
10. POLÍTICA SOCIAL, SEGURIDAD SOCIAL Y TEMAS DE POBLACIÓN

Estadísticas a propósito del Día de Muertos

Con motivo del Día de Muertos, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) presentó una selección de datos estadísticos sobre la mortalidad en el país.

Los orígenes de la celebración del Día de Muertos en México es desde antes de la llegada de los españoles. Hay registro de celebraciones en las etnias mexicana, maya, purépecha y totonaca. Los rituales que celebran la vida de los ancestros se realizan en estas civilizaciones por lo menos desde hace tres mil años. La Unesco ha declarado esta festividad Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad a partir del 7 de noviembre de 2003.

En México existe una manera particular de entender y dar sentido a la muerte. Diversas culturas prehispánicas consideraban que el destino del hombre es perecer y el culto a la muerte era un elemento básico de la cosmovisión de los antiguos mexicanos. En la actualidad, la celebración del Día de Muertos conserva mucha de aquella influencia. Es una festividad significativa para honrar la memoria de los que fallecieron, la cual inicia en los últimos días de octubre y se prolonga hasta el dos de noviembre. La celebración se practica en todo el país, con la participación de poblaciones indígenas y mestizas, tanto en áreas urbanas como rurales, con sus respectivas variaciones regionales.

Los rituales para rendir culto a los difuntos se llevan a cabo el primero y dos de noviembre, coincidiendo con las celebraciones católicas de Todos los Santos y Día

de los Fieles Difuntos, respectivamente. El primer día se dedica a aquellos que murieron siendo niños, y el día dos a los muertos en edad adulta.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacimiento se refiere al número de años que en promedio se espera viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto a los riesgos de muerte observados para la población en su conjunto. Este indicador permite comparar los niveles de mortalidad de distintas poblaciones o países.

De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2010, la esperanza de vida al nacer en el país es de 75.4 años. En las mujeres es de 77.8 años y en los hombres de 73.1 años. Este indicador ha ido en aumento ya que en 1930 se esperaba que un recién nacido viviera 33.9 años en promedio; para 1980, el valor fue de 66.2 años, y en 1990 de 70.6 años.

Entre 1970 y 2010, la esperanza de vida en México se incrementó en 14.5 años; en los varones 14.3 y en las mujeres 14.8. Las personas de sexo femenino tienden a vivir más años y el incremento en su esperanza de vida ha sido más acelerado que el de los hombres. En 1930, la esperanza de vida de las mujeres era 1.7 años mayor a la de los hombres, para el año 2010 la diferencia es de 4.7 años.

Los estados que presentan la mayor esperanza de vida en el país son Quintana Roo (76.5 años), Distrito Federal (76.3 años), Baja California, Tlaxcala, Baja California Sur (76.2 años, respectivamente) y Morelos (76.1 años). En contraparte, las entidades con los menores niveles en este indicador son Guerrero (73.8), Veracruz (74.3) y Chiapas (74.4 años).

Mortalidad infantil

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009) revela que hubo un descenso de la mortalidad infantil en los últimos años. Las muertes de los menores de un año que nacieron entre 2000-2002 dan como resultado una tasa de 19.2 defunciones por cada mil nacidos vivos, la cual se reduce a 14.1 para el trienio 2006-2008.

Para fines de análisis la mortalidad infantil se divide en dos partes: neonatal que comprende la mortalidad que ocurre dentro del primer mes de vida (desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 28 días) y la posneonatal que se refiere a la mortalidad que ocurre entre el momento de cumplir 28 días de nacido y el correspondiente al primer cumpleaños. En el período 2000-2008, la mortalidad neonatal se redujo de 11.1 a 9 defunciones por cada mil nacidos vivos, y la posneonatal de 8.1 a 5.1 fallecidos por cada mil.

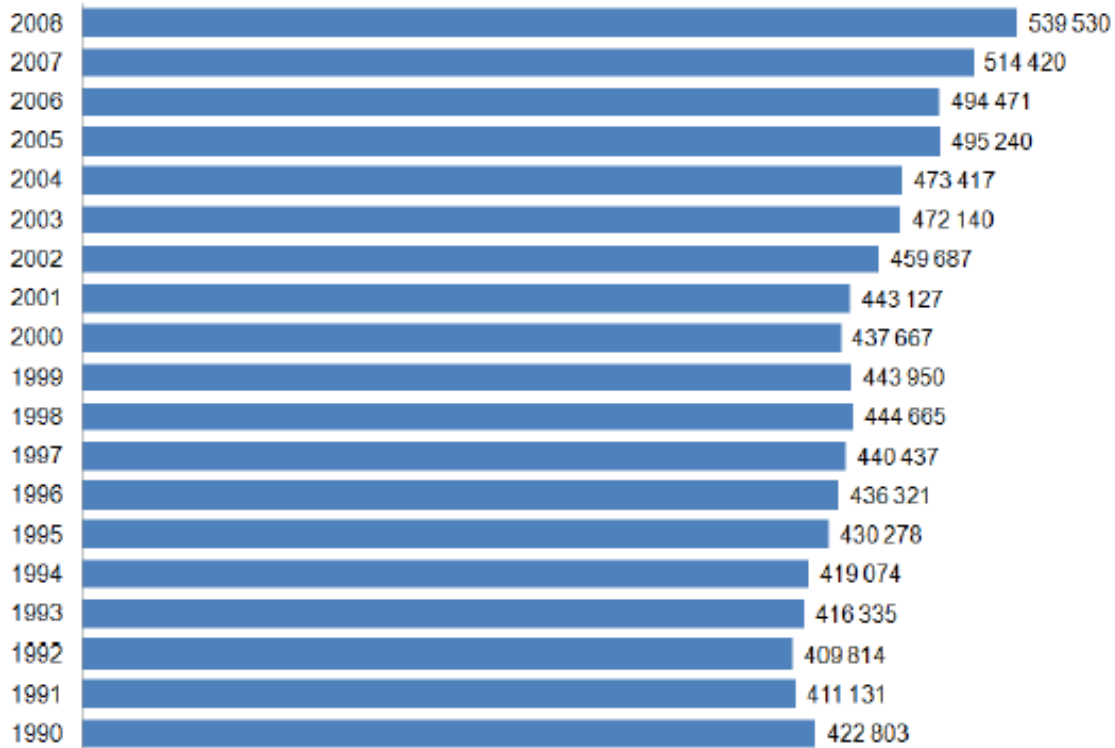
Defunciones

En el 2008, se registraron 539 mil 530 defunciones, 25 mil 10 más que en 2007. Por sexo, 300 mil 837 fueron de varones por 238 mil 523 de mujeres, cabe aclarar que en 170 casos no se especificó el sexo. Del total de los decesos, 74.9% ocurrió en localidades urbanas (dos mil 500 habitantes y más) y 23.7% en rurales (menores de dos mil 500 habitantes)¹. Por entidad federativa, Oaxaca e Hidalgo son los estados donde el total de fallecimientos en área rural supera a los registrados en zonas urbanas. Por entidad federativa, Oaxaca, Chiapas e Hidalgo son los estados donde el total de fallecimientos en área rural superan a los registrados en zonas urbanas.

¹ No se especificó la localidad de residencia en 1.4% de las defunciones.

En términos relativos, Oaxaca, Hidalgo, Chiapas, Zacatecas y Tabasco presentan proporciones significativas de muertes en zonas rurales por encima de 40 por ciento.

**TOTAL DE DEFUNCIONES GENERALES POR AÑO DE REGISTRO
1990-2008**



FUENTE: INEGI. Estadísticas de defunciones.

El número de defunciones en cada entidad federativa está en relación directa con el monto de población, las entidades más pobladas concentran 45.7% del total de fallecimientos: el Estado de México participa con 11.7%, Distrito Federal 9.7%, Veracruz 7.6%, Jalisco 6.6%, Puebla 5.4% y Guanajuato con 4.7 por ciento.

Se estima que la tasa bruta de mortalidad en 2010 sea de cinco defunciones por cada mil habitantes. El indicador representa la relación entre las defunciones ocurridas en el año y la población media durante el mismo. Históricamente este valor se ha reducido, en 1970 fue de 10.1 y para 1990 de 5.6 fallecimientos por cada mil

personas. Por entidad federativa, Veracruz (5.9), Oaxaca y Distrito Federal (5.8 respectivamente), Michoacán (5.7) y Nayarit y Guerrero (5.6 cada una) presentan las tasas de mortalidad más altas del país; en tanto que Quintana Roo (tres defunciones por cada mil habitantes) la más baja.

Defunciones por sexo y edad

En general fallecen más hombres que mujeres, de este modo las estadísticas de defunciones revelan que en 2008 se registraron 130 defunciones de hombres por cada 100 de mujeres. Por grupos de edad, las diferencias por sexo son significativas, destaca el grupo de 15 a 29 años donde la mortalidad masculina es casi tres veces más alta que la femenina.

SOBREMORTALIDAD MASCULINA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2008

Grupos de edad	Razón
Total	130.0
0 a 14 años	125.3
15 a 29 años	294.6
30 a 59 años	193.5
60 años y más	120.4

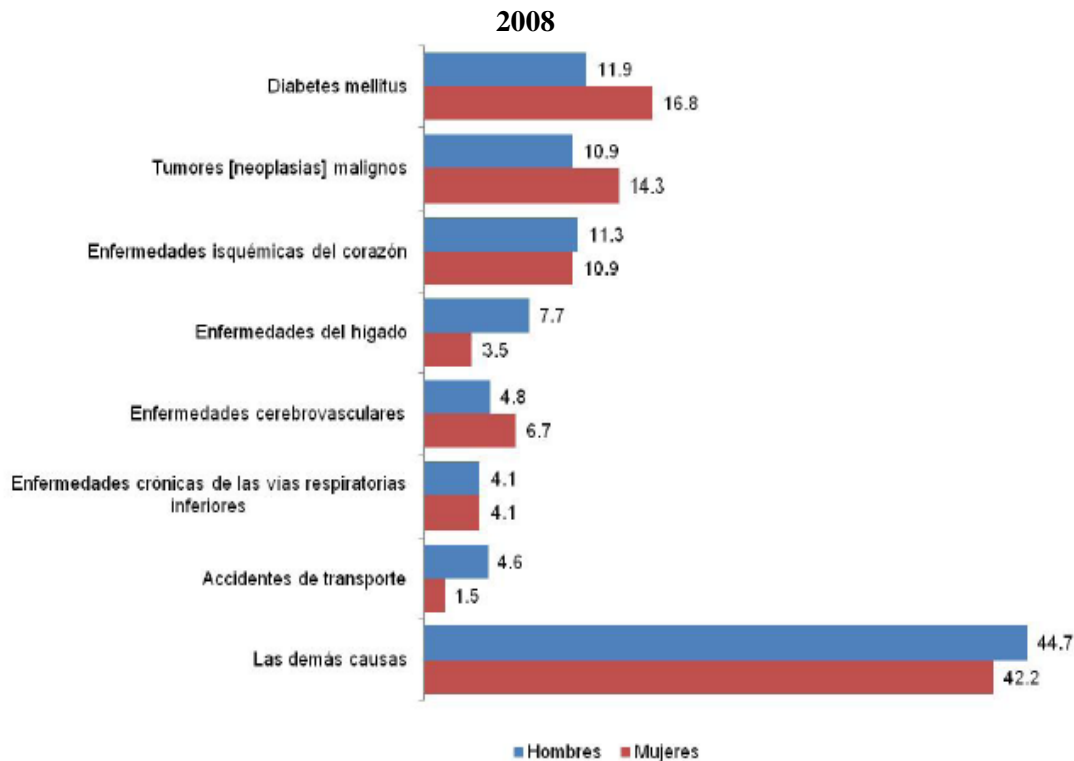
Nota: La sobremortalidad se estima como el cociente de las tasas por edad de cada sexo.

