de salud (Lalonde, 1974)



## Los estudios en Europa (informe de WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool)

“Las desigualdades sociales en salud están directa o indirectamente generadas por factores sociales, económicos y ambientales y estructuralmente influidas en los estilos de vida. Estos factores determinantes de las desigualdades sociales son susceptibles en su totalidad a ser modificados. Dentro de los países de Europa, hay muchos ejemplos de la sistemática las diferencias en salud entre los distintos grupos sociales. En todos los países europeos, grupos más desfavorecidos tienen peor salud y mayor mortalidad. Esto se manifiesta en las grandes diferencias en la esperanza de vida entre los extremos de la escala social. En Escocia, por ejemplo, un bebé nacido en los más desfavorecidos barrio de Glasgow puede esperar vivir 10 años menos que un bebé de vida en el barrio más ricos (Acheson et al., 1998). En Estonia, la brecha en la mortalidad entre los grupos con los más altos y más bajos niveles de educación aumentado enormemente desde 1989-2000, el período de transición tras el cese de la dominación soviética.

En 2000, un hombre con posgrado de 25 años de edad podría esperar vivir 13 años más que el hombre la misma edad con menor nivel de educación (Leinsalu, Vagero & Kunst, 2003). En los Países Bajos, por ejemplo, hay una brecha de 5 años en la esperanza de vida, y 13 años de diferencia en la discapacidad sin la esperanza de vida, entre los hombres de los grupos con bajos y altos niveles de la educación (van de Water, Boshuizen y Perenboom, 1996)...

Los estudios en Turín, Italia, han puesto de manifiesto que, si bien un descenso de la mortalidad para todos los grupos socioeconómicos en los últimos 30 años, el descenso fue menos pronunciado entre los hombres y las mujeres con un menor nivel de educación y entre los hombres con peores condiciones de vivienda (Marinacci et al., 2004).

Francia: entre un hombre de 35 años de edad, trabajador manual no calificado y un trabajador de cuello blanco de la misma edad, la diferencia en la esperanza de vida es de unos 9 años. Al examinar las tasas de muerte prematura (antes de 54 años de edad), los trabajadores manuales no calificados mueren 4 veces más prematuramente de diabetes que los trabajadores de cuello blanco, y la diferencia es 10 veces cuando se trata de cirrosis y psicosis alcohólica (Mesrine, 1999; Jouglu et al., 2000).

La situación sanitaria en Europa central y oriental es motivo de grave preocupación. La Federación Rusa ha tenido un drástico, sin precedentes, deterioro en la esperanza de vida después de la crisis económica y política de principios de los 90. Este deterioro no afectó a todos los segmentos de la población por igual. Los más afectados fueron los grupos menos educados. De hecho, entre 1990 y 1994, las posibilidades de supervivencia para los hombres de los grupos con menores niveles de la educación son peores que en los años 1970 y 1980. Las tasas de mortalidad entre las personas con una educación universitaria, sin embargo, fueron más cercanas a las tasas de mortalidad general las poblaciones occidentales (Shkolnikov, Field & Andreev, 2001).

**El Derecho Inverso a la Atención** (Hart, 1971): "La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente con la necesidad de la población. Estudió la situación en la minería del carbón de los valles de Gales. La ubicación de las instalaciones de salud y su calidad era mucho peor en las ciudades más pobres donde vivían los mineros y profesionales con discapacidad, en comparación con las instalaciones y servicios disponibles en las ciudades más prósperas donde las tasas de morbilidad fueron menores. Los estudios en Suecia han mostrado una agrupación de especialistas al servicio de los más los barrios ricos en Estocolmo y la escasez en las zonas de bajos ingresos de la misma ciudad (Dahlgren, 1994). Dos tipos de acceso, también son importantes: el **acceso económico** y el **acceso cultural**. En Europa, hay un número creciente de casos de pacientes que buscan retrasar la atención de urgencia por razones financieras. En Bélgica, por ejemplo, estudios recientes encontraron que los pacientes con enfermedades crónicas gastó un promedio de 23% de su renta disponible en la atención. Además, aproximadamente un tercio de la población belga informó de que experimentaron dificultades para pagar para la atención médica, y el 8% de las familias aplaza la búsqueda de atención médica porque de los gastos (Louckx, 2002).

