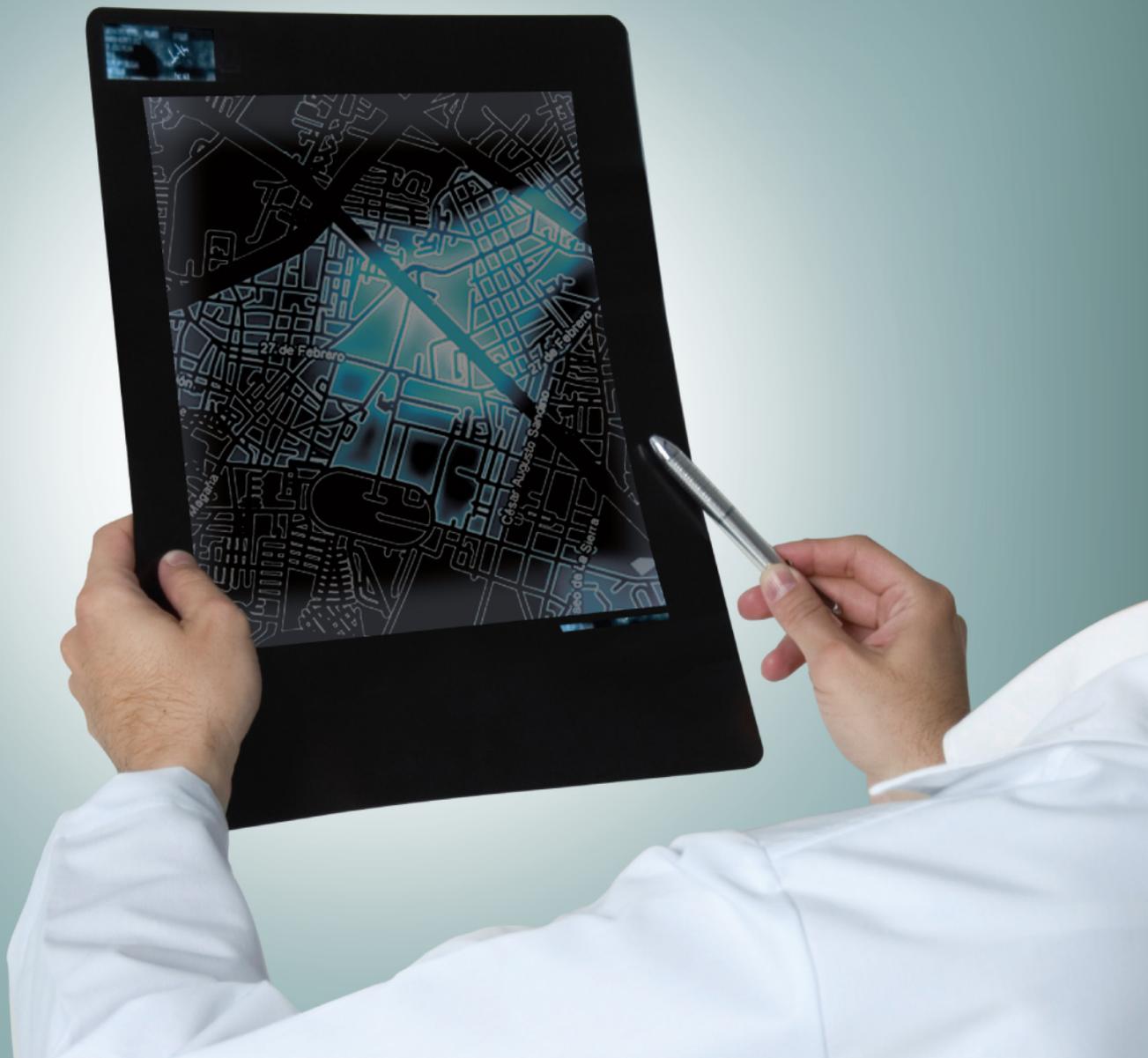


Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud

Hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



**Primera Reunión del Foro Regional
de Salud Urbana de la
Organización Panamericana de la Salud**

Hacia un marco conceptual
de salud urbana y agenda para la acción en las Américas

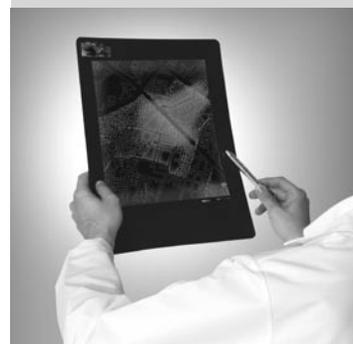
27-29 de noviembre 2007. Ciudad de México

**Primera Reunión del Foro Regional
de Salud Urbana de la
Organización Panamericana de la Salud**
Hacia un marco conceptual de salud urbana
y agenda para la acción en las Américas

Primera Edición, 2008
D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez, C.P. 06696, México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN: 978-607-460-006-3



Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana de la Organización Panamericana de la Salud

Hacia un marco conceptual de salud urbana
y agenda para la acción en las Américas



Agradecimientos

Integración y revisión del documento:

Marco Akerman, Raquel Almazán, Iván Barrera, Carlos Castillo-Salgado, Adrenalina Cebrián, Marianela Corriols, Maria Cristina Franceschini, Eduardo Guerrero, Ljubica Latinovic, Katia de Pinho, Marilyn Rice, Lucero Rodríguez, Carlos Santos-Burgoa y Paulo Teixeira.

Directorio

Secretaría de Salud de México Organización Panamericana de la Salud

Dr. José Ángel Córdoba Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Mirta Roses Periago
Directora de la Organización Panamericana de la Salud

Dra. Maki Esther Domínguez Ortiz
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dra. Socorro Gross-Galiano
Subdirectora de la Organización Panamericana de la Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Luiz Augusto Galvão
Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dra. Marilyn Rice
Coordinadora del Equipo de Determinantes de la Salud y Promoción de la Salud

Dr. Julio Sotelo González
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Juan Eduardo Guerrero
Asesor en Desarrollo de Recursos Humanos

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo
Director General de Asuntos Jurídicos

Dr. Philippe Lamy
Representante de la Organización Panamericana de la Salud en México

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dra. Gerry Eijkemans
Asesora en Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible

Dr. Carlos Santos-Burgoa Zarnecki
Director General de Promoción de la Salud

“Para bien o para mal, el desarrollo de las sociedades contemporáneas dependerá principalmente de la comprensión y gestión del crecimiento de las ciudades. La ciudad se convertirá en un campo de prueba de la suficiencia de las instituciones políticas, del desempeño de las agencias gubernamentales y de la efectividad de los programas para abatir la exclusión social, proteger y restaurar el medio ambiente y promover el desarrollo humano”.

Naciones Unidas (2001), The State of the World's Cities Report.

Contenido

Mensaje del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	13
Mensaje del Director General de Promoción de la Salud	15
Mensaje del Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental - OPS	17
I. Introducción	19
Introducción	21
Antecedentes	22
Justificación de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana	26
Valor agregado de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana	27
Objetivos de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana	27
Metodología de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana	28
II. La visión de la OMS/OPS frente a la salud urbana en las Américas	29
Visión general de los trabajos realizados por la Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos	31
<i>Dra. Susan Mercado</i>	
La salud urbana y los determinantes sociales de la salud en el contexto del plan estratégico de la OPS/OMS 2008 – 2013	36
<i>Dr. Eduardo Guerrero</i>	
Caminando hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas	39
<i>Dra. Marilyn Rice</i>	
III. Gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas: ponencias	41
Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: de la salud al desarrollo humano sostenible	43
<i>Dr. Trevor Hancock</i>	
Buena gobernanza, gobernabilidad y políticas públicas dirigidas hacia la atención de los retos de salud en las megaciudades y grandes aglomeraciones urbanas en la región de la OPS/OMS	45
<i>Dr. Fritz Wagner</i>	
Salud urbana	49
<i>Dr. David Vlahov</i>	
Aportes para un debate conceptual y operacional del derecho a la salud y los determinantes sociales de la salud	52
<i>Dr. Fernando Borgia</i>	

IV. Métricas en salud urbana: ponencias	55
Métricas de Salud Urbana: Reporte de evidencias, cuestiones clave y recomendaciones basadas en la evidencia	57
<i>Dr. Chris Gibbons</i>	
Desarrollo de métricas para la salud urbana	59
<i>Dr. Carlos Castillo-Salgado</i>	
Salud urbana: Métrica y econometría	62
<i>Dr. Fernando Proietti</i>	
Métricas en salud urbana	64
<i>Dra. Alejandra Faundez</i>	
V. Experiencias en salud urbana: ponencias	67
Valle de la Ciudad Capital. La Nueva Guatemala de la Asunción	69
<i>Dr. Ernesto Velásquez</i>	
El caso de la ciudad de Buenos Aires	72
<i>Dr. Eduardo Reese y Dr. Pedro del Piero</i>	
La prefectura de Guarulhos	75
<i>Dr. Paulo Capucci</i>	
Políticas públicas, gobernabilidad y métrica del Distrito Federal, México	76
<i>Dr. Fernando Menéndez Garza</i>	
VI. Mesas de trabajo: discusiones y resultados	77
La definición de salud urbana: una discusión	79
Gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas	83
Métricas en salud urbana	90
VII. Conclusiones y recomendaciones generales	95
VIII. Compromisos asumidos por los participantes del Foro Regional de Salud Urbana	99
IX. Referencias	107
X. Anexos	111
Glosario	113
Agenda	115
Lista de participantes	118
Documentos relevantes	125
Ligas a páginas web	133
Otros actores identificados	135
Acrónimos	137

Mensaje del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

En las Américas, el perfil de la salud se ha manifestado en una profunda transformación de los riesgos a los cuales la población se expone y esto ha generado un profundo reto a la forma como prestamos los servicios de salud a la población. Si bien Estados Unidos de Norte América y Canadá se han caracterizado por un patrón de mayor trayectoria de urbanización, en el resto de las Américas, hasta hace poco nos estamos dando cuenta de que ya somos sociedades urbanas, implicando profundas modificaciones en las conductas, las redes sociales, los patrones de consumo, de trabajo, y sociales. Por lo que, la tarea de rectoría que tenemos en los Ministerios de Salud se vuelve también más compleja.

En términos de patrones de padecimientos nos estamos enfrentando a la perseverancia de los padecimientos del rezago, llámese la mortalidad infantil, mortalidad materna, el dengue y las intoxicaciones por sustancias químicas, buscando su eliminación o acotamiento como problema de salud pública; y enfrentamos nuevas epidemias en especial las lesiones, las adicciones y las enfermedades crónicas no transmisibles. Todas ellas tienen un particular acento en los entornos urbanos; simplemente considérese la deformación de las relaciones sociales en el medio urbano que nos puede llevar a incrementar el riesgo de adicciones y enfermedades mentales. Cómo entonces ejercer una rectoría desde los Ministerios de Salud para que efectivamente asumamos que ya como planeta, el 50% de la población somos urbanos y mucho más en los países de las Américas. Interesantemente, las últimas emergencias sanitarias que hemos enfrentado en México han

sido de carácter eminentemente urbano y en la preparación a las posibles pandemias que se vienen (en especial la de influenza H₅N₁), la incidencia será primordialmente en el medio urbano y la respuesta para limitar su extensión tendrá que estar manejando la organización social urbana, los servicios de salud urbanos y la población urbana.

Es por ello, que desde el inicio de la administración actual se lanzó el marco de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dentro de esta se definieron los padecimientos, los determinantes y los entornos en los que habría que trabajar. La estrategia asumió un modelo socio ecológico en el cual si bien las personas en lo individual tenían que actuar y asumir su responsabilidad, el entorno igualmente tiene que ser modificado para favorecer aquello que las personas quieren hacer en el desarrollo de su salud. La estrategia marca diez componentes con cinco líneas de acción incluyendo en el séptimo componente, el desarrollo de entornos favorables a la salud, priorizando dentro de ellos: la escuela, la vivienda, y la ciudad. Al lanzar esta estrategia el Presidente de la República y el Secretario de Salud declararon a este sexenio, el Sexenio de la Prevención y consistente con ello crecientemente se ha estado actuando.

Es en este contexto que nos honra y privilegia, el presentar este informe de la reunión regional que sirvió a la Organización Panamericana de la Salud, pero en especial a nosotros, para traer a la mesa los conceptos centrales que nos permitirían ordenar el abordaje futuro de la salud de la

población en el medio urbano. Ofrecemos esta colaboración como un primer paso en la firme orientación de las políticas en materia de salud, de modo que colaborativamente logremos reenfocarnos. Este volumen acaba llamando a la acción hacia una nueva forma de hacer salud pública en las ciudades. Asumamos ese reto.

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención
y Promoción de la Salud
Secretaría de Salud, México

Mensaje del Director General de Promoción de la Salud

El propósito de la Promoción de la Salud es habilitar a las personas, familias y comunidades para controlar sus determinantes y así mejorar su salud. La teoría y la práctica de la Promoción de la Salud se sustentan en lograr el control de estos determinantes y en contar con un entorno que favorezca las prácticas saludables. La profunda transformación de la situación de salud en las Américas, y en especial en Latinoamérica y México, puede estar influida de manera importante por las condiciones urbanas en las que vivimos; el soslayar este aspecto nos hará sistemáticamente fallar en el impacto que podamos generar con nuestras intervenciones.