FUENTE: INEGI. Estadísticas de defunciones, 2008. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

Principales causas de fallecimiento

Las principales causas de muerte en el país son las enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades isquémicas del corazón. Se observa que en las enfermedades del hígado y los accidentes de transporte la proporción es mayor en los hombres que en las mujeres (más de tres puntos porcentuales); en tanto que en la diabetes mellitus la relación se invierte con un porcentaje mayor en las mujeres (de casi cinco puntos porcentuales).

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS POR PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGÚN SEXO



FUENTE: INEGI. Estadísticas de defunciones, 2008. Base de datos.

Durante el primer año de vida, los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal son la causa que origina 28.3% de las defunciones. Las malformaciones congénitas del sistema circulatorio son la segunda causa en uno

de cada diez menores de un año (11%); mientras que las infecciones acontecidas en el período perinatal son la tercera causa de muerte con 9.4%. Entre niñas y niños menores de un año, estas tres causas tienen el mismo orden y un nivel similar.

La mortalidad preescolar, conformada por las defunciones de niños y niñas de uno a cuatro años de edad, presenta diferencias por sexo, en las niñas de este grupo la principal causa de muerte corresponde a las malformaciones congénitas del sistema circulatorio (9%), en tanto que la segunda causa son las enfermedades infecciosas intestinales (8.4%) y la tercera se refiere a los accidentes en transporte (7.9%). En los niños de uno a cuatro años la primera causa son las enfermedades infecciosas intestinales (7.7%), la segunda causa son los accidentes de transporte (7.6%) y en tercer lugar los tumores malignos (7.2%).

Uno de cada tres fallecimientos de personas de 5 a 14 años es ocasionado por accidentes de transporte, tumores malignos o parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos, causas que tienen distinto orden de importancia según el sexo.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES DE MENORES DE 15 AÑOS POR PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO 2008

Principales causas de muerte en hombres		Principales causas de muerte en mujeres	
Infantil (menores de 1 año)	100.0	Infantil (menores de 1 año)	100.0
Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal	29.2	Trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal	27.3
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	10.8	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	11.3
Infecciones específicas del período perinatal	9.7	Infecciones específicas del período perinatal	9.1
Las demás causas	50.3	Las demás causas	52.3
Preescolar (1 a 4 años)	100.0	Preescolar (1 a 4 años)	100.0
Enfermedades infecciosas intestinales	7.7	Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	9.0
Accidentes de transporte	7.6	Enfermedades infecciosas intestinales	8.4
Tumores (neoplasias) malignos	7.2	Accidentes de transporte	7.9
Las demás causas	77.5	Las demás causas	74.7
Escolar (5 a 14 años)	100.0	Escolar (5 a 14 años)	100.0
Accidentes de transporte	16.3	Tumores (neoplasias) malignos	17.8
Tumores (neoplasias) malignos	14.7	Accidentes de transporte	10.9
Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	4.8	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	4.9
Las demás causas	64.2	Las demás causas	66.4

FUENTE: INEGI. Estadísticas de defunciones, 2008. Base de datos.

En las últimas décadas se redujeron las muertes por afecciones infecciosas y parasitarias, y se incrementaron las defunciones asociadas a enfermedades crónicas degenerativas y externas. Éstas acontecen con mayor intensidad según la edad y el sexo de las personas. Entre los jóvenes, es decir, la población de 15 a 29 años, las conductas y los riesgos son diferenciales por sexo y se reflejan en las principales causas de muerte que afectan a este grupo; en los varones las tres principales causas de muerte son clasificadas como externas, mientras que en las mujeres se incorpora como segunda causa los tumores malignos.

La mortalidad en la población de 30 a 59 años de edad se caracteriza por la presencia de padecimientos crónicos degenerativos (tumores malignos, diabetes

mellitus y enfermedades del hígado) que afectan de manera diferencial a la población masculina y femenina.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES DE 15 AÑOS Y MÁS POR PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO
2008**

Principales causas de muerte en hombres		Principales causas de muerte en mujeres	
Jóvenes (15 a 29 años)	100.0	Jóvenes (15 a 29 años)	100.0
Accidentes de transporte	20.7	Accidente de transporte	12.6
Agresiones	19.6	Tumores (neoplasias) malignos	12.0
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	6.4	Agresiones	5.9
Las demás causas	53.3	Las demás causas	69.5
Adultos de (30 a 59 años)	100.0	Adultos (30 a 59 años)	100.0
Enfermedades del hígado	14.8	Tumores (neoplasias) malignos	25.9
Diabetes mellitus	12.5	Diabetes mellitus	18.6
Tumores (neoplasias) malignos	9.0	Enfermedades del hígado	5.9
Las demás causas	63.7	Las demás causas	49.6
Adultos mayores (60 años y más)	100.0	Adultos mayores (60 años y más)	100.0
Enfermedades isquémicas del corazón	15.5	Diabetes mellitus	18.8
Diabetes mellitus	14.8	Enfermedades isquémicas del corazón	14.0
Tumores (neoplasias) malignos	13.8	Tumores (neoplasias) malignos	12.3
Las demás causas	55.9	Las demás causas	54.9

FUENTE: INEGI. Estadísticas de defunciones, 2008. Base de datos.

En los adultos mayores (60 años y más) cuatro de cada nueve defunciones se relacionan con las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus o los tumores malignos. Destaca que casi una de cada cinco mujeres de este grupo de edad falleció a consecuencia de la diabetes.

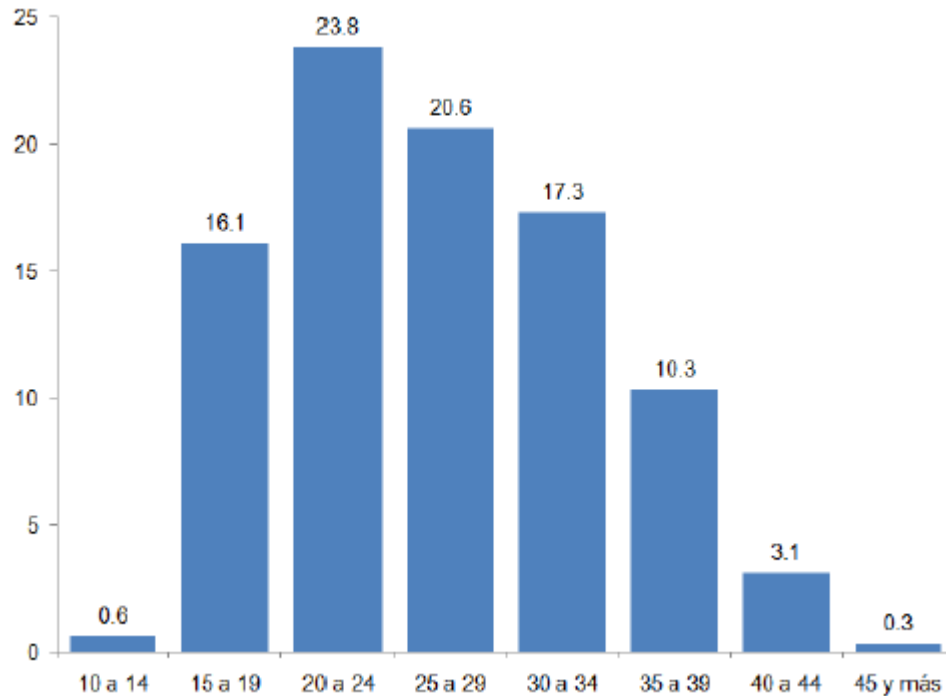
Defunciones fetales

La mortalidad fetal se asocia al estado de salud de las mujeres en edades reproductivas. En 2008, se registraron 23 mil 154 defunciones fetales. La tasa de

mortalidad fetal en el año es de 11.8 (defunciones fetales por cada mil nacidos vivos).

La mayor proporción de defunciones fetales según la edad de la mujer se presenta en aquellas de 20 a 34 años de edad, con 61.7% del total de las mujeres de este grupo de edad, las cuales se encuentran en la etapa más fecunda de su período reproductivo. Destaca también una importante proporción de defunciones fetales que le suceden a las mujeres menores de 20 años, la cual representa 16.7% del total.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES FETALES SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD DE LA MUJER 2008



Nota: Por grupos de edad la suma no da el 100% debido al no especificado.
FUENTE: INEGI. Estadísticas de defunciones fetales, 2008.

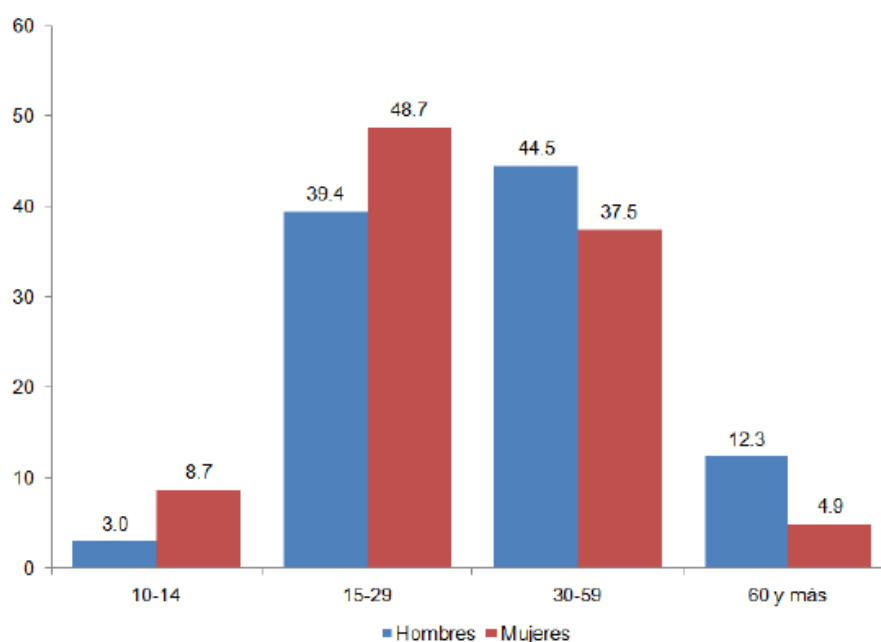
Suicidios

Un caso especial de las defunciones son los suicidios; en el 2008, se registraron 4 mil 681, que equivalen a 4.4 suicidios consumados por cada 100 mil habitantes en el país. De los suicidios 81.5% fue de hombres por 18.5% de mujeres. Por cada mujer suicida hubo cuatro hombres que incurrieron en este hecho.