En Francia, un estudio realizado en 1997 encontró que 600 000 personas no tenían acceso a la seguridad social para cubrir los costos de atención médica y que el 16% de la población no tenía cobertura complementaria. Otro aspecto es cuando la gente hace acopio de dinero para pagar de su bolsillo los honorarios, pero luego son empujados a la deuda como consecuencia de ello. Esto que hemos denominado la trampa médica de la pobreza - es decir, **el empobrecimiento causado por el pago de atención médica** (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001).

Las diferencias en los resultados del tratamiento entre los distintos grupos socioeconómicos puede observarse - por ejemplo, cuando la recuperación después de una operación es más lento para los pacientes más pobres, o cuando el tratamiento farmacológico para controlar una enfermedad crónica es menos exitoso para las personas que viven en viviendas inadecuadas. Estas diferencias pueden ocurrir incluso cuando el tratamiento ha sido siempre de modo equitativo, a causa de las condiciones socioeconómicas en virtud de la cual viven los pacientes.

**Reseña del Informe elaborado por la Comisión  
sobre Determinantes Sociales de la Salud.  
Primera Reunión Regional de América Latina de  
Representantes de la Sociedad Civil en la  
Comisión de Determinantes Sociales de la Salud  
promovida por la OMS**

Lima, Perú 8 y 9 de enero del 2006



**Las determinantes sociales de la salud no solo son sociales sino históricas y políticas, y ello implica un reto diverso que llega hasta el nivel de los sistemas políticos, ya que las políticas de salud como las demandas dependen básicamente del sistema político vigente.**

**Los determinantes sociales de la salud tienen que ver con las condiciones en las que la persona vive y trabaja, y con aquello que genera desigualdades en el acceso a la salud de calidad. Ello implica identificar las condicionantes estructurantes que determina esa desigualdad. Por ejemplo los sistemas de salud son un determinante social en potencia. De allí que se puede ver los determinantes sociales desde varias perspectivas, pudiéndose observar que existen determinantes estructurantes y determinantes intermedias.**

**Esta visión contempla el logro de la equidad en salud desde las políticas públicas, y ello se logra generando liderazgo, abogacía, aprendizaje y acción organizada, es decir, es necesario y urgente contar con una sociedad civil participativa y movilizadora en el tema. toda la población, entendida bajo el principio de la reivindicación de la salud como derecho.**

Hay una nueva propuesta de mirar la salud hoy en día y es la salud pública, la cual responde a la propuesta neo estructuralista que pretende mantener la desestructuración impulsada desde arriba, es decir, promover un sistema de salud privatizado. Sin embargo **hay propuestas para construir un nuevo sistema de salud pública que erradique o haga frente a la exclusión social de salud, y esa es la propuesta de una salud pública y universal accesible a recomponer su liderazgo mundial en el campo sanitario (...)** Se requiere relacionar el tema de las determinantes sociales de la salud con el tema de los derechos sociales, económicos y culturales. Esto está en función de la construcción de los estados sociales de derecho, la construcción de sistemas económicos adecuados que garanticen esos derechos, es decir, responde y pasa por la construcción de un estado social de derecho en el marco de un modelo de desarrollo específico

**Es evidente que hay una ausencia aún marcada del pensamiento latinoamericano sobre el tema de determinantes sociales (...) Más allá de ello, el asunto también consiste en cómo engarzar el pensamiento de las determinantes sociales en las tradiciones de nuestras naciones. (...)**

Surge la pregunta de por qué la OMS quiere trabajar el tema de las determinantes sociales y podría decirse que ello responde a la idea de. Ello significa que se configuran sistemas de derechos que garantizan derechos a la salud, en contraposición de los sistemas de salud neoliberales que priorizan diferencias económicas y privatización de la salud.