México ha desarrollado un sistema de salud cuyo abordaje poblacional está dirigido primordialmente a la población rural y/o marginada; los sistemas de seguridad social están así mismo orientados a las personas ubicadas en el medio urbano. Sin embargo, ahora estamos orientando los esfuerzos para lograr el acceso universal a los servicios de salud, por lo que programas tales como el de Desarrollo Humano Oportunidades, del Seguro Popular y del Seguro para una Nueva Generación tendrán que repensar **cómo abordar a su población que es esencialmente urbana.**

En el entorno urbano, la población es poco accesible en su hogar, es más fácil contactarla en los lugares donde socializa, en donde trabaja, en donde estudia y en donde se transporta. De la misma manera la comunidad no puede ser definida exclusivamente por la delimitación geográfica de su vivienda, pero sí como la “unidad de intereses comunes” ya sea laborales, educativos,

culturales, de edad, etc. Las redes sociales se extienden más allá de las familias y tienen que ser incentivadas y tejidas para lograr, a través de ellas, ir generando una cultura saludable. Los determinantes ambientales de la salud, incluyendo transporte, contaminación química del aire y suelo, y todos los factores psicosociales, se encuentran en una dinámica que fácilmente pueden deteriorar la salud desde el producto *in utero* hasta los ancianos.

En México, además, se han dado dos grandes tendencias que hacen más compleja la tarea: la generación de metrópolis y la existencia de metrópolis y de megalópolis. El proceso de metropolización ha hecho que municipios dentro de un mismo estado o de diferentes entidades federativas constituyan una ciudad; el reto en términos de gobernanza es mayúsculo, toda vez que obliga a la colaboración entre municipios, lo cual no sólo está contemplado en los mecanismos regulares de trabajo, si no que puede ser complicado por los propios procesos políticos democráticos. El creciente papel de los ciudadanos en la democratización de las Américas se suma para hacer más complejo estas mecánicas de gobernanza, que tiene implicaciones directas en la salud de la población. Su expresión máxima se puede dar con las megalópolis que conforman parte del territorio nacional y que nos hacen hermanarnos rápidamente con diversas naciones de las Américas.

El programa de acción de Promoción de la Salud: Una Nueva Cultura, destaca como uno de sus ejes centrales el manejo de los entornos de la salud, considerando que los comportamientos

saludables sólo pueden ser facilitados en un entorno que les sea favorable. Es por esta razón que decidimos vincularnos con el esfuerzo de la Organización Panamericana de la Salud para impulsar el desarrollo de la reunión regional sobre salud urbana. Ya habíamos tenido el privilegio de trabajar dentro del núcleo de conocimiento de salud urbana conformado por la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, traer esta reflexión a las Américas y mover la conciencia de los Ministerios de Salud hacia el reto urbano, es la contribución que se espera de los resultados de esta reunión regional. No es la solución, lo que se entrega es la perspectiva y el reto de desarrollo.

Dr. Carlos Santos-Burgoa

Director General de Promoción de la Salud
Secretaría de Salud, México

Mensaje del Gerente del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental

El tema de Salud Urbana es un mandato originado en la Reunión de Río 92, específicamente en el área programática 6.2 (d) Solución del problema de la salubridad urbana del capítulo 6 de la Agenda 21 Protección y Fomento de la Salud Humana*. El Informe del Secretario General de las Naciones Unidas: Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos, hace clara mención al tema de salud urbana en su párrafo 43 de su capítulo II: Libertad para vivir sin miseria sobre el desafío del “Desarrollo urbano: creación de empleos, mejoramiento de los barrios de tugurios y búsqueda de alternativas para evitar la formación de esos barrios”**.

Atendiendo a estos dos llamados globales y de especial relevancia para la Región de las Américas, desde el año 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha promovido una serie de actividades para examinar el tema y establecer una estrategia común que haga frente a los problemas de salud urbana. Se han elaborado perfiles de algunas ciudades de la Región, los cuales fueron presentados en la Primera Reunión Regional de Salud Urbana, realizada en Santiago, Chile, en 2004. En esta misma reunión se presentó y se revisó el primer documento conceptual elaborado por la Dra. Sonia Fleury con el título “La Ciudad de los Ciudadanos”.

El entusiasmo con que fue recibida esta iniciativa de la OPS Regional propició que se siguiera trabajando en el desarrollo de un documento marco so-

bre salud urbana, el cual sufrió sucesivas consultas y modificaciones hasta su versión final que fue presentada en la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana en México, 2007.

Por supuesto no se puede hablar de salud urbana sin mencionar la larga trayectoria que tiene la OPS en la promoción de la salud, a través de estrategias relacionadas con entornos saludables como son: los Municipios Saludables, las Escuelas Saludables y tantas otras iniciativas relacionadas y que sin duda contribuyen para este nuevo desafío de las políticas públicas.

La Región de las Américas, es la región que tiene más desigualdades y diversidades de todas las regiones del mundo, no sólo con relación a recursos económicos, sino también con relación a los desafíos sociales, políticos, climáticos y étnicos, especialmente en los ambientes urbanos.

La salud urbana no puede ser resuelta sólo por el sector de la salud pública, dado que es consecuencia y resultado de la interacción de muchos otros factores, controlados por sectores como el de transporte y vivienda. Lo que si es claro, es que el sector salud puede y debe liderar el diálogo, los acuerdos y esfuerzos intersectoriales, interinstitucionales e interdisciplinarios para el análisis de la situación y el desarrollo de políticas públicas que contribuyan a un estatus saludable de la población. Hablar de salud urbana significa ir mucho más allá de lo que un individuo o una familia pueden alcanzar. Es ver la ciudad como un todo complejo de determinantes

sociales y ambientales de la salud. Por esto, no es suficiente trabajar con un sector, con una población, o con una institución aisladamente.

Un tema que no se puede relevar en los ambientes urbanos, principalmente en sus periferias, es la necesidad urgente de enfrentar la pobreza, la violencia, la falta de empleo y defender una mejor infraestructura y acceso a servicios esenciales.

Para hacer frente a este enorme desafío, el Forum de Salud Urbana ha decidido enfocar sus esfuerzos en dos aspectos clave: la gobernabilidad y las métricas en salud urbana, como formas de establecer iniciativas, estrategias e instrumentos para la equidad en salud. Se espera que a través de los aportes del Forum y del trabajo de la OPS y de los Centros Colaboradores se pueda responder mejor a las inequidades en las poblaciones urbanas de la Región.

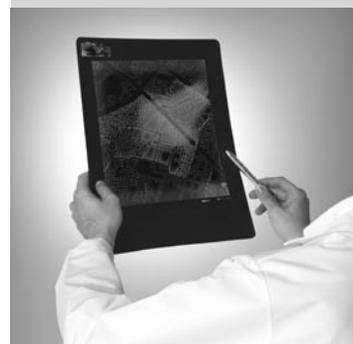
Esta reunión del Foro de Salud Urbana es la primera actividad en una serie de eventos y procesos que esperamos contribuya para que los países miembros puedan seguir adelante y enfrentar el desafío creciente de la salud en los ambientes urbanos.

Dr. Luiz Augusto C. Galvão

Gerente del Área de Desarrollo Sostenible
y Salud Ambiental – SDE
Organización Panamericana de la Salud

* <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/spanish/agenda21spchapter6.htm>

** <http://www.un.org/spanish/largerfreedom/chap2.htm>



I. Introducción



Introducción

El reporte de la Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos (KNUS por sus siglas en inglés) de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (Julio 2007), ha subrayado la trascendencia de los efectos de la urbanización sobre la salud humana, particularmente para quienes viven en países en vías de desarrollo. La mitad de la población mundial vive ya en asentamientos urbanos y, aunque la vida urbana debiera ser benéfica para la salud, graves fracasos en la gobernabilidad de las ciudades ha resultado en grandes inequidades en términos de la salud y la calidad de vida de los habitantes (Kjellstrom *et al*, 2007).

En el 2030, tres quintas partes de la población mundial vivirán en zonas urbanas. Sin embargo, las evidencias indican que en este futuro las desigualdades serán mayores que nunca. La mayoría de los residentes urbanos vivirán en ciudades de Asia, África y América Latina, en países que están empobreciéndose relativamente a aquellos industrializados (Stephens, 2000). Se ha predicho que este cambio urbano estará caracterizado por un mayor movimiento de personas hacia los centros urbanos, que las barriadas serán el hogar de una mayor proporción de los pobres del mundo y que las ciudades van a crecer espacialmente con dramáticos efectos en el medio ambiente y la salud humana (Vlahov *et al*, 2007).

A partir de la década de los 80, la salud pública ha incluido un conjunto de trabajos que son tratados bajo el concepto de salud urbana o “ciudad saludable” (Ashton, J. 1991; Hancock & Duhl, 1986; Harpham y Taner, 1995; McMichael, 2000; Stephens, 2000; OPS, 2002; Galea *et al*,

2005; Caiaffa *et al*, 2005; Freudenberg *et al*, 2006, Glouberman *et al*, 2006; Vlahov *et al*, 2007), incluyendo temas tan diversos como salud en las ciudades, medio ambiente, migración y salud de los inmigrantes en la ciudad, servicios y sistemas de servicios en la ciudad, equidad, gobernabilidad local, políticas urbanas y planeación urbana, innovaciones sociales, atención a pobres y hambrientos, violencia urbana, etc.

Específicamente en la Región de las Américas, seis de las más grandes aglomeraciones urbanas son megaciudades (definidas como aglomeraciones de más de 10 millones de habitantes), dos en Brasil, São Paulo y Río de Janeiro; dos en los Estados Unidos, Nueva York y Los Ángeles; más Buenos Aires, en Argentina y la Ciudad de México. Otras grandes ciudades son Bogotá, Colombia y Lima, Perú, las cuales tienen cada una más de ocho millones de habitantes. Les siguen Santiago en Chile y Belo Horizonte en Brasil con alrededor de seis millones de habitantes. De cualquier manera, aún cuando estas grandes ciudades siguen creciendo, son las ciudades de tamaño e importancia intermedios de la Región (usualmente con una población entre 2 y 5 millones de habitantes), las que actualmente están experimentando las mayores tasas de crecimiento poblacional.

Otras diferencias entre las grandes ciudades de la Región y las ciudades intermedias están relacionadas con la reducida jerarquía de estas últimas en términos económicos, sociales y políticos en comparación con los grandes centros metropolitanos. Un estudio sobre pobreza y precariedad en las ciudades de la Región, publicado por la CEPAL demuestra que, desde

los años 90, la distribución de la pobreza es desigual cuando se comparan áreas metropolitanas y áreas urbanas intermedias, ya que es en las intermedias donde se concentra la mayoría de los hogares pobres (Mac Donald, 2004). A nivel regional, en el año 2001, el 33% de la población, es decir, 127 millones de personas vivía en barriadas; de estas el 35% de la población era de América del Sur y 24% de América Central y el Caribe (Kjellstrom *et al*, 2007).

Por su parte, la OPS estará enfocando el trabajo y las discusiones sobre salud urbana en la Región de las Américas en tres temas fundamentales: la métrica de la salud urbana, su gobernabilidad y el logro de la equidad en salud urbana.

Este trabajo se ha hecho comprendiendo que existen factores que determinan la salud operando desde distintos niveles, incluyendo el nivel global, el nacional, el municipal y el comunitario, y que para mejorar la salud de las poblaciones urbanas, es necesario modificar las condiciones de vida en áreas como la vivienda, el empleo, la educación, la igualdad, el medio ambiente, las redes sociales y los servicios de salud (Vlahov, 2007).

Antecedentes

En 1968, se realizó un estudio regional de la mortalidad urbana promovido por la OPS, el cual es un registro pionero del interés de las condiciones de salud en las ciudades (Puffer & Griffith, 1968).

Este interés se mantiene dentro de la Organización en las décadas de los 70 y 80 evidente en los desafíos de la conformación y financiación de las redes de servicios de salud

en las ciudades, así como todos sus mandatos con relación a las enfermedades que afectan a las poblaciones urbanas. En ese sentido, un artículo publicado en 1984, por tres colegas de la OPS/OMS reforzó el interés de la Organización en la relación entre salud y desarrollo urbano al afirmar que “el examen de las tendencias y de los problemas de salud en zonas urbanas de rápido crecimiento muestra que aumenta sin cesar, el número de personas que viven y vivirán en condiciones socioeconómicas precarias que son un obstáculo para el logro de la salud”.

Los autores de este estudio indican un conjunto de programas y proyectos que podrían establecer los países con la cooperación financiera y técnica de la OPS y de otras instituciones internacionales y bilaterales (Khanna *et al*, 1984).

La OMS, consciente de la problemática de urbanización y sus efectos sobre la salud, publicó en 1993 el reporte “La Crisis en la Salud Urbana: Estrategias de Salud para Todos en Vista de la Rápida Urbanización” (WHO, 1993). Este material contiene una buena síntesis del estado del arte en salud urbana hasta los años 1990. Los desafíos fundamentales en salud urbana allí planteados son: (1) reducir el crecimiento poblacional y estimular la sustentabilidad ambiental; (2) abogar por un compromiso político con la salud urbana; (3) promover la descentralización; (4) estimular la participación pública; (5) promover el liderazgo adecuado; (6) suscitar la capacidad local para recolectar, administrar y utilizar los datos de una forma sistemática para la planificación y evaluación de los servicios de salud; (7) reorientar los servicios en la óptica de la atención primaria; (8) obtener colaboración multisectorial; (9) desarrollar compromisos con la promoción de la salud; (10) asegurar recursos financieros adecuados; (11) optimizar el rol de las Organizaciones No Gu-

bernamentales (ONGs) y de las agencias internacionales bilaterales y multilaterales; y finalmente (12) establecer redes de ciudades por la salud.

