

Integración de los documentos de referencia
para la Estrategia y Plan de Acción

sobre la **salud** **urbana** en las **Américas**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Dra. Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

Dra. Socorro Gross-Galiano

Subdirectora

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Luiz A. C. Galvão

Gerente

Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)

Organización Panamericana de la Salud

Dr. Carlos Santos-Burgoa

Asesor Principal en Salud Urbana y Determinantes de la Salud

Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE)

Organización Panamericana de la Salud



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Integración de los documentos de referencia
para la Estrategia y Plan de Acción

sobre la **salud** **urbana** en las **Américas**





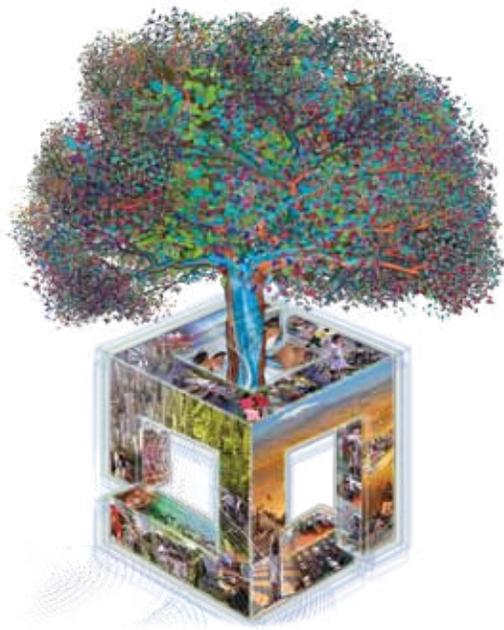


Tabla de Contenidos

Introducción < página 5

51.º Consejo Directivo

Resolución CD51.R4 < página 9

Estrategia y Plan de Acción sobre la Salud Urbana < página 13

50.º Consejo Directivo

Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable < página 31

Add. I: Documento de antecedentes para el debate < página 37

Add. II: Informe Final < página 45





Dra. Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

Introducción

Para el 2030, tres quintas partes de la población mundial vivirán en zonas urbanas. El ambiente de las ciudades brinda muchas oportunidades de configurar el crecimiento económico, mitigar la pobreza, estabilizar la población, crear sostenibilidad ambiental, reducir las desigualdades y, en último término, apoyar el ejercicio de los derechos humanos a escala mundial.¹ La infraestructura urbana afecta al estado de salud de la población y puede facilitar el acceso a servicios públicos como el agua potable, el saneamiento, la electricidad, el transporte, la educación, los servicios sanitarios, las comunicaciones y los espacios públicos para la recreación y el deporte.

Sin embargo, los datos indican que, de persistir las tendencias actuales, en el futuro las desigualdades alcanzarán magnitudes nunca vistas. Si se comparan con los países industrializados, la mayor parte de los habitantes de las zonas urbanas son cada vez más pobres. Se prevé que este cambio urbano futuro se caracterizará por un mayor movimiento de las poblaciones hacia los centros urbanos; los barrios pobres albergarán a una mayor proporción de la población más pobre del mundo; y las ciudades se expandirán, lo que tendrá una repercusión considerable en el medio ambiente y la salud humana.² Muchos factores explican por qué la urbanización es el gran reto que enfrenta la salud pública en este siglo. En la Región de las Américas, más de 70% de la población vive en zonas urbanas y la mayor parte del crecimiento poblacional se registra en las ciudades. Además, la urbanización no planificada es un importante motivo de preocupación para ciertas poblaciones vulnerables y está creando una crisis humanitaria. Por citar un ejemplo, entre 43% y 78% de los habitantes de las zonas urbanas viven en barrios pobres sin servicios públicos básicos como agua y saneamiento, eliminación de desechos, transporte, electricidad, atención sanitaria y educación, y no tienen ninguna protección frente a la alta incidencia de las enfermedades transmisibles, la pobreza, la violencia y la mortalidad. No obstante, hay muchas posibilidades de revertir estas tendencias, tal como lo han demostrado muchos ayuntamientos, organizaciones no gubernamentales y empresas privadas de la Región que están ejecutando nuevas políticas y programas para lograr mejores modelos de urbanización, los cuales pueden servir de ejemplo para el mundo. Si el sector sanitario puede pensar y actuar con

¹ United Nations Population Fund (UNFPA) (2007). Estado de la población mundial 2007. Se puede encontrar en <http://www.unfpa.org/swp/2007/spanish/introduction.html>. Consultado el 12 de octubre del 2011.

² Vlahov D, Galea S, Ompad DC. Urbanicity, urbanization, and the urban environment. En S. Galea (ED.), *Macrosocial determinants of population health* (pp. 53-69). Nueva York, NY: Springer Science: 2007.

visión de futuro para predecir estas tendencias y movilizarse junto con otros segmentos de los sectores público y privado y la sociedad civil, estas predicciones pueden revertirse.

El Consejo Directivo de la OPS tradicionalmente ha incluido una mesa redonda sobre el tema seleccionado para el Día Mundial de la Salud que se celebra el 7 de abril de cada año. En esa fecha se conmemora el aniversario de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero en la Región de las Américas las actividades se llevan a cabo a lo largo del año. El tema del año pasado fue “Urbanismo y vida saludable” y los ministros de salud y sus delegaciones abordaron este tema en las deliberaciones del Consejo Directivo. En el presente folleto se presentan el documento de base y el informe final de las deliberaciones de esa mesa redonda.

Entre las recomendaciones que surgieron estuvo la propuesta de que la OPS trabajara en un proyecto pionero: la elaboración de la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* para los países de la Región. El resultado fue un documento que se sometió a debate entre los Estados Miembros y se presentó al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en septiembre del 2011. En este folleto también se incluye esta *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* y la resolución correspondiente tal como fueron aprobadas por los ministros de salud de la Región: un plan decenal con indicadores de referencia que deben recopilarse en el curso del próximo año así como recomendaciones sobre las medidas que deben adoptar los países de la Región de las Américas y la OPS.

Los países ahora tendrán la responsabilidad de adoptar directrices, herramientas y métodos a fin de promover la participación social y la reorientación de los servicios sanitarios; ajustar los sistemas de vigilancia para incluir determinantes e indicadores relacionados con la salud urbana y documentar procesos y experiencias vinculados a la salud urbana; promover proyectos específicos de promoción de la salud y desarrollo sostenible que fomenten la participación social, la acción intersectorial y el acceso a infraestructura, saneamiento, educación y servicios sanitarios, así como a los subsidios sociales; y de notificar cada dos años sobre el progreso que han alcanzado.

La Oficina Sanitaria Panamericana tendrá la responsabilidad de producir y divulgar criterios, directrices, políticas generales y marcos jurídicos relacionados con la salud pública que puedan usarse para la planificación, la prestación de servicios y el diseño de métodos vinculados a la salud urbana a fin de lograr una acción multisectorial; recopilar y divulgar información nueva sobre experiencias, enseñanzas y mejores prácticas relacionadas con la salud urbana; promover la creación de capacidad en cuanto a planificación, ejecución, vigilancia y sistemas de información en el campo de la salud urbana; y brindar apoyo a los ministerios de salud para que las autoridades de las ciudades y las áreas metropolitanas adopten los temas importantes descritos en los documentos presentados en esta publicación.

Esperamos que este folleto sea una herramienta útil para impulsar la movilización de todos los sectores del gobierno, las ONG y la sociedad civil, así como el sector privado, a escala nacional, regional y municipal, de manera que muchos de los problemas previstos relacionados con la urbanización y la salud puedan evitarse o mejorarse. Es indispensable que se tomen medidas ahora para prevenir o revertir las repercusiones negativas que tiene la urbanización en el campo de la salud y sacarle provecho a la función rectora que puede cumplir el sector sanitario a fin de lograr estos objetivos. El futuro está en nuestras manos: de nosotros depende que sea un futuro sano.

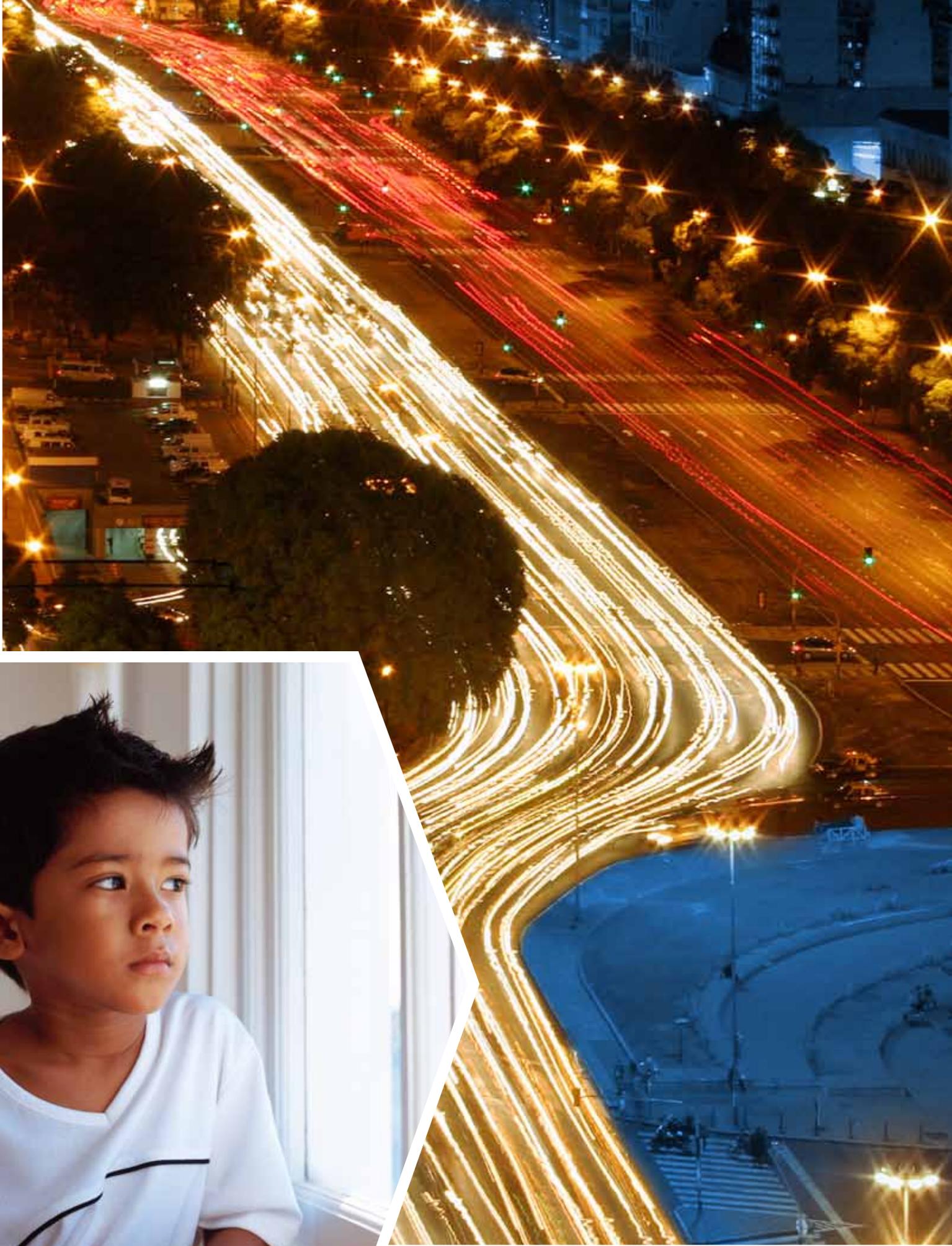
OPS 51.º Consejo Directivo

26 al 30 de septiembre del 2011

Resolución CD51.R4

Estrategia y Plan de Acción sobre la Salud Urbana





51.º CONSEJO DIRECTIVO

63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

CD51.R4 (Esp.)
ORIGINAL: INGLÉS

RESOLUCIÓN

CD51.R4

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA

EL 51.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* (documento CD51/5);

Reconociendo que hay numerosos mandatos de los Cuerpos Directivos que se remontan a 1992 en los que se destaca la necesidad de abordar los problemas de salud urbana y las inequidades sanitarias causadas por la urbanización en la Región, además de la oportunidad ofrecida por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012;

Reconociendo que la megatendencia de la urbanización se ha acelerado rápidamente en la Región y los países no han podido reaccionar ni adaptar sus programas a la amplia diversidad de problemas culturales, comunitarios, familiares, socioeconómicos y de migración planteados por este proceso de urbanización;

Habiendo estudiado la oportunidad que se presenta de abordar muchos de los problemas de salud pública más desafiantes que los países afrontan actualmente en las esferas de las enfermedades no transmisibles, los traumatismos, las enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles, así como el reto de enfrentar las diversas necesidades de la población en los entornos urbanos, como se pone de relieve en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles;

Teniendo en cuenta que la falta de consideración adecuada y sistemática de los criterios de salud pública en el crecimiento de las ciudades de la Región, que en su mayor parte no ha sido planificado, ha dado lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad, así como a la ampliación de la brecha en la equidad dentro de las ciudades;

En el entendimiento de que para impulsar con éxito la salud pública en la Región los ministerios de salud tendrán que incluir en sus sistemas de vigilancia en materia de salud información que diferencie el gradiente de inequidades de salud y sus causas e implicaciones para las políticas, los programas y los servicios de salud nacionales y urbanos;

Reconociendo que el logro de la salud urbana es un esfuerzo multisectorial que requiere de una acción concertada para promover la actividad física; diseñar opciones de transporte público seguro, eficaz y accesibles; prevenir y reducir los traumatismos; reducir el consumo nocivo de alcohol; y abordar las necesidades específicas de accesibilidad y bienestar de los grupos más vulnerables, entre otros, los niños, los adultos mayores y las personas con necesidades especiales;

Reconociendo además que los países que adoptan este enfoque holístico de manera coordinada y sinérgica con otros planes de acción, incluidos los de organismos especializados de las Naciones Unidas, no solo están mejorando la salud de sus ciudadanos sino que también están obteniendo importantes beneficios con respecto al medio ambiente y la sostenibilidad;

Teniendo presente que la ejecución de la Estrategia y el Plan de acción implica movilizar una combinación única de rectoría sobre el sistema de salud y su red de servicios y con los demás actores sociales en los entornos urbanos, a fin de defender y adaptar todo tipo de servicios de salud urbana que puedan atender las necesidades especiales del gradiente social y la heterogeneidad de las poblaciones urbanas;