**El tema de las determinantes sociales de la salud no es posible si se muestra sólo desde el campo de la salud, es necesaria una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial que aborde el tema sino no es posible su efectivamente afectarlos (...)**

Buscar las causas de las causas es sustancial para abordar el tema de las determinantes sociales, y allí es importante la discusión sobre la cuestión del poder.

Ello significa partir de la idea de que las sociedades no son democráticas, es decir socialmente la gente no tiene la capacidad de qué hacer sobre su vida. Significa ello que hay sectores que no sólo gozan de salud sino que además imponen modos de ver y acceder a la salud.

Otra dimensión involucrada en el tema de las determinantes sociales tiene que ver con temas como redes, empoderamiento, etc., así mismo con otros factores como los institucionales y que no dejan de ser sociales e individuales. (...)

Una acción urgente es crear las herramientas adecuadas para lograr que el tema incida y eso implica reforzar estrategias, que van básicamente desde fortalecer movimientos hasta precisar y consensuar el concepto de determinantes, lo que pasa por recoger ideas y perspectivas de la sociedad civil.”

McKeown y Brown, tratando de comprender mejor por qué mejora la salud poblacional, estudiaron los factores que influyen en la disminución importante en las tasas de mortalidad en el Reino Unido después de 1840. Encontraron que **la mayor parte del cambio en las tasas de mortalidad no puede ser explicado a través de la intervención médica porque no había efectivo tratamientos para las principales causas de muerte durante la mayor parte de este período.** Por otra parte, una gran disminución de la mortalidad por enfermedades en suspensión en el aire no puede ser fácilmente explicada por la mejora del abastecimiento de agua y sistemas de saneamiento a finales de los años 1800. McKeown **llegó a la conclusión de que la disminución de la mortalidad se debió al aumento de la prosperidad y nutrición.** (Los determinantes de la salud desde una perspectiva histórica, Frank, J; Mustard, J., 1994)

Una persona con sentimiento de logro, autoestima y control sobre su trabajo y su vida parece afectar a la salud y el bienestar. **Los estudios realizados en Suecia han demostrado que los individuos con una gran demanda de empleos, que se ven a sí mismos con poco control sobre su trabajo tienen una incidencia mucho más elevada de enfermedad coronaria que las personas en puestos de trabajo similares que creen que tienen control** (fuente ídem, Frank, J; Mustard, J., 1994)

# Un informe clave. El Informe Negro (fuente Frank, J; Mustard, J., 1994)

- La Dirección Nacional de Servicios de Salud se estableció en el Reino Unido en 1948. En ese momento, **se creía que el gradiente en la salud a través de las clases sociales** (la más alta clase social tenían la menor tasa de mortalidad, y las clases sociales más bajas la mayor tasa de mortalidad) **se reduciría si los obstáculos financieros para la atención de la salud fueron retirados**.
- Similares argumentos fueron utilizados cuando Canadá presentó su programa de seguro nacional de salud para los servicios de atención de casi dos décadas más tarde.
- En el decenio de 1970 la Comisión Real Merrison sobre el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido se sorprendió al encontrar que el gradiente de la mortalidad a través de las clases sociales había aumentado, aunque las tasas de mortalidad habían disminuido de forma continua. En 1977, el Gobierno laborista estableció un grupo de investigación, encabezado por Douglas Negro, investigador jefe del Departamento de Salud y Seguridad Social, para examinar más ampliamente a los factores que influyen en la salud.
- Una importante conclusión de este informe obligar, a menudo referida como el "Informe Negro", es que, **si bien la atención de la salud ha contribuido a mejorar la salud y el bienestar, hay factores socioeconómicos de igual o mayor importancia en la determinación de la salud y el bienestar**. Estos son los principales factores que causan el gradiente en la salud a través de las clases sociales.