Otra publicación, “*Urbanization: a Global Health Challenge*”, del Centro OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe, Japón, documenta los resultados de un Simposio realizado entre el 18 y 20 de marzo de 1996 en Kobe, Japón, donde se presentaron estudios de casos de Tokio, Río de Janeiro, Bombay, Harare y Atenas (WHO Centre for Health Development, 1996).

En 1999, el programa “Acción concertada por la salud en asentamientos humanos en América Latina” (AL), promovida por la Universidad de South Bank de Londres, con el apoyo financiero de la Comunidad Europea produjo el documento “Situación de la Salud Urbana en América Latina” que contiene tres estudios de casos: São Paulo, Santiago de Chile y Ciudad de Guatemala. La conclusión de esta publicación destaca la importancia del examen individualizado de países y ciudades en AL para generar políticas efectivas; así como, la importancia de la formulación e implementación de políticas del nivel local hasta el nivel comunitario y el papel fundamental de las desigualdades sociales y las inequidades como pauta principal para una agenda de investigación y políticas públicas (South Bank University, 1999).

Por otro lado, el reconocimiento del poder de acción local en la promoción de ciudades saludables, generó en Europa un movimiento de articulación de los alcaldes y representantes locales que se expresó a través de un conjunto de declaraciones de compromiso de estas autoridades europeas con la promoción de la salud

para todos. El esfuerzo estaba basado en principios de sustentabilidad, igualdad, cooperación multisectorial, participación, rendición de cuentas y solidaridad¹ (Fleury, 2005).

Además de estas publicaciones sobre el tema, hasta el momento se han creado distintas instituciones dedicadas al estudio y manejo de las cuestiones y problemas relacionados con la salud urbana: el Centro OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe, Japón², el Programa de Ciudades Saludables de la oficina regional de la WHO para Europa³ y la creación de la Sociedad Internacional para la Salud Urbana⁴. Adicionalmente, se ha formado la Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos (Knowledge Network on Urban Settings -KNUS), que forma parte de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud promovida por la OMS (Centro OMS para el Desarrollo Sanitario en Kobe, 2006) y la Red de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas.

En la región de las Américas, la OPS ha promovido la movilización y articulación de alcaldes y autoridades locales en la promoción de la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables⁵, generando una red regional de representantes de países, organismos, municipios, ciudades y comunidades orientados a promover la salud (OPS, 2002). Los elementos esenciales de la Estrategia de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables incluyen: establecimiento de un compromiso entre alcaldes, otras autoridades locales y demás sectores; garantizar y fortalecer la participación comunitaria; desarrollar un plan estratégico; construir consenso y formar alianzas para establecer espacios saludables; pro-

1 The Milan Declaration on Healthy Cities, 1990; The Athens Declaration for Healthy Cities, 1998; Mayor’s Statement of the WHO Healthy Cities Network in Phase II, Denmark, 2000; The Belfast Conference, 2003

2 www.who.or.jp/city

3 www.who.dk/healthy-cities

4 www.isuh.org

mover la participación del sector salud y otros sectores; formular políticas públicas saludables; y vigilar y evaluar el progreso y los resultados alcanzados.

Con la intención de consolidar un marco conceptual y estratégico para la cooperación técnica en salud urbana, entre el 22 y el 24 de febrero de 2005, la OPS realizó en la ciudad de Santiago de Chile un ejercicio de movilización de académicos y gestores. Este ejercicio fue definido como una reunión de Consulta Técnica sobre Salud Urbana llamada “Desafíos de la Salud Urbana en las Américas: Análisis del impacto de la urbanización en la salud y en los determinantes de la salud”. Se llevaron a cabo diversas actividades como la elaboración de textos conceptuales, el estudio de casos, un proyecto de apoyo a la innovación urbana, y una reunión de consulta.

El propósito de la reunión fue desarrollar un marco referencial de la cooperación técnica y esbozar las prioridades y estrategias para elaborar un plan de acción regional, que permitiera mejorar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud en el contexto de la complejidad urbana, particularmente para mejorar la salud y calidad de vida de los habitantes de las áreas marginadas. Los objetivos de la reunión incluyeron por un lado analizar y revisar el impacto de la urbanización en la salud de las poblaciones y en los determinantes de la salud en las Américas con enfoque en las megaciudades, así como en áreas urbanas y suburbanas marginadas; y por otro, analizar perfiles seleccionados de salud urbana en ciudades de más de un millón de habitantes, e iniciar una red de reconocidos investigadores y profesionales que trabajaran en diversos aspectos de la salud urbana en la Región. Como parte de los docu-

mentos y presentaciones de referencia para las discusiones, se presentó un documento conceptual desde la perspectiva de la ciencia política escrito por Sonia Fleury llamado “La Ciudad de los Ciudadanos: un Marco para Análisis de la Salud Urbana”. También se presentaron perfiles de las ciudades de Asunción, Buenos Aires, Rosario, Montevideo, Guarulhos, Lima, Managua y Ciudad de México.

Luego de la reunión, la OPS envió a cada ciudad una guía para la preparación de perfiles de salud urbana más profundos, incluyendo un índice del contenido, basado en los comentarios y la discusión hechos durante la Consulta Técnica. Dichos documentos y la discusión en la reunión de Santiago han servido como base para el desarrollo de un documento de análisis regional sobre la situación de salud urbana en las Américas.

Al mismo tiempo, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema de salud urbana (veáse los anexos) y generando una propuesta para el diseño de políticas públicas, estrategias e intervenciones en salud urbana en las grandes ciudades de las Américas.

Entre los años 2005 y 2006 la OPS realizó el proyecto de “*Observatorios locales de los presupuestos participativos y la salud pública en ciudades de América Latina*”, que buscaba apoyar el desarrollo de políticas innovadoras de gestión local de la salud pública a través del análisis de experiencias de presupuestos participativos y su incidencia específica en el campo de la promoción de la salud pública en algunas ciudades de la Región. Se espera que la documentación de esos procesos y la promoción de observatorios, en el futuro, den seguimiento a los mismos, contribuyan a enriquecer y mejorar las prácticas de gestión

5. OPS – Municipios y Comunidades Saludables – Guía de los Alcaldes para Promover la Calidad de Vida, Washington; V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000; Declaración de Medellín, 1999; Compromiso de Monterrey, 1993; Acuerdo de Boca del Río, 1997; Declaración de Guatemala, 1996.

en esas ciudades y a difundir sus logros y resultados en otras ciudades que tengan interés en conocer y aplicar instrumentos innovadores de gestión local en sus propios contextos, con especial énfasis en la promoción de la salud. Siguiendo el protocolo establecido por la OPS, se produjeron estudios de casos sobre los resultados de la aplicación de presupuestos participativos y la salud pública en 4 ciudades: Cotacachi, Ecuador; Guarulhos, Brasil; Pasto, Colombia; y Villa El Salvador, Perú.

En abril del 2007, en Washington DC, sede de la OPS, fue realizada la reunión “Pre-Foro de Salud Urbana” en la cual los participantes, orientados por las siguientes preguntas, esbozaron los más importantes elementos del nuevo marco conceptual y propuesta de acción para salud urbana de la OPS:

Preguntas guía del Pre-Foro de Salud Urbana

- ¿Cuál sería el concepto de salud urbana más apropiado para uso de la OPS y sus países miembros?
- ¿Cuáles son las preguntas y desafíos clave que los gobiernos nacionales y locales tienen que enfrentar para desarrollar una planificación y respuesta efectiva que promueva y proteja la salud de la población que vive y trabaja en las áreas urbanas?
- ¿Qué modelos, enfoques o experiencias exitosas orientan el desarrollo de mejores condiciones de salud urbana en las Américas?
- ¿De qué instrumentos de recolección y análisis integral de aspectos de salud urbana a nivel nacional, municipal, y/o distrital se dispone? ¿Cuáles instrumentos se pueden proponer para comprender mejor la situación actual y las tendencias futuras de salud urbana?

- ¿En qué forma la OPS y sus centros colaboradores y de excelencia pueden ayudar en el desarrollo de capacidades nacionales y locales en el tema de salud urbana?
- ¿Qué temas de investigación operativa debe promover la OPS y sus colaboradores (centros colaboradores y de excelencia)?

Es importante mencionar que el Foro Regional de Salud Urbana se inserta en la iniciativa más amplia del Foro Regional de Salud Pública para las Américas. El inicio de este nuevo siglo ha significado un cambio radical en el perfil de la salud y de los servicios sanitarios en los países del continente americano. Por un lado observamos cambios epidemiológicos sustantivos en la población (e.g. la diabetes en México se ha convertido en la primer causa de muerte) y la lentitud con que se difunden los nuevos conocimientos médicos en los sistemas de salud pública; por otro lado, se observa la expansión de los servicios de salud privada y la creciente organización de la sociedad civil, lo que en conjunto ha incrementado la brecha de salud al interior de los países. Es en este contexto en que los gobiernos de la Región, impulsaron al interior de la OPS la creación de un mecanismo que permitiera trabajar conjuntamente a la OPS, los gobiernos, la academia, el sector privado y la sociedad civil en la difusión del conocimiento y el debate de las políticas sanitarias, con el fin de formular estrategias e intervenciones regionales, estatales y locales adecuadas a los problemas de salud que presentan las sociedades americanas contemporáneas; siendo la respuesta de la OPS la creación del Foro Regional de Salud Pública para las Américas.

Este Foro se organiza a partir de tres componentes básicos: (1) el monitoreo y análisis de los determinantes sociales de la salud, debido

a la necesidad de desarrollar indicadores específicos que permitan dar seguimiento a los procesos sociales que impactan sobre la salud, no sólo a escala global o regional sino principalmente local; (2) el desarrollo de nuevas métricas, crear indicadores que permitan a los diversos involucrados evaluar la efectividad de los programas de salud, es decir, debido a la necesidad de identificar si existe una relación causal entre los programas de salud, el cambio epidemiológico ocurrido o esperado y los determinantes sociales de la salud; en este sentido, también es necesario desarrollar medidas que permitan dar seguimiento a los aspectos éticos en la materia con el fin de comprender el fenómeno en una forma integral; y (3) el análisis de la salud urbana, componente especialmente importante, ya que se perfila como el gran reto de salud pública del siglo XXI, y frente al cual los sistemas de salud existentes no se encuentran adecuadamente preparados. Un ejemplo de esto es la carencia de métricas adecuadas para abordar las áreas pequeñas (barrios) de las ciudades, por lo que, es necesario desarrollar nuevos métodos y enfoques que permitan generar y analizar la información necesaria y así formular estrategias e intervenciones adecuadas a estas escalas. Es en este último componente, que el Foro Regional de Salud Urbana juega un papel preponderante en el proceso de formulación de propuestas prácticas que permitan modificar las estrategias de intervención en salud urbana de las Américas.

Justificación de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana

Como parte del Foro de Salud Pública de las Américas, la OPS organizó la primera reunión del Foro Regional de Salud Urbana (FRSU), cuyo objetivo es posicionar estratégicamente el tema de salud urbana en las políticas públicas de las ciudades para abordar temas pertinentes de salud urbana en los centros urbanos de las Américas; como el de gobernabilidad, métricas en salud urbana y determinantes sociales, económicos y ambientales.

Esta reunión del Foro Regional de Salud Urbana es el primer paso en un proceso continuo que está siendo establecido por la OPS para promover debates y desarrollar iniciativas en la Región relacionadas con salud urbana.

En cuanto al tema de gobernabilidad en salud urbana, éste se refiere a los procesos de toma de decisiones, el uso de recursos y la formulación de políticas en términos de la salud de las poblaciones urbanas. Incluye la determinación de acciones necesarias, lograr alianzas intersectoriales efectivas que respondan a la actual fragmentación y desarticulación de la toma de decisiones y de la implementación de programas. El tema de gobernabilidad implica mantener un enfoque mediante el cual se identifique y responda a las necesidades de las poblaciones menos protegidas y más vulnerables. La pobreza urbana y las condiciones malsanas de vida están asociadas a la impotencia y la falta de poder de las poblaciones más vulnerables, y es por esto que la clave para el progreso y su sustentabilidad es una gobernabilidad saludable, en la que participen todos los sec-

tores, niveles y grupos sociales, particularmente los pobres mismos (Kjellstrom *et al*, 2007). El tema de métricas de salud urbana se refiere a la determinación de indicadores adecuados para el análisis de salud urbana en términos de desigualdades sociales y de desempeño de programas, entre otros. También incluye la determinación de indicadores que provean el soporte necesario para programar gestión y definir la planificación de la salud urbana, y los instrumentos necesarios para recoger información (dado que existe la necesidad de construir metodologías para identificar y actuar sobre las brechas intra-urbanas con un suficiente nivel de sensibilidad). Adicionalmente, la métrica de salud urbana se encarga de la determinación de los procesos de caracterización de los indicadores para generar información que ayude a entender qué tanto se ha cumplido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y cómo están funcionando los planes locales por medio de los cuales se lograrían aquellos objetivos.