La mayor parte de las defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente sucedieron entre la población de 30 y 59 años, éstas representan 43.2% del total de suicidios. En este grupo de edad se encuentra el mayor número de los suicidios de hombres (44.5%).

Del total de suicidios 41.1% se da entre los jóvenes de 15 a 29 años. En este grupo de edad se encuentra el mayor número de los suicidios de mujeres (48.7%).

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR SUICIDIOS SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD 2008



Nota: Por grupos de edad la suma no da el 100% debido al no especificado.
FUENTE: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2008.

ANEXO ESTADÍSTICO

	Total	Hombres	Mujeres
Defunciones generales, 2008	539 530	300 837	238 523
Defunciones generales por tipo de localidad	539 530	300 837	238 523
Rural	128 004	73 524	54 466
Urbana	403 798	221 662	182 035
No especificado	7 728	5 651	2 022
Esperanza de vida al nacimiento, 2008	75.0	73.0	78.0
Esperanza de vida al nacimiento, 2009	75.0	73.0	78.0
Esperanza de vida al nacimiento, 2010	75.0	73.0	78.0
Defunciones por grupos de edad	539 530	300 837	238 523
0 a 14 años	41 864	23 553	18 209
15 a 29 años	31 536	23 365	8 167
30 a 59 años	132 858	85 668	47 176
60 años y más	331 485	166 876	164 598
N.E.	1 787	1 375	373
Principales causas de mortalidad general	539 530	300 837	238 523
Diabetes mellitus	75 637	35 697	39 939
Tumores malignos	67 048	32 842	34 204
Enfermedades isquémicas del corazón	59 801	33 804	25 994
Enfermedades del hígado	31 528	23 258	8 263
Enfermedades cerebrovasculares	30 246	14 388	15 857
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	22 292	12 415	9 877
Accidentes de transporte	17 585	13 936	3 643
Las demás causas	235 393	134 497	100 746
Tasa bruta de mortalidad, 2008	4.9	5.4	4.3
Tasa bruta de mortalidad, 2009	4.9	5.4	4.4
Tasa bruta de mortalidad, 2010	5.0	5.5	4.4
Sobremortalidad masculina.	130.0		

N.E. No especificado

Nota: La suma de las defunciones de hombres y mujeres no coincide con el total ya que éste incluye las defunciones que no especificaron sexo.

FUENTE: INEGI. Estadísticas Vitales. 2008. Base de datos.

CONAPO. Proyecciones de la población de México. 2005-2030.

Fuente de información:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/muertos0.doc>

Informe Mundial sobre la Seguridad Social 2010/11: Brindar cobertura en tiempos de crisis, y después de las crisis (OIT)

El 16 de noviembre de 2010, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó en Ginebra, Suiza, el *Informe Mundial sobre la Seguridad Social 2010-2011: Brindar cobertura en tiempos de crisis, y después de las crisis*. A continuación se presenta el Resumen Ejecutivo.

Resumen ejecutivo

El *Informe Mundial sobre la Seguridad Social 2010/2011* es el primero de una serie de informes acerca de la cobertura de seguridad social en diferentes partes del mundo. Examina el alcance, la extensión, los niveles y la calidad de la cobertura de diversas ramas de la seguridad social, así como la magnitud de las inversiones de los países en este ámbito, medida en función del volumen y la estructura de los gastos públicos en seguridad social y de las fuentes para su financiación. El tema elegido para este primer informe es el carácter de las respuestas en materia de seguridad social a la crisis financiera y económica.

Cartografía de la cobertura social

El concepto de seguridad social utilizado aquí tiene dos dimensiones fundamentales: la “seguridad de los ingresos” y el “acceso a la asistencia médica”. La cobertura de seguridad social puede medirse directamente sólo separando cada una de las ramas específicas: la asistencia médica, la jubilación, el desempleo; o bien tomando un grupo determinado de regímenes dentro de cada rama. El informe proporciona una sinopsis técnica de las dimensiones individuales de la cobertura y de la magnitud de los gastos públicos en protección social. Permite constatar que, si bien existe cierto nivel de protección social en todos los países, sólo un tercio de ellos (en los que vive el 28% de la población mundial) dispone de sistemas de protección social que

incluyen todas las ramas de la seguridad social, según se definen en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). En muchos otros países, la cobertura se limita a algunas ramas y a una minoría de la población. Teniendo en cuenta a las personas que no forman parte de la población económicamente activa, se estima que sólo alrededor de un 20% de la población mundial en edad de trabajar (así como sus familias) tienen acceso efectivo a una protección social completa y adecuada.

El porcentaje de la población mundial que tiene acceso a los servicios de asistencia médica es mayor que el de la población con acceso a prestaciones en efectivo y sin embargo, casi un tercio no tiene acceso a ningún servicio de salud o establecimiento sanitario en absoluto. Para una proporción de personas aún mayor, los gastos inevitables de asistencia médica pueden suponer una catástrofe financiera familiar, al no disfrutar de una protección social en salud adecuada que cubra o reembolse dichos gastos. Las tasas de cobertura más altas en lo que respecta a los regímenes de pensiones de vejez se encuentran en América del Norte y en Europa; y las más bajas, en Asia y en África. A excepción de los países desarrollados, la cobertura se concentra en los trabajadores de la economía formal, principalmente de la función pública y de las grandes empresas, lo cual deja a la mayoría de las personas de edad expuestas al riesgo de la inseguridad de los ingresos o la pobreza.

Jurídicamente hablando, cerca del 40% de la población mundial en edad de trabajar debería estar cubierta por los regímenes contributivos de pensiones de vejez, pero sólo el 26% disfruta de una cobertura efectiva. Asimismo, mientras que en los países de ingresos elevados el 75% de las personas de 65 años o más reciben algún tipo de pensión, en los países de bajos ingresos estas prestaciones cubren sólo al 20%; la media de este grupo de países se encuentra apenas por encima del 7 por ciento.

Actualmente las prestaciones de desempleo tienden a restringirse a quienes tienen un empleo formal, y fundamentalmente en los países de ingresos elevados y medios; en gran parte del mundo, donde los niveles de pobreza extrema son considerables, el concepto mismo de “desempleo” parece carecer de pertinencia, ya que todo el mundo tiene que trabajar para sobrevivir. Se han encontrado regímenes obligatorios de desempleo en 78 de los 184 países estudiados (el 42%), regímenes que suelen cubrir únicamente a una minoría de la fuerza de trabajo del país. Las tasas de cobertura más bajas, en términos de proporción de desempleados que recibe prestaciones, se encuentran en África, Asia y Oriente Medio (entre el 1 y el 2 por ciento).

En la mayoría de los países con sistemas de seguridad social maduros, una gran parte de la población está cubierta por regímenes de seguro social, mientras que la asistencia social desempeña únicamente una función residual. En la Unión Europea-UE (más Islandia, Noruega y Suiza), los gastos en prestaciones supeditadas al control de los recursos no sobrepasa el 3% del PIB por término medio, mientras que el total de los gastos de protección social se sitúa como media por encima del 25%; ningún país presenta gastos para la asistencia social que sobrepasen el 5% del PIB.

En países con una economía informal importante, donde los regímenes de seguro social sólo cubren a una minoría, los sistemas no contributivos de seguridad social brindan la oportunidad no sólo de reducir la pobreza sino también, al menos en algunos casos, de colmar gran parte de la falta de cobertura existente. Las innovaciones más prometedoras para ayudar a cubrir la falta de cobertura a nivel mundial son los sistemas de transferencias en efectivo condicionadas o no condicionadas, es decir, los sistemas de asistencia social financiados por los impuestos, como los programas denominados *Bolsa Família* en Brasil y *Oportunidades* en México, las prestaciones de asistencia social de Sudáfrica o los regímenes universales de pensiones de vejez en países como Namibia y Nepal.

En la mayoría de los países existe una cobertura de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Esta suele limitarse a quienes trabajan en la economía formal, e incluso en estos casos la cobertura real es baja, pues sólo se declara e indemniza una parte de los accidentes. En la economía informal, las condiciones y la seguridad en el trabajo suelen ser extremadamente deficientes; los accidentes y las enfermedades profesionales, generalizadas y la protección de las víctimas, inexistente. A nivel mundial, se estima que la cobertura legal representa menos del 30% de la población en edad de trabajar, es decir, menos del 40% de la población económicamente activa.

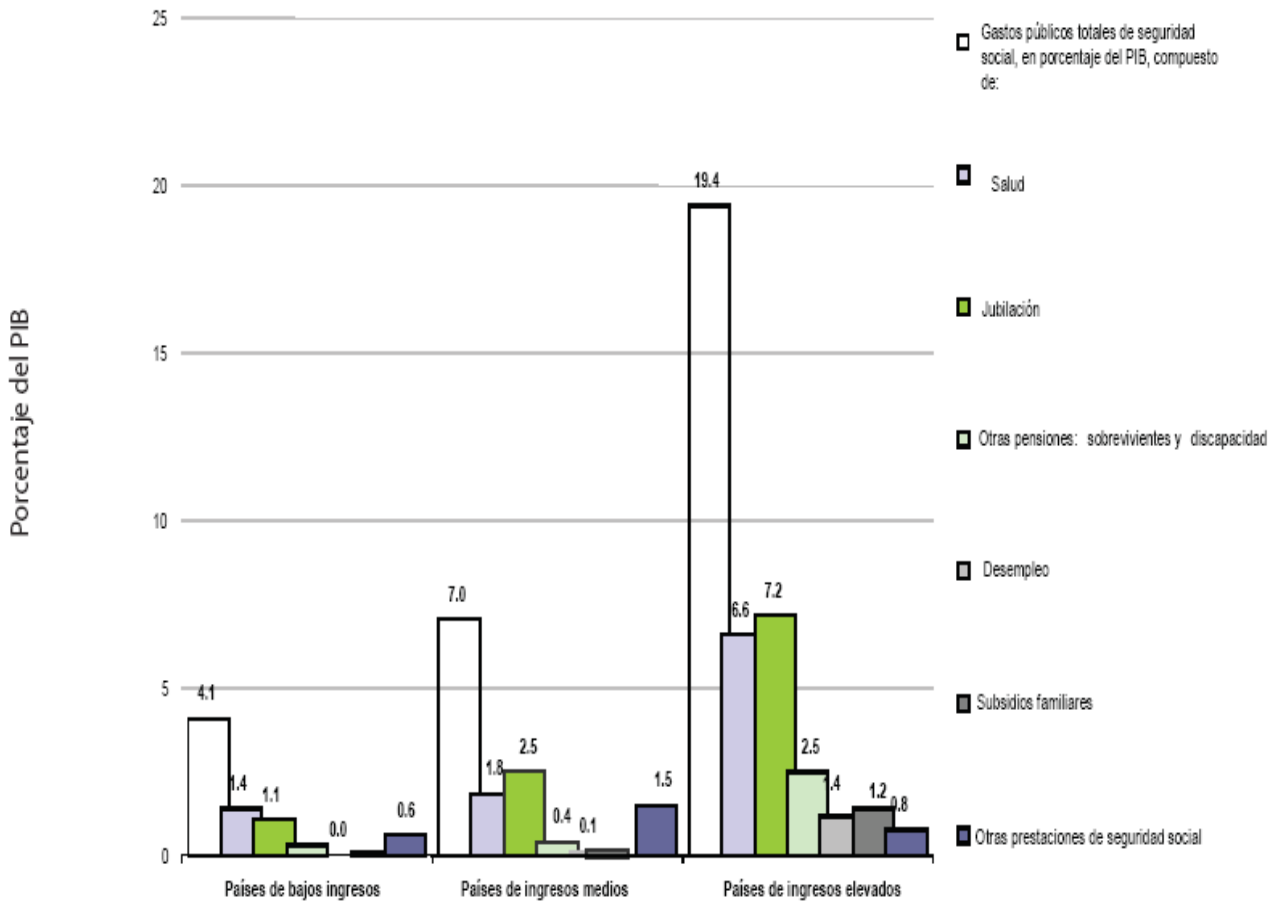
Uno de los mayores desafíos de la protección social en el mundo es la reducción de la mortalidad materna, neonatal y de los niños menores de 5 años mediante prestaciones de maternidad. Las prestaciones en efectivo antes y después del parto se limitan a las trabajadoras con un empleo formal. Las diferencias de acceso a la asistencia médica en el contexto de la protección de la maternidad son considerables, ya sea entre países con diferentes niveles de ingresos o incluso dentro de cada país. En los países de bajos ingresos, el porcentaje de mujeres de las zonas rurales con acceso a servicios profesionales de salud no supera el 35%, mientras que en las zonas urbanas el índice de acceso se sitúa por término medio en torno al 70%, cifra que sigue estando más de 20 puntos porcentuales por debajo de la situación observada en los países de ingresos elevados.