Habiendo solicitado en ocasión del 50.º Consejo Directivo que la Oficina Sanitaria Panamericana preparara una estrategia y plan de acción preliminares para someterlos a la consideración del 51.º Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la salud urbana y apoya su ejecución en el contexto de las condiciones específicas de cada país para responder apropiadamente a las necesidades y tendencias actuales y futuras en el ámbito de la salud urbana en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - (a) adopten las directrices, las herramientas y los métodos elaborados por la Oficina y los Centros de Excelencia para apoyar su función intersectorial de rectoría, promoción de la participación social y la reorientación de los servicios de salud;
 - (b) apoyen las políticas y los programas nacionales, subnacionales y locales de promoción de la salud, incluido el fortalecimiento de la participación social, con los marcos jurídicos y los mecanismos de financiamiento apropiados;
 - (c) ajusten los sistemas de vigilancia de acuerdo con las prioridades nacionales a fin de incluir los determinantes e indicadores relativos a la salud urbana, como el género, la edad, la orientación sexual, la situación socioeconómica, las condiciones de migración, la raza, el grupo étnico, las poblaciones indígenas, la falta de viviendas y las condiciones inadecuadas de las viviendas;

- (d) promuevan el compromiso de las autoridades metropolitanas y de ciudades con la planificación y el desarrollo urbano saludables, con la consideración de la salud urbana y la equidad en materia de salud en las políticas y los planes nacionales y subnacionales de salud;
- (e) colaboren con las autoridades metropolitanas y de ciudades para elaborar políticas y desarrollar sistemas de transporte en los que se dé prioridad a caminar, a utilizar la bicicleta y al transporte público en condiciones seguras; y para diseñar reglamentaciones de diseño e infraestructura urbanas que contemplen el acceso equitativo y seguro a la actividad física recreativa a lo largo del curso de vida;
- (f) asistan a las autoridades metropolitanas y de ciudades en la utilización de las herramientas de análisis y acción para abordar más eficazmente la planificación y los programas urbanos que tienen en cuenta la salud y la equidad;
- (g) sensibilicen a las partes interesadas clave y elaboren planes y programas de mercadeo social;
- (h) presenten un informe cada dos años sobre los progresos realizados que incluya los datos para realizar una evaluación de mitad de período a los cinco años y una evaluación final al cabo de diez años;
- (i) fomenten proyectos específicos de promoción de la salud y desarrollo sostenible en las comunidades, en los que se preste especial atención a las poblaciones vulnerables, a fin de alentar la participación social y la acción intersectorial.

3. Solicitar a la Directora:

- (a) que produzca y difunda criterios, directrices, políticas modelo y marcos jurídicos en materia de salud pública para la planificación de la salud urbana y los servicios de salud urbana, y métodos para realizar actividades multisectoriales, entre ellas, el análisis del impacto en la salud, el análisis del impacto en la equidad en materia de salud y la recopilación y análisis de datos intersectoriales;
- (b) que reúna y dé a conocer información nueva acerca de las experiencias, enseñanzas extraídas y mejores prácticas obtenidas a través de los foros regionales, la investigación, los observatorios, la documentación y el intercambio de experiencias y procesos prometedores;
- (c) que continúe desarrollando el abordaje de la promoción de la salud y de los determinantes de la salud dentro de la cooperación técnica en materia de salud urbana y la ejecución en los Estados Miembros de la Estrategia de Cooperación en los Países;
- (d) que fomente el aumento de la capacidad para la planificación, ejecución, vigilancia y funcionamiento de sistemas de información en el ámbito de la salud urbana en toda la Región;
- (e) que apoye la colaboración de los ministerios de salud con las autoridades metropolitanas y de las ciudades y otros sectores pertinentes, de acuerdo con los temas detallados en el informe final del debate que tuvo lugar en el marco de la mesa redonda del 50.º Consejo Directivo, el informe final sobre los Foros de Salud Urbana y Promoción de la Salud y el Llamado Mundial a la Acción en Urbanismo y Salud.

(Quinta reunión, 28 de septiembre del 2011)



51.º CONSEJO DIRECTIVO

63.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011

Punto 4.2 del orden del día

CD51/5 (Esp.)
27 de septiembre del 2011
ORIGINAL: INGLÉS

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA

Introducción

1. Los cambios en la vida urbana tienen consecuencias para la salud que plantean retos extraordinarios para la Región de las Américas. La finalidad de este documento es ofrecer orientación a los Estados Miembros sobre las maneras en que pueden abordar las cuestiones de salud urbana, en particular, las relacionadas con los determinantes de la salud, la promoción de la salud y la atención primaria de salud. Sobre la base de las políticas establecidas y los acuerdos alcanzados durante el 50.º Consejo Directivo, primero se resume la información incluida en el documento de base preparado para el Consejo y que contiene el análisis de la situación. A continuación, se describe una estrategia y un plan de acción para guiar la realización de actividades multisectoriales encaminadas a afrontar eficazmente los problemas fundamentales en materia de salud urbana en la Región de las Américas. Por último, se tratan las repercusiones en relación con la intervención del Consejo Directivo.

Antecedentes

2. La urbanización puede tener muchos beneficios así como consecuencias adversas para la salud y el bienestar humanos. “Muchos de los problemas que genera la pobreza urbana tienen sus raíces en una complejidad de restricciones de recursos y capacidad, en políticas gubernamentales inadecuadas tanto en los niveles central como local, y en la falta de planificación del crecimiento y la gestión de las ciudades. Habida cuenta de las previsiones de crecimiento elevado para la mayoría de las ciudades de los países en desarrollo, los retos relacionados con la pobreza urbana y, de forma más general, con la gestión de las ciudades no hará sino empeorar en muchos lugares si no se abordan con mayor fuerza” (1). El crecimiento urbano no planificado e insostenible ejerce presión sobre los servicios básicos, lo cual dificulta a los gobiernos la tarea de atender las necesidades de una población diversa que presenta comportamientos y dinámicas diferentes. Además, la planificación orientada al crecimiento del producto interno bruto (PIB), en lugar de al bienestar de las personas, ha dado lugar a que se dé preferencia a los automóviles sobre las personas y a un desarrollo mayor sobre la protección de los recursos naturales, y al malgasto de la energía. El crecimiento urbano no planificado conlleva varios riesgos como aquellos relacionados con los factores ambientales, sociales y epidemiológicos y los desastres (2), así como condiciones que afectan

la seguridad de la población. Las acciones intersectoriales requeridas para afrontar estos riesgos y los determinantes asociados se abordaron en tres conferencias consultivas sobre la integración de la salud en todas las políticas, celebradas en el 2010 en Adelaida, Chile y Helsinki. Varias resoluciones, consultas y documentos sobre la salud urbana, la promoción de la salud y los factores determinantes de la salud son pertinentes para este plan.

3. La estrategia y plan de acción sobre la salud urbana responde a varios mandatos internacionales y de los Cuerpos Directivos, a saber:

- ◆ En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992, comúnmente conocida como la “Cumbre para la Tierra”, que publicó el informe *Protección y fomento de la salud humana* como parte del Programa 21 (sección I, capítulo 6), en el que se aborda el desafío que plantea la salud urbana (3).
- ◆ Tanto la resolución CD43.R11 (2001) sobre *Promoción de la salud en las Américas* como la resolución CD47.R20 (2006), *Promoción de la salud: logros y enseñanzas contenidas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok*, del Consejo Directivo de la OPS señalan la necesidad de trabajar con todos los sectores del gobierno y la sociedad civil para mejorar las condiciones de salud y promover la equidad.
- ◆ En la resolución CD47.R1 (2006), *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados*, se abordan los derechos de las personas discapacitadas, incluido el acceso igualitario a la atención de salud, educación, vivienda y empleo.
- ◆ En la resolución CD40.R6 (1997), *Salud de los pueblos indígenas*, en el contexto de las barreras económicas, geográficas y culturales y el seguimiento de las inequidades que experimentan dichos pueblos, de conformidad con los artículos 17.2, 21.1, 23, 24.2 y 29.3 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2008) (4).
- ◆ En la resolución WHA62.14 (2009), en la que se examina el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008), se destaca la necesidad de abordar las inequidades que tienen su origen en los determinantes sociales, incluida la urbanización, y llama a políticas nacionales y métodos para abordarlas (5).
- ◆ En los documentos CD47.18 (2006), *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015*, y CD47/17, Rev. 1 (2006), *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*, se considera que el sector de la planificación urbana es un socio fundamental para abordar las enfermedades no transmisibles y otras cuestiones de salud.
- ◆ En la resolución CD48.R11 (2008), *Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región*, se solicita que las iniciativas de salud urbana se refuercen para ayudar a prevenir los traumatismos en la Región.
- ◆ En la resolución WHA57.10 (2004), *Seguridad vial y salud*, por la cual se recordó la resolución WHA27.59 (1974) y se examinó el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* del 2004, se solicitó la colaboración intersectorial para integrar los mecanismos de prevención de los traumatismos causados por accidentes de tránsito en los programas de salud pública.
- ◆ En la resolución WHA62.12 (2009) sobre la atención primaria de salud (APS) se señala que en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la OMS se determina que la urbanización, junto con

la globalización y el envejecimiento de la población, representan un reto para adaptar la atención primaria de salud y se pide que se adopten modelos locales de atención a la salud adecuados que incluyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (6).

- ◆ En la resolución CD50.R16, Salud, seguridad humana y bienestar, en el entendido de que la seguridad humana se ve afectada por la inequidad, factores ambientales y las amenazas a los grupos en situación de vulnerabilidad.
4. Los ministros de salud que participaron en el 50.º Consejo Directivo, celebrado en el 2010 (7), solicitaron que la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) preparara una estrategia y plan de acción regionales de carácter preliminar sobre la salud urbana en el marco de su participación en la mesa redonda sobre salud urbana (8). Asimismo, pidieron que se redactara una resolución para que, una vez examinada la versión preliminar, pudiera presentarse el plan a las delegaciones para su aprobación en el 51.º Consejo Directivo. El presente documento responde a ambas peticiones.
 5. Después de la mesa redonda que tuvo lugar en el 50.º Consejo Directivo, se celebraron foros regionales sobre la salud urbana y la promoción de la salud (octubre del 2010) que dieron lugar a algunas de las recomendaciones (9) incluidas en la presente estrategia y plan de acción. Posteriormente, en noviembre del 2010, se celebró el Foro Mundial sobre Urbanización y Salud en Kobe (Japón), en el cual la OMS y ONU-Hábitat dieron a conocer su informe conjunto *Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos* (2010), en el que se muestra cómo se vinculan la pobreza y la mala salud a la vida urbana (10), y se hizo un llamado a la acción con respecto a la salud urbana (11). En la presente estrategia y plan de acción se han incluido elementos de ambos documentos.

Análisis de la situación¹

6. El mundo está urbanizándose a una velocidad sin precedentes, lo cual supone un reto extraordinario para la salud (12). En 1900, 13% de la población mundial (220 millones de personas) residían en ciudades; en cambio, en 1950, la población urbana representaba 29,1% (732 millones) de la población mundial (2). En el 2008, las Naciones Unidas informaron que, por primera vez en la historia, más de la mitad de la población humana estaba viviendo en zonas urbanas y se preveía que esa proporción aumentaría a 70% para el 2050 (13). Esta tendencia es de especial preocupación en la Región de las Américas, donde la población urbana ha aumentado en un 187% desde 1970 y donde se localizan seis de las mayores megalópolis del mundo (São Paulo, la ciudad de México, la ciudad de Nueva York, Los Ángeles, Buenos Aires y Rio de Janeiro). Además, es la Región más urbanizada del mundo en desarrollo: 79,4% de los aproximadamente 556 millones de habitantes viven en zonas urbanas y se prevé que ese porcentaje aumente a 85%. La urbanización rápida y sin planificar aumenta las repercusiones del cambio climático (14). Los niños que viven en las ciudades son motivo de preocupación especial y, desde el punto de vista socioeconómico, los niños menos privilegiados se encuentran con frecuencia jugando o incluso viviendo y trabajando en las calles (10). Asimismo, el hecho de que 30,8% de la población urbana viva en asentamientos irregulares generados por el crecimiento urbano rápido y no planificado es uno de los principales motivos de preocupación.
7. Las consecuencias del crecimiento de la población y de la urbanización sin planificación ni control han ampliado la brecha social dentro de las ciudades y dado lugar a importantes cinturones de pobreza y

¹ En el 2010, la OPS preparó dos documentos de base de los cuales procede la mayor parte de la información contenida en esta sección, a saber: *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable. Documento de antecedentes para el debate*, CD50/19, Add. I (Esp.), 15 de septiembre del 2010 (12); y *Desafíos de la Salud Urbana en las Américas. Documento de referencia preparado para el Segundo Foro Regional de Salud Urbana*, Nueva York, 25 y 26 de octubre del 2010 (9).

barrios pobres debido a la falta de oportunidades laborales, vivienda, seguridad y protección del medio ambiente (15). Dos terceras partes de las personas que viven por debajo del umbral de pobreza en América Latina y el Caribe residen en comunidades urbanas y periurbanas. Aunque la incidencia relativa de la pobreza urbana en la Región disminuyó de 41% en 1990 a 29% en el 2007, el número de pobres en las ciudades aumentó de 122 millones a 127 millones durante el mismo período (12). Las ciudades en las Américas han atraído a un gran número de indígenas que van en busca de oportunidades económicas y sociales. En México, el Distrito Federal se considera actualmente la principal zona metropolitana con población indígena de la Región (16); y las ciudades como Chicago, Guatemala, Lima y Los Ángeles, entre muchas otras, tienen dificultades similares para abordar las barreras culturales que estas poblaciones afrontan al intentar obtener acceso a los servicios. Por otro lado, la urbanización acelerada ha generado hacinamiento, lo que a su vez ha dado origen a asentamientos informales e inseguros, así como a la falta de servicios básicos de salud y saneamiento, debido a obstáculos que impiden ofrecer una infraestructura adecuada y servicios esenciales (17). Se calcula que en el 2003 el 5,1% de la población de los países más desarrollados de América Latina y el Caribe aún vivía en asentamientos informales, mientras que en los países menos desarrollados el porcentaje era de 31,9% (18).