La presente memoria refleja el compromiso de la OPS/OMS de apoyar a los Estados Miembros en la articulación y construcción de un marco de acción en salud urbana que incluya la búsqueda de alianzas multisectoriales, así como, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y el desarrollo de instrumentos y estrategias innovadoras para promover mayor equidad, calidad de vida y desarrollo humano. Este compromiso de la Organización está enmarcado dentro de la Iniciativa Rostros, Voces y Lugares, la cual es un esfuerzo intersectorial y regional de la OPS, que responde al reto de lograr mayor equidad por medio de intervenciones claves con el propósito de alcanzar los ODM.

Valor Agregado de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana

El Foro de Salud Urbana es una nueva iniciativa de la OPS para promover y facilitar el diálogo y el debate con socios internos y externos con el objetivo de contribuir a mejores políticas y programas de salud con base en la evidencia científica disponible en temas importantes de la salud pública. Esta plataforma innovadora ha ofrecido la oportunidad de compartir conocimientos de punta, intercambiar experiencias y lecciones aprendidas, y promover la formación de redes en la Región.

El enfoque en equidad de salud urbana ha implicado orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan.

Objetivos de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana

- Proveer el insumo para modificar el documento de referencia según las discusiones, sugerencias y recomendaciones de la reunión del Foro de Salud Urbana (SU)
- Definir la dinámica que el Foro de Salud Urbana va a seguir durante los próximos 2 años
- Identificar propuestas para acción de la OPS y sus Centros Colaboradores en los temas de métricas en SU y en gobernabilidad y políticas públicas de SU
- Incorporar nexos entre el trabajo del “Knowledge Network on Urban Settings” (KNUS) de la Comisión de Determinantes

Sociales de Salud y del Centro Kobe con el trabajo de la Región en SU

- Identificar otras instituciones y personas clave que deben participar en el Foro de SU en los próximos 2 años
- Delinear los ejes principales de la cooperación técnica de la OPS durante los próximos 2 años (i.e. desarrollo de observatorios de SU)

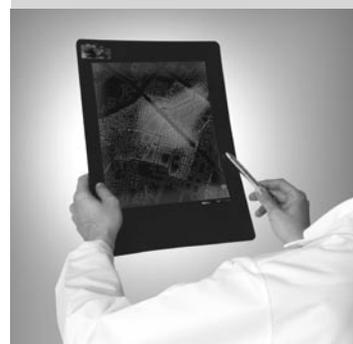
Metodología de la Primera Reunión del Foro Regional de Salud Urbana

La primera reunión del Foro Regional en Salud Urbana se dividió en dos etapas. La primera etapa consistió en la presentación de ponencias por parte de un destacado grupo de expertos en los temas de métricas de salud urbana y gober-

nanza de las ciudades, lo que ofrecía referentes técnicos para la segunda etapa, la cual se orientó a la discusión y trabajo en equipos.

La primera etapa se organizó bajo la metodología de seminario, entendiendo ésta como aquella reunión especializada de naturaleza técnica o académica en donde los participantes dialogan activamente entre ellos y cuyo objetivo es generar nuevos conocimientos o propuestas de acción.

En tanto la segunda etapa, discusión grupal, se realizó bajo la metodología de lluvia de ideas, la cual permitió discutir y generar ideas originales en un ambiente relajado, aplazando la emisión de juicios de valor por parte de los asistentes, para que al final de la sesión fuera posible seleccionar ideas y desarrollar consensos y clasificaciones sobre tales ideas.



II. La visión de la OMS/OPS frente a la salud urbana en las Américas



Visión general de los trabajos realizados por la Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos

Susan Mercado

Centro Kobe / Organización Mundial de la Salud

Si bien la OMS viene trabajando sobre cuestiones relacionadas con los determinantes sociales de la salud desde 1940 no sería sino hasta el año 2000 que la pregunta clave sería formulada: ¿porqué sólo tratamos las enfermedades de las personas si las seguimos regresando a las condiciones que fueron la primer causa de la enfermedad? (véase Cuadro 1). Esta pregunta dio pie a la creación de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud por la OMS y de la conformación de la Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos (KNUS, por sus siglas en inglés), la cual trabaja sobre diver-

sos temas como desarrollo infantil temprano, asentamientos urbanos, exclusión social, condiciones laborales, globalización, sistemas de salud, medición y evidencia, mujer y género, y condiciones prioritarias en salud. En cada uno de estos temas, se tiene como objetivos: delinear las mejores prácticas, identificar los retos y las oportunidades, desarrollar un marco interdisciplinario para recolectar evidencia, validación y medición, delinear opciones y alternativas de investigación-acción y pasar del conocimiento a la acción.

Cuadro 1. Los Determinantes Sociales de la Salud

Quando hablamos de determinantes sociales de la salud, no sólo nos referimos a los estilos de vida individuales ni a las redes sociales y comunitarias sino, de forma más general, a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales (agricultura, producción de alimentos, educación, ambiente laboral, desempleo, agua potable, servicios de salud, vivienda, etc.) que tienen efectos sobre la salud de los individuos.

Para lograr la consecución de estos objetivos la Red esta organizada en tres círculos concéntricos: (1) el núcleo (o círculo nuclear) está compuesto por expertos internacionales cuya responsabilidad es identificar las prioridades de investigación en materia de salud urbana, (2) el círculo sinérgico, está conformado por practicantes, investigadores y representantes de la sociedad civil, cuya principal función es criticar

los documentos elaborados por los expertos del núcleo para posteriormente promover las ideas formuladas, finalmente (3), el tercer círculo (o círculo de avanzada), aún por conformar y organizar, estará compuesto por los gobiernos involucrados, practicantes e investigadores locales, cuya función principal será implementar las estrategias propuestas.

Los reportes: diagnósticos y propuestas para la acción

La creciente aparición de nuevos asentamientos urbanos en todo el orbe ha significado un cambio radical para los países, ya que han tenido impactos sociales, ambientales y económicos tanto positivos como negativos, como son las crecientes inequidades, la expansión de las áreas metropolitanas y el crecimiento acelerado de las barriadas. Por esto en agosto de 2005 el Centro Kobe publicó el documento titulado “*A Billion Voices: Listening and Responding to the Health Needs of Slum Dwellers in New urban Settings*”, en el cual se analiza la situación de las barriadas urbanas en los nuevos asentamientos urbanos (e.g. hacinamiento, insalubridad, carencia de servicios públicos, contaminación,

violencia, etc.), se exploran las oportunidades de colaboración para su mejoramiento y se proponen una serie de recomendaciones para su desarrollo (véase Cuadro 2). En este sentido, el documento enfatiza el papel de la gobernanza en las condiciones laborales y de vida y de estas sobre la salud, y cómo para lograr mejoras en ésta última es necesario realizar intervenciones en los múltiples niveles de gobierno (nacionales, subnacionales y locales) y bajo un enfoque participativo de gobernanza que asegure el estado de derecho, la transparencia, la rendición de cuentas, la equidad y la efectividad y eficiencia de las políticas públicas.

Mensaje 1

La urbanización debe ser benéfica para la salud. En general, las naciones que tienen altas expectativas de vida y bajas tasas de mortalidad infantil son aquellas donde las políticas y los líderes gubernamentales (políticos) de las ciudades atienden los principales determinantes sociales de la salud. En los países en desarrollo una buena gobernanza local puede llegar a producir una expectativa de vida de 75 o más; una mala gobernanza urbana puede reducir la expectativa de vida hasta 35 años.

Mensaje 2

Las mejores condiciones de vida y vivienda, el acceso al agua potable, los sistemas de gestión de residuos sólidos eficientes, barrios y ambientes laborales seguros, seguridad alimentaria y acceso a los servicios (e.g. educación, salud, bienestar, transporte público, cuidado infantil) son ejemplos de determinantes sociales de la salud que pueden ser atendidos a través de una buena gobernanza.

Mensaje 3

La falla de la gobernanza en las ciudades de hoy, ha resultado en el crecimiento de asentamientos informales y barriadas, lo que constituye un ambiente de vida y trabajo insalubre para un billón de personas.

Mensaje 4

Una agenda de salud creíble debe beneficiar a toda la población en las ciudades, especialmente a los pobres urbanos quienes viven en asentamientos informales. Hay incontables ejemplos de cómo los gobiernos locales han trabajado en conjunto con los pobres urbanos para mejorar sus condiciones de vida y salud a través de toda la ciudad y establecer medidas para atender la creciente población urbana.

Mensaje 5

El llamado urgente para la acción que hacen los acuerdos internacionales para reducir la pobreza, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre otros, sólo puede ser realizado a través de estrategias nacionales que incluyan un enfoque urbano e involucren a los gobiernos locales y a los pobres urbanos.

Mensaje 6

La necesidad de atender las desigualdades en las áreas urbanas es evidente incluso en los países de altos ingresos. La planeación y el desarrollo urbano son las claves para crear ambientes físicos y sociales adecuados para la salud y la equidad en la salud. El sector salud necesita entablar relaciones con muchos otros sectores para realizar un amplio espectro de intervenciones.

Mensaje 7

La mitad de la población mundial vive en asentamientos urbanos. Lograr una urbanización saludable en todos los países es una responsabilidad global y compartida. La eliminación de condiciones de vida excluyentes requerirá recursos (ayudas, préstamos, inversiones privadas) por parte de los países más opulentos. La financiación requerida es de alrededor de \$200 billones de dólares al año, que no es más que el 20% del crecimiento anual del PIB en los países de altos ingresos.

Mensaje 8

Un fuerte compromiso político para una mejor gobernanza urbana es crucial. La mera proporción de fondos adicionales para mejorar las condiciones de vida excluyentes no tendrá impacto alguno si la gobernanza no es mejorada.

Si bien a partir de este, y otros documentos elaborados por la KNUS, se desprenden una serie de recomendaciones para la acción (e.g. formular políticas de vivienda y planeación urbana, asegurar un ambiente de vida urbano sano, promover la acción comunitaria, asegurar el acceso y la calidad de los servicios de salud urbana y desarrollar liderazgos y capacidades entre los pobres urbanos), nos interesa enfatizar la gobernanza urbana saludable; la cual implica poner a la salud y al desarrollo humano en el centro de las políticas y acciones del gobierno en relación con la urbanización. Para lograr esto, es necesario:

- Reconocer el papel crítico y catalizador que juegan los gobiernos locales en asegurar la adecuada provisión de servicios básicos, el acceso a la vivienda y al cuidado de la salud, así como, ambientes urbanos más seguros y saludables en donde la gente vive, trabaja, juega y aprende.
- Promover y apoyar los esfuerzos comunitarios de los pobres urbanos para que obtengan

control sobre sus circunstancias y recursos que necesitan para desarrollar mejores ambientes de vida.

- Desarrollar mecanismos para conjuntar a los sectores público, privado y social, y definir los papeles y mecanismos para apoyar la capacidad de gobernanza, tanto de los actores internacionales como nacionales.
- Obtener y usar recursos (apoyos, inversiones, préstamos) de los actores principales para asegurar un balance entre el desarrollo económico, político, social y cultural y establecer mecanismos de apoyo a la gobernanza que permitan a las comunidades y gobiernos locales formar alianzas para construir asentamientos humanos saludables y seguros en las ciudades.

En este sentido, cabe destacar que al interior de la KNUS existe el consenso y el compromiso de todos sus miembros de crear un espacio político a nivel global que impulse la salud pública en un mundo de rápida urbanización, para lo cual

es necesario: (1) promover la incorporación de dimensiones de equidad tradicionalmente no relacionadas con la salud en las políticas de salud pública (e.g. políticas de tenencia y uso del suelo, derechos humanos, etc.), (2) articular conexiones entre la salud y otros sectores (e.g. transporte, vivienda, servicios públicos) usando datos y situaciones locales, (3) apoyar regulaciones para proteger a las personas de riesgos y amenazas en el trabajo, las escuelas y sus comunidades, (4) incorporar al sector salud en los procesos políticos que impactan sobre los determinantes sociales (e.g. prevención de la violencia, empleo, desarrollo infantil, equidad de género, etc.). Un ejemplo de esto es la iniciativa Urban HEART, la cual es una herramienta que ayuda a los ministerios de salud (nacionales y locales) a desarrollar mejores respuestas en asuntos de salud urbana mediante un proceso de diagnóstico bien definido, que facilita la formulación de respuestas específicas que son monitoreadas constantemente y que

permiten una evaluación del estado que guarda la salud tanto al interior de las ciudades como entre las ciudades.

Finalmente, una vez conformados los círculos locales de avanzada, se tienen planeado: (1) establecer una sociedad entre UN-Habitat y la OMS para apoyar acciones en salud urbana tales como aprendizaje de ciudad a ciudad, elaboración de un reporte conjunto sobre Urbanización Saludable, colaboración para el Foro Global sobre Urbanización Saludable (2010); (2) crear una nueva red sobre salud urbana, la Red Global de Urbanización Saludable (HUG-NET, por sus siglas en inglés); (3) realizar pruebas piloto de la iniciativa Urban HEART con los ministerios de salud de diversos países; y (4) relacionar la promoción de la salud con los objetivos de salud urbana de la 7ª Conferencia Global sobre Promoción de la Salud a celebrarse en Nairobi en 2009.