Inversiones en seguridad social y eficacia de la cobertura

Por término medio, el 17.2% del PIB mundial se dedica a la seguridad social. Sin embargo, esta media no refleja la situación de la mayoría de la población mundial, que vive en los países de ingresos más bajos, donde se invierte mucho menos en seguridad social.

GASTOS DE SEGURIDAD SOCIAL, POR NIVEL DE INGRESOS Y RAMA, PONDERADOS EN FUNCIÓN DE LA POBLACIÓN, ÚLTIMO AÑO CON DATOS

-Porcentaje del PIB-



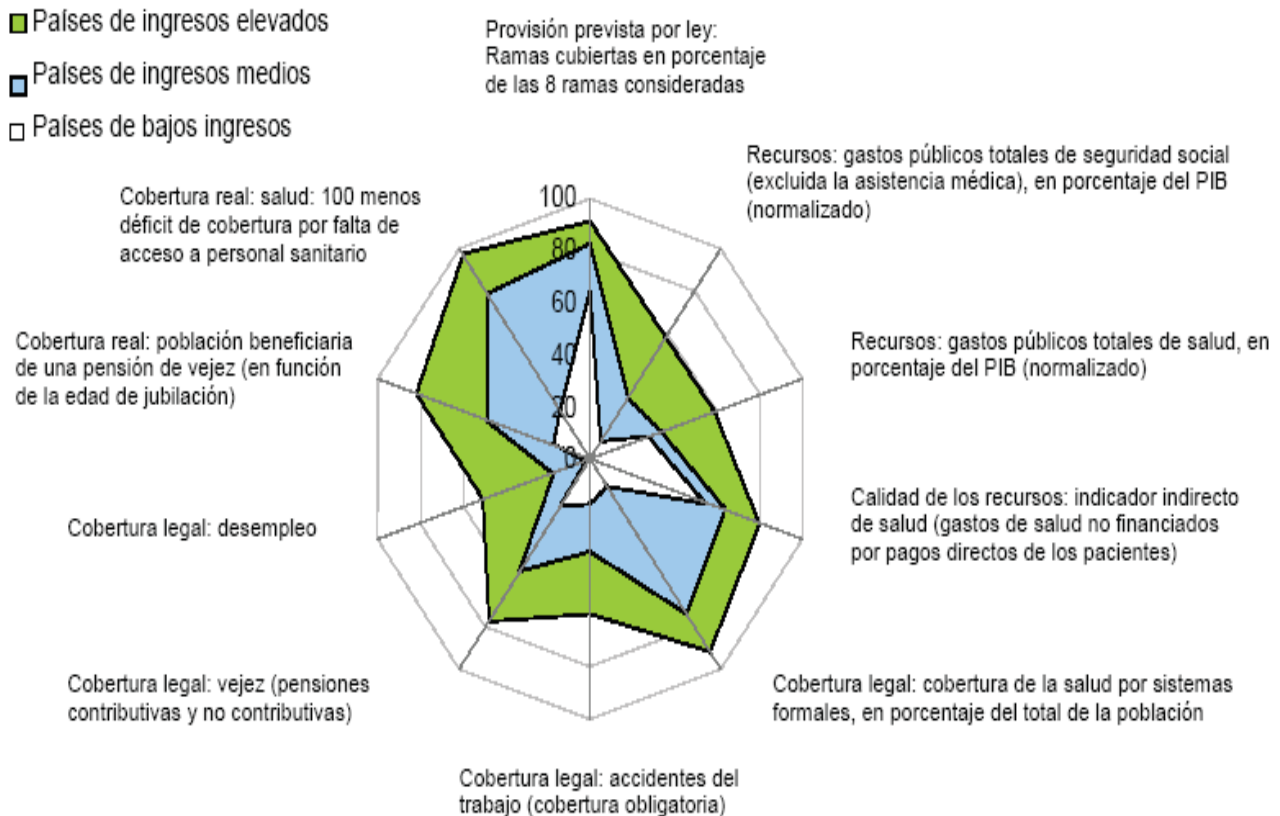
FUENTE: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?resourceId=15128>

Esto no significa que en los países de bajos ingresos no haya margen fiscal o político para invertir en sistemas de seguridad social. Países con un nivel similar de PIB per cápita pueden adoptar decisiones muy diversas en cuanto a la magnitud del sector público. Y, cualquiera que sea esta magnitud, los países disponen de ciertas alternativas en cuanto a la proporción de los recursos públicos que ha de invertirse en seguridad social.

El informe ofrece una primera aproximación de tipología de la seguridad social con el objeto de extraer, para ciertos países o grupos de países, algunos de los factores que pueden asegurar el éxito en términos de cobertura. La tipología está constituida a

partir de dos factores de entrada (base jurídica y nivel sostenido de recursos asignados) y un indicador indirecto (factor de salida) de la eficacia y la calidad de la cobertura. La tipología demuestra que son indispensables unas bases jurídicas sólidas para garantizar unos recursos más elevados: no existe, en efecto, ninguna situación nacional en la que se comprometan recursos generosos a pesar de la falta de una base jurídica. En el 29% de los 139 países analizados, coinciden unas bases jurídicas exhaustivas y un alto nivel de recursos con un alto nivel de cobertura social de buena calidad.

COMPONENTES DE LA TIPOLOGÍA POR NIVEL DE INGRESOS



FUENTES: Cálculos de la OIT basados en SSA/AISS, 2008, 2009; Comisión Europea, 2009a; OCDE, 2009a; OIT, 2009c; OMS, 2009a, 2009b; legislación nacional.

La seguridad social en tiempos de crisis

Además de proporcionar ingresos de sustitución a quienes pierden su empleo, evitando con ello que caigan en la pobreza, las prestaciones sociales tienen efectos económicos importantes, gracias a que estabilizan la demanda agregada. En contra de cierta creencia, no se ha encontrado ningún efecto negativo en el crecimiento económico causado por el incremento de los gastos sociales durante y después de la crisis. Al contrario, unos programas de desempleo, así como de asistencia social y de obras públicas bien concebidos evitan de hecho el desempleo de larga duración y contribuyen a acortar las recesiones económicas. Los países que ya disponen de regímenes en funcionamiento pueden, con relativa facilidad, ampliar o adaptar las diferentes medidas para actuar con rapidez y en el momento oportuno. Por otra parte, durante las pasadas crisis económicas ocurridas en América Latina y Asia se observó que para los países que carecían de regímenes de seguridad social fue difícil, cuando no imposible, crear nuevos regímenes o adoptar medidas específicas y puntuales con la suficiente rapidez como para amortiguar el impacto de la crisis.

Los países analizados que disponen con al menos algunos elementos de seguridad social, como las pensiones, los seguros de salud o los subsidios familiares, suelen responder a la crisis mediante el incremento automático del número de beneficiarios y de los gastos, así como la ampliación de la cobertura y del nivel de las prestaciones de los regímenes existentes.

Cuando existen, los regímenes de seguro de desempleo constituyen la rama de la seguridad social que soporta la mayor parte de los costos de los ingresos de sustitución proporcionados a los trabajadores que han perdido su empleo. Pero los regímenes de seguro de desempleo sólo existen en 64 de los 184 países de los que se dispone de información. La asistencia social, las obras públicas y otros programas similares también tienen una cobertura muy limitada a nivel mundial.

A fin de limitar los riesgos del desempleo estructural, las estrategias gubernamentales de una serie de países europeos consisten en favorecer las medidas de desempleo parcial mediante la ampliación de la base de candidatos posibles, los criterios de admisibilidad y la cobertura de las prestaciones. De este modo se evita la pérdida de competencias laborales y el desaliento de los trabajadores, permitiéndoles permanecer en la relación de trabajo, pero con horarios reducidos, por ejemplo.

La forma más común de respuesta a la crisis en los países de ingresos medios es la ampliación de los programas de transferencias en efectivo (por ejemplo, en Brasil) o de obras públicas (por ejemplo, en Filipinas). Estos últimos suelen ser más flexibles: pueden ponerse en marcha más rápidamente que los regímenes de seguridad social e interrumpirse una vez superada la crisis. Las medidas posibles de respuesta a la crisis son sin lugar a dudas mucho más limitadas en los países de bajos ingresos. Existen programas que proporcionan apoyo a los ingresos en caso de desempleo, pero son raros. Además, muchos de estos países, en particular en el África Subsahariana, se enfrentaban ya a una gran pobreza y a un subempleo masivo mucho antes de esta crisis económica mundial.

La crisis y la merma consiguiente de las reservas de los regímenes de pensiones demuestran claramente hasta qué punto los niveles de éstas últimas y, por consiguiente, la seguridad de ingresos para la vejez, pueden verse afectados por el rendimiento de los mercados de capital y otras fluctuaciones económicas. Introducir garantías del tipo “prestaciones definidas” en los regímenes de contribuciones definidas reduciría esta imprevisibilidad, al igual que lo haría garantizar determinadas tasas de rentabilidad que permitan asegurar unas tasas de sustitución del ingreso para la jubilación a los niveles deseados.