8. La urbanización acelerada, no planificada e insostenible también repercute de manera importante sobre la salud. Las condiciones de los entornos urbanos pueden exacerbar la prevalencia de una variedad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores (19) e incluso de las enfermedades desatendidas (20). En la Región, la razón de la mortalidad infantil entre el 20% de los más pobres y el 20% de los más ricos es de 6 a 1 en las ciudades (10). Las enfermedades crónicas no transmisibles representan 74% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos y la obesidad en los centros urbanos va en aumento, siendo particularmente alarmante el aumento sin precedentes de la obesidad en la niñez. En el reciente informe mundial de la OMS acerca de la situación mundial de las enfermedades no transmisibles en 2010 (21) se reitera que la urbanización no planificada está vinculada con un riesgo mayor de exposición a contaminantes atmosféricos, carencia de servicios básicos, modos de vida más sedentarios, alimentación malsana y un grado menor de actividad física, lo que favorece las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, que afectan en mayor medida a los pobres y ancianos de las ciudades. Los sistemas de información no están dotados para diferenciar claramente los gradientes socioeconómicos, las poblaciones vulnerables y las autóctonas y, a menudo, tampoco las diferencias entre los sexos en las ciudades. Los sistemas de información carecen actualmente del desglose suficiente sobre las repercusiones de la urbanización en hombres y mujeres, grupos étnicos y migrantes. En el futuro, ese desglose deberá realizarse en la Región. La información disponible, sin embargo, apoya las estrategias propuestas a continuación.
9. Son tres los principales factores que contribuyen a la carga de morbilidad en la Región: la violencia, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo. La violencia se concentra en las ciudades, a menudo en las zonas más pobres y marginadas. El *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* de la OMS, que incluyó a dos países de la Región, reveló tasas elevadas de violencia en una ciudad principal de cada país: el 28% de las mujeres de São Paulo (Brasil) y el 51% de las mujeres de Lima (Perú) manifestaron haber experimentado violencia física o sexual infligida por su pareja (12). El consumo de alcohol representa una carga de morbilidad importante y sobrepasa los cálculos mundiales: en el 2002, el 5,4% de todas las defunciones y el 10% de todos los AVAD se atribuyeron al consumo de alcohol, con la mayoría de la carga en América Central y del Sur. A escala mundial, los hombres también presentan tasas mucho mayores de carga de morbilidad total (AVAD) atribuible al alcohol en comparación con las mujeres (7,4% en los hombres y 1,4% en las mujeres). Los hombres tienen cuatro episodios semanales más que las mujeres relacionados con el consumo excesivo de alcohol, lo que muy probablemente es el motivo de que presenten tasas más elevadas de mortalidad y discapacidad. Además, las tasas de abstinencia son mucho menores entre los hombres que entre las mujeres y la probabilidad de que las mujeres sean abstemias

durante toda su vida es dos veces mayor que en el caso de los hombres. La residencia en zonas urbanas se ha relacionado con índices mayores de consumo de alcohol (22). Los estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos dan lugar a un riesgo mayor de muerte, enfermedades y traumatismos relacionados con el alcohol, y este es un determinante social más importante para los hombres que para las mujeres (23).

10. En la Región de las Américas, así como en el resto del mundo, el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable y es responsable de alrededor de 1 millón de defunciones cada año (24). De entre todas las enfermedades crónicas, los cambios en la política sobre el tabaquismo son los que podrían salvar más vidas con mayor rapidez. La urbanización es un determinante social fundamental para el tabaquismo. El consumo de tabaco está asociado con condiciones socioeconómicas bajas, ya sea que se midan en función de los ingresos nacionales, del hogar o personales, del estado ocupacional o del nivel educativo (25). Los datos de la *Encuesta Mundial de Salud 2003* indican que el tabaquismo se correlaciona de forma importante con los ingresos familiares o el patrimonio. A diferencia de otras regiones del mundo donde los hombres fuman un promedio de cinco veces más que las mujeres, en la Región de las Américas el tabaquismo es dos veces más frecuente entre los hombres. En los países en desarrollo, las tasas de tabaquismo en los hombres han llegado al máximo y han comenzado a disminuir, mientras que siguen aumentando en las mujeres (26). Además, el grado de urbanización se ha relacionado con el consumo de tabaco, que es mayor en las zonas más urbanizadas de las naciones en desarrollo debido a una mayor exposición a prácticas agresivas de mercadotecnia y a la debilidad de los entornos reglamentarios. En México, por ejemplo, la razón entre el consumo de tabaco en las zonas urbanas y las rurales es de 1,8 a 1 (27), aunque las tasas están comenzando a disminuir en la mayoría de las grandes zonas metropolitanas (28).
11. Los traumatismos por accidentes de tránsito son la causa de 142.000 defunciones y unos 5 millones de traumatismos al año en la Región de las Américas. Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito ajustadas por edad varían ampliamente de un país a otro, desde 4,3 hasta 21,8 por 100.000 habitantes (12). Pese a que los países de ingresos altos de la Región presentan una tasa de mortalidad del 20% que va en disminución, en América Latina tiende a estar en alza y ha alcanzado el 40% (29); los países de ingresos bajos a medianos tienen un riesgo de mortalidad mayor (57%), y este es mayor en los individuos de 5 a 14 años de edad (250%), así como en los niños de 0 a 4 años de edad (124%). En los países desarrollados de la Región, las tasas de letalidad por choques de automóvil son mayores en los estratos socioeconómicos más bajos (30).
12. Debido a la contaminación del aire, cada año puede haber en la Región hasta 93.000 defunciones por enfermedades cardiopulmonares, 13.000 defunciones por cáncer de pulmón y 58.000 años de vida perdidos debido a las infecciones respiratorias agudas en menores de 4 años de edad, además de 560.000 AVAD perdidos (12). Los estudios realizados en la Región han revelado que la exposición a la contaminación del aire se distribuye sistemáticamente de manera desigual, como lo demuestra la exposición de los niños a los gases de los escapes de los vehículos (31) y la exposición al ozono (32). En cuanto a la mortalidad por causas cardiovasculares, hay una razón de riesgo mayor de 6% a 40%, según la exposición a los gases de los escapes (33). Las graves repercusiones de la contaminación del aire sobre la salud pública puede considerarse no solo desde el punto de vista de las enfermedades y defunciones, sino también de la baja productividad, la pérdida de oportunidades de educación y el desaprovechamiento de otras oportunidades de desarrollo humano.
13. Además de las repercusiones para la salud, en las ciudades se exacerbaban las desigualdades sociales. Aunque en la Región se han estado logrando avances en materia de equidad, la evidencia tiende a enmascarar las grandes desigualdades dentro de los países y las ciudades. Por ejemplo, en el 2001, la ciudad de Buenos Aires estaba en una situación mucho mejor que el resto del país, ya que presentaba porcentajes menores de viviendas en malas condiciones de habitabilidad (18,5% frente a 6,4%), de agua contaminada (21,3% frente a 1,9%) y de personas que no habían completado la educación primaria (8,6% frente a 4,8%).

Sin embargo, dentro de la propia ciudad también hay disparidades importantes en materia de salud: la mortalidad infantil fluctúa entre 6,5 por cada 1.000 habitantes en una zona urbana y 16 por cada 1.000 habitantes en otra parte del Gran Buenos Aires (12). También hay disparidades entre los países: Honduras, Nicaragua y Paraguay tienen mayores porcentajes de pobres en las ciudades, del 55% al 63%, situación muy distinta a la de Chile, donde el porcentaje es del 18,5%.

14. La megatendencia mundial hacia la urbanización se complica aún más debido a las problemáticas relaciones sociales, familiares, comunitarias, interculturales y de género que afectan de manera desigual la salud de la población y tienen repercusiones particulares sobre los grupos indígenas y de ascendencia africana. Hasta la fecha, este notable cambio no ha sido abordado plenamente en las políticas, estructuras y servicios de salud, y está generando una brecha importante entre las necesidades de la población y la respuesta del sector de la salud a ellas.
15. La urbanización brinda oportunidades importantes para reducir la pobreza y la desigualdad en materia de género, promoviendo el desarrollo sostenible y la protección de los migrantes y las poblaciones indígenas, al tiempo que enriquece la cultura urbana gracias a la diversidad de estas, y mejorando la calidad de vida y el bienestar de la población. En el documento del Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio 2010 (34), que evalúa el Objetivo 7, “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”, para hacer frente a la pobreza, se insta a priorizar las estrategias nacionales de planificación urbana con la participación de todos los interesados y promoviendo el acceso igualitario de las personas que viven en asentamientos informales a los servicios públicos, incluidos los de salud, educación, energía, agua y saneamiento y vivienda adecuada. La presente estrategia y plan de acción se basa en los ejemplos de programas y políticas que se han ejecutado en algunas ciudades, y aborda temas como la contaminación del aire y sonora, los cambios ambientales, los comportamientos saludables, los entornos saludables, los espacios para la recreación y actividad física, la seguridad humana, la urbanización incluyente, la infraestructura urbana y la violencia. Propone distintas opciones para abordar los problemas urbanos y adecuar los programas actualmente en marcha de modo que consideren el gradiente social y la dimensión urbana, y señala las consecuencias de optar por no hacer algo al respecto, al mismo tiempo que destaca los beneficios de la vida urbana como posible apoyo para la salud y la sostenibilidad. Asimismo, considera la posibilidad de modificar los programas y mejorar las políticas vigentes (35) a fin de manejar de manera apropiada la heterogeneidad de la población urbana. Hace referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las iniciativas Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, y Escuelas Promotoras de la Salud, así como las prioridades transversales de la OPS, entre otras iniciativas regionales y nacionales.

Propuesta

16. La finalidad de la estrategia y plan de acción sobre la salud urbana es prestar apoyo a los ministerios de salud para que: a) fortalezcan su función de rectoría en la promoción de la salud considerando los efectos de la urbanización; b) adapten los servicios de salud para que atiendan las necesidades específicas de las poblaciones urbanas; c) fortalezcan la capacidad institucional para poner en práctica un sistema de salud urbana; y d) propugnen por alcanzar una meta común y la responsabilidad compartida.
17. Para atender las necesidades específicas de la población urbana se necesita la estrategia de la OPS en materia de rectoría, servicios de salud, mejoramiento de las capacidades institucionales y abogacía de la causa de la salud urbana (SHEDA, *por sus siglas en inglés*), la cual permitirá fortalecer los ministerios de salud mediante cuatro puntos de acceso básicos, a fin de lograr una estrategia integrada, sincrónica y regional al realizar avances en las siguientes esferas:

- (a) *Asunción de la rectoría para promover la salud*: proporcionar al personal de salud, a las autoridades de la ciudad y a los colaboradores fundamentales de otros sectores las guías y las herramientas que necesiten para reforzar sus actividades de promoción de la salud y el bienestar en todo el gradiente social:
- ◆ Revitalizar la participación de las autoridades locales y las aportaciones de las ciudades en el análisis de las condiciones locales de salud y la respuesta frente a ellas mediante métodos intersectoriales y participativos.
 - ◆ Apoyar la solidaridad, las alianzas, el intercambio de conocimientos y la identificación de liderazgo y oportunidades en las ciudades mediante el fortalecimiento de las redes de municipios y ciudades saludables en la Región.
 - ◆ Actualizar y adaptar las directrices y los instrumentos actuales en materia de municipios saludables, planificación y presupuestación participativas dirigidos a los alcaldes, y elaborar otros para apoyar sus capacidades intersectoriales.
 - ◆ Abordar la salud y la equidad en salud en las políticas de otros sectores (*Salud y equidad en salud en todas las políticas*).
 - ◆ Proporcionar orientación sobre las prioridades de salud que deben abordarse y directrices para la planificación y adopción de medidas urbanas sustentadas en la salud pública que emprenderán otros sectores.
- (b) *Adaptación de los servicios de salud*: adaptarlos para que respondan a las necesidades dinámicas y específicas de las diversas poblaciones urbanas:
- ◆ Aplicar la estrategia de atención primaria de salud de una forma innovadora para mejorar el acceso por parte de los diferentes grupos de la población urbana.
 - ◆ Ir a donde están las personas, considerando las necesidades específicas de las familias trabajadoras que se desplazan y que suelen tener pocas opciones de transporte.
 - ◆ Abordar la cuestión de las familias que han migrado recientemente y de las poblaciones indígenas, así como los obstáculos y las dificultades que afrontan para obtener acceso a servicios de salud adecuados.
 - ◆ Considerar el tamaño de las poblaciones que trabajan en los sectores formales e informales de la economía.
 - ◆ Considerar los riesgos diferenciales que se afrontan en la vida cotidiana, incluidas las drogas, la violencia y los comportamientos sexuales.
 - ◆ Incluir la protección social para toda la población, sobre todo para las personas más vulnerables, teniendo en cuenta el enfoque de género, la situación socioeconómica, la situación migratoria y la raza o el grupo étnico.
- (c) *Aumento de la capacidad y formulación de políticas*: concebir políticas e intervenciones, fundamentar las decisiones basadas en datos probatorios y mejorar las capacidades humanas y financieras.
- (d) *Abogar por una meta común y responsabilidad compartida*: con los gobiernos locales y nacionales, la comunidad académica, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en relación con la salud y el bienestar equitativos de la población urbana.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA²

Principios

18. El plan de acción para responder a las necesidades sanitarias específicas de la población urbana de la Región de las Américas descansa en cinco principios orientadores: equidad, sostenibilidad, desarrollo sostenible, seguridad humana y buen gobierno.

Resultados previstos

19. Los países habrán:
 - ◆ Adaptado su sistema de salud de modo que aborde las necesidades de salud de la población urbana y tenga en cuenta la movilidad, el género, el grupo étnico, la diversidad cultural y la equidad.
 - ◆ Adaptado sus programas para que aborden el gradiente social.
 - ◆ Adoptado un método coherente de promoción de la salud que incluya todos los aspectos de gobierno dentro de sus ciudades.
 - ◆ Realizado mejoras considerables en cuanto a la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para mejorar y mantener su salud y bienestar.

Objetivo general

20. El objetivo general del plan de acción es fortalecer la capacidad institucional y la función de rectoría de los ministerios de salud en cuanto a la abogacía de un crecimiento urbano sostenible que coloque a los seres humanos y las comunidades en el centro de los objetivos de la planificación. Procura hacer frente de manera eficaz a las inequidades de salud, atender las necesidades y aprovechar los recursos de toda la gama de grupos urbanos mediante políticas, programas y servicios dirigidos a las familias y comunidades que viven y trabajan en los entornos urbanos. Para ello, se requiere que las autoridades de salud pública coordinen su trabajo con los demás sectores, los profesionales y las instituciones directamente vinculadas a la planificación y la gobernanza de los asuntos de desarrollo urbano.