La salud urbana y los determinantes sociales de la salud en el contexto del plan estratégico de la OPS/OMS 2008 – 2013

Dr. Juan Eduardo Guerrero

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

La Agenda de Salud para las Américas es el instrumento regional de más alto nivel de la OPS que formaliza el compromiso de los países miembros con una política de salud sustentada en la protección de los derechos humanos; la universalidad, accesibilidad e inclusión social en los servicios de salud que se proporcionen; y en la búsqueda por lograr la equidad en salud de la población. Para lograr esto la OPS formuló el Plan Estratégico 2008-2017, el cual es la herramienta programática e institucional que define los objetivos, metas y áreas de acción que permitirán alcanzar los propósitos delineados en la Agenda (véase Cuadro 1).

Cuadro 1. Objetivos del Plan Estratégico de Salud 2008-2017

1. Reducir la carga sanitaria social y económica de las enfermedades transmisibles.
2. Combatir VIH/SIDA, malaria y tuberculosis (TBC).
3. Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
4. Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el período neonatal, la infancia y la adolescencia; mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las personas.
5. Reducir las consecuencias para la salud de las emergencias, desastres, crisis y conflictos, y minimizar su impacto social y económico.
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. 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. 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. Mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida, y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.
10. Mejorar la organización, gestión y prestación de los servicios de salud.
11. Fortalecer el liderazgo y la evidencia científica de los sistemas de salud.
12. Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.
13. Asegurar la existencia de un personal de salud disponible, competente, capaz de responder a las necesidades con miras a mejorar los resultados sanitarios.
14. Extender la protección social mediante una financiación equitativa, suficiente y sostenible.
15. Ejercer liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otros actores para cumplir el mandato de la OPS/OMS de hacer avanzar el Programa de Acción Sanitaria Mundial, consignado en el Décimo primer Programa General de Trabajo de la OMS, y la Agenda de Salud para las Américas.
16. Desarrollar y mantener a la OPS/OMS como una organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.

La Salud en Latinoamérica y el Caribe

Desde la década de 1980, con las reformas neoliberales y la globalización, los países de la Región se encuentran inmersos en un proceso de cambios económicos que han tenido diferentes impactos; si bien es cierto que la Región ha experimentado un crecimiento económico y una disminución relativa de la pobreza, ésta se ha incrementado en términos absolutos, al igual que las desigualdades económicas al interior de los países; haciéndolos altamente vulnerables a las crisis políticas y económicas, así como, frente a los fenómenos naturales.

Por otro lado, el contexto demográfico también se ha modificado sustancialmente; por un lado

cerca del 80% de la población vive en las ciudades, por otro, se puede observar una desaceleración del crecimiento poblacional, el cual conjuntamente con el aumento de la esperanza de vida hace que las sociedades latinoamericanas empiecen a tener un perfil demográfico con creciente proporción de adultos mayores.

Estas condiciones socioeconómicas y demográficas tienen un impacto sustantivo en la salud de la población latinoamericana. Por un lado la mortalidad infantil ha disminuido, aunque existen importantes diferencias relacionadas con factores determinantes, por otro lado, también se registra una disminución de enfermedades

transmisibles, las cuáles han sido reemplazadas por otras enfermedades crónicas no transmisibles y las lesiones principales causas de muerte y como mayor causa de carga de enfermedad. Los más pobres son los más afectados.

La Naturaleza Social de la Salud

El contexto anterior ha llevado a la OMS en general y a la OPS en particular a asumir que la salud no es un acontecimiento sólo del orden bionatural que acontece en el ámbito individual, sino que por su propia naturaleza es una resultante de las complejas y cambiantes relaciones e interacciones entre la individualidad biológica de cada uno y su entorno y condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político; es decir, enfermamos y morimos en función de la forma como vivimos, nos alimentamos, nos reproducimos, trabajamos, nos relacionamos, nos educamos, nos movilizamos, desarrollamos nuestras capacidades y enfrentamos nuestras limitaciones.

Este es el enfoque de *determinantes sociales de la salud*, el cual busca enfocar las políticas de salud no en cómo nos enfermamos o morimos sino en cómo vivimos. Por esto el enfoque propone centrar las acciones de salud en incrementar las capacidades del Estado tanto a nivel nacional como local, empoderar a la población otorgándole voz y voto en el proceso de elaboración de políticas públicas, y en procurar la intersectorialidad, consensos y acciones sinérgicas al interior de los gobiernos y entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil.

Esto nos permitirá llevar a nuestras sociedades a un estado de salud en donde: ningún niño y adulto mayor viva con hambre, no ocurran muertes prevenibles de madres y niños, existan mecanismos que permitan asegurar el adecuado crecimiento y desarrollo del potencial neurológico, físico y afectivo de los menores de tres años, el ingreso familiar no sea puesto en riesgo por problemas de salud y no se pierdan vidas humanas por lesiones externas.

La Agenda de Salud para las Américas y los Determinantes Sociales de la Salud

Es este contexto el que ha llevado a la OPS a formular una Agenda de Salud para las Américas que contemple como principales áreas de acción: (1) fortalecer la autoridad sanitaria, (2) fortalecer la solidaridad y la seguridad sanitaria, (3) abordar los determinantes de la salud, (4) disminuir las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos, (5) aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología, (6) reducir los riesgos y la carga de enfermedad, (6) aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad, y (7) fortalecer la gestión y desarrollo de las personas que trabajan por la salud.

Para traducir estas áreas en acciones concretas, cada uno de los países de la Región debe analizar cómo se manifiesta localmente la determinación social de la salud y cómo el estudio de estos determinantes se relaciona con la promoción de la salud y con la formulación de políticas públicas en contextos urbanos.

Caminando hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas

Dra. Marilyn Rice

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

El documento de referencia refleja el compromiso de la OPS/OMS de apoyar a los Estados Miembros en la articulación y construcción de un marco de acción en salud urbana que incluya la búsqueda de alianzas multisectoriales, así como el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El enfoque de equidad en salud urbana implica una reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan.

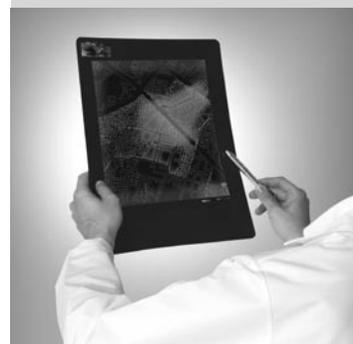
Este documento de referencia para la primera reunión del Foro Regional de Salud Urbana presenta, además de los antecedentes más significativos en el estudio de la salud urbana a nivel global y regional, y los esfuerzos hechos hasta la fecha por parte de la OPS, un compendio de los grandes desafíos en términos de salud urbana en las Américas y una discusión de los conceptos básicos más importantes. Entre estos, se destacan “lo urbano” (las zonas del centro y periferias de las ciudades) y “urbanización” (el complejo proceso mediante el cual la ciudad crece, cambia e influencia la salud).

Con fines metodológicos y de eventual intervención, el presente escrito concibe la salud urbana como aquella rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades, sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas. Este enfoque amplía la perspectiva de ambiente-salud-enfermedad y apunta hacia la necesidad de abordar también los “determinantes” sociales, económicos y políticos de la

salud. Por otra parte, reconociendo que el tema de la salud urbana ha sido antes metodológicamente estudiado, se presenta aquí un resumen de los más destacados marcos conceptuales utilizados en el abordaje de las oportunidades y desafíos que presenta la salud urbana. Estos marcos, reconocen la complejidad del proceso multinivel por medio del cual los determinantes y los distintos actores juegan un papel crítico en la determinación de la salud de los residentes urbanos.

Adicionalmente este documento refleja la forma en que la OPS/OMS ha abordado el tema de la salud urbana en las Américas enfocándose en tres temas principales: 1) la gobernabilidad, 2) la métrica de salud urbana, y 3) los determinantes de la salud y la equidad. La gobernabilidad en salud urbana se refiere a los procesos de toma de decisiones, la movilización y el uso de recursos, el grado o calidad de gobierno, y la capacidad de diseñar, implementar y evaluar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos. Se incluye aquí la forma en que los niveles de participación y descentralización, las innovaciones sociales y los intereses de los diversos actores afectan la salud urbana. La métrica de salud urbana se refiere a la determinación de indicadores e instrumentos de recolección de información adecuados para el análisis de la salud urbana en términos de calidad de vida, desigualdades sociales, desagregación por áreas suburbanas, identificación de áreas y grupos de población prioritarios, y programación y evaluación del

desempeño de programas. Entre los determinantes sociales, económicos y ambientales de salud urbana aquí tratados se encuentran la pobreza y las inequidades, la migración, el empleo, los servicios públicos, los sistemas de información, la violencia urbana, los desastres naturales y los causados por la (in)acción humana. Finalmente, el enfoque de equidad en salud urbana implica orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan.



III. Gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas: ponencias



Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: De la salud al desarrollo humano sostenible.

Dr. Trevor Hancock

Consultor en Salud Pública. Ministerio de Salud. British Columbia, Canadá

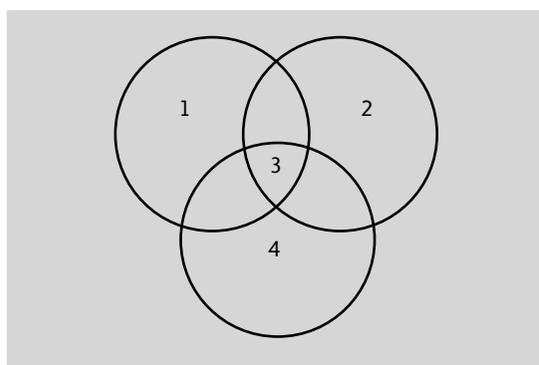
Resumen: Una ciudad saludable es aquella que ofrece las condiciones necesarias para que los individuos que viven en ella desarrollen todo su potencial. Para lograr esto la gobernanza de una ciudad se debe basar en la participación de todos los involucrados para la formulación, implementación, medición y evaluación de políticas públicas orientadas hacia el desarrollo del capital social, económico y natural, es decir, hacia el desarrollo humano sostenible.

Palabras clave: gobernanza, potencial humano, capital social, capital natural, capital económico, desarrollo humano sostenible.

“Una ciudad saludable es aquella que crea y mejora continuamente sus ambientes, físicos y sociales, y amplía los recursos comunitarios que hacen posible que las personas se apoyen mutuamente en el desempeño de todas sus funciones de vida y en el desarrollo de su máximo potencial” (Hancock y Duhl, 1986). En este sentido, es importante entender que el “máximo potencial” no sólo abarca el ámbito de la salud humana, sino va más allá incorporando el “desarrollo de motivaciones, inteligencia, bienestar social y emocional, ética y moralidad y

un sentido de responsabilidad cívica” (CHPPP) así como salud, bienestar, creatividad e innovación; la suma de estas capacidades individuales es lo que se conoce actualmente como capital humano. El desarrollo de este capital humano sólo se logrará si las políticas o modelos de desarrollo se enfocan simultáneamente a incrementar el capital social⁶, económico y natural en el que se desenvuelven las sociedades (véase Figura 1). Es aquí donde se encuentra el principal reto de la gobernanza para las ciudades de hoy.

FIGURA 1. Capital Comunitario



- 1 Capital Social
- 2 Capital Natural
- 3 Capital Humano
- 4 Capital Económico

⁶ El capital social es la “riqueza” que tiene sus raíces no en el individuo sino en las relaciones que surgen entre las personas de una comunidad, ciudad o nación. Este capital social puede ser de tres tipos informal (e.g. redes sociales que cohesionan a una comunidad), formal (e.g. grandes inversiones en programas sociales) e invisible (e.g. infraestructura legal, política y constitucional).

Este reto sólo puede ser enfrentado con una gobernanza urbana que: (1) incluya a todos los involucrados en la ciudad (gobierno, sector privado, comunidad e individuos), (2) incida en las políticas privadas (e.g. servicios financieros, régimen alimentario) que tienen repercusiones en el desarrollo humano, (3) empodere a las comunidades y a los ciudadanos, (4) acuerde colectivamente tanto los problemas (o asuntos) comunes como la forma en que estos deberán ser atendidos, y (5) mida y evalúe los impactos que las políticas públicas y privadas tienen en el desarrollo humano.

Para lograr una gobernanza urbana⁷ de este tipo es necesario: (1) asegurar que el liderazgo político de la comunidad esté centrado en el desarrollo humano sostenible, (2) debatir con-

juntamente, con todos los sectores de la sociedad, qué se entiende por desarrollo humano sostenible, (3) establecer mecanismos formales que aseguren la continuación del debate, (4) definir métodos de medición del desarrollo humano sostenible y difundir sus resultados entre todos los ciudadanos, (5) evaluar integralmente los impactos de las políticas y prácticas (públicas y privadas) en las cuatro formas de capital, (6) desarrollar mecanismos formales que permitan a los gobiernos de las ciudades realizar evaluaciones de impacto integrales de las políticas públicas que tengan, o puedan tener, repercusiones importantes sobre el desarrollo humano, y (7) promover la incorporación de evaluaciones de impacto integrales de las políticas del sector privado.