Algunos países que adoptaron una política fiscal expansionista durante la crisis se enfrentan ahora a una necesidad de consolidación fiscal para afrontar el aumento del

déficit y la deuda pública. Ello podría llevar a futuros recortes de los gastos de seguridad social hasta dejar estos últimos a niveles incluso inferiores a los anteriores a la crisis. Ello puede no sólo afectar directamente a los beneficiarios de la seguridad social y, por consiguiente, el nivel de vida de un gran porcentaje de la población, sino que además ralentizar o retrasar significativamente la plena recuperación económica, debido a sus efectos en la demanda agregada.

Conclusiones

La crisis actual ha demostrado una vez más la importancia de la seguridad social para la sociedad en tiempos de crisis y de ajustes, pues constituye un estabilizador económico, social y político irremplazable en momentos difíciles. Esta función se suma a todas las demás funciones que la seguridad social desempeña: proporciona mecanismos para reducir e incluso evitar la pobreza, reducir las desigualdades de ingresos a niveles aceptables y mejorar el capital humano y la productividad. La seguridad social es, por consiguiente, una de las condiciones necesarias para el desarrollo económico y social sostenible. Es un factor de desarrollo. Es asimismo una importante característica de todo Estado y toda sociedad democráticos y modernos.

Este informe muestra con claridad que la mayoría de la población mundial sigue sin disfrutar de acceso a regímenes de seguridad social maduros y adaptados. Por ello, si se desea preparar a la sociedad mundial para afrontar futuras recesiones económicas y lograr otras metas mundiales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, un desarrollo económico sostenible y una globalización equitativa, es esencial desarrollar sistemas de seguridad social integrales en los países que por ahora sólo cuentan con sistemas rudimentarios, comenzando por la provisión de una seguridad básica de los ingresos y un acceso asequible a la asistencia médica básica a todos los que la necesitan, es decir, un régimen básico (o un piso) de protección social mundial, a partir del cual debería ir incrementándose el nivel de las prestaciones de seguridad

social, a medida que las economías crezcan y aumente el espacio fiscal para políticas redistributivas.

Fuente de información:

http://www.ilo.org/wcmstp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_146569.pdf

http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_146558/index.htm

Microseguro e innovación (OIT)

El 18 de noviembre de 2010, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) publicó el artículo *Microseguro e innovación: Poner la alta tecnología al alcance de clientes de bajos ingresos*. La nota describe el caso de una joven mujer que vive en una pequeña aldea en India, su enfermedad y el tratamiento que recibió, ilustran la función que el microseguro y la tecnología pueden desempeñar en reducir la pobreza, aún a los lugares más remotos. *OIT EnLínea* informa desde la India sobre cómo los proveedores de microseguros ayudan a reducir la pobreza y promover el desarrollo sostenible mediante el uso de la tecnología. A continuación se presentan los detalles.

Yavatmal, India (*OIT EnLínea*) – Shagun contribuía a los exiguos ingresos de su familia vendiendo el pan que horneaba, pero un día se enfermó. Por suerte Nalina, su vecina, la había anotado en un programa de seguro de salud que le había permitido a Shagun ser tratada con un nuevo dispositivo de diagnóstico portátil, que cuenta con un “sistema de soporte integrado para las decisiones clínicas”.

Ese sistema permitió que Nalina recibiera una receta médica a través de un mensaje de texto de parte de un médico de la fundación sin fines de lucro CARE. El tratamiento no sólo curó a Shagun de su enfermedad, sino que representa además una nueva hito del microseguro: llevar innovación tecnológica y servicios de calidad a clientes lejanos y al mismo tiempo mantener bajos los costos.

El microseguro, el seguro al servicio de clientes de bajos ingresos, se ha convertido durante los últimos 10 años en una reconocida estrategia de lucha contra la pobreza. El sistema de microseguro y de prestación de asistencia sanitaria en las zonas rurales de CARE se centra en suministrar consultas médicas en las aldeas. Lo hace mediante el entrenamiento de proveedores de servicios de salud locales para que aprendan a utilizar dispositivos de diagnóstico de alta tecnología. El proyecto ha sido financiado con subvenciones de microseguro.

El proyecto enfrenta desafíos enormes. Sólo cerca de 3% de las personas de bajos ingresos en los 100 países más pobres del mundo se beneficia del microseguro, lo cual deja a cerca de 2 mil millones de personas sin cobertura. Para que el microseguro llegue a ellos, la tecnología es fundamental.

El acceso a la tecnología de la información en el sur del mundo aumentando a tasas impresionantes. Las suscripciones de teléfonos móviles en los países en desarrollo han crecido desde pocos cientos de millones a principios del siglo a 3 mil millones en 2008. En África, el promedio es de 40 suscriptores de teléfonos móviles por cada 100 personas. La disminución de los precios de las tarifas de banda ancha y la creciente disponibilidad de 3G, la nueva generación de tecnología inalámbrica, deberían mejorar considerablemente el acceso a Internet en los próximos años.

Además, la “brecha digital mundial” podría tener un lado positivo, ya que los países en desarrollo podrían “saltar” las fases obsoletas de la tecnología y acceder directamente a los nuevos avances. Estos progresos, como los datos obtenidos vía satélite, el Sistema Mundial de Determinación de Posición (GPS) y los dispositivos electrónicos de punto de venta, tienen la capacidad de mejorar el microseguro de diversas maneras.

Según el Instituto de Recursos Mundiales: “La tecnología contribuye de dos maneras al desarrollo de los servicios financieros: reduce los costos y la distancia física”. Estos dos factores –costos operativos elevados y clientes dispersos y de difícil accesibilidad– representan dos de los mayores obstáculos para el desarrollo del microseguro. Los socios del Fondo para la innovación en microseguros de la OIT están experimentando una serie de soluciones tecnológicas para superar estos desafíos.

Ofrecer un valor agregado a los clientes

Al igual que Shagun, las personas más pobres con frecuencia viven en lugares remotos, lo cual hace difícil el acceso al microseguro. Los proveedores de microseguros están probando diferentes innovaciones tecnológicas para superar estas distancias. Un ejemplo de estas soluciones son los dispositivos electrónicos de punto de venta, que permiten a los clientes la suscripción de la póliza y el pago de primas a distancia, ahorrando tiempo y dinero. Los teléfonos móviles también pueden mejorar el acceso: en Kenia, British American Insurance (Britak) lanzó hace poco un nuevo producto de seguro contra accidentes personales que prevé la suscripción y el pago de la prima a través de los teléfonos móviles.

El microseguro de salud ofrece también oportunidades extraordinarias de innovación tecnológica para aumentar el valor del cliente. La telemedicina relacionada al producto propuesto por CARE es otro aporte de gran utilidad, ya que muchos clientes pobres viven en zonas donde hay pocos médicos. La tecnología también desempeña una función fundamental en los sistemas de seguros de salud que ofrecen beneficios “sin dinero en efectivo” y para detectar los fraudes.

Para ser sostenible, un sistema de microseguro debe minimizar sus costos operativos. Los seguros necesitan un gran número de asegurados para alcanzar economías de escala. Puede implicar procesos de verificación de reclamaciones costosos, una gestión de datos complicada, y una gran cantidad de transacciones a causa del pago regular de primas. Cuando este modelo se trasfiere a pequeña escala, es difícil mantener una buena relación entre los costos operativos y la retribución de las primas.

Según Richard Leftley, Director Ejecutivo de Microensure: “Si el 50% de la prima de un cliente pobre se destina a costos administrativos, las compensaciones son exiguas y el valor del cliente colapsa. Si dispone de un dólar para invertir en su sistema de

microseguro, le aconsejo vivamente que lo haga en la eficiencia de la gestión administrativa”.

De acuerdo con Pranav Prashad, Responsable de las subvenciones del Fondo: “Los actores del microseguro necesitan reducir costos y reconocen que la tecnología es una de las soluciones, pero a causa de la actual escala de operaciones, no están seguros de cuánto invertir ni en cuáles tecnologías”. Para ayudar a evaluar cuáles estrategias funcionan y cuáles no, el Fondo emitió la última convocatoria de propuestas para Subvenciones de la Innovación, patrocinado por la Fundación Z Zurich, bajo el tema “escala y eficiencia”. Esta convocatoria se concentra en los proyectos que utilizan tecnología para lograr que el microseguro sea más asequible y accesible a los clientes de bajos ingresos.

El Fondo para la innovación en microseguro fue creado en 2008 para favorecer la extensión de seguros de calidad a las millones de personas con bajos ingresos en el mundo en desarrollo, con el objetivo general de reducir su vulnerabilidad al riesgo. Con el apoyo de la [Fundación Bill y Melinda Gates](#), el Fondo otorga subvenciones a proyectos en todo el mundo en desarrollo que utilizan el microseguro de manera innovadora. www.ilo.org/microinsurance

Fuente de información:

[http://www.ilo.org/global/About the ILO/Media and public information/Feature stories/lang--es/WCMS_146685/index.htm](http://www.ilo.org/global/About%20the%20ILO/Media%20and%20public%20information/Feature%20stories/lang--es/WCMS_146685/index.htm)

Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos (ONU-Hábitat/OMS)

El informe conjunto ONU-Hábitat/OMS publicado el 17 de noviembre de 2010, en Ginebra, Suiza, titulado “*Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos*” es fruto de una intensa colaboración entre la oficina central de ONU-Hábitat en Nairobi (Kenya) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el informe conjunto global se muestra cómo algunos habitantes de las ciudades padecen de manera desproporcionada una amplia gama de enfermedades y problemas de salud. El informe proporciona información y herramientas para ayudar a los gobiernos y los dirigentes locales a reducir las inequidades sanitarias en sus ciudades. Su objetivo no es comparar las inequidades sanitarias entre el medio rural y el urbano. Las inequidades sanitarias en el medio urbano requieren un tratamiento específico ya que son diferentes en su magnitud y distribución.

En este resumen de orientación se sintetizan los puntos clave del informe. El informe completo contiene información detallada y presenta datos y ejemplos de casos específicos.

Mensajes clave de este informe

- Por primera vez en la historia de la humanidad, la mayoría de la población mundial vive en zonas urbanas, y esta proporción sigue creciendo.
- En las ciudades se concentran las oportunidades, los empleos y los servicios, pero también los riesgos y los peligros para la salud.

- La rápida multiplicación del número de personas que viven en las ciudades será uno de los problemas sanitarios más importantes a escala mundial en el siglo XXI.
- El crecimiento urbano ha sobrepasado la capacidad de los gobiernos para construir infraestructuras esenciales, y uno de cada tres habitantes urbanos vive en barrios marginales o asentamientos informales.
- En todos los países, algunos habitantes de las ciudades sufren de manera desproporcionada de mala salud, y esas inequidades se corresponden a las diferencias en sus condiciones sociales y de vida.
- Para descubrir la magnitud de las inequidades en materia de salud urbana, es importante desglosar los datos relativos a la salud y los determinantes de la salud dentro de las ciudades.
- A menos que se tomen medidas urgentes para corregir las inequidades en materia de salud urbana, los países no lograrán alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.
- Para tomar medidas contra las inequidades en materia de salud urbana es preciso involucrar a las comunidades organizadas y a todos los niveles de gobierno —local, provincial y nacional—.
- Las soluciones trascienden por lo general del sector sanitario y requieren la participación de diversos sectores del gobierno y de la sociedad.
- Los gobiernos y dirigentes locales pueden y deben desempeñar un papel clave en la promoción de la equidad en materia de salud urbana.