Objetivos específicos

21. El plan abarca 10 años, del 2012 al 2021, y considera cinco objetivos específicos y actividades conexas que ayudarán a los países a mejorar la salud de las poblaciones urbanas y a responsabilizarse de los resultados de las políticas y los programas nacionales y urbanos relacionados; asimismo, ayudará a la Oficina a adecuar sus programas y prestar apoyo a los países en la ejecución de estas iniciativas.

Objetivo específico 1: *Elaborar políticas de salud urbana.*

² En este momento, la información es parcial y no permite definir a cabalidad las líneas de base ni las metas de algunos indicadores. Al finalizar el primer año de ejecución se realizará un examen para completar la información y el plan se hará concordar con los objetivos estratégicos e indicadores del Plan estratégico de la Organización para 2013-2017.

Indicador

- ◆ Número de países con planes y políticas de desarrollo (a nivel nacional o subacional, según corresponda) que introducen la salud y la equidad en salud en el desarrollo urbano. (Línea de base: 6.³ Meta: 18.⁴)

Actividades

- 1.1 Dar prioridad a la integración de la salud en las políticas urbanas, metropolitanas y nacionales, alentando a cada país de la Región y, en el caso de los países con sistemas de gobierno federal, a los estados o provincias, a contar con una política, una estrategia y un plan explícitos en materia de salud urbana que aborden los determinantes sociales e incluyan la creación y el mantenimiento de entornos saludables, la seguridad humana, incluidos lugares seguros para la recreación y actividad física.
- 1.2 Hacer partícipes a otros sectores gubernamentales ajenos al de la salud y a la industria y asociarse con ellos para introducir la salud y la equidad en salud en todas las políticas urbanas, incorporar los mecanismos institucionales, legales y financieros que proporcionarán coherencia a todas las políticas y los planes sobre salud urbana, incluidas las políticas concretas en las esferas del crecimiento urbano sostenible, una combinación equilibrada de los usos de la tierra, una mayor conectividad de las calles y el transporte colectivo, la protección de los recursos naturales (agricultura y ganadería, tierra y agua), el uso sostenible de la energía (con énfasis en los mecanismos de reciclaje), la creación de condiciones saludables en zonas industriales y turísticas específicas, y la evaluación y gestión eficaz de las inequidades, las barreras culturales y los gradientes en salud.
- 1.3 Promover la inclusión de las evaluaciones del impacto para la salud y la equidad en salud en las políticas, los planes y los programas nacionales, subnacionales y locales de carácter público y privado que influyan en el desarrollo urbano.

Objetivo específico 2: *Adaptar los servicios de salud urbana para promover la salud y mejorar la cobertura.*

Indicador

- ◆ Número de países que disponen de un plan nacional y planes subnacionales de salud, según corresponda, que integran un sistema de equidad en el ámbito de la salud urbana y tienen en cuenta a los grupos vulnerables. (Línea de base: 6. Meta: 25.)

Actividades

- 2.1 Incluir en el plan nacional de salud y, en el caso de los países con sistemas de gobierno federal, en los planes de los estados o provincias, la consideración especial necesaria para abordar las necesidades sanitarias en las ciudades.
- 2.2 Mejorar la estructura de los servicios de salud prestados a las poblaciones urbanas, de modo que promuevan la salud, concedan prioridad a la prevención y mejoren la eficacia de la cobertura y protección social en función del gradiente social, especialmente en los grupos en situación de vulnerabilidad como los residentes

³ La línea de base de este y los demás indicadores está basada en la información proporcionada por 11 países.

⁴ Las metas decenales están basadas en la información recopilada.

de los asentamientos informales, las poblaciones indígenas y los migrantes recientes. Hay que conceder una consideración especial a la protección continua a los migrantes que se encuentran fuera de su tierra natal.

- 2.3 Adaptar los programas de salud pública a los entornos urbanos mediante la elaboración y utilización de directrices que les permitan considerar explícitamente los riesgos ambientales, sociales y conductuales, la diversidad cultural y los factores protectores de las poblaciones urbanas.
- 2.4 Introducir instrumentos de promoción de la salud para desarrollar las aptitudes personales y fomentar acciones comunitarias que fortalezcan los recursos saludables y los entornos para mejorar la seguridad humana entre las personas, las familias y las comunidades en el contexto de la salud urbana.

Objetivo específico 3: *Crear marcos normativos que fomenten la salud y estrategias de gobernanza participativas.*

Indicador

- ◆ Número de países que aplican las guías de salud pública de la OPS para la planificación de la salud urbana. (Línea de base: 3. Meta: 18.)

Actividades

- 3.1 Establecer un procedimiento nacional para difundir y aplicar en las ciudades directrices y criterios en materia de salud pública que aseguren el fundamento institucional y jurídico para la planificación urbana y de vivienda sobre la base de los criterios de salud pública, la equidad y la participación informada de la comunidad.
- 3.2 Hacer partícipe a la comunidad y aumentar la organización y el poder de decisión comunitarios en la evaluación y planificación del desarrollo urbano, sobre todo para los residentes de los asentamientos informales, las poblaciones indígenas y los migrantes recientes.
- 3.3 Establecer entornos institucionales explícitos para la inclusión y rendición de cuentas continuas de los actores intersectoriales y sociales.

Objetivo específico 4: *Ampliar las redes nacionales y regionales para el desarrollo urbano saludable.*

Indicador

- ◆ Número de países con una red nacional de municipios saludables que utilizan la caja de herramientas de la OPS para evaluar municipios saludables en las comunidades de más de 100.000 habitantes. (Línea de base: 5. Meta: 24.)

Actividades

- 4.1 Reforzar y hacer hincapié en el componente de salud urbana en las redes nacionales y regionales, y aprovechar las redes regionales existentes como la Red de las Américas de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables; Escuelas Promotoras de la Salud; Viviendas Saludables; Rostros, Voces y Lugares; y las redes mundiales como Comunidades Seguras.

- 4.2 Integrar la esfera de la salud urbana en el desarrollo sostenible y las iniciativas en materia de cambio climático.
- 4.3 Identificar e incluir a los actores regionales en la urbanización, uniendo los intereses y las capacidades de otros organismos y profesionales de la salud pública y la planificación urbana.

Objetivo específico 5: *Fortalecer el conocimiento, la capacidad y la concientización para responder a los nuevos retos de salud urbana.*

Indicadores

- ◆ Número de países con sistemas de vigilancia que incluyen indicadores de la salud urbana. (Línea de base: 4. Meta: 15.)
- ◆ Número de países que aplican las guías de análisis de impacto en salud a las políticas, los programas o proyectos de carácter nacional o urbano y las herramientas de acción para determinar las repercusiones sobre la salud o la equidad en salud. (Línea de base: 3. Meta: 15.)

Actividades

- 5.1 Formular guías e indicadores para los sistemas de vigilancia, incluidos los factores determinantes de la salud urbana y de la distribución social diferencial de los indicadores de salud que abarque el desglose por género, condiciones de migración y grupo étnico.
- 5.2 En sinergia con las actividades del Centro de la OMS para el Desarrollo Sanitario, establecer un mecanismo regional, por ejemplo, un observatorio y foros regionales, que extraiga sistemáticamente datos de salud, experiencias, innovaciones en los servicios de salud, y conocimientos, políticas y prácticas óptimos en el ámbito de la salud urbana, promoviendo la colaboración y el intercambio entre las ciudades y las metrópolis de la Región, con hincapié en mejorar la documentación sobre las disparidades e inequidades, los asentamientos informales, los grupos étnicos y los migrantes recientes, y trabajando para modificar sus factores determinantes de la salud.
- 5.3 Establecer mecanismos eficaces para transferir la información a fin de incorporar conocimientos rigurosos y actualizados a la concepción de las políticas e intervenciones en materia de salud urbana.
- 5.4 Establecer vínculos más estrechos con los académicos y las universidades, estimulando la actuación de los centros colaboradores, promoviendo el financiamiento de la investigación pertinente, en función de lo que se determine a partir de los observatorios y la práctica relacionada con las repercusiones de la urbanización sobre la salud y el gradiente social.
- 5.5 Formar capacidad de acción en cuanto a la salud urbana, incluidos los recursos humanos y financieros para el desarrollo y la negociación eficaces de las políticas e intervenciones integradas en materia de salud urbana.
- 5.6 Efectuar abogacía basada en evidencia y métodos de mercadeo social para llegar a audiencias específicas para fomentar los cambios necesarios para mejorar la salud urbana.
- 22. El presente documento tiene por objeto afianzar la función de la OPS para anticiparse a los nuevos problemas de salud urbana y encontrar maneras de abordarlos mediante la adopción de medidas multisectoriales en los niveles regional, nacional y local.

Seguimiento, análisis y evaluación

23. A partir de los objetivos específicos propuestos, en el seguimiento del Plan y la notificación sobre su progreso se considerarán los cambios que ocurran en el transcurso del tiempo, y se utilizará la información inicial como punto de referencia para establecer el avance. Se espera que estos elementos sirvan de estímulo para que los países comiencen a recopilar datos en las esferas donde faltan actualmente y que presenten informes con los datos de que dispongan en ese momento. Cada objetivo específico va acompañado de indicadores que servirán como base para realizar este proceso de seguimiento, análisis y evaluación.
24. El plan de acción contribuye al logro de los Objetivos Estratégicos 3,⁵ 6,⁶ 7⁷ y 8⁸ del Plan Estratégico de la OPS.⁹ En el anexo C se describen los resultados previstos a nivel regional a los que el Plan de Acción contribuye. El seguimiento y análisis del Plan de Acción se alinearán con el marco de gestión basada en los resultados de la Organización, así como con sus procesos de desempeño, seguimiento y evaluación. A este respecto se elaborarán informes sobre los progresos realizados basados en la información disponible a fines de cada bienio.
25. Con miras a determinar las fortalezas y debilidades de la ejecución general, los factores causales de los éxitos y fracasos y las medidas futuras, se realizará una evaluación a la mitad del período y otra al final.

Intervención del Consejo Directivo

26. Se solicita al Consejo Directivo que examine la estrategia y plan de acción sobre la salud urbana, y considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución que figura en el anexo A.

⁵ OE 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

⁶ OE 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud.

⁷ OE 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.

⁸ OE 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.

⁹ Para más información, sírvase consultar el [Plan Estratégico de la OPS](#).

Referencias

1. Baker JL. *Urban poverty: a global view* [Internet]. New York: El Banco Mundial; 2008 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://siteresources.worldbank.org/INTURBANDEVELOPMENT/Resources/336387-1169585750379/UP-5.pdf>
2. Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, Red Experta sobre Medios Urbanos. *Nuestras ciudades, nuestra salud, nuestro futuro: Actuaciones sobre los determinantes sociales de la salud en los medios urbanos* [Internet]. Kobe: OMS; 2008 (Resumen del informe de la Red Experta sobre Medios Urbanos a la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.who.or.jp/publications/2008-2010/KNUS_Synopsis_Sp.pdf
3. Naciones Unidas. *Protección y fomento de la salud humana* (capítulo 6 de la sección I del Programa 21) [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1992 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/res_agenda21_06.shtml
4. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Sexagésimo primer periodo de sesiones de la Asamblea General; septiembre-octubre de 2007; Nueva York, NY: Naciones Unidas; 2007; (resolución A/61/295). [consultada el 3 de diciembre de 2010]. Se puede consultar en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud* [Internet]. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud, del 18 al 27 de mayo del 2009; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (documento WHA 62.14) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud* [Internet]. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud, del 18 al 27 de mayo del 2009; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (documento WHA 62.12) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable* [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8143&Itemid=
8. Organización Panamericana de la Salud. *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable: informe final* [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19, Add. II) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9031&Itemid=
9. Organización Panamericana de la Salud. *Desafíos de la Salud Urbana en las Américas. Documento de referencia preparado para el Segundo Foro Regional de Salud Urbana*, 25 y 26 de octubre del 2010, Nueva York, Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010.
10. Organización Mundial de la Salud, Centro OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe), y Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). *Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos* [Internet]. Kobe: OMS; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar el resumen de orientación en español en: http://www.hiddencities.org/downloads/WHO_UNHABITAT_Hidden_Cities_SPw.pdf y el informe completo en inglés en: <http://www.hiddencities.org/report.html>

11. Organización Mundial de la Salud, Centro OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe), y Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). *Kobe call to action* [Internet]. Kobe: OMS; 2010. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.who.or.jp/index_files/Kobe%20Call%20to%20Action%20FINAL_4p.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud. *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable. Documento de antecedentes para el debate*. [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2010 Sep 27-Oct. 1; Washington, D.C., Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19, Add. I) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?gid=8674&option=com_docman&task=doc_download
13. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), Oficina Regional para América Latina y el Caribe (ONU-Hábitat, ROLAC). *Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe* [Internet]. Rio de Janeiro: ONU-Habitat, ROLAC; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.regionalcentre.acundp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/herramientas/estadociudades.pdf>
14. Friel S, Bowen K, Campbell-Lendrum D, Frumkin H, McMichael A.J, Rasanathan K. Climate change, noncommunicable diseases, and development: the relationships and common policy opportunities. *Annu Rev Public Health* 2011 Apr 21; 32:133–47. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede consultar en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091194>
15. La Comisión Económica para América Latina /Organización Internacional del Trabajo Oficina Regional América Latina y el Caribe (CEPAL/OIT). Crisis en los mercados laborales y respuestas contracíclicas [Internet]. CEPAL/OIT. *Boletín, Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*; septiembre del 2009; no. 2. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/newsroom/resenas/2009/cep_oit2.pdf
16. Albertani C. Los pueblos indígenas en la ciudad de México. Una aproximación [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X); *Política y Cultura* 1999; no. 12 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26701211.pdf>
17. Global Research Network on Urban Health Equity. *Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health: final report of the GRNUHE* [Internet]. Londres: GRNUHE; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE/GRNUHEPublication/grnuhefinal>
18. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). *The challenge of slums: global report on human settlements 2003* [Internet]. Londres: Earthscan Publications Ltd.; 2003 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1156>
19. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Dengue y dengue hemorrágico [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2010 [consultado el 7 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/>
20. Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira MT, et al. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development [Internet]. *BMC Public Health*; 2007 Jan;7:6. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-6.pdf>
21. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles de la OMS 2010. OMS, 2011, Ginebra.