7 En este contexto se entiende por gobernanza urbana a la “suma de las muchas maneras en que individuos e instituciones públicas y privadas, planean y administran los asunto de la ciudad” (UN-Habitat, 2002)

Buena gobernanza, gobernabilidad y políticas públicas dirigidas hacia la atención de los retos de salud en las megaciudades y grandes aglomeraciones urbanas en la región de la OPS/OMS

Dr. Fritz Wagner

Universidad de Washington (Estados Unidos)

Resumen: En las ciudades de la Región podemos observar que el gobierno y los grupos de interés son quienes dominan la formulación de la agenda de gobierno excluyendo del proceso de toma de decisiones a la mayoría de la población, lo que en el caso de las megaciudades las ha llevado a la ingobernabilidad. En el sector salud esta situación se traduce en servicios de salud descoordinados y enfocados al tratamiento, desarrollo de políticas públicas que no consideran los determinantes sociales prevaletentes y exclusión de las acciones realizadas por la sociedad civil. A pesar de esto existen ciertas potencialidades (e.g fuertes lazos sociales, pactos económicos regionales, servicios de salud relativamente desarrollados), que ofrecen la posibilidad de modificar esta situación. Esto nos lleva a considerar una serie de preguntas y recomendaciones que, se espera, ayuden a definir el papel y las acciones a desarrollar en el futuro por el Foro.

Palabras clave: gobernanza, ingobernabilidad, retos de salud.

Gobernanza y gobernabilidad de las ciudades

En términos generales podemos concebir a la gobernanza como “el proceso en el cual se toman decisiones y se define si éstas son implementadas o no”, así el concepto de gobernanza se puede aplicar prácticamente a cualquier sector (público, privado o social). Si deseamos acotar el concepto a una esfera netamente pública podemos concebir a la gobernanza tal y como la define el Banco Mundial, es decir, como “el ejercicio de la autoridad política y el uso de los recursos institucionales para gestionar los problemas y asuntos de la sociedad”. En este

sentido el concepto de gobernanza no sólo trasciende la visión tradicional del ejercicio del proceso de gobierno como monopolio del poder ejecutivo sino que lo abre para incluir:

- Los procesos mediante los cuales los gobiernos son seleccionados, monitoreados y reemplazados.
- La capacidad del gobierno para formular e implementar políticas integrales efectivamente.

- El respeto de los ciudadanos y del Estado por las instituciones que gobiernan las interacciones sociales y económicas.

Así, el concepto de gobernanza deja de concebir al gobierno (particularmente al poder ejecutivo) como el actor central del proceso de gobierno, para convertirlo en un actor más. Por esto, en una situación ideal de gobernanza hablamos de que ésta debe estar orientada al consenso, ser participativa, equitativa e inclusiva, asegurar el estado de derecho, responsable, abierta a la rendición de cuentas, transparente, efectiva y eficiente. Uno de los principales efectos de este tipo de gobernanza es la posibilidad de reducir la corrupción pública, ya que incorpora la voz y el voto de las minorías y de los sectores más vulnerables de la población en el proceso de toma de decisiones públicas y hace evidente la necesidad de que las políticas y programas públicos no sólo consideren las necesidades presentes sino también las futuras.

La gobernanza en las ciudades

El proceso de gobernanza en las ciudades contemporáneas es resultado de la interacción entre la población, el gobierno de la ciudad (entendiendo a este último como al alcalde conjuntamente con el consejo de la ciudad) y aquellos grupos de poder que impulsan sus intereses particulares.

En las ciudades de los países en vías de desarrollo, este proceso de gobernanza toma la forma de dos modelos. En el primer modelo, el gobierno de la ciudad es el que dicta las políticas, aunque puede ser que no las implemente totalmente. En el segundo modelo los intereses particulares son los que definen las políticas, transformando al gobierno de la ciudad en un

mero ejecutor de ellas. Lo importante a resaltar en ambos modelos es que las personas que habitan en la ciudad tienen un papel mínimo o nulo en el proceso de elaboración de las políticas.

Por esto es necesario, previo a cualquier intervención, determinar la situación de gobernanza que impera en cada ciudad en particular, para lo cual es necesario analizar: (1) el papel y estilo de liderazgo del alcalde, (2) la situación, presente y futura, de la participación social, (3) existencia de procesos de revisión democrática a través de consultas u otros mecanismos para desarrollo de consensos, (4) dinámica política de la ciudad, analizando particularmente la existencia y peso de los intereses particulares, (5) capacidad técnica y de gestión del municipio y las agencias aliadas.

Gobernanza y retos de salud en megaciudades y grandes aglomeraciones urbanas

Las megaciudades y las grandes aglomeraciones urbanas se encuentran inmersas en una compleja dinámica sociocultural caracterizada por la migración interna y transnacional, el constante incremento de acceso a la información, la creciente alfabetización, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, las culturas juveniles emergentes, la estratificación étnica, política y/o religiosa, etcétera. Esto ha producido que las ciudades presenten: crecimiento urbano sumamente rápido, incrementos dramáticos en la densidad de la población, infraestructura urbana sobrecargada, crecimiento de la economía informal, creciente pobreza, incremento en las tasas de criminalidad y altos niveles de fragmentación social. Esta

situación junto con la falta de capacidades técnicas, administrativas y de gestión, la carencia de una gobernanza participativa, la presión de agencias nacionales sobre el gobierno de la ciudad, la creciente demanda por servicios públicos, y el constante desarrollo de nuevos problemas tanto sociales como económicos ha hecho a estas ciudades ingobernables.

En el sector salud, esta incapacidad de gobernar a las megaciudades se hace evidente cuando se observa: (1) la falta de una acción coordinada e integral entre los servicios de salud (públicos y privados) proporcionados a nivel local los cuáles se enfocan al tratamiento (curación) de las enfermedades, frente a las acciones de prevención promovidas por las agencias nacionales y algunas organizaciones no gubernamentales, (2) la inexistencia de mecanismos de incorporación y formalización en los sistemas de salud urbana de las acciones realizadas por las ONGs y la sociedad civil, y (3) el análisis de los determinantes sociales de la salud no son incorporados en el desarrollo de las políticas y programas de salud urbanos.

Esta ingobernabilidad de la salud urbana afecta principalmente a los sectores más pobres de la ciudad, ya que estos se encuentran en una situación más vulnerable a la explotación y manipulación política, la intranquilidad social, el extremismo, la violencia, el crimen y la drogadicción; por lo que estos sectores son el gran reto de la salud urbana. Sin embargo, el sector salud (tanto nacional como local) no tiene los datos y la información necesaria para evaluar y comparar las desigualdades en salud al interior de las ciudades.

A pesar de los problemas, conflictos y debilidades hasta aquí expuestos, existen fortalezas

y potencialidades, que pueden impulsar el cambio hacia una mejor salud urbana, estas son: (1) una tradición democrática y de fuertes lazos sociales, (2) la presencia de muchos pactos económicos y de cooperación que pueden permitir el desarrollo de una red de apoyo entre ciudades, (3) servicios de salud relativamente desarrollados, y (4) un gran número de centros urbanos, centros de investigación y universidades en la región.

Preguntas y recomendaciones a considerar por parte del Foro Regional de Salud Urbana.

La situación expresada anteriormente hace necesario que en el Foro se planteen cuatro preguntas:

- ¿Las actividades y servicios de salud que existen actualmente en las ciudades responden a los problemas de salud que se presentan en su población?
- ¿La gobernanza en la ciudad brinda a todos los involucrados los medios y posibilidades para manejar satisfactoriamente sus preocupaciones de salud?
- ¿Los determinantes sociales de la salud están relacionados formalmente con la formulación e implementación de las políticas y programas de desarrollo de la salud?
- ¿Qué papel puede jugar el Foro de Salud Urbana para introducir estos asuntos anteriores dentro de las prioridades de la agenda de desarrollo y de salud de las ciudades?

La respuesta a estas cuestiones permitirá evaluar si la OPS deberá enfocar sus acciones para:

- Desarrollar un perfil geográfico prototipo de la salud en las ciudades y apoyar su adaptación a las ciudades seleccionadas.

- Apoyar el desarrollo de directrices para organizar grupos de planeación comunitaria que prioricen el cuidado de la salud.
 - Desarrollar nuevos marcos analíticos para la comprensión de los resultados en materia de salud en las zonas periféricas.
 - Colaborar con los programas, centros e instituciones regionales que realizan trabajos sobre salud y desarrollo urbano.
 - Desarrollar un directorio de las universidades, instituciones y centros urbanos claves en la Región.
 - Elaborar una lista de seis u ocho instituciones de la Región relacionadas con el desarrollo urbano para establecer una Red de Intercambio de Conocimiento y un Observatorio de Salud Urbana Regional.
 - Desarrollar directrices, guías y modelos para desarrollar capacidades en gestión de la salud, medio ambiente, gobernanza, etc., esto a través de la Red de Intercambio de Conocimiento.
 - Conectar y coordinar las actividades de la Red de Intercambio de Conocimiento con el trabajo de la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud (OMS).
 - Colaborar con otras regiones de la OMS y otras agencias donantes como el Banco Mundial.
- La respuesta a estas interrogantes permitirá formular una estrategia de salud urbana regional mucho más acabada. Mientras tanto, se recomienda que el Foro realice las siguientes acciones:
- Emitir urgentemente una resolución sobre la salud urbana por parte del Comité Regional de la OPS.
 - Incrementar la promoción y concienciación sobre el tema entre el Director de la OPS y los líderes nacionales e internacionales de salud de la región.
 - Movilizar recursos financieros.
 - Crear un foro anual de alcaldes en la región, en el cual la OPS/OMS proporcione soporte técnico.
 - Invitar a dos o tres figuras políticas de alto perfil en la región para que aboguen por los pobres urbanos e incrementen la atención sobre la salud humana.
 - Desarrollar un directorio de donantes y fundaciones que destinan apoyos para el desarrollo urbano y las agendas de salud.

Salud urbana

Dr. David Vlahov

New York Academy of Medicine (Estados Unidos)

Resumen: La salud urbana es un objetivo fundamental en la gestión de las ciudades contemporáneas. Para alcanzar este objetivo es necesario ver al proceso de urbanización como generador de ventajas y desventajas para la salud, lo que permitirá identificar los determinantes sociales que se deben modificar, las intervenciones que se deben realizar y los modelos de gobernanza que se deben promover para mejorar la salud urbana.

Palabras clave: urbanización, ventajas y desventajas para la salud, gobernanza.

Por primera vez en la historia de la humanidad más de la mitad de la población es urbana, y se estima que para el año 2050 tres cuartas partes de la población mundial vivirá en las ciudades (UN-Habitat, 2003). Gestionar adecuadamente las ciudades es el gran reto de la humanidad para el siglo XXI, siendo una de las principales cuestiones de este reto la salud dentro de las ciudades. Así la salud urbana se convierte en un objetivo a ser alcanzado, o por lo menos deseado, y éste sólo se realizará si impulsamos iniciativas al interior (micro-ur-

banas) y a través (meso-urbanas) de los barrios que reconozcan y atiendan la diversas tendencias nacionales, internacionales y globales (macrouurbanas) que se prevén para el presente siglo (véase Cuadro 1); es decir la salud urbana tiene que reconocer que existen múltiples niveles de intervención, y que es necesario integrar desde las pequeñas ciudades hasta las megalópolis a través de un *continuum* de variaciones en tamaño, densidad, diversidad y complejidad.

Cuadro 1. El Cambio Climático y las Ciudades

En las próximas décadas las ciudades sufrirán cambios climáticos importantes (incrementos en la temperatura, precipitaciones, la frecuencia de las olas de calor, etc.) debido al calentamiento global, lo que tendrá grandes impactos negativos en la salud de sus habitantes. Se presentarán muertes y enfermedades relacionadas con los cambios de temperatura, se incrementará la contaminación atmosférica, habrá una reducción drástica en la cantidad de agua y comida disponible, etcétera. Esto, a su vez, afectará drásticamente nuestros estilos de vida, por ejemplo, reduciendo las actividades diurnas y al aire libre.

La salud urbana: tres diferentes perspectivas

Lo anterior nos obliga a desarrollar un marco de análisis e interpretación que nos permita identificar los factores clave que afectan la salud y formular soluciones que la mejoren. En este sentido existen tres perspectivas que analizan la relación entre ciudad y salud de diferente forma: (1) la urbe como carga o castigo para la salud, (2) la expansión desorganizada de la urbe y (3) la urbe como ventaja para la salud (véase Cuadro 2).

Como es evidente, las dos primeras perspectivas enfatizan los aspectos negativos de las ciudades sobre la salud, mientras que la tercera resalta los positivos. Esto nos hace pensar que la perspectiva adecuada para gestionar la salud en las ciudades es aquella que sea capaz de balancear entre las cargas y las ventajas que las urbes imponen a sus habitantes.

Cuadro 2. La Relación entre Ciudad y Salud: tres diferentes perspectivas

La urbe como carga para la salud

Esta perspectiva ve al proceso de urbanización como un generador de desventajas para la salud humana, especialmente para los pobres urbanos. Afirma que las ciudades exponen a sus residentes a ambientes insalubres y aceleran procesos de migración de las clases medias y transferencia de las fuentes de empleo hacia los suburbios de la ciudad; condiciones que aumentan la exclusión y dificultan el acceso de los pobres hacia mejores condiciones de vida. En realidad esto es lo que está ocurriendo actualmente en los países, donde podemos observar un crecimiento de la población urbana y un crecimiento más acelerado de la población urbana en desventaja.