El amanecer de un mundo urbano

El informe conjunto de la OMS y ONU-Hábitat, *Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos*, se publica en un punto de inflexión en la historia de la humanidad. Por primera vez en la historia, la mayoría de la población mundial vive en ciudades, y esta proporción sigue creciendo. Para poner esto en cifras, en 1990, de cada 10 personas, menos de 4 vivían en zonas urbanas. En 2010, más de la mitad vive en ciudades, y para 2050 esta proporción aumentará a 7 de cada 10 personas. El número de residentes urbanos está aumentando en cerca de 60 millones por año.²

Esta transición demográfica de los medios rurales a los urbanos, o **urbanización**, tiene consecuencias de gran alcance. La urbanización se ha asociado con los cambios globales en la economía; en los que se ha pasado de las actividades basadas en la agricultura a las actividades a gran escala en los ámbitos de la industria, la tecnología y los servicios. La alta densidad urbana ha reducido los costos de transacción, haciendo al mismo tiempo más viable económicamente el gasto público en infraestructura y servicios. Asimismo, ha facilitado la generación y difusión del conocimiento, todo lo cual ha impulsado el crecimiento económico.

La globalización de la economía y la consiguiente propagación de la industria y la tecnología hacia todos los rincones del mundo aceleró el ritmo de la urbanización. Por ejemplo, mientras que Londres tardó unos 130 años en crecer de uno hasta ocho millones de personas, Bangkok tardó 45 años, y Seúl sólo 25 años.³ A nivel mundial,

² *The state of the world's cities 2010/2011*, Nairobi, United Nations Human Settlements Programme, 2010.

³ *The state of the world's cities 2004/2005*, Nairobi, United Nations Human Settlements Programme, 2004.

el crecimiento urbano estaba en su apogeo durante la década de 1950, con un crecimiento demográfico superior al 3% anual.⁴

A medida que el mundo se vuelve más urbano, las personas continuarán viviendo en ciudades de todos los tamaños, con un modelo de distribución por tamaños de las ciudades similar al que se manifiesta hoy en día.⁵ En la actualidad, alrededor de la mitad de toda la población urbana vive en ciudades de entre 100 mil y 500 mil habitantes, mientras que menos del 10% de los residentes urbanos vive en megaciudades (definidas por ONU-Hábitat como las que cuentan con una población de más de 10 millones de habitantes).⁶

El crecimiento de la población urbana en los próximos 30 años se producirá principalmente en las ciudades de los países en desarrollo. Se prevé que ciudades como Phnom Penh, Camboya; Tijuana, México; Marrakech, Marruecos; y Lagos, Nigeria, crezcan a una tasa anual de alrededor del 4%, duplicando su población en los próximos 17 años. Algunas ciudades de China, como Shenzhen y Xiamen, registrarán tasas de crecimiento anual superiores al 10% y duplicarán su población aproximadamente cada siete años. En los países de altos ingresos, la inmigración —tanto legal como ilegal— representará más de dos tercios del crecimiento urbano. Probablemente, sin la inmigración, la población urbana de estos países se reduciría o se mantendría al mismo nivel en las próximas décadas.

Un nuevo paisaje urbano

En muchos lugares, las ciudades se fusionarán para crear asentamientos urbanos a una escala nunca antes vista. Estas nuevas configuraciones cobrarán la forma de mega

⁴ *World urbanization prospects: the 2009 revision*. File 6: average annual rate of change of the urban population by major area, region and country, 1950-2050 (per cent). New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010. POP/DB/WUP/Rev.2009/1/F6.

⁵ Cohen B. Urban growth in developing countries: a review of current trends and a caution regarding existing forecasts. *World Development*, 2004, 32(1):23-51.

⁶ *The state of the world's cities 2010/2011*, Nairobi, United Nations Human Settlements Programme, 2010.

regiones, corredores urbanos y ciudades-región, creando una nueva jerarquía urbana y paisajística. Por ejemplo, se calcula que para 2015, la mega región de Japón compuesta por Tokio, Nagoya, Osaka, Kyoto y Kobe tendrá una población de 60 millones de habitantes.⁷ Para 2020, la ciudad-región de Bangkok, en Tailandia, se extenderá otros 200 kilómetros a partir de su centro actual, y su población superará con creces la cifra actual de 17 millones de habitantes.⁸ En otras partes del mundo se registran tendencias similares.

En general, los habitantes de las urbes tienen hoy en día más oportunidades y posibilidades de elección que sus antepasados. En comparación con sus contrapartes rurales, los residentes urbanos tienen oportunidades únicas de aumentar sus ingresos, beneficiarse de una vivienda de buena calidad y gozar de una buena calidad de vida, así como la posibilidad de acceder a servicios como la educación y la atención de salud. No es sorprendente entonces que, en promedio, los residentes urbanos estén en mejor situación que los residentes rurales. Por lo general tienen un mayor acceso a los servicios sociales y de salud, con tasas de alfabetización más elevadas y una esperanza de vida más larga.⁹

Al mismo tiempo, las ciudades concentran ciertos riesgos y peligros para la salud. El impacto de eventos adversos como la contaminación en el suministro del agua, la contaminación acústica o del aire, o los desastres naturales, se amplifica en las zonas urbanas densamente pobladas. Los impactos para la salud relacionados con el cambio climático crean riesgos adicionales para las ciudades. El aumento del nivel del mar de entre 18 y 59 centímetros previsto para finales de este siglo¹⁰ provocará tensiones en

⁷ McGee T. Metrofitting the emerging mega-urban regions of ASEAN: an overview. In: McGee T, Robinson I, eds. *The megaurban regions of Southeast Asia*. Vancouver, University of British Columbia Press, 1995.

⁸ Cohen B. Urban growth in developing countries: a review of current trends and a caution regarding existing forecasts. *World Development*, 2004, 32(1):23-51.

⁹ *The state of the world's cities 2006/2007*. Nairobi, United Nations Human Settlements Programme, 2006.

¹⁰ Parry ML et al., eds. *Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability*. Contribution of Working Group II to the fourth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.

algunas de las ciudades costeras más grandes y de más rápido crecimiento de los países en desarrollo. En todo el mundo, las ciudades sufrirán los efectos del cambio climático con la frecuencia, cada vez mayor, de las olas de calor, la contaminación atmosférica, las tormentas intensas y las enfermedades infecciosas.

En muchos casos, la capacidad de los gobiernos para proporcionar infraestructura y servicios esenciales se ha visto comprometida por el rápido crecimiento de la población urbana. La ausencia de sistemas de abastecimiento de agua, saneamiento y transporte del agua, o la mala calidad de los mismos, son problemas comunes a muchas ciudades. Las condiciones inadecuadas de vivienda, que van desde viviendas colectivas de gran altura hasta chozas o tiendas de campaña construidas con láminas de plástico en las aceras de las calles, cuya construcción no estar reguladas y que suelen estar hacinadas de gente, son otro riesgo para muchos residentes urbanos. Las viviendas de este tipo se encuentran a menudo en las zonas más inadecuadas de la ciudad, por ejemplo, en laderas empinadas, zonas ribereñas que suelen sufrir inundaciones o zonas industriales.

Las ciudades, como centros densamente poblados de oportunidad y de riesgo —y el fenómeno global de la urbanización más generalmente— revisten vital importancia para la salud mundial del siglo XXI. Debido al gran número y la proporción creciente de personas que viven en las ciudades, los problemas de salud urbana afectan directamente a más de la mitad de la población mundial. Indirectamente, las ciudades afectan a la salud de las poblaciones en sentido más amplio mediante la propagación de enfermedades pandémicas en estaciones de autobuses y de trenes, así como en grandes aeropuertos y puertos marítimos internacionales donde se concentran gran cantidad de personas. El brote de SRAS en 2003 es un ejemplo de ello.

El lugar donde vivimos afecta a nuestra salud

Una amplia gama de factores físicos, sociales y económicos influyen en la salud de los habitantes de la ciudad (véase la figura siguiente). El **entorno natural y edificado** influye en la salud de los residentes urbanos a través de la geografía y el clima, la calidad de la vivienda, los sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento, la calidad del aire y los sistemas de transporte e infraestructuras. El **entorno social y económico**, incluido el acceso a las oportunidades económicas y educativas, la seguridad, la protección y cohesión social y la igualdad de género, tiene un gran impacto en la salud de los habitantes de la ciudad. La **seguridad y calidad alimentaria** afecta a la salud urbana a través de la escasez de alimentos, como la resultante de la sequía, y el cambio hacia dietas de alto nivel calórico, caracterizadas por altos niveles de grasas, azúcar y sal. Una gama de factores relacionados con los **servicios y la gestión de las emergencias sanitarias** influyen en la salud urbana; entre los aspectos clave figuran el acceso a servicios de atención primaria de buena calidad, la cobertura sanitaria universal y la preparación para emergencias de salud pública. Por último, la **governabilidad urbana** está incuestionablemente ligada a la salud y el bienestar de los habitantes de la ciudad, mediante su capacidad para proporcionar a sus habitantes la plataforma adecuada que les permita mejorar sus condiciones sociales y económicas utilizando sus propias capacidades. Cada uno de estos factores puede contribuir en gran medida a aumentar o disminuir el nivel de salud de los habitantes de la ciudad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LAS CIUDADES



FUENTE: De izquierda a derecha, 1-3: OMS/Anna Kari; 4: UN Photo/Jawad Jalali.

Triple amenaza para la salud en las ciudades

En muchas ciudades del mundo, los factores determinantes de la salud se han combinado para crear una triple amenaza de enfermedades y afecciones de salud urbanas. Componen esta triple amenaza: a) las enfermedades infecciosas como el VIH, la tuberculosis, la neumonía y las infecciones diarreicas, b) las enfermedades y afecciones no transmisibles como las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes, y c) los traumatismos (incluidos los causados por accidentes de tráfico) y la violencia. Las enfermedades infecciosas representan una amenaza importante en muchas ciudades debido a la densidad de la población, el hacinamiento, la falta de agua potable y de sistemas de saneamiento, los viajes y el comercio internacional, la falta de prestación de servicios de salud, y el escaso acceso a la atención de salud, especialmente en los barrios marginales. Las enfermedades y afecciones no transmisibles se agravan en las zonas urbanas por los cambios en la dieta y la actividad física, la exposición a contaminantes del aire (incluido el humo del tabaco) y el uso nocivo del alcohol. En muchos países en desarrollo, la urbanización y el

incremento en el número de vehículos de motor no se han acompañado de la infraestructura de transporte adecuada, el cumplimiento de las normas de tráfico o la aplicación de medidas para garantizar la seguridad vial. Los principales factores que han contribuido a la violencia urbana incluyen la exclusión social, la pobreza, el desempleo y las condiciones precarias de vivienda.