22. Nayga R, Capps O. Analysis of alcohol consumption in the United States: probability and level of intake. *Journal of Food Distribution Research* [Internet]. Septiembre de 1994 (25)2:17-23 (consultado el 3 de diciembre del 2010). Se puede encontrar en: <http://econpapers.repec.org/article/agsjlofdr/27601.htm>
23. Organización Mundial de la Salud. *Global status report on alcohol and health, 2011* [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 3 de marzo del 2011]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana* [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>
25. Organización Mundial de la Salud. Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
26. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon (eds.). *Gender, women, and the tobacco epidemic* [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html
27. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). *Encuesta nacional de adicciones 2008* [Internet]. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. México: 2008 [consultado el 5 de noviembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html>.
28. Kopstein A. *Tobacco Use in America: Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse* (Analytic Series: A-15, DHHS Publication No. SMA (02-3622). Rockville (MD), US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies; 2001 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/tobacco/tobacco.pdf>
29. Nantulya VM and Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion* 2003 Mar-Jun; 10(1-2):13-20.
30. Factor R, Yair G, Mahalel D. Who by accident? The social morphology of car accidents. *Risk Analysis* Sep. 2010;30(9):1411-1423.
31. Gunier RB, Hertz A, Von Behren J, Reynolds P. Traffic density in California: socioeconomic and ethnic differences among potentially exposed children. *J Expo Anal Environ Epidemiology* 2003 May;13(3):240-246.
32. Korc ME. A Socioeconomic Assessment of Human Exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. *J Air Waste Manag Assoc.* 1996 Jun;46(6):547-557.
33. Finkelstein MM, Jerrett M, Sears MR. Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun; 59(6): 481-487.
34. Asamblea General de las Naciones Unidas. Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio. A/65/L.1.
35. Naciones Unidas. *World urbanization prospects: the 2009 revision*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, (Sección de Estimaciones y Proyecciones de Población, documento ESA/WP/215). Nueva York: Naciones Unidas; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://esa.un.org/unpd/wup/Documentos/WUP2009_Highlights_Final.pdf



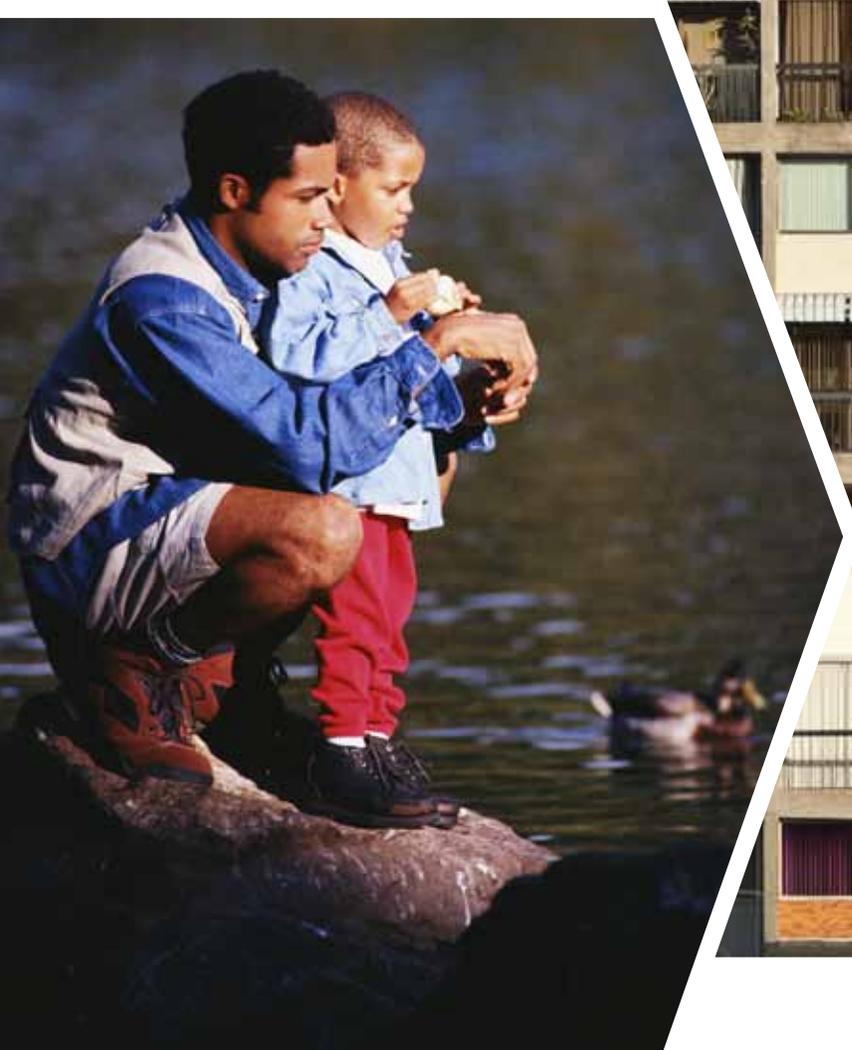
OPS 50.º Consejo Directivo

27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable

**Add. I: Documento de antecedentes
para el debate**

Add. II: Informe Final



50.º CONSEJO DIRECTIVO

62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 4.15 del orden del día

CD50/19 (Esp.)
26 de agosto del 2010
ORIGINAL: ESPAÑOL

MESA REDONDA

SOBRE URBANISMO Y VIDA SALUDABLE

Antecedentes

1. El Día Mundial de la Salud se celebra anualmente el 7 de abril, fecha en la que se conmemora el aniversario de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En los últimos años, el orden del día del Consejo Directivo de la OPS ha incluido una mesa redonda sobre el tema del Día Mundial de la Salud del año correspondiente. Se trata de una oportunidad de dirigir la atención mundial hacia algún tema de gran importancia para la salud mundial. “Urbanismo y vida saludable” es el tema del Día Mundial de la Salud de este año y será el tema de la mesa redonda del 50.º Consejo Directivo de la OPS.
2. La mejora de la salud urbana es un mandato que se estableció en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en 1992 en Rio de Janeiro. En el capítulo 6 del Programa 21, denominado “Protección y fomento de la salud humana” (1), se examina la búsqueda de una solución a los problemas que plantea la salud urbana. En el 2005, el informe del Secretario General de las Naciones Unidas: “Un concepto más amplio de la libertad: Desarrollo, seguridad y derechos humanos” (2) se subraya la necesidad de la libertad para vivir sin miseria ante el reto del desarrollo urbano: creación de empleos, mejoramiento de los barrios pobres marginados y búsqueda de alternativas para evitar la formación de esos barrios.

Situación en la Región de las Américas

3. Para el 2030, tres quintas partes de la población mundial residirá en zonas urbanas. Los datos indican que en el futuro habrá una desigualdad aun mayor en materia de salud. La mayoría de los habitantes de las zonas urbanas vivirán en ciudades de Asia, África y América Latina. Estas ciudades se están empobreciendo cada vez más en relación con los países industrializados. Se prevé que este cambio urbano futuro se caracterizará por un mayor movimiento de las poblaciones hacia los centros urbanos; los barrios pobres albergarán a una mayor proporción de la población más pobre del mundo, y estas ciudades expandidas repercutirán notablemente en el ambiente y la salud humana (3).

4. Desde la década de 1980 se han realizado varios estudios sobre la salud urbana o las ciudades saludables (4-10). Estos estudios han evaluado diferentes aspectos en relación con: la salud en las ciudades del mundo, factores ambientales, migración y salud de los inmigrantes en las ciudades, sistemas y servicios de salud de las ciudades, equidad, gobernanza local, política y planificación urbana, innovaciones sociales, atención de los pobres y hambrientos, y violencia urbana. La Región de las Américas presenta la mayor disparidad económica del mundo. También existen disparidades en las condiciones sociales, políticas, climáticas y étnicas, especialmente en el entorno urbano.
5. Los problemas de la salud urbana no pueden ser resueltos por el sector de la salud pública por sí solo. Estos problemas son una consecuencia de la interacción de muchos otros factores, como el transporte y la vivienda. El sector de la salud puede y debe guiar el diálogo para la formulación de políticas públicas que contribuyan a lograr que las poblaciones sean sanas. El enfoque urbano exige ir más allá de lo que puede lograr un individuo o una familia. Tales esfuerzos urbanos también requieren que se considere a la ciudad como un gran complejo de determinantes sociales y ambientales de la salud. Está claro que no basta con colaborar de manera aislada con un sector, una población o una institución.

Esfuerzos colaborativos de la OPS/OMS

6. Desde el 2003, la OPS ha promovido una serie de actividades para establecer una estrategia común que responda a los problemas de la salud urbana. En la Primera reunión regional sobre salud urbana, celebrada en Santiago de Chile en el 2004, se elaboraron y presentaron las características de algunas ciudades de la Región. En esa misma reunión se presentó el primer documento conceptual, denominado “La ciudad de los ciudadanos” (11).¹
7. La OPS, en colaboración con sus asociados, presentó un documento marco sobre la salud urbana en la primera reunión del Foro Regional de Salud Urbana que tuvo lugar en México en el 2007 (12).
8. En relación con la salud urbana, la OPS ha trabajado durante años en la promoción de la salud, especialmente mediante iniciativas de entornos saludables como los municipios saludables y las escuelas promotoras de la salud, entre otras.
9. La OPS conmemoró el Día Mundial de la Salud del 2010, incluyendo la campaña *1000 ciudades, 1000 vidas* de la OMS²; participó en la elaboración del Informe mundial sobre urbanización y salud de la Organización Mundial de la Salud y Habitat; en la Asamblea Mundial de la Juventud Urbana organizada en conjunto con ONU-Habitat en Brasil durante el 5.º Foro Urbano Mundial; y en la Exposición Mundial de Shanghai 2010, en China. Además, este año la OPS participará en el Foro mundial sobre la urbanización y la salud en Kobe, Japón, preparará un informe sobre la situación regional de la salud urbana que se concluirá a tiempo para ser analizado durante la segunda reunión del Foro regional de salud urbana y el Tercer foro regional sobre promoción de la salud a ser realizado en octubre.

¹ Documento elaborado para la consulta realizada por la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud urbana. Chile, mayo del 2004

² *1000 ciudades, 1000 vidas* es una iniciativa mundial coordinada por el Centro OMS de Kobe (Japón) para alentar a las ciudades, los pueblos, los vecindarios y los individuos a que lleven a cabo actividades de promoción de la salud en el Día Mundial de la Salud o en torno a dicho día. Para obtener más información, consulte el sitio: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=1859&Itemid=1989&lang=es.

Asistentes

10. Además de los delegados de los Estados Miembros que asistan al Consejo Directivo, también tomarán parte en esta mesa redonda representantes de la comunidad académica, de otros organismos de las Naciones Unidas y de organizaciones de la sociedad civil.

Formato del encuentro

11. La mesa redonda tendrá una duración de dos horas y se organiza como se describe a continuación:

- ◆ Sesión inaugural
- ◆ Grupos de debate
- ◆ Presentación del informe en la sesión plenaria

Sesión inaugural (30 minutos)

- ◆ Apertura de la Mesa redonda por el Presidente del Consejo Directivo
- ◆ Presentación sobre salud urbana en el mundo a cargo del Dr. Jacob Kumaresan, Director del Centro de la OMS de Kobe.
- ◆ Conferencia de apertura sobre el tema de la mejora de la salud en las ciudades por parte de un invitado especial.
- ◆ Explicación de la metodología de trabajo para los grupos de debate, Dr. Luiz A. Galvão, Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS.

Grupos de debate (60 minutos)

12. Después de la sesión inaugural, se organizarán grupos³ de debate representativos de cada una de las subregiones, teniendo en cuenta las preferencias de idioma, para tratar los elementos pertinentes de este tema.

13. Todos los grupos discutirán las mismas preguntas:

1. ¿Cómo desarrollar iniciativas intersectoriales relevantes para modificar los determinantes de la salud en ámbitos urbanos?

Considerar en la discusión:

- ◆ Cómo establecer un objetivo común.
- ◆ Cuáles instrumentos se requieren para ejercer la rectoría desde el sector de la salud en el ámbito urbano.
- ◆ Qué capacidades se tienen, y qué se requeriría desarrollar para lograrlo.

³ Cada grupo contará con un moderador, un orador motivacional y un relator.

2. *¿Cuál sería el papel del Ministerio de Salud en la planificación anticipatoria hacia un futuro saludable de las ciudades?*
3. *¿Cómo los servicios de salud y otros sectores relevantes deben actuar en el manejo de las ciudades para prevenir y controlar los riesgos a la salud por el cambio climático?*

Considerar en la discusión:

- ◆ Acciones en los propios servicios de atención médica.
- ◆ Integración de información que sirva para identificar el impacto en salud de otras políticas relacionadas con el desarrollo urbano.
- ◆ El desarrollo de competencias, capacidades y métodos.
- ◆ Los instrumentos para generar sinergias en otros sectores relevantes al desarrollo urbano.

4. *¿Qué se requiere hacer para apoyar y dar seguimiento a este tema por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana y de los Estados Miembros?*

GRUPOS DE DEBATE

Grupo de debate N.º 1

Moderador:	Presidente del Consejo Directivo (por decidirse)
Relator:	Marilyn Rice, Asesora de la OPS
Presentación del tema de debate:	Ministro de Salud a ser confirmado
Países:	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Canadá, Dominica, Estados Unidos de América, Francia, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis, Países Bajos, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago

Grupo de debate N.º 2

Moderador:	Vicepresidente del Consejo Directivo (por decidirse)
Relator:	Carlos Santos-Burgoa, Asesor de la OPS
Presentación del tema de debate:	Ministro de Salud a ser confirmado
Países:	Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela

Grupo de debate N.º 3

Moderador:	Vicepresidente del Consejo Directivo (por decidirse)
Relator:	Carlos Corvalan, Asesor de la OPS
Presentación del tema de debate:	Ministro de Salud a ser confirmado
Países:	Costa Rica, Cuba, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana

Presentación del informe en la sesión plenaria (30 minutos)

14. Las conclusiones del debate en grupos se presentarán en una sesión plenaria ulterior del Consejo Directivo.

Resultado esperado

15. El documento con las deliberaciones y las conclusiones aportará contribuciones adicionales y servirá como base para que la OPS elabore un plan de acción regional sobre la salud urbana con objetivos, resultados e indicadores claros para la vigilancia de los programas de ejecución.
16. Informe de los avances por parte de los países de la Región en el abordaje de la salud dentro del contexto del Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.

Intervención del Consejo Directivo

17. El Consejo Directivo está invitado a participar en la mesa redonda y tomar nota del informe y sus recomendaciones, inclusive en dar a conocer sus resultados en otros foros.