La expansión de la urbe y la salud

Las ciudades contemporáneas muestran una acelerada expansión territorial hacia los suburbios de las ciudades, lo que ha producido un: (1) incremento en la utilización del automóvil, lo que a su vez provoca una mayor contaminación y un incremento en los accidentes automovilísticos, (2) estilo de vida sedentario, lo que incrementa la obesidad y la diabetes, (3) aislamiento social, dificultando las relaciones sociales y reduciendo el capital social de las ciudades. Como podemos observar, esta perspectiva enfatiza los fenómenos que ocurren a partir de la expansión de la ciudad en detrimento de los procesos que ocurren al interior de la ciudad, como lo es el fenómeno del crecimiento vertical en las ciudades (incremento en la cantidad de edificios), el cual se ha acelerado en los últimos años debido al incremento en los precios del suelo.

Cuadro 2. La Relación entre Ciudad y Salud: tres diferentes perspectivas

La urbe como ventaja para la salud

Esta perspectiva asume que la ciudad genera ventajas indiscutibles para la salud de sus habitantes debido a que facilita: (1) el apoyo social y el acceso a los servicios sociales, (2) el ingreso a instalaciones de cuidado de la salud, (3) el acceso y la exposición a la diversidad cultural de otros grupos sociales, y (4) la proximidad con la prosperidad de otros grupos. Esto resulta en menores tasas de mortalidad, mayores posibilidades de éxito educativo y de acceso al mercado laboral, etc. Como es evidente esta perspectiva destaca una visión positiva de la ciudad, asume que la diversidad cultural no implica un choque para sus individuos sino que incrementa sus posibilidades, y que las desigualdades en los ingresos facilitan la distribución de los mismos.

La gobernanza de las ciudades para la salud

Para lograr esto, es necesario que la gobernanza de las ciudades, entendiendo a esta como el proceso de planeación y gestión de los asuntos comunes de la ciudad, debe reconocer que existen múltiples niveles de influencia sobre la salud de la población, por lo que la única forma de identificarlos y atenderlos adecuadamente es mediante la participación activa de los diversos involucrados. Sin embargo, es importante notar que no es posible desarrollar un modelo de gobernanza general y aplicable a todas las ciudades, ya que sus diferentes características hacen necesario crear fórmulas y mecanismos *ad hoc* a cada situación; por ejemplo en el caso de Nueva York, el modelo de gobernanza de la ciudad se sustenta en la confrontación entre los diferentes adversarios, quienes buscan influir de diversas formas en la opinión pública y, así, en la agenda de gobierno del alcalde.

A pesar de esto, es posible identificar ciertas recomendaciones generales que facilitarían una gobernanza dirigida hacia el mejoramiento de la salud urbana. Primero, las intervenciones en salud urbana se deben enfocar en modificar las condiciones de vida de sus habitantes (los determinantes sociales de la salud), mediante el uso de tres instrumentos básicos, que se sabe tienen impactos sustantivos en la mejora de la salud: (1) las transferencias condicionadas de dinero, (2) el presupuesto participativo, y (3) el diseño urbano. Segundo, es necesario identificar actores o instituciones (e.g. UN-Habitat) que funcionen como puentes de comunicación entre los diferentes involucrados. Tercero y último, incrementar las facultades de los departamentos de salud para introducir los asuntos en la arena pública y, así, facilitar el apoyo de los alcaldes.

Aportes para un debate conceptual y operacional del derecho a la salud

Dr. Fernando Borgia

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Uruguay)

Resumen: La salud es un derecho, cuyo ejercicio está determinado por la garantía de otros derechos humanos. Esto significa que estos derechos son indivisibles, multidimensionales e intersectoriales. Este enfoque obliga a los Estados y sus gobiernos a asumir la responsabilidad de establecer y asegurar las condiciones necesarias para que el goce de estos derechos sea efectivo. Esto solo se logrará si los gobiernos se comprometen a establecer una gobernanza sustentada en la participación ciudadana, el monitoreo sistemático e integral de las políticas y la constante rendición de cuentas.

Palabras clave: derechos humanos, salud como derecho, rendición de cuentas, participación social.

En 1966 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) discute y aprueba dos pactos internacionales: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el primero de ellos establece en su artículo doce el derecho a la salud física y mental. Sin embargo, por el contexto sociopolítico de la época, este artículo tenía un enfoque fuertemente asistencialista, claramente centrado en el tema de la prestación de servicios de salud; por lo que en

el año 2000, a iniciativa de la OMS, se discute y aprueba la observación general número catorce, la cual es una ampliación consensuada sobre el significado de este artículo. Este hecho aunado con la aprobación, por parte de la Asamblea Mundial de la Salud, de la iniciativa de determinantes sociales de la salud, conforman un impulso por vertebrar acciones en dirección a un enfoque más social de la salud (véase Cuadro 1).

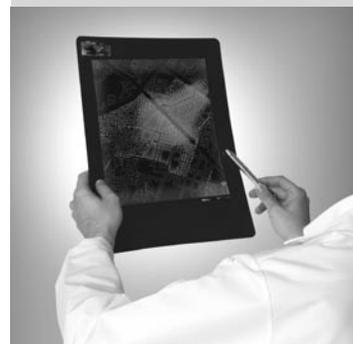
Cuadro 1. La Medicina Social en América Latina

En América Latina la discusión sobre los ahora denominados, determinantes sociales de la salud tiene su origen en la década de 1960, cuando las teorías sociales marxistas, cepalinas, y críticas (Foucault, Marcuse, etc.) imperaban en la Región, y que dio por resultado una propuesta que generaba una mirada y un discurso diferente con respecto a la salud, propuesta que se terminó conociendo como medicina social y que dio pie a la formación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

Sin embargo, estas iniciativas, modificaciones e impulsos son insuficientes si consideramos que el derecho a la salud sólo se realiza si los Estados garantizan el ejercicio en conjunto de los derechos humanos. Esto significa que (1) los derechos son indivisibles, multidimensionales e intersectoriales, (2) que el Estado debe garantizar progresivamente el respeto y la realización de estos derechos, es decir, un alto o un retroceso en la consecución de estos significa una violación grave a los mismos, (3) los Estados están obligados tanto a rendir cuentas ante la ONU y ante la sociedad como asegurar el acceso a la información, con el fin de facilitar otras interpretaciones de los problemas, las políticas y de la realidad social y, finalmente, (4) los Estados están obligados proteger estos

derechos frente acciones de terceros, es decir, en el caso de la salud, los gobiernos deben estar atentos a los procesos de producción, distribución y propaganda de bienes y productos que pueden tener efectos nocivos para la salud.

Esto tiene importantes implicaciones para la gobernanza y la métrica de la salud en las ciudades. Por un lado, los Estados y sus respectivos gobiernos (a todos los niveles) están obligados a incorporar en el proceso de toma de decisiones a sus ciudadanos; por otro lado, al asumir la indivisibilidad de los derechos tenemos que pensar en un conjunto de métricas que permitan analizar los problemas en forma igualmente interdependiente.



IV. Métricas en salud urbana: ponencias



Métricas de Salud Urbana: Reporte de evidencias, cuestiones clave y recomendaciones basadas en la evidencia

Dr. Chris Gibbons

Johns Hopkins Urban Health Institute (Estados Unidos)

Resumen: Desarrollar un conjunto de métricas en salud urbana, implica primeramente contar con un marco conceptual que las articule. En el debate de la medición de la salud urbana predominan dos enfoques: el epidemiológico y el de gestión estratégica. Considerando que ambos enfoques tienen fortalezas y debilidades, se recomienda un enfoque híbrido que permita desarrollar una caja de herramientas (bajo una visión multisectorial y transdisciplinaria) lo suficientemente flexible para su adaptación a los diferentes contextos urbanos de las ciudades de la Región, y que permita identificar las inequidades de salud al interior de las urbes.

Palabras clave: métricas de salud urbana, enfoques de medición, caja de herramientas, inequidades en salud urbana, transectorialidad, transdisciplinaria.

Los determinantes de la salud urbana son variados, complejos, interrelacionados y dinámicos; por esto es necesario, para alcanzar y mantener la equidad en la salud urbana, trabajar multisectorialmente y transdisciplinariamente.

Sin embargo, esta colaboración se ve dificultada por la inexistencia de un marco teórico y operativo consensuado para trabajar en cuestiones de salud urbana (véase Cuadro 1).

Cuadro 1.

Enfoques de Medición en Salud Urbana

En la medición del cambio en la salud urbana existen dos enfoques principales, el epidemiológico y el de gestión estratégica. El primero, derivado de la estadística y la epidemiología, implica contar las ocurrencias del evento de interés y relacionarlo con las personas o periodos de tiempo en que este ocurre. El segundo tiene su fundamento conceptual en la planeación estratégica, la teoría general de sistemas y la gestión organizacional, y se enfoca en reducir problemas complejos a sus componentes más simples, los cuales pueden ser usados con otros datos para alcanzar la mejor solución.

Estos enfoques tienen diversas limitaciones, entre las que destacan: (1) poca integración con la biología de la salud, (2) las mediciones no establecen una clara relación entre la enfermedad y las perspectivas de vida, (3) imprecisión de los conceptos y productos pobremente especificados, y (4) presencia del sesgo disciplinario.

Esta situación obliga a los interesados en la salud urbana a plantearse las siguientes preguntas:

- ¿El movimiento por la equidad en la salud urbana debería emplear los enfoques tradicionales de alto riesgo o poblacionales, o debería utilizar un enfoque híbrido para lograr el mejoramiento de la salud urbana?
- ¿Cuál es la mejor estrategia de medición de la salud urbana (epidemiológica, gestión estratégica, híbrida)?
- ¿La métrica debería cuantificar la magnitud y el impacto de los determinantes sociales que se presentan en las ciudades o debería cuantificar la salud de la población que vive en las ciudades?
- ¿La salud de las poblaciones puede ser totalmente caracterizada considerando únicamente el estado que guardan sus determinantes sociales de la salud?
- ¿La métrica de la salud urbana que está basada en factores contextuales (ídem determinantes sociales) debe ser desarrollada en términos de resultados de salud específicos?

La consideración cuidadosa de estas preguntas ayudará a desarrollar una métrica de alta calidad. En este sentido se recomienda:

- Utilizar un enfoque híbrido para la métrica, y no únicamente un enfoque epidemiológico.
- Permitir que los gobiernos y agencias locales determinen si emplearán un enfoque de alto riesgo u orientado hacia la población.
- Desarrollar herramientas para la capacitación y la medición para ambos enfoques.
- Incentivar el trabajo multisectorial para lograr una métrica de alta calidad en salud urbana dirigida hacia la equidad; esto se logrará solo si los líderes son capaces de incorporar en el proceso actores con diversas formaciones y perspectivas.
- Construir consensos multisectoriales y transdisciplinarios sobre la nomenclatura y el léxico relativo a la salud urbana para evitar confusiones y así lograr una métrica de alta calidad.
- Desarrollar una caja de herramientas para la métrica en salud urbana, que permita elegir entre una diversidad de herramientas aquellas que sean factibles de utilizar para cada caso específico.
- Desarrollar perfiles de salud urbana. Esto permitirá definir un grupo de características que podrían ser usadas para distinguir e individualizar.

Desarrollo de métricas para la salud urbana

Dr. Carlos Castillo-Salgado

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Resumen: En la actualidad el 80% de la población en la Región de las Américas vive en zonas urbanas. Sin embargo los modelos de intervención de salud pública aplicados en esta Región fueron diseñados para contextos netamente rurales. Esto significa que es necesario desarrollar nuevos modelos conceptuales que permitan atender los problemas de salud que surjan en este nuevo contexto. Para la medición, esto significa cambiar radicalmente el paradigma imperante, ya que es necesario diseñar nuevas métricas y sistemas de información que permitan: (1) obtener y analizar datos desagregados, e (2) incorporar medidas no tradicionales sobre rendición de cuentas y gobernanza. Esto, conjuntamente con una efectiva utilización de la tecnología disponible facilitará la comunicación y convencimiento de los diferentes involucrados para formular estrategias de intervención locales que funcionen efectivamente.

Palabras clave: métricas, desagregación de datos, rendición de cuentas, uso efectivo de las nuevas tecnologías de información.

En la actualidad, el 80% de la población en la Región de las Américas vive en zonas urbanas; si bien en un principio la urbanización tenía efectos positivos en la salud (e.g. reducción de la tasa de mortalidad), las estadísticas actuales muestran que la expectativa de vida en la Región está disminuyendo. Esto obliga a la OPS/OMS y a los gobiernos nacionales a prestar una mayor atención a la salud urbana. Esto es un gran reto, especialmente si consideramos que los modelos de intervención que se conocen y se aplican en la actualidad fueron diseñados para contextos eminentemente rurales, por lo que carecemos del conocimiento necesario sobre patrones de conducta, accesibilidad, utilización, etc. de los servicios de atención médica en las zonas urbanas. Por esto es necesario desarrollar nuevos marcos conceptuales que permitan diseñar modelos de inter-

vencción y formas de medición adecuados a los nuevos contextos urbanos.

En el contexto de la medición, esto significa cambiar radicalmente el paradigma imperante. Es evidente que los actuales sistemas de información basados en promedios nacionales son inútiles para formular políticas adecuadamente focalizadas. Por lo que es necesario diseñar nuevas métricas y sistemas de información que permitan: (1) obtener y analizar datos desagregados, e (2) incorporar medidas no tradicionales sobre rendición de cuentas y gobernanza. Esto, conjuntamente con una efectiva utilización de la tecnología disponible, facilitará la comunicación y convencimiento de los diferentes involucrados para formular estrategias de intervención locales que funcionen efectivamente.