Así, mientras que las ciudades ofrecen oportunidades únicas para que los residentes puedan beneficiarse de la educación y los servicios sanitarios y sociales y optimizar su salud y calidad de vida, al mismo tiempo, los peligros para la salud, como las condiciones precarias de vivienda y la falta de acceso a agua potable y saneamiento están provocando una serie de problemas de salud. Abrumados por el rápido ritmo de crecimiento, muchos gobiernos no se pueden adaptar a las necesidades en materia de infraestructura y servicios, que no cesan de aumentar. El resultado es que muchas zonas urbanas contienen —simultáneamente y dentro de las mismas ciudades— lo mejor y lo peor para la salud y el bienestar.

Descubrir las ciudades ocultas

Si bien en general se cree que, por término medio, los habitantes de la ciudad gozan de mejor salud que sus contrapartes rurales, se sabe muy poco acerca de las diferencias de salud que existen dentro de las ciudades. A menudo, el crecimiento se produce tan rápidamente que los planificadores urbanísticos ni siquiera conocen la información más básica, como el número de personas que residen en sus ciudades o el lugar donde viven. La información disponible en materia de salud suele estar totalizada para proporcionar un promedio de todos los residentes urbanos —ricos y pobres, jóvenes y viejos, hombres y mujeres, inmigrantes y residentes de larga duración— en lugar de desglosada por ingresos, barrios u otras características de la población. En consecuencia, los mundos diferentes de los habitantes de la ciudad

permanecen en la sombra, y se pasan por alto importantes problemas de salud que afectan a los más desfavorecidos.¹¹

En particular, los habitantes pobres de la ciudad suelen estar desatendidos porque las autoridades de salud pública no recaban información en los asentamientos informales o ilegales, y pasan totalmente por alto a las personas sin hogar. Esto reviste particular importancia porque se calcula que 828 millones de personas viven en barrios marginales, cifra que representa alrededor de un tercio de la población urbana mundial. La gran mayoría de los barrios marginales —más del 90%— se encuentran en ciudades de países en desarrollo. Con frecuencia, las ciudades de más rápido crecimiento son las que tienen las mayores concentraciones de estos asentamientos informales.

Centrar la atención en las inequidades que subsisten en todas las ciudades

Entender el significado de salud urbana comienza con saber cuáles son los habitantes de la ciudad que se ven afectados por determinados problemas de salud, y la causa de los mismos. Para lograr este entendimiento, la información disponible debe desglosarse según las características distintivas de los habitantes de la ciudad, como su nivel socioeconómico o lugar de residencia. Así, si centramos la atención en esta información entenderemos mejor cuáles son los problemas, donde radican y la mejor manera de abordarlos.

Los datos desglosados revelan invariablemente las **inequidades sanitarias** urbanas, que se definen como las desigualdades en salud que son sistemáticas, producidas socialmente (y por lo tanto modificables) e injustas.¹² Las inequidades sanitarias son resultado de las circunstancias en que las personas crecen, viven, trabajan y

¹¹ *World urbanization prospects: the 2007 revision*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010.

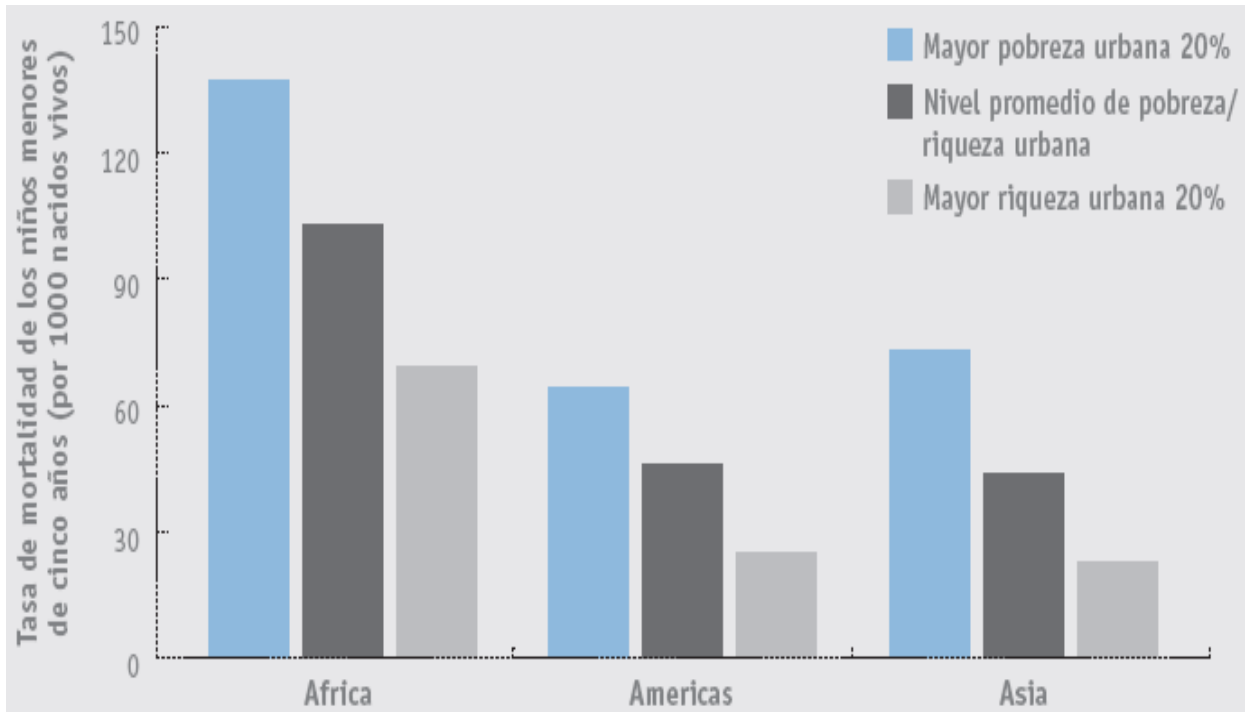
¹² Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.

envejecen, y de los sistemas de salud a los que pueden tener acceso, que a su vez vienen determinados por fuerzas políticas, sociales y económicas de mayor magnitud.¹³ Esas inequidades no se distribuyen al azar, sino que más bien muestran un cuadro persistente en todo el espectro de la población, a menudo en función del nivel socioeconómico o la situación geográfica. Ninguna ciudad —grande o pequeña, rica o pobre, situada al Este o al Oeste, al Norte o al Sur— ha demostrado ser inmune al problema de la inequidad en salud.

Los ejemplos que se destacan en *Las ciudades ocultas* muestran que los pobres urbanos padecen de manera desproporcionada una amplia gama de enfermedades y problemas de salud. Las familias de más bajos ingresos que habitan en las zonas urbanas están en mayor riesgo de sufrir resultados adversos de salud, como la muerte en la primera infancia (véase el gráfico siguiente), tienen peor acceso a servicios sanitarios tales como la asistencia calificada durante el parto, y también están en desventaja en términos de sus condiciones de vida, por ejemplo, en lo que se refiere al acceso al agua corriente. Es importante destacar que estas inequidades existen a lo largo de todo un gradiente social, afectando también a los residentes urbanos de clase media, al menos en cierta medida. Las causas subyacentes de estas inequidades en salud son principalmente de naturaleza social, e incluyen la riqueza de los hogares, la educación y el lugar de residencia, factores que tienen más peso que otras características predeterminadas, como la edad y el género.

¹³ Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation*. Geneva, World Health Organization, 2008.

TASA DE MORTALIDAD DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS ENTRE LOS NIÑOS URBANOS, POR REGIONES, EN 42 PAÍSES DE BAJOS Y MEDIANOS INGRESOS



Nota: Estos resultados representan los promedios de los países respecto de los cuales existían datos procedentes de encuestas demográficas y de salud relativos a la mortalidad de los menores de cinco años (África = 25 países, Américas = 7 países, Asia = 10 países). Por consiguiente, no son representativos de las regiones en su conjunto.

FUENTE: Cálculos de la OMS basados en datos procedentes de las encuestas demográficas y de salud, 2000-2007.

La precariedad y la enfermedad también se ceban en ciertos barrios, y la probabilidad de que los habitantes de la ciudad gocen de buena salud depende en gran medida del lugar donde viven dentro de la ciudad. Por ejemplo, en la ciudad de Nueva York (Estados Unidos de Norteamérica) la mala salud está concentrada en determinados barrios, y los barrios con los peores resultados sanitarios son también los más pobres en términos económicos. En 2001, la esperanza de vida en los barrios más pobres de Nueva York era de ocho años menos que en los barrios más ricos de la ciudad.¹⁴

¹⁴ Karpati A et al. *Health disparities in New York City*. New York, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2004.

Más allá de la situación socioeconómica y del barrio de residencia, algunos habitantes de la ciudad tienen resultados de salud precarios debido al modo en que las sociedades marginan y discriminan contra ellos por determinados aspectos de su identidad que no pueden cambiar, tales como su edad, sexo o discapacidad. Por ejemplo, las mujeres son especialmente vulnerables al VIH dentro de las ciudades. Los resultados presentados en *Las ciudades ocultas* muestran que la prevalencia del VIH entre las mujeres urbanas es 1.5 veces mayor que entre los hombres urbanos y 1.8 veces mayor que entre las mujeres del medio rural.

Las inequidades sanitarias nos afectan a todos

En última instancia, las inequidades sanitarias urbanas afectan negativamente todos los habitantes de la ciudad. Los brotes de enfermedades, el malestar social, la delincuencia y la violencia son sólo algunas de las manifestaciones de cómo las inequidades en materia de salud urbana nos afectan a todos. Estas amenazas pueden propagarse fácilmente y trascender de un solo barrio o distrito para poner en peligro a todos los ciudadanos y manchar la reputación de una ciudad.

Las inequidades en materia de salud urbana también amenazan el logro, para 2015, de muchas de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Por ejemplo, si continúan al ritmo actual, más del 80% de los países de bajos y medianos ingresos que se examinaron al elaborar el informe *Las ciudades ocultas* no conseguirán alcanzar los criterios de referencia relacionados con los ODM por lo que se refiere al retraso del crecimiento en la niñez y la mortalidad infantil entre los pobres urbanos. Esto socavará la capacidad de los países para alcanzar los objetivos nacionales, e impedirá la realización de la visión de la comunidad internacional de lograr salud y desarrollo para todos.

La superación de las inequidades sanitarias

Dado que las inequidades en materia de salud urbana existen en todas partes, todos los dirigentes locales y nacionales deberían considerar la forma de superarlas. Los gobiernos locales están en una posición única para coordinar los esfuerzos, pero deben hacerlo de un modo que incluya a los demás niveles de gobierno y las comunidades. Al operar dentro de este marco, deben entender la naturaleza y el alcance de las inequidades en salud dentro de sus ciudades, elegir las intervenciones prioritarias, y posteriormente hacer un seguimiento y evaluación de sus efectos en el tiempo.

Desglosar los datos para desvelar la realidad en que viven todas las personas

El punto de partida es crear una imagen clara de los problemas de salud y sus determinantes dentro de la ciudad. Deberían utilizarse datos desglosados; en función del contexto específico, los datos pueden desglosarse por hombres frente a mujeres, grupos de edad, áreas geográficas o localidades, y grupos socioeconómicos. Una vez que se ha recopilado la información, ésta puede organizarse para identificar los subgrupos de la población y los problemas de salud que revelan las mayores inequidades en materia de salud urbana. También se puede utilizar para ver cómo estos problemas evolucionan con el tiempo, o compararla entre las distintas ciudades. Los datos pueden proceder de los niveles local o nacional, pero en todos los casos deberían responder a altos criterios de fiabilidad, transparencia e integridad.