Referencias

1. United Nations Environment Programme. Programa 21. Capítulo 6: Protección y fomento de la salud humana. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, del 3 al 14 de junio de 1992; Rio de Janeiro. Ginebra: Naciones Unidas; 1992 (consultado el 15 de abril del 2010). Puede encontrarse en: http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Informe del Secretario General. Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos. Ginebra: Naciones Unidas; 2005 (consultado el 15 de abril del 2010). Puede encontrarse en: <http://www.un.org/spanish/largerfreedom/>
3. Vlahov D, Galea S, Ompad DC. Urbanicity, urbanization, and the urban environment. In S. Galea (Ed.), *Macrosocial determinants of population health* (pp. 53-69). Nueva York, NY: Springer Science; 2007.
4. Ashton J. The healthy cities project: A challenge for health education. *Health Education Quarterly* 1991; 18(1): 39-48.
5. Duhl LJ. The healthy city: Its function and its future. *Health Promotion* 1986; 1(1):55-60.
6. Harpham T, Tanner M (Eds.). *Urban health in developing countries: Progress and prospects*. Londres, Reino Unido: Earthscan Publications Ltd.: 1995.
7. McMichael AJ. The urban environment and health in a world of increasing globalization: Issues for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(9): 1117-26.
8. Galea S, Freudenberg N, Vlahov D. Cities and population health. *Soc Sci Med* 2005; 60(5): 1017-33.
9. Freudenberg N, Galea S, Vlahov D (Eds.). *Cities and the health of the public*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press: 2006.
10. Glouberman S, Gemar M, Campsie P. A framework for improving health in cities: A discussion paper. *J Urban Health* 2006; 83(2): 325-38.
11. Fleury S. La ciudad de los ciudadanos: Un marco para análisis de la salud urbana. Documento interno de la Organización Panamericana de la Salud. Washington (DC): OPS; 2004.
12. Pan American Health Organization. First meeting of the Pan American Regional Health Forum on Urban Health: Toward a conceptual framework on urban health and agenda for action in the Americas; 27-29 de noviembre del 2007; Ciudad de México. Washington (DC): OPS; 2008 [consultado el 15 de abril del 2010]. Puede encontrarse en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd68/foroeng.pdf>

50.º CONSEJO DIRECTIVO

62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 4.15 del orden del día provisional

CD50/19, Add. I (Esp.)
15 de septiembre del 2010
ORIGINAL: ESPAÑOL

MESA REDONDA SOBRE URBANISMO Y VIDA SALUDABLE

(Documento de antecedentes para el debate)

Urbanismo: un reto para la salud pública

1. La megatendencia de integración y crecimiento demográfico de las ciudades responde en parte a la dinámica cultural, económica y política concentrada en estos espacios. El resultado de esta tendencia es que, desde 1975, la población de las megaciudades (ciudades de más de 10 millones de habitantes) se ha triplicado; por lo general, esto ha ocurrido también en las ciudades de más de un millón de habitantes (1). El mundo se urbaniza a un ritmo sin precedentes: en 1900 el 13% de la población mundial (220 millones) residía en ciudades; en 1950, la población urbana ascendía al 29,1% (732 millones); mientras que en el 2005, el 49% de la población vivía en asentamientos urbanos, es decir, 3.171 millones de personas (2). Esta tendencia es muy marcada en las Américas, región que presenta el mayor grado de urbanización y de aglomeración de las ciudades de todo el mundo; esto se traduce en el crecimiento del número de ciudades pequeñas, medianas y grandes, y su aglomeración en zonas metropolitanas y megalópolis. En América Latina y el Caribe ha ocurrido una transición temprana y acelerada en comparación con otras regiones de desarrollo similar al pasar, en 1959, de 42% de población urbana con respecto a la población total a 77% en el 2005 (1).
2. La proporción de ciudades de más de 20.000 habitantes es mayor en América Latina que en Europa. En el 2010, el 79,4% de la población de la Región de las Américas vive en zonas urbanas y se prevé que la mayor parte del crecimiento demográfico futuro tenga lugar en las ciudades (2). En la Región de las Américas, seis de las zonas urbanas más grandes son megaciudades y se encuentran distribuidas así: dos en Brasil (São Paulo y Río de Janeiro), dos en Estados Unidos de América (Nueva York y Los Ángeles), una en Argentina (Buenos Aires) y una en México (Ciudad de México). Otras ciudades importantes son Bogotá (Colombia) y Lima (Perú), cada una de las cuales cuenta con más de ocho millones de habitantes, seguidas de Santiago (Chile) y Belo Horizonte (Brasil), con unos seis millones de habitantes cada una (2). Si bien estas grandes urbes siguen creciendo, las ciudades de tamaño intermedio de la Región (en general, con poblaciones de dos a cinco millones) están experimentando actualmente las mayores tasas de crecimiento demográfico.

3. El nivel socioeconómico y político de las ciudades de tamaño intermedio de la Región es menor al de los grandes centros metropolitanos. Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la pobreza y las condiciones de vida precarias en las ciudades de la Región revela que, desde 1995, la mayor proporción de familias pobres se encuentra en las ciudades de tamaño intermedio (3). En el 2001, 127 millones de personas que representan un 33% de la población de la Región vivían en barrios pobres, es decir, 35% de la población de América del Sur y 24% de la población de Centroamérica y el Caribe (4).
4. Las ciudades atraen por su potencial de agrupar oportunidades de mejorar la calidad de vida y el bienestar humano (2). En las ciudades se alcanzan economías de escala en la eventual disponibilidad de servicios educativos, conocimientos, atención médica, alimentos, además de que el crecimiento industrial brinda oportunidades de empleo remunerado. La concentración tanto de tecnología e insumos como de profesionales para la prestación servicios de atención médica en la Región es muy desigual entre el medio urbano y el rural. Por ejemplo, hay de 8 a 10 veces más médicos en las ciudades que en el medio rural (5): en la Argentina, la razón es de 10:1, en el Paraguay de 16:1, en Nicaragua de 27:1, en el Perú de 5.3:1 y en Colombia de 2.4:1 (6). En el Canadá, en el 2004, solo 9.4% de los médicos trabajaba en zonas rurales, donde reside 21.1% de su población. Al 2005, un examen que condujera un Departamento de Salud mostró una concentración equivalente al 80% de todos los médicos y del 87% de los especialistas en las ciudades donde solo reside el 59% de la población (7). En general en los Estados Unidos de América, la razón urbano-rural de médicos de atención primaria en salud para el 2005 es 1.5:1, mientras que la de especialistas es de 2.4:1 (8); en México un estudio del 2005 mostró que en el estado de Chiapas, con un 54% de población rural, tenía 0.79 médicos por 1000 habitantes, cuando en la Ciudad de México, con 99.5% de población urbana, tenía 3.03, esto es, una razón de 3.8:1 (9). Un informe del 2002 en el Uruguay complementa el panorama (10). El Brasil, cuenta con 6 médicos por 10.000 habitantes en la región Norte, 8 por 10.000 en el Nordeste y 21 por 10.000 en el Sudeste; en Guatemala, la razón rural-urbana es de 4:1; en la Argentina la razón entre la ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego es de 10.13:1. Así la población alcanza en la ciudad mejores niveles de ingresos; para el 2007, en América Latina el nivel de pobreza de la población rural era 53% superior al de la población urbana (2). La mayoría de las personas de las grandes ciudades tienen acceso a los servicios básicos; las personas viven más, la esperanza de vida promedio es ahora de 75 años. La mayoría puede permitirse consumir bienes durables como televisores y equipos de música y cada vez más ciudades han construido parques y lugares de ocio (2).
5. En la región de América Latina y el Caribe (ALC) el proceso acelerado e inesperado de crecimiento supera las capacidades para prestar estos servicios, a la vez que en las ciudades se exagera la complejidad y la turbulencia de un mundo interdependiente y desigual. Si bien hay también más disponibilidad de servicios, en las ciudades se registra una mayor flexibilidad e inseguridad laboral y se intensifican las desigualdades intraurbanas en el acceso a los servicios de infraestructura (2) vivienda y economía. La urbanización inesperada es motivo de grave preocupación para ciertas poblaciones vulnerables y está creando rápidamente una crisis humanitaria. Así, este año, un 30,8% de los habitantes de las zonas urbanas de América Latina y el Caribe viven en barrios pobres que carecen de los servicios públicos básicos (2). En ellos, no hay servicios de agua y saneamiento, de eliminación de desechos, de transporte, de energía, de atención a la salud, de educación ni de protección, contra la pobreza, violencia, lesiones, ni ante las altas tasas de morbilidad y mortalidad.
6. El contexto de “lo urbano”, que tantos retos plantea, refleja también la permeabilidad de las sociedades, la complejidad de las agendas políticas, así como la proliferación de redes y coaliciones que ejercen su poder e influencia (11). La urbanización no solo diferencia a las poblaciones en términos de la dicotomía

tradicional de lo rural y “lo urbano”, sino que además intensifica la heterogeneidad en las condiciones que determinan la situación de salud de sus pobladores, tanto en su distribución y su inequidad como en su dinámica. Estas diferencias no siempre se identifican en los datos que recopilan y manejan los ministerios de salud (12) ya que tratan a toda la población como un conjunto homogéneo; al no visualizarse la información y la distinción poblacional, la respuesta del sistema de salud no se ha diferenciado lo suficiente con respecto a la condición urbana y sus gradientes sociales, ni permite generar los argumentos para la interacción con los interesados directos.

7. Los edificios, el transporte, el suministro de energía, la industria, la demanda de transporte de los alimentos y el manejo de los residuos de las ciudades dejan una profunda huella climática. (13). De igual manera, las ciudades de las Américas están expuestas a las repercusiones en la salud derivadas de huracanes, vectores que transmiten enfermedades, temperaturas extremas y otros. Se calcula que los desastres naturales relacionados con el cambio climático les cuestan a los países afectados alrededor de 0,6% de su PIB (14). En algunos países como Brasil, se ha documentado que los establecimientos de salud consumen alrededor de un 10% del total de la energía producida en el país (15). Por lo tanto, en el Informe de la OPS “La protección de la salud contra los efectos del cambio climático en la Región de las Américas” (15) se incluyen los elementos de un plan regional cuyas acciones sirven de marco para los planes nacionales (16); entre ellas se recomiendan explícitamente las acciones destinadas a la protección de la salud urbana. El abordaje de los complejos retos actuales y futuros que plantean los contextos urbanos para la salud humana y ambiental exige el cambio de nuestra manera de pensar y actuar acerca del papel de la sociedad en cuanto a “lo urbano” y, además, una mayor comprensión de las fuerzas y las relaciones que le darán forma a las ciudades en el largo plazo.

La carga de “lo urbano” sobre la salud

8. En las ciudades la población no se distribuye uniformemente, y menos en el contexto latinoamericano (2). Se observan diferencias entre las áreas residenciales de ricos y pobres, con viviendas formales e informales, muchas de estas edificadas por medio de procesos de autoconstrucción. Entonces, estas últimas cuentan con diferente accesibilidad y asequibilidad a los servicios urbanos; el resultado es que el agua potable es todavía escasa en tres de cada cuatro hogares de algunos países de América Latina, y el alcantarillado es deficiente en 50% de los hogares (2). El aumento de los asentamientos irregulares en la Región ha tenido como consecuencia que casi 50% de la población de la Región vive en ellos (18). La estructura y la extensión de este tipo de asentamiento dificultan las relaciones sociales, familiares, comunitarias y de género, todo lo cual se suma a su atracción migratoria, para modificar considerablemente el apoyo social disponible.
9. La distribución de los determinantes inmediatos de la salud varía mucho entre las poblaciones urbanas, lo que incluye, entre otros, el acceso a los servicios de salud, a alimentos adecuados en cuanto a calidad y precio; la posibilidad de espacio para practicar la actividad física (20); el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas; la exposición a sustancias químicas tóxicas (19). Las condiciones de transporte y producción urbanas propician cambios en la calidad del aire, el agua y el suelo (19). Aunque no disponemos de información desglosada para la Región, la inseguridad vial es evidentemente mayor en las ciudades, y peor en aquellas con menor ordenamiento.
10. De esta forma, “lo urbano” genera una carga específica para los servicios de atención de salud, ya que tienen que asegurar equidad al hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, como cáncer, diabetes, trastornos respiratorios, cardiovasculares, enfermedades mentales y las que resultan de los

entornos favorables a las enfermedades transmisibles, como las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el dengue, la fiebre amarilla y la tuberculosis, entre otras. La tendencia a la obesidad en ALC es mayor en las zonas urbanas y de mayor pobreza (21). Lo “urbano” es también un factor determinante de las lesiones por accidentes de tránsito que en la Región ocasionan no menos de un 3,2% de los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) y la violencia. La tasa de homicidios de la Región, de 27,5/100.000, es la más alta del mundo (2). Su determinación social se ha estudiado y se han documentado tasas de mortalidad de entre 23 a 62 por 100.000 habitantes en lugares de pobreza media y alta junto con alta densidad urbana, cifra mucho más alta que donde hay poca pobreza y niveles altos de urbanización cuyas tasas están en el intervalo de 3,0 a 7,7 por 100.000 habitantes (22). Las lesiones y la violencia contribuyen a la percepción de inseguridad con repercusiones en los trastornos mentales (ansiedad y depresión) en las personas y las familias residentes en los barrios pobres de las ciudades (11).

El costo de “lo urbano” para la salud

11. Las condiciones de la vida urbana tienen costos sociales, financieros y políticos para los sistemas de salud y para las familias mismas. Al abordar las condiciones de la vida urbana hay que tener en cuenta que se trata de un problema en gran escala debido al número de personas afectadas y a la vulnerabilidad de las ciudades. A título de ejemplo, cabe mencionar los impactos de la contaminación atmosférica que le cuestan anualmente a São Paulo unos 28.212 años de vida saludable (23); la concentración de personas en Ciudad de México aceleró el contagio interpersonal y la propagación de la gripe A (H1N1) lo que le costó al país cerca de 0,5% de su PIB (24); las inundaciones como lo ocurrido en Nueva Orleans, Estados Unidos de América y los terremotos, como los de Puerto Príncipe, Haití y el de Chile. La principal responsabilidad social y política de dar una respuesta para proteger a las personas en esas condiciones críticas recae en las autoridades y los servicios de salud, que deben estar al frente de toda respuesta social e intersectorial pertinente.