# El acceso a la alimentación y la soberanía alimentaria: una problemática relevante.



# El acceso al agua potable y la contaminación ambiental: determinantes de la salud poblacional



# Los modelos de desarrollo y producción: hipotecando la salud poblacional



## Ecología y modelos de desarrollo: repercusiones en la salud y calidad de vida

El análisis de las variables climáticas y los niveles del mar en Uruguay muestra cambios en el último siglo. Los más destacables son:

- La *temperatura* aumentó 0,8 °C en el siglo XX (3,4). La temperatura media actual es mayor en primavera y verano de lo que era a principios del siglo pasado, y la temperatura mínima se ha elevado a lo largo de todo el año. A su vez, los períodos de heladas (tiempo entre la primera y la última del año) son más cortos, y su severidad y frecuencia se redujeron
- Las *lluvias* aumentaron dentro del territorio nacional aproximadamente un 30%, partiendo de 1.000 mm a principios del siglo XX hasta unos 1.300 mm hacia fines de siglo. Este cambio se observa sobre todo en primavera y verano.
- El *nivel del mar* en las costas uruguayas subió 11 cm entre 1902 y 2003 (6 cm menos que la media mundial), proceso que se acentuó en las últimas tres décadas.
- Los *eventos* extremos (lluvias y temperaturas fuera de lo normal) han venido aumentando en frecuencia e intensidad en Uruguay (5) y en la región.

## Informe Mundial Sobre Desarrollo Humano 2007-2008 Material Complementario del Uruguay: El cambio climático aquí y ahora (PNUD, 2008)

Investigadores nacionales analizaron posibles escenarios climáticos para los próximos 50 años en Uruguay. De estos estudios surge que:

- En cuanto a la *temperatura*, es probable que Uruguay experimente tasas de crecimiento con variaciones de 0,3 a 0,5 °C para el 2020 y de 1,0 a 2,5 °C para el 2050.
- Las *lluvias* continuarían su tendencia creciente, aunque a una tasa de aumento menor que la observada.
- En cuanto *al nivel del mar*, los estudios de escenarios realizados indican que aumentaría entre 5 y 10 cm para la década del 2020 y entre 12 y 20 cm para la década del 2050. Para el 2100 aumentaría entre 40 y 65 cm .
- Los *eventos extremos* (lluvias y vientos intensos, tormentas y granizadas de gran intensidad, etc.) continuarían en aumento. De acuerdo con las predicciones realizadas a escala global y regional, es esperable también un aumento de estos fenómenos tanto en cantidad (frecuencia) como en severidad (intensidad)

# Los avances en ingeniería genética y el acceso desigual a nuevas terapias



# Estilos de vida: determinantes de la salud



## Gasto en salud en Uruguay 1994 - 2004

CUADRO 2. Evolución del gasto en salud, Uruguay, 1994–2000 y 2004.

Años	Población (Miles)	Gasto en salud (Millones US\$)	PIB (Millones US\$)	Gasto en salud como porcentaje del PIB (%)	Gasto en salud per cápita (US\$)
1994	3.195	1.590	17.518	9,1	498
1995	3.218	1.781	19.318	9,2	553
1997	3.265	2.163	21.695	10,0	662
1998	3.289	2.292	22.371	10,2	697
1999	3.303	2.238	20.912	10,7	678
2000	3.322	2.182	20.042	10,9	657
2004	3.241	1.184	13.215	9,0	365

Fuente: Cuentas Nacionales en Salud 2004 y Cuentas Nacionales de Gasto y Financiamiento 1999–2000.

## Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Auto percepción pertenencia étnico - racial (INE)

➤ Ascendencia	Total	Montevideo	Interior
➤ Total	100,0	100,0	100,0
➤ Blanca	85,8	85,4	86,1
➤ Blanca-otros	2,6	3,3	2,1
➤ Negra	2,7	2,2	3,0
➤ Negra-blanco	5,4	6,1	4,8
➤ Negra-otros	0,2	0,2	0,3
➤ N-b-otros	0,8	1,0	0,7
➤ Otros	2,5	1,8	3,0

## Proporción de personas que tiene cédula de identidad ENHA, INE, 2006

Reside en Asent. Irregulares	Posee Cédula de Identidad	
	Si	No
Si	95,3	4,7
No	98,0	2,0

## Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamientos (UNDP/UNFPA), basado en ENHA, INE , 2006

- No existen diferencias sustantivas entre la existencia de derechos en determinadas instituciones de salud y utilización de las mismas. El porcentaje de personas con derechos vigentes en las IAMC pero que optan por atenderse en servicios gratuitos o de costo reducido debido a las erogaciones que la atención mutual supone, es menor al 1%.
- **El 70% de los menores de 20 años utilizan servicios públicos de salud, en tanto que entre los mayores de 60 años ese porcentaje no alcanza al 40%.**
- Esta diferente composición etaria de los usuarios de los servicios públicos y privados condiciona fuertemente el nivel y la estructura del gasto de los distintos prestadores habida cuenta de las diferencias en los perfiles epidemiológicos de los mismos.