Contando con esta información, son muchos los sectores que pueden tomar medidas de manera coordinada en relación con la compleja red de determinantes de la salud pertinentes. Los sectores específicos susceptibles de participar dependerán de la naturaleza de la inequidad sanitaria y de la organización del gobierno, pero por lo general incluirán a representantes de los departamentos del gobierno municipal, los ministerios a nivel nacional, la sociedad civil y el sector privado. Las alianzas de

colaboración verticales entre los gobiernos nacionales, regionales y locales deben complementarse con alianzas horizontales de las partes interesadas dentro de las ciudades. Las autoridades locales suelen estar bien situadas para dirigir el proceso, pero la coherencia entre las políticas nacionales y la aplicación a nivel local es crucial.

Además de las alianzas intersectoriales, también son imprescindibles para una acción eficaz contra las inequidades sanitarias el compromiso político entre una amplia gama de dirigentes locales, una visión compartida que defiendan todos los involucrados en el proceso, acuerdos institucionales que apoyen la comunicación y colaboración intersectorial permanente, y las conexiones con otras personas —dentro y fuera del país— que puedan ofrecer conocimientos técnicos y experiencia práctica para apoyar el esfuerzo. Cada uno de estos aspectos es esencial para garantizar la reducción a largo plazo de las inequidades sanitarias.

Creación de una base de datos empíricos para la acción

Se han de considerar una serie de factores al priorizar y aplicar intervenciones específicas. Más allá de utilizar el perfil de inequidades sanitarias de la ciudad como base para tomar las decisiones, las intervenciones elegidas deberían ser viables, sostenibles y basadas en pruebas. El enfoque basado en las “mejores pruebas disponibles” es una alternativa a no utilizar elemento probatorio alguno en la toma de decisiones. Con arreglo a este enfoque se utilizan los datos empíricos disponibles, aunque no hayan sido elaborados siguiendo un criterio de estudio riguroso. Otras consideraciones a la hora de elegir el tipo de intervención incluyen la capacidad local de aplicación, el impacto probable, la aceptabilidad y el apoyo político.

Otra consideración importante es la población beneficiaria de la intervención. Pueden utilizarse tres enfoques principales, a saber: a) centrarse en los grupos de población o clases sociales desfavorecidos, b) reducir la brecha de salud, es decir, centrarse únicamente en los residentes urbanos que gozan de una mejor situación y en los más

desfavorecidos, esto es, en los extremos de la escala social, y c) reducir las inequidades sanitarias en toda la población urbana, es decir, centrarse en todos los residentes urbanos, con inclusión de la clase media.¹⁵

La mayoría coincide en que la mejor manera de alcanzar la equidad sanitaria consiste en utilizar el tercer enfoque: reducir las inequidades en toda la población urbana. No obstante, esto debe hacerse con precaución, porque las intervenciones que tienen una influencia positiva en la salud de la población en general podrían no llegar a los grupos vulnerables, lo cual aumentaría potencialmente las inequidades en salud. Se requiere un análisis cuidadoso para determinar si las intervenciones prioritarias deberían diseñarse de tal manera que lleguen únicamente a los grupos desfavorecidos de la población o a la totalidad de los residentes urbanos. En cualquier caso, la decisión debería basarse en el objetivo general de reducir las inequidades sanitarias en el contexto de la ciudad.

Intervenciones y herramientas

Las esferas específicas de intervención abarcan el entorno natural y edificado, el contexto económico y social, la seguridad y calidad alimentaria, y los servicios y la preparación para emergencias de salud pública. En *Las ciudades ocultas* se proporcionan ejemplos correspondientes a cada esfera. Aunque la acción inicial puede limitarse a esferas de actuación específicas, es fundamental que los responsables de la formulación de políticas y la adopción de decisiones no pierdan de vista la visión general que comparten.

Después de la aplicación, se precisa un estrecho seguimiento y evaluación para comprender si las actividades relacionadas con la intervención han sido realizadas dentro de los plazos previstos, si se han obtenido las aportaciones y el producto de las

¹⁵ Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.

actividades, si las metas se han alcanzado, y si los resultados se han logrado. Un mecanismo de intercambio de resultados que incluya a los asociados multisectoriales y a la comunidad contribuye a reforzar la colaboración y a seguir centrándose en los resultados deseados en términos de equidad. Los resultados disponibles y los emergentes deben ser comunicados de manera que sean comprensibles y útiles para los usuarios finales.

Hay herramientas disponibles para ayudar a los gobiernos y los dirigentes locales en estos procesos. El instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad sanitaria en los centros urbanos (Urban HEART) de la OMS es simple y fácil de usar, y puede ser utilizado por una amplia gama de personas para evaluar y responder a las inequidades de salud en las ciudades. Promueve el uso de los datos ya disponibles, que posteriormente se desglosan en grupos socioeconómicos, zonas geográficas o barrios. El instrumento Urban HEART considera los determinantes de salud y sus interacciones en múltiples facetas de la vida urbana, y alienta la adopción de respuestas políticas e intervenciones sostenibles a largo plazo. El programa UrbanInfo de ONU-Hábitat es una herramienta de soporte lógico que ayuda a los usuarios a almacenar, analizar y comunicar resultados para una serie de indicadores urbanos, globales o definidos por el usuario. También ayuda a los usuarios a elaborar cuadros, gráficos y mapas, en varios idiomas y con nombres, logotipos y grafías personalizados. En *Las ciudades ocultas* se hace referencia a otros recursos y herramientas adicionales.

Conclusión

El número de personas que viven en las zonas urbanas sigue creciendo. A mediados del siglo XXI, la población urbana casi se duplicará, pasando de aproximadamente 3 mil 400 millones en 2009 a 6 mil 400 millones en 2050. En cambio, las poblaciones

rurales disminuirán en todo el mundo durante el mismo período.¹⁶ El crecimiento de la población urbana se producirá principalmente en los países de ingresos bajos y medios. Algunas de las ciudades de más rápido crecimiento duplicarán su población en los próximos siete años.

En general, la urbanización ha traído a los países oportunidad, prosperidad y salud, pero al mismo tiempo, ha creado diferencias considerables e injustas en el estado de salud de los habitantes de la ciudad.

Estas inequidades urbanas han permanecido en gran parte ocultas; sin embargo, en todos los rincones del mundo, algunos habitantes de la ciudad sufren de manera desproporcionada de mala salud, y las inequidades que padecen se corresponden a las diferencias en sus condiciones sociales y de vida. La triple amenaza de las enfermedades infecciosas, las enfermedades y afecciones no transmisibles y los traumatismos (incluidos los causados por accidentes de tráfico) y la violencia es resultado de una interacción compleja de diferentes factores determinantes de la salud urbana, incluyendo las condiciones de vida insalubres y la falta de infraestructura y servicios. Si el tratamiento de las cuestiones relativas a los pobres urbanos sigue evolucionando al ritmo actual, la capacidad de los países para cumplir con muchas metas de los ODM relacionados con la salud quedará socavada.

Los gobiernos y los dirigentes locales que quieren reducir las inequidades sanitarias urbanas deben entender en primer lugar cuáles son los habitantes de la ciudad que se ven afectados por determinados problemas de salud, y las causas. Los datos desglosados son esenciales a tal fin. Herramientas como Urban HEART y UrbanInfo pueden ayudar a constituir una base de datos empíricos para la acción.

¹⁶ *World Urbanization Prospects: The 2009 Revision*. New York, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2010.

Una vez que se entiendan la naturaleza y magnitud de las inequidades sanitarias urbanas, se podrán tomar medidas en varias esferas. Las opciones incluyen las intervenciones para mejorar el entorno natural y edificado, el entorno social y económico, la seguridad y calidad alimentarias, y los servicios y la gestión de las emergencias sanitarias. Los problemas prioritarios variarán de ciudad en ciudad; en todos los casos, las intervenciones elegidas deberían ser factibles, sostenibles y basada en pruebas.

¿Cuál es el futuro de nuestro mundo urbano, y el de las ciudades que forman parte de él? Las tendencias del pasado pueden dar algunas pistas útiles, aunque sigue siendo difícil predecir el impacto de algunos factores importantes que determinarán el futuro de nuestras ciudades —la migración, el cambio climático, y el acceso a la información, la tecnología y el mercado global—. Para las ciudades sin una planificación o gobernabilidad adecuadas será cada vez más difícil proporcionar tierra a un precio asequible, viviendas dignas, transportes adecuados y servicios públicos. En este escenario, se seguirá prestando escasa atención a los habitantes de los barrios marginales y a los pobres urbanos, y las disparidades dentro de las ciudades seguirán aumentando.

Al mismo tiempo, las ciudades presentan importantes oportunidades para el futuro. Las ciudades más prósperas serán las que diseñen una visión sostenible, global, y creen nuevas instituciones o fortalezcan las ya existentes, a fin de poner en práctica esa visión. Esto las inducirá a buscar nuevos métodos de estrecha cooperación con los gobiernos regionales y centrales y con otros actores como el sector privado, y a velar al mismo tiempo por una distribución equitativa de las oportunidades y el desarrollo sostenible.¹⁷

El futuro todavía no se ha hecho realidad, pero implica un precio y una promesa.

¹⁷ Barten F et al. Democratic governance - fairytale or real perspective? Lessons from Central America. *Environment and Urbanization*, 2002, 14:129-144.

El precio, si no se toman medidas, será la mayor proliferación de las inequidades entre los habitantes de la ciudad, lo que se traducirá en un mayor número de casos evitables de enfermedades y problemas de salud, en la imposibilidad de los países de alcanzar sus Objetivos de Desarrollo del Milenio y de realizar su pleno potencial económico y humano. La promesa, por el contrario, son las ciudades saludables para todas las personas. La equidad sanitaria es, ante todo, una cuestión de justicia social, así como un indicador de la capacidad de las ciudades para facilitar a sus residentes las condiciones indispensables para gozar de salud y bienestar, y para ayudarles a lograr el cumplimiento de sus aspiraciones y capacidades.

Esta promesa puede hacerse realidad si reorientamos nuestros enfoques convencionales. Esto implica volver a conectar los campos de la salud pública y la planificación urbana en un marco de gobernabilidad urbana a múltiples niveles. En *Las ciudades ocultas* se describe el papel de liderazgo que pueden desempeñar los dirigentes municipales y los gobiernos locales al combinar los talentos y las capacidades de todos los sectores en un esfuerzo coordinado para reducir las inequidades sanitarias urbanas.

Tanto el precio como la promesa son posibles, la elección es nuestra. Tenemos la responsabilidad colectiva de garantizar que las ciudades sean lugares saludables para todas las personas, ahora y en el futuro. Todos podemos contribuir de alguna manera a convertir esto en realidad.

Fuente de información:

http://www.hiddencities.org/downloads/WHO_UN-HABITAT_Hidden_Cities_SPw.pdf