La pertinencia de influir en el futuro de las ciudades desde el sector de la salud

12. El entorno construido por el hombre define la situación de la salud. En ALC hay una combinación de ciudades, algunas muy bien establecidas y otras donde está ocurriendo un proceso de regularización de los asentamientos irregulares; este proceso implica decisiones de política en materia de construcción de nuevas viviendas, saneamiento básico, diseño de opciones de transporte, energía, manejo de residuos, e industrialización. Una vez que se ha construido la infraestructura, su modificación resulta muy costosa; esta define en gran medida el carácter y la cultura de la sociedad, sus relaciones, el impacto sobre la calidad ambiental y los resultados de salud de su población.
13. En razón de la fase de desarrollo en que se encuentran las ciudades de los países de la Región hay una gran oportunidad para generar un diseño más favorable para la salud de la población. Por lo tanto, incidir ahora en la definición del futuro de la ciudad es una inversión que se ve en el corto y mediano plazo e influye en el nivel de bienestar, en la calidad de vida, en la capacidad funcional y en la salud de la población. La capacidad de planificación urbana sigue siendo limitada en toda la Región. En toda América Latina hay apenas 27 escuelas universitarias con programas de planificación urbana, en comparación con 88 tan solo en los Estados Unidos. Los ministerios de salud deben desempeñar una función primordial en las actividades de planificación urbana (20) vinculándola con los criterios de salud pública más allá de la distribución geográfica tradicional de los servicios de atención médica; este vínculo debe estar estructurado desde sus fundamentos legales hasta su ejecución. En ese contexto, se deben considerar las guías recientemente generadas por la OMS (25) que incluyen los esquemas formativos, incentivos financieros, mecanismos

regulatorios y otros incentivos no financieros para impulsar la práctica rural, y los modelos para vincular funcionalmente al medio rural con los servicios médicos urbanos, como se intenta con las propias redes de servicios de atención médica bajo la rectoría directa de los ministerios de salud, vinculando virtualmente los servicios especializados (26) o a través de métodos de planificación de redes a mediano y largo plazo con la intención de acercar más los servicios a la población (27).

La respuesta dentro del propio sector de la salud

14. Dentro del sector de la salud propiamente dicho es necesario contar con modelos adecuados para los servicios de atención de salud que respondan a los recursos y a los retos planteados por la complejidad urbana. Hay que disponer de servicios que se acerquen a la población oportunamente, que puedan desplazarse fácilmente, en especial en materia de atención primaria, dotados de personal debidamente capacitado para trabajar en los medios urbanos, y que utilicen tecnologías que contribuyan a reducir las desigualdades. Esto es de particular importancia en el caso de los programas focalizados de mitigación de la pobreza (28), los programas de salud para la industria y los servicios de salud en escuelas y universidades. Los modelos deben abordar las capacidades sociales e institucionales, así como las necesidades de la población urbana para mantener la salud. Las actividades de promoción y reglamentación de los determinantes ambientales también tienen que responder a las condiciones urbanas, así como a su propia huella ambiental.

Respuesta de otros sectores motivada por la salud

15. Los ministerios de salud tienen que desplegar su capacidad de incidir en los determinantes de la salud que son manejados por otros sectores, y reducir en el origen la mayor carga de enfermedad. Para ello deben ejercer su función rectora incluyendo en ella (29) la generación de información y la vigilancia en materia de salud urbana, desarrollando indicadores socioeconómicos que indiquen las diferencias en el interior de las ciudades y con respecto al resto de la nación; producir guías y normas sobre salud para incluirlas en la planificación y el desarrollo urbanos; e incorporar las metodologías de análisis de impacto en la salud en el diseño de políticas, programas y proyectos de desarrollo urbano. Los ministerios de salud deben aprovechar el propio contexto de las administraciones de las ciudades que integran múltiples sectores bajo un alcalde o gobernador para insertar en ellos la perspectiva de salud (30).

Pasos siguientes

16. En la discusión de la mesa redonda los ministros de salud habrán de analizar la oportunidad que representan las ciudades para tratar de mejorar la salud a escala de las grandes poblaciones que ellas concentran: el beneficio puede ser sustancial. Para ello habrá que discutir los elementos que se necesitan para definir una política de salud urbana y que sirvan para integrar los criterios de salud pública en la planificación de las ciudades. En esta acción rectora se deben considerar sistemas de vigilancia de la salud que diferencien la condición social de sus poblaciones y el grado de urbanización en el que viven; el diseño y la operación innovadores de sus propios servicios con modelos diferentes para las personas y familias que viven en el contexto urbano. Para que los ministerios ejerzan su función rectora habrán de considerar la incorporación del análisis de impacto que tienen en la salud las actividades de otros sectores y con ello emprender esfuerzos integrados hacia la promoción de una mejor calidad de vida de las poblaciones urbanas. Compete al Ministerio de Salud servir como elemento catalítico para este trabajo multisectorial, con su apoyo técnico y con las normas y guías pertinentes. Esperamos que los ministros de salud definan la necesidad de una estrategia o plan regional que la Oficina ponga en práctica para que sirva de marco a los procesos futuros y oriente mejor su labor.

Referencias

1. United Nations Population Fund. State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth United Nations Population Fund (UNFPA). Nueva York, 2007.
2. ONU-HABITAT. Estado de las Ciudades en América Latina y el Caribe. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-HABITAT), Río de Janeiro, (Brasil): 2010.
3. MacDonald J. La otra agenda urbana: tareas, experiencias y programas para aliviar la pobreza y precariedad en las ciudades de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas. Santiago: CEPAL: 2005.
4. Kjellstrom T, Mercado S, Sami M, Havemann K, Iwao S. Achieving Health Equity in Urban Settings. J Urban Health 2007 May; 84(1): i1-i6.
5. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio del 2007; Washington, D.C. (EUA); OPS: 2007. Puede consultarse en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica No. 622, Washington, D.C. (EUA): 2007.
7. Minnesota Department of Health. Demographics of Physicians, Nurses and Dentists: Urban-Rural Comparisons of Minnesota's Health Care Workforce. Office of Rural Health & Primary Care Health Workforce Analysis Program. Minnesota Department of Health, St. Paul, MN, November 2005.
8. Reschovsky JD, Staiti A. Physician Incomes in Rural and Urban America. CSHSC Issue Brief No. 92. Enero del 2005.
9. Nigenda G, Ruiz JA., Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. Human Resources for Health 2005, 3:3, doi:10.1186/1478-4491-3-3.
10. Lazarov L, Lorente JL., Turnes AL. Número de médicos en Uruguay: Elementos para un análisis. 10 de diciembre del 2002. Puede consultarse en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/numeromedicos.pdf>
11. The World Bank. The urban poor in Latin America/Marianne Fay (editor). Washington, D.C. (USA): 2005. Puede consultarse en: <http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPURBDEV/Home/20843636/UrbanPoorinLA.pdf>
12. Pan American Health Organization. First Meeting of the Pan American Health Organization's Regional Urban Health Forum: Toward a Conceptual Framework of Urban Health and Agenda for Action in the Americas; 27-29 November 2007; Mexico City. Washington, D.C. Pan American Health Organization; 2008 [Consultado el 15 de abril del 2010]. Puede consultarse en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd68/foroeng.pdf>
13. World Health Organization. What WHO is doing for climate and health. [Consultado el 20 de agosto del 2010]. Puede consultarse en: http://www.who.int/globalchange/health_policy/who_workplan/en/index.html
14. The World Bank. The politics of climate change in Latin America. [Consultado en agosto del 2010]. Puede consultarse en: <http://www.latinocambio.com/2009/05/latin-america-and-climate-change-crisis.html>
15. World Health Organization. Healthy Hospitals Healthy Planet Healthy People: Addressing climate change in health care settings. World Health Organization (WHO) and Health Care without Harm (HCWH). Discussion Draft. Puede consultarse en: http://www.who.int/globalchange/publications/climatefootprint_report.pdf

16. Organización Panamericana de la Salud. Informe Oficial “La protección de la salud contra los efectos del cambio climático en la Región de las Américas: Pasar de las pruebas a la acción” (Anexo A) de la Mesa redonda sobre cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional (documento CD48/16). 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C. (EUA): OPS; 2008.
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe final de la Mesa redonda sobre cambio climático y sus repercusiones para la salud pública: una perspectiva regional (documento CD46/16, Add. II). 48.º Consejo Directivo, 60.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, D.C. (EUA): OPS; 2008.
18. United Nations Human Settlements Programme. The challenge of slums: global report on human settlements, 2003 / United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat): 2003. Puede consultarse en: <http://www.unhabitat.org/downloads/docs/GRHS.2003.pdf>
19. Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. WHO Kobe Centre, Kobe, Japan: (2008). Puede consultarse en: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf
20. Global Research Network on Urban Health Equity (GRNUHE). Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health. Final Report of the Global Research Network on Urban Health Equity (GRNUHE), julio del 2010. Puede consultarse en: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE/GRNUHEPublication/gnuhefinal>
21. Kain J., et al. Obesity trends and determinat factors in Latin America [Tendencias en la obesidad y factores determinantes en América Latina] Cad. Saúde Pública v.19 (Supl. 1), Río de Janeiro (Brasil): 2003.
22. Briceño León, R., et al. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. International Journal of Epidemiology (2008) 37(4): 751-757 doi: 10.1093/ije/dyn153.
23. Georges el Khouri Miraglia S, Nascimento Saldiva PH. An evaluation of air pollution health impacts and costs in São Paulo, Brazil. Environ Manage. 2005 May;35(5):667-76.
24. Stern AM, Markel H. What Mexico Taught the World About Pandemic Influenza Preparedness and Community Mitigation Strategies. JAMA. 2009;302(11): 1221-1222.
25. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. World Health Organization. Geneva (Switzerland): 2010.
26. Southon G. The role of professional networks in radiology services. Rev Panam Salud Pública v.20(2-3):99–103 Washington Aug./Sept. 2006.
27. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Plan Maestro de infraestructura física en salud. Red de servicios de atención a la salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPS), Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud de México, D.F. Noviembre del 2003.
28. Rawlings LB, Rubio GM. Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. The World Bank Research Observer (Spring 2005) 20(1):29-55 doi:10.1093/wbro/lki001.
29. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington, D.C. (EUA): 2007.
30. Stahl T., et al. Health in All Policies. Prospects and potentials. The European Observatory on Health Systems and Policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Puede consultarse en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf



50.º CONSEJO DIRECTIVO

62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 4.15 del orden del día

CD50/19, Add. II (Esp.)
29 de septiembre del 2010
ORIGINAL: ESPAÑOL

MESA REDONDA SOBRE URBANISMO Y VIDA SALUDABLE

Informe Final

Introducción

17. En el transcurso del 50.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, los Estados Miembros participaron en una mesa redonda para examinar cuáles son las actividades que les corresponde realizar y cuáles son aquellas para las que solicitarán el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, a fin de ejecutar el programa de trabajo acordado con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud, el día 7 de abril del 2010, que este año estuvo dedicado al tema *Urbanismo y Vida Saludable*.

Síntesis sobre la justificación del tema

18. El tema de salud urbana es un mandato emanado de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo celebrada en 1992, conocida como la Cumbre de Río. En el capítulo 6 del Programa 21, se contempla el reto que plantea la salud urbana. En las Américas, el problema de la salud urbana es fundamental ya que en la Región, 79,4% de toda su población está concentrada en el medio urbano. Es bien sabido que en América Latina se encuentran seis de las mayores megaciudades del mundo. Uno de los principales motivos de preocupación es que 30,8% de esa población urbana vive en asentamientos irregulares derivados del crecimiento urbano acelerado y no planificado. Las desigualdades en la distribución social del bienestar y los recursos son mucho más marcadas en el entorno rural que en las ciudades; esto representa una grave desventaja para los habitantes del campo en comparación con los que viven en las ciudades. No obstante, cabe señalar que esta distribución no equitativa de los recursos, ocurre también dentro de las ciudades mismas.
19. La Organización Panamericana de la Salud ha venido considerando el tema desde hace un par de décadas con el movimiento de Municipios Saludables que se encuentra activo en la mayoría de los países de la región. La OPS ha participado y ha solicitado la representación de países de la región en la Red de

Conocimientos de Salud Urbana de la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud, en la Red Mundial de Investigación sobre Equidad en Salud Urbana y en la Mesa Redonda de Investigación sobre el Ambiente de Vivencia Urbana, estos dos últimos auspiciado por la Fundación Rockefeller. Ha convocado dos reuniones especiales para abordar del tema de la salud urbana (en Chile, en el 2004 y en México, en el 2007); este año ha impulsado numerosas actividades y ha participado en varias de ellas, especialmente en la celebración del Día Mundial de la Salud, que estará seguida del Foro Regional de Salud Urbana en Nueva York y del Foro Mundial en Kobe, Japón. Es en este contexto en el que los delegados de los Estados Miembros analizaron la experiencia y las pruebas pertinentes para luego, en la mesa redonda, definir cuáles son las actividades que se deben emprender.

Síntesis sobre el addendum de antecedentes

20. La salud de la población en las urbes representa un reto descomunal, no sólo porque se está registrando una megatendencia mundial de integración y crecimiento de las ciudades, sino también por lo acelerado de este movimiento. Esta tendencia se traduce en el crecimiento de las ciudades pequeñas y su aglomeración en grandes metrópolis. En las ciudades se concentran recursos que potencialmente permiten una mayor oferta de servicios en comparación con las zonas rurales, al tiempo que brindan más opciones para mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar. Sin embargo, las grandes desigualdades sociales de la Región se agudizan en las ciudades, donde subsisten grandes inequidades en cuanto a vivienda, trabajo, calidad ambiental, educación, acceso a la alimentación, transporte, atención médica, servicios de agua y saneamiento, eliminación de desechos y otros. Las difíciles interrelaciones sociales, familiares, comunitarias y de género aumentan la complejidad del abordaje de estos problemas. La dinámica económica, industrial y de transporte de las ciudades y el consiguiente consumo de energía generan por sí mismos una importante huella climática. Esto se traduce en diferencias importantes, que son evidentes en la práctica, pero que los sistemas de información sanitaria no captan ni detectan de manera coherente, aunque ocasionan una carga directa de enfermedades crónicas, traumatismos, violencia, enfermedades mentales y enfermedades infecciosas reemergentes que recae en los servicios de atención médica mismos y les plantean un gran reto cuando tratan de que la prestación de sus servicios se haga de manera equitativa. Este conjunto de factores conlleva un elevado costo social, económico y organizacional.
21. A medida que se regularizan los asentamientos humanos y dependiendo del crecimiento de la población urbana, sigue existiendo una oportunidad de influir en la planificación de la nueva infraestructura y en la construcción de viviendas, en la designación de las zonas verdes, y de los lugares de convivencia y de actividad física, de los medios de transporte y de otros elementos que tienen gran impacto en la salud y la calidad de vida. Lo mismo puede decirse de las modificaciones que habrán de efectuarse en las ciudades. De aquí la pertinencia de la incorporación de los temas de salud a los procesos de planificación urbana. También será necesario prever una nueva planificación de los servicios de salud, especialmente de los servicios de atención primaria que sean accesibles y tengan utilidad para la dinámica población urbana. Para ello hay que contar con modelos adecuados, en particular para las actividades que se llevan a cabo en la Región en materia de planes focalizados de atención a la pobreza. Para lograr estos objetivos, los ministerios de salud deben desempeñar su función rectora y dar orientación a los otros sectores para que el entorno construido sea favorable a la salud, mediante la incorporación de criterios y guías de salud pública y el análisis del impacto sobre la salud en la planificación urbana general. En este proceso, los ministerios habrán de ser un elemento catalizador para la incorporación del análisis del impacto que tienen en la salud las actividades de otros sectores; por ende, deberán emprender esfuerzos integrados hacia la promoción de una mejor calidad de vida de las poblaciones urbanas.