## Personas en atención psicológica o tratamiento psiquiátrico (fuente ídem)

- El 3.6% de la población se encuentra bajo atención psicológica (2.2%) y/o tratamiento psiquiátrico (2.4%).
- Esta característica es más intensa entre las mujeres (4.2%) que entre los hombres (3.0%).
- Con respecto a la atención psicológica, se distribuye en forma relativamente homogénea en los diferentes tramos de edad, especialmente en el caso de las mujeres ya que en el caso de los hombres es más fuerte en los tramos que coinciden con el ciclo escolar (entre 5 y 14 años).
- En lo relativo a las personas en tratamiento psiquiátrico el perfil de los hombres es similar. Sin embargo en el caso de las mujeres se nota una tendencia claramente creciente hasta el tramo de edad de 45 a 49 años para luego estabilizarse alrededor de ese nivel (4.8%)

## Perspectiva de género y empleabilidad. ENHA. INE (2006)

- Las tasas de actividad actual de mujeres y varones se ubican en 51 y 72 y las tasas de ocupación en 44 y 66 respectivamente. La tasa de desocupación muestra una diferencia sensible, prácticamente el doble para el caso de las mujeres (14.2 y 8.2)
- En las parejas jóvenes sin hijos el 75% de las mujeres trabajan remuneradamente mientras que en las parejas con hijos de hasta 12 años de edad, este porcentaje disminuye a 58%. A medida que aumenta el número de menores en el hogar la tasa de actividad femenina desciende, siendo solo superior a la tasa total, la tasa de actividad de las mujeres de hogares en los que no hay ningún menor. Sabiendo que la responsabilidad del cuidado infantil en el hogar básicamente recae sobre las mujeres de ese hogar, es interesante observar que cuando los menores asisten a centros educativos el porcentaje de ocupadas es un 20% mayor para ambos tramos de edad de los menores (de 0 a 3 años y de 4 a 6 años de edad).
- El 14% de las mujeres ocupadas trabaja en el servicio doméstico mientras que los varones representan tan solo el 0.2%. Casi el 30% de las mujeres que trabajan en servicio doméstico en los hogares están subempleadas y el 58% no realiza aportes a la Caja de jubilaciones.

## Pobreza e indigencia: determinantes de la salud poblacional. El Informe INE, (abril, 2008):

El porcentaje de hogares pobres (incluidos los indigentes) se obtiene calculando la proporción de hogares de la Encuesta cuyo ingreso corriente per cápita es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación y otros bienes y servicios de sus miembros, respecto del total de hogares entrevistados. El carácter de pobre de un hogar abarca a todos sus miembros, por lo tanto, el porcentaje de personas pobres se obtiene calculando la proporción de personas que son miembros de los hogares pobres, respecto del total de personas entrevistadas por la ECH.

Durante 2007, la incidencia de la pobreza en los hogares urbanos alcanzó un 16,8%, lo que representa una reducción de algo más de un punto respecto del año 2006. La pobreza afecta al 25,5% de los habitantes de las áreas urbanas. Comparando 2007 contra 2006, se observa una reducción en la incidencia de la pobreza a nivel del total país, tanto si se estima por la LP 1996 como por la LP 2002. Dicha reducción es significativa tanto entre los hogares como entre las personas y en todas las regiones (con la única excepción de la incidencia de la pobreza de personas en Montevideo según la LP 2002).