Brechas de equidad: los determinantes sociales de la salud, las métricas y su desagregación

Diversos análisis muestran como en las ciudades de la Región siguen ampliándose las desigualdades en diferentes rubros del bienestar social. Este crecimiento de las brechas entre ricos y pobres es el problema social más serio de las sociedades contemporáneas y ninguna política pública en la Región lo ha podido resolver satisfactoriamente. En este marco se inserta el reto de la salud urbana, que busca no sólo reducir la brecha de equidad sino crear mediciones, métodos y sistemas capaces de identificar las necesidades insatisfechas y las inequidades no sólo en servicios de salud sino, principalmente, en la salud misma.

Para lograr esto, es necesario, primero, formular las preguntas que deseamos resolver. Es aquí donde entran en juego los determinantes sociales de la salud. Como esta perspectiva afirma, la salud de los individuos está determinada por factores sociales; esto significa que las métricas convencionales, que básicamente miden la vulnerabilidad individual, tienen que ser complementadas con otras mediciones relacionadas con las condiciones de vida y las percepciones de las personas, es decir, es necesario medir la atributabilidad de las condiciones sociales (véase Cuadro 1).

Cuadro 1.

Conceptos Clave

Atributabilidad: Este concepto surgió hace aproximadamente 30 años. Su objetivo principal es establecer qué porcentaje del riesgo de enfermarse o resultar dañado puede ser atribuido a factores externos tales como vivienda, empleo, educación, etc. La utilización de este concepto permitirá definir cómo los problemas relacionados con otros sectores están afectando el nivel de salud y la calidad de vida de la población urbana.

Vulnerabilidad: Este concepto tiene múltiples definiciones. Sin embargo en el contexto del Foro, es importante formular un concepto válido que nos permita definir las características clave de la vulnerabilidad, con el fin de relacionarlas con los determinantes sociales y así identificar las intervenciones necesarias y factibles para eliminar o reducir la vulnerabilidad de una población dada.

Desarrollar este tipo de medidas implica generar equipos multidisciplinarios que permitan establecer claramente las relaciones causales entre factores sociales y salud.

Sin embargo, el desarrollo de este tipo de medidas será inútil si los datos recabados no están suficientemente desagregados; esto, debido al alto grado de fragmentación que existe en las ciudades. Para poder identificar las inequidades en salud será necesario trabajar con áreas territoriales sumamente pequeña, lo que tiene tres importantes implicaciones. La primera es la inexistencia de metodologías estadísticas robustas para trabajar en este tipo de áreas. La segunda, la exigencia de trabajar con una visión espacial de la salud que no se atenga a límites geográficos político-administrativos, lo que permitirá definir claramente los mosaicos epidemiológicos de una región determinada. La tercera, la necesidad de formular métricas complejas y sintéticas, es decir, es necesario dejar de trabajar con indicadores simples para empezar a trabajar con índices (e.g. índice de condiciones saludables).

Gobernanza y rendición de cuentas

La gobernanza de las ciudades es un factor determinante en las políticas de salud urbana, por esto es necesario desarrollar medidas que permitan evaluar si cada uno de los involucrados cumple con sus responsabilidades satisfactoriamente. Para esto es necesario trabajar conjuntamente con los gobiernos locales y la sociedad civil, con el fin de definir y condensar los criterios, estándares y medidas que serán aplicados.

Utilización efectiva del conocimiento y la tecnología disponible

En la actualidad el sector salud tiene un arsenal gigantesco de tecnología y conocimiento que no es usado o por lo menos es subutilizado; por esto es necesario realizar un cambio radical en el uso del conocimiento y la tecnología, para lo cual es necesario acelerar los procesos de difusión, comunicación y capacitación, así como promover la formación de equipos interdisciplinarios. Esto permitirá hacer un uso óptimo de la tecnología (e.g. incorporar a los geógrafos en el debate y utilizar los sistemas de información geográfica en la formulación y monitoreo de las intervenciones).

El desarrollo de sistemas de medición, periódicos y sistemáticos, que cumplan cabalmente con las características arriba mencionadas permitirá identificar las condiciones que diferencian las áreas saludables de las no saludables (tanto al interior de las ciudades como entre diferentes ciudades), lo que a su vez permitirá formular estrategias locales que permitan diseñar intervenciones eficaces, efectivas, eficientes, de calidad y equitativas.

Salud urbana: Métrica y econometría

Dr. Fernando Proietti

Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte (Brasil)

Resumen: El análisis de la salud urbana se debe sustentar en un enfoque de medición ecológica que permita determinar cómo los factores ambientales (sociales, naturales y físicos) de los barrios en que viven las personas afectan su salud. Este enfoque deberá sustentarse en mediciones individuales, observaciones sistemáticas, sistemas de información geográfica y fuentes de información secundaria. Es importante resaltar que este enfoque se enfrenta a diversos retos, debido, principalmente, a su novedad.

Palabras clave: eventos relacionados con la salud, enfoques de medición, medición ecológica, retos en la medición.

Tradicionalmente el análisis de la salud se ha concentrado en las cuestiones relacionadas únicamente con los individuos, es decir, busca responder la pregunta ¿quién eres? Sin embargo, este enfoque ha demostrado ser insuficiente para capturar otras causas (o determinantes) que afectan a los eventos relacionados con la salud (ERS). Esta es la principal razón por la que ahora las instituciones e individuos dedicados a investigar sobre la salud muestran un creciente interés por averiguar los efectos que tiene el ambiente (natural, social y físico) sobre estos ERS. Ahora la pregunta que surge es ¿dónde vives? El objetivo de esta pregunta es identificar las “causas de las causas”, esto es, identificar cómo los diferentes tipos de organización social y de características físicas (e.g. infraestructura y servicios urbanos) de un barrio afectan a la salud de la población que vive en ellos (“efecto barrio”) y genera inequidades de salud al interior de las ciudades.

Este cambio de paradigma en el estudio de la salud también implica un cambio sustantivo en su métrica, por lo que ahora esta tiene que

sustentarse en: (1) los datos proporcionados por fuentes secundarias (e.g. agencias y organizaciones dedicadas a promover programas de desarrollo social), (2) sistemas de información geográfica, (3) observación social sistemática, que permita evaluar dimensiones específicas de cada barrio, (4) medición de las características de cada barrio preguntando a cada individuo sobre las características de éste. Asimismo, es importante reconocer que este cambio implica enfrentarse a ciertos retos y dificultades como lo son:

- **Escaso desarrollo conceptual de medidas ecológicas**

Comparada con la medición a nivel individual, las mediciones ecológicas como las estimaciones de barrio y las metodologías para evaluar tales medidas están en su infancia.

- **Sub-especificación del barrio**

Esta se puede presentar porque el espacio barrial definido es una pobre aproximación con respecto a lo que los individuos pueden concebir como su barrio, o por que el espacio barrial definido es relevante sólo para algunos ERS específicos.

- **Carencia de modelos conceptuales claros**
Los modelos teóricos utilizados pueden estar insuficientemente desarrollados por lo que puede ser difícil determinar qué características sociales y físicas se deben estudiar y cómo estas características afectan a la salud de la población que habita en ellos.
- **Determinar los efectos de otras políticas en la salud**
Surge la cuestión de cómo considerar los efectos en la salud de otras acciones y política sectoriales (e.g. presupuestos participativos) que impactan sustantivamente en el contexto en el que la gente vive.
- **Dificultad en asegurar la validez y confiabilidad de los datos**
En la econometría el proceso de agregación se realiza a través de individuos agrupados en una unidad determinada (en este caso, barrios). Por esto, la confiabilidad dependerá de la consistencia en los tópicos y en el número de tópicos definidos pero también dependerá de las percepciones y el número de informantes.

Métricas en salud urbana

Dra. Alejandra Faundez

FLACSO- Chile

Resumen: Desarrollar un sistema de mediciones implica identificar claramente los insumos, actividades, productos y resultados de una política. En el caso de salud urbana esto es especialmente importante ya que el modelo conceptual que se desarrolle definirá los alcances del análisis. Es importante resaltar que el modelo que se desarrolle deberá permitir identificar las brechas de equidad en la salud urbana, evaluar la evolución en el tiempo, realizar comparaciones entre países e identificar las tendencias de cambio que surjan en la ciudadanía y los procesos sociopolíticos. Todo esto de forma desagregada, con una visión espacial y bajo un enfoque de género.

Palabras clave: medición, modelo conceptual, brechas de equidad, enfoque de género, visión espacial.

Establecer un conjunto o sistema de mediciones, implica identificar claramente los diferentes elementos (insumos, actividades, productos y resultados) de una estrategia, política, programa o proyecto y cómo estos interactúan; lo que permitirá definir indicadores pertinentes para cada elemento y relacionarlos entre sí. Es importante tener en cuenta que los diferentes actores involucrados en el tema utilizarán los datos resultantes de estas mediciones para diagnosticar, informar, denunciar, monitorear, abogar o transparentar, todo dependiendo de los intereses que tengan o promuevan.

Tomando en cuenta lo anterior, el desarrollo de un sistema de mediciones en salud urbana tiene que considerar diversas cuestiones en cada una de sus etapas, las cuáles se presentan a continuación.

• Modelo Conceptual

El primer paso para desarrollar una métrica común en el tema de la salud urbana es

acordar un marco conceptual que defina conceptos, variables y clasificaciones. Es importante enfatizar que este marco conceptual determinará cómo se recolectarán, procesarán y analizarán los datos, definiendo los límites y posibilidades para obtener inferencias sobre temas específicos; por esto, es necesario considerar desde el inicio las cuestiones de género, violencia intrafamiliar, etc. También es importante definir el nivel de desagregación que se necesitarán en los datos, esto permitirá no sólo identificar las inequidades en la salud urbana sino también darle expresión territorial.

Asimismo, en el desarrollo de este marco conceptual es necesario tomar en cuenta la enorme producción de datos en las diversas instituciones involucradas en cada uno de los temas; especialmente aquellas que mantienen sistemas de evaluación de programas para la superación de la pobreza y que ya cuentan con tecnologías aplicadas al tema

urbano. Esto hace necesario que en esta fase, se definan los criterios para homologar los indicadores y sus unidades de medida, así como los mecanismos mediante los cuáles se deberán articular operativamente las diferentes instituciones para la recolección, análisis y distribución de la información.

- **Diseño de instrumentos para la recolección de datos**

Si bien el marco conceptual marca la pauta de lo que va a ser medido, se debe tener cuidado de que el diseño de las preguntas incorpore las diferentes perspectivas relevantes para la salud urbana (definidas anteriormente).

- **Levantamiento de la información**

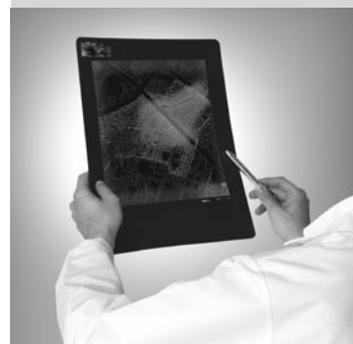
Durante el levantamiento de la información es necesario capacitar a quienes aplicarán los instrumentos, informar a todos los involucrados y sensibilizar a la población que será objeto de la medición.

- **Codificación de la información**

Una vez recolectada la información es necesario codificarla, para lo cual se debe contar con los catálogos y clasificaciones necesarias, así como con criterios de validación y limpieza de la información.

- **Análisis y presentación de la información**

La generación de información y conocimiento relevante para la toma de decisiones y la formulación de mejores políticas públicas en salud urbana es el objetivo principal del análisis. Por esto es importante que este permita: (1) identificar las brechas de equidad (inequidades) en la salud urbana, (2) evaluar la evolución en el tiempo y la comparación entre países de los problemas emergentes y desde diferentes perspectivas, e (3) identificar las nuevas tendencias de cambio desde la ciudadanía y los procesos sociales y políticos. Para lograr esto el análisis estadístico debe ser complementado con la utilización adecuada de Sistemas de Información Geográfica (SIGs), para así incorporar la visión espacial, la cual es indispensable. Finalmente es importante considerar que es necesario generar espacios técnicos de revisión profunda sobre ciertos indicadores, con el fin de generar nuevas hipótesis y líneas de investigación que permitan identificar características, condiciones y problemas no considerados anteriormente y que afectan el desarrollo de la salud urbana.



V. Experiencias en salud urbana: ponencias



Valle de la Ciudad Capital

La Nueva Guatemala de la Asunción

Dr. Ernesto Velásquez

Municipalidad de Guatemala / Organización Panamericana de la Salud

La población de la ciudad de Guatemala asciende actualmente a 1,500,872 de personas, lo que representa el 20% de la población del país. A nivel nacional, es la ciudad que tiene la mayor oferta de empleo, el mejor índice de desarrollo humano y en donde se ubican las principales instituciones y organizaciones políticas, económicas y sociales del país. En la actualidad, los problemas de la ciudad de Guatemala son sumamente dinámicos y variados. Por un lado la tasa de inmigración se ha incrementado sustancialmente en años recientes; por otro lado las mediciones de la calidad del aire muestran un rápido deterioro de esta en los últimos cinco años.

El Plan 2020 y el liderazgo municipal

Aunado a los problemas anteriores, la inseguridad, pobreza, exclusión e insuficientes servicios públicos obligaron, hace cuatro años, a las autoridades municipales y otros actores (sector privado y organizaciones sociales) a formular un plan de largo plazo, conocido como el Plan 2020 (véase Cuadro 1). Este Plan, promovido y liderado por el