Resultados del debate sobre las iniciativas intersectoriales

22. Para motivar el debate el Presidente del Consejo Directivo hizo una introducción al tema en la que se destacaba la necesidad de actuar en relación con este tema, y el reto de influir sobre el efecto urbano en la salud por el cambio climático. Los ponentes (Dr. Jacob Kumaresan y el Dr. Nils Daulaire) señalaron la dimensión global, los éxitos que se han logrado, y las definiciones de políticas nacionales y locales, así como los desarrollos de métodos e instrumentos que pueden compartirse en la Región. Durante el debate en la mesa redonda, los delegados de los Estados Miembros reconocieron que la dimensión urbana y, en especial, los elementos de la equidad, son fundamentales para alcanzar las metas sanitarias, lo cual exige un tratamiento distinto a la forma como suelen abordarse los sistemas de salud y la función de salud pública. La profundización de las inequidades sólo conduce a la inestabilidad social y a un mayor empobrecimiento. Las inequidades en materia salud dentro del medio urbano son particularmente dramáticas, por lo cual deben identificarse en forma sistemática para poder abordarlas. La falta de diferenciación oculta las peculiaridades de la heterogeneidad urbana y, por ende, limita la eficacia de la intervención.
23. 7. Hay que identificar instrumentos y estrategias eficaces para mejorar los vínculos del sector de la salud con otros sectores del medio urbano, ya que la mayor capacidad para actuar sobre los determinantes de la salud de las poblaciones urbanas se encuentra en otros sectores diferentes del sector de la salud. Sin embargo, no siempre se han establecido arreglos institucionales para que la influencia y la colaboración con otros sectores sean eficaces y vigorosas.
24. 8. En los ministerios de salud es necesario mejorar las estrategias, métodos, instrumentos e indicadores para ejercer la función rectora y lograr avances en la implementación de las acciones, y se debe empezar por reajustar los sistemas de información de modo que distingan los grados y las condiciones de la urbanización y la forma como influyen en la situación económica y psicosocial de las personas y las comunidades. Dichos sistemas de información deberían destacar la información desglosada para poder definir el gradiente social en las poblaciones y por territorios y no por promedios, para dar seguimiento a las poblaciones móviles y formular programas para responder a las necesidades futuras. Hay que apoyar no sólo con información sino con investigación operativa, directa y concreta que apoye la planificación.
25. Las autoridades nacionales y locales de salud deberán identificar las barreras que obstaculizan su acción intersectorial eficaz y cuáles son las capacidades con las que cuentan para superarlas; entre otras su capacidad legislativa y la de desarrollo de competencias para la persuasión y negociación con quienes no necesariamente tienen la responsabilidad ni los principios y valores que caracterizan a la salud. Se deberán identificar los factores cruciales para el éxito que el sector de la salud llevará a la práctica basándose en las pruebas científicas a su alcance para suministrar información que sirva de fundamento a las decisiones de otros sectores y tratar de insertar a la salud urbana en todas las políticas públicas de las ciudades.
26. Concientizar a múltiples sectores sobre el nexo entre el ambiente construido (built environment) y la salud, con mensajes orientados/dirigidos a socios claves específicos (por ejemplo, planificadores, constructores/urbanizadores, sector salud, comunidad). Para construir una política de Estado integral y coherente hay que buscar la alineación de los sectores en el orden nacional y supranacional, y luego trasladarla a los órdenes subnacionales y locales. Las autoridades nacionales y locales de salud debieran identificar los sectores y los actores claves con los que resulta fundamental establecer una relación intersectorial de colaboración, crear mecanismos que permitan el mantenimiento de esos vínculos, además de promocionar la incorporación

de aspectos pertinentes de salud en todas las políticas. Entre estos actores clave se encuentran como contrapartes básicas, los alcaldes, además de los responsables del desarrollo urbano como: transporte, vivienda, seguridad, educación, cultura, deportes, energía, agricultura, turismo, comercio y protección civil, el sector económico, el privado y las ONG. La participación social e intersectorial por medio de comisiones intersectoriales o consejos que involucren a toda la población es clave.

Resultado de la discusión sobre la función de las autoridades nacionales y locales de salud en la planificación anticipatoria

27. Los delegados de los Estados Miembros identificaron la oportunidad para la salud representada por los procesos de planificación urbana y, por consiguiente, la importancia de formar parte activa de ellos. Esto resulta pertinente desde una perspectiva coyuntural en los nuevos desarrollos que van surgiendo en la Región, así como en los procesos de readaptación del espacio urbano, de conformidad con la regularización de los asentamientos urbanos. Determinaron además los delegados que, debido a que esto ocurre principalmente en las esferas locales, los ministerios de salud deben formular una política y convocar a los interesados para lograr una participación activa y eficaz de los funcionarios de salud de las ciudades en los procesos de planificación y rediseño urbano. Para ello necesitan guías, normas y criterios de salud pública que les permitan hacer una contribución realista y coherente en su trabajo, en aspectos tales como espacios verdes, su densidad, calidad y proximidad para la sana convivencia favorecedora de la actividad física; la facilidad y seguridad para caminar por las calles; condiciones básicas de higiene, densidad, seguridad y dignidad de la vivienda, escuelas, centros de trabajo; criterios de protección y seguridad ambiental y alimentaria, entre otros.
28. Se discutió la necesidad de crear capacidades que impulsen el análisis del impacto en la salud como elemento fundamental para las decisiones que adopten otros sectores y para la ejecución del presupuesto público, además de la función rectora que puede desempeñar el sector de la salud para que estos abordajes se ejecuten y especialmente para reducir el origen de la carga desproporcionada de causas de enfermedades en ciertas poblaciones más vulnerables. No cabe la menor duda de que los criterios de salud pública deben insertarse en la planificación urbana, procurando que se hagan las modificaciones necesarias en el orden legislativo e incluir a la salud en todas las políticas.
29. También se destacó la necesidad de una capacitación en general con un balance entre prevención y atención. Promover la educación de los profesionales de la salud mediante un enfoque holístico que tenga en consideración todos los factores determinantes de la salud urbana y rural. Además, hay que impartir capacitación a los jóvenes en habilidades para la vida y en destrezas ocupacionales.
30. Se identificaron también cuáles son los cambios relacionados con el diseño y la organización de los servicios de salud y, en especial, de la atención primaria de salud cuando esta atiende a la población en el contexto urbano, mediante la utilización de criterios que van más allá de una distribución geográfica de dichos servicios. Para ello, se deben reconocer las barreras que entorpecen la labor de los ministerios de salud y las capacidades con las que cuentan para efectuar la reorientación de los servicios de salud a fin de adaptarlos a la dinámica poblacional, social y económica de las ciudades, de modo que los servicios se acerquen más a los usuarios y logren una cobertura adecuada. Al mismo tiempo, habrá que forjar vínculos sólidos con el medio rural para mejorar la prestación de servicios mediante el acercamiento a la población rural.

Resultado del debate sobre los servicios de salud y su relación con otros sectores para prevenir y controlar los riesgos para la salud derivados del cambio climático

31. Tanto la OPS/OMS como los países han logrado avances importantes en la ejecución de planes de acción sobre el cambio climático y la salud mediante programas intersectoriales que incluyen evaluaciones de vulnerabilidad de la población, vigilancia de enfermedades sensibles al clima y aumento de la toma de conciencia en el sector salud sobre la importancia del cambio climático y su impacto en la salud.
32. Los ministerios de salud de los Estados Miembros han reconocido que el funcionamiento mismo de los servicios de atención médica (hospitales, laboratorios, clínicas y centros de salud), repercute en la huella climática y que es necesario realizar un esfuerzo especial para determinar la magnitud de esa repercusión. A partir de esta determinación, que se utilizará como punto de referencia, deberán identificarse las medidas que pueden tomarse para reducir esa huella gradualmente, al tiempo que se aprovechan los incentivos económicos que a nivel mundial se están ofreciendo para reducir la huella. En esto, resulta especialmente pertinente insertar la planificación y la programación para la reducción de emisiones como parte integral de la gestión ambiental de las nuevas unidades médico-hospitalarias, así como en su remodelación y en la adquisición del nuevo equipamiento. Si se consideran estas unidades médicas como un sistema integrado será posible lograr una mayor eficacia.
33. En el ejercicio de la función rectora por el sector de la salud es primordial la función de monitoreo, investigación y generación de información acerca del impacto sobre la salud, resultante del cambio climático, en especial por la fracción del cambio que incide en la persistencia, reemergencia o expansión de enfermedades infecciosas, transmitidas por vectores, pero también por la exacerbación de crisis de enfermedades crónicas cardiovasculares, broncorrespiratorias, mentales y otras. Esas consideraciones también deben incluirse en el análisis del impacto en la salud durante la planificación urbana. También se considera importante la formulación de planes de preparación y respuesta a los desastres naturales, además de fortalecer las respuestas de las organizaciones comunitarias en relación con este tema. Establecer políticas que controlen las emisiones y la contaminación procedentes de la industria.
34. Por consiguiente, los ministerios de salud deberán determinar cuáles son las competencias, capacidades y metodologías que tienen que desarrollar para detectar y controlar los riesgos asociados con el cambio climático, y para convertirse en un actor importante en ese reto mundial. Por ende, señalaron que durante la reunión de la 16ª Conferencia de las Partes de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (COP 16) se declare la contribución de los servicios de salud y la incorporación activa de los ministerios de salud en la prevención y atención de la salud relacionadas con el cambio climático. Se invita al sector de la salud a participar en la COP 16 que se efectuará en Cancún, México en diciembre.

Resultado de la discusión sobre las recomendaciones que llevarán a la práctica tanto la Oficina Sanitaria Panamericana como los Estados Miembros

35. Los ministerios de salud examinaron la necesidad de que la Oficina Sanitaria Panamericana elabore una versión preliminar de estrategia y plan de acción regionales en materia de salud urbana que abarque las políticas que deberán adoptarse para guiar las actividades dentro del sector y su función rectora intersectorial, a fin de adaptar los servicios de salud y actuar de manera eficaz ante el cambio climático. Se solicita la redacción de una resolución para que luego de que se haya discutido la versión preliminar, este plan sea presentado al 51.º Consejo Directivo.

36. Se solicitó a la Oficina Sanitaria Panamericana que avanzara en colaboración con los países, centros colaboradores y otros expertos en el desarrollo de las herramientas para el ejercicio de la función rectora que necesitan los Estados Miembros, entre otros:

- (a) adaptación de la vigilancia en salud/vigilancia epidemiológica,
- (b) análisis del impacto en la salud,
- (c) herramientas para la adaptación de los programas de salud urbana y la incorporación del tema de salud en todas las políticas, teniendo, en cuenta los determinantes de la salud,
- (d) instrumentos de monitoreo para la toma de decisiones en las ciudades (como “Urban HEART”),
- (e) adaptación o preparación de un paquete de criterios y guías esenciales para el diseño de entornos urbanos,
- (f) elaboración de criterios y guías para la adecuación de la prestación de los servicios de salud en el medio urbano, en especial para la atención primaria,
- (g) facilitar el intercambio de buenas experiencias y lecciones aprendidas.

37. Al mismo tiempo, los Estados Miembros habrán de avanzar en:

- (a) examinar su base legal y organizacional para incluir la dimensión urbana en su trabajo interno,
- (b) determinar cuáles son los ajustes que deben hacerse a los planes nacionales y locales y a sus respectivos programas de acción, para que tengan en cuenta la dimensión urbana y sus elementos de equidad,
- (c) examinar su base legal y organizacional a fin de incluir la dimensión urbana en su trabajo intersectorial,
- (d) aportar esta información a la formulación de la estrategia regional,
- (e) aplicar la estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables y promover la interacción entre estos niveles gubernamentales en comunidades urbanas y vulnerables como mecanismo para identificar y tomar medidas sobre los determinantes sociales de la salud, mediante la forja de alianzas para la acción intersectorial y el empoderamiento de las comunidades para lograr su bienestar,
- (f) reforzar las actividades en materia de promoción de la salud dentro del contexto de la Carta de Ottawa, la Carta de Bangkok y el Llamamiento a la Acción de Nairobi para crear alianzas destinadas a la ejecución de actividades colaborativas e intersectoriales que incidan en los determinantes sociales de la salud,
- (g) establecer un Fondo de Promoción de la Salud que utilizará los impuestos de la venta de tabaco y otros gravámenes para ejecutar programas de salud urbana que respondan a los determinantes sociales de la salud,

22. México invita a los países a sumarse a un pronunciamiento emanado de la Región acerca de la protección de la salud frente al cambio climático, que será presentado en la COP 16 en México.

23. En este documento se integra el resultado de los trabajos efectuados en la Mesa Redonda que se someterá a la consideración del Consejo Directivo, para que este defina cuáles serán los pasos a seguir en los próximos meses con miras a que el sector de la salud pueda dar una respuesta eficaz al reto que plantea lo urbano para la salud pública.





Florida 930

ROSA DE EURO
CERTEER GARMENTS
FLORIDA 930, 1º piso, 7A

SOL

Unidos
ome
ndos



©Stockbyte



Organización Panamericana de la Salud

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

www.bvsde.paho.org