## Pobreza e indigencia: determinantes de la salud poblacional. El Informe INE, (abril, 2008):

La composición de la CBA (canasta básica de alimentos) corresponde a un conjunto de alimentos y bebidas en cantidad suficiente para proveer la energía y nutrientes necesarios para una dieta adecuada a una persona promedio de cada una de las grandes áreas urbanas cubiertas por la Encuesta Continua de Hogares. Entre diciembre de 2005 y diciembre de 2006, el rubro Alimentos y Bebidas aumentó un 9% cuando el IPC general aumentó un 6,4%. Entre diciembre de 2006 y diciembre de 2007 esas cifras fueron 18,1% y 8,5% respectivamente. Por consiguiente, el valor *per cápita* de la CBA 2002 pasó de \$1.148 (12/2005) a \$1.479 (12/2007) en Montevideo y de \$872 a \$1.124 respectivamente en el resto del país (localidades mayores)

- El porcentaje de hogares indigentes se obtiene calculando el cociente entre los hogares de la Encuesta cuyo ingreso corriente per cápita es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación de sus miembros, y el total de hogares entrevistados.
- El carácter de indigente de un hogar comprende a todos sus miembros, por lo tanto el porcentaje de personas indigentes se obtiene calculando el porcentaje de personas que son miembros de los hogares indigentes, respecto del total de personas entrevistadas por la ECH.
- **Durante 2007, la incidencia de la indigencia en los hogares del área urbana mayor alcanzó a 1,1%**, con ligeras diferencias por área (1,5% Montevideo, 0,8% en el resto del país de 5.000 o más). En términos de personas, esta proporción afecta al 2,1% de los habitantes de las áreas urbanas. En los hogares residentes en las áreas urbanas mayores, la incidencia de la pobreza extrema en 2007 permaneció igual respecto a 2006.

- **Los hogares indigentes se caracterizan por estar compuestos por muchas personas, gran parte de éstas menores de edad, y con pocos perceptores de ingresos**
- Los hogares indigentes presentan menores tasas de actividad y de empleo, y mucho mayores tasas de desempleo que el conjunto de todos los hogares. Comparando 2007 con 2006 se observa un aumento general de la actividad y del empleo y un gran descenso en la tasa de desempleo, efectos que se repiten en todas las áreas geográficas.
- **Es importante destacar que el aumento en la tasa del empleo y la baja del desempleo son más marcados entre las personas indigentes que en la población total.**



- La calidad del empleo o las restricciones al empleo, se refieren a la condición de precariedad o de subocupación por horas trabajadas y disposición a trabajar más aunque no se pueda lograrlo.
- El porcentaje de ocupados con “baja calidad del empleo” que implica, entre otras características, el menor salario y la menor capacidad requerida, se ubica por encima del 40% para todo el país, mientras que entre los indigentes ocupados alcanza casi al 90%, dependiendo de la línea considerada. El aumento del empleo observado durante 2006 y 2007 ha sido acompañado por un aumento en la precariedad y el subempleo. Es decir, se ha producido un aumento del empleo en trabajos de baja calidad.
- Mientras las restricciones al empleo ha permanecido constante para la población total en los dos últimos años, se ha observado un deterioro de las condiciones del empleo en la población de indigentes.

## Acceso a la alimentación y pobreza extrema en Uruguay. El Informe INE , abril 2008

El ingreso per cápita de los indigentes se ubica un 22% por debajo del valor de la CBA.

En otras palabras, el ingreso per cápita de estos hogares está una quinta parte por debajo de lo necesario para obtener una alimentación adecuada. Este ingreso fue generado en promedio por menos de dos personas receptoras de ingresos para un grupo humano promedio de cinco, tres de los cuales eran menores de 14 años y el resto inactivos o bien desocupados.

La brecha de indigencia se ha acentuado durante 2007, mostrando aumentos de entre dos y cuatro puntos porcentuales respecto de 2006

En resumen: si bien el estatus ocupacional de la población en 2007 mejoró, así como también el valor real de los ingresos, el efecto del incremento de precios del rubro alimentos y bebidas fue casi el solo responsable de que la incidencia de la pobreza extrema mantuviera niveles similares a 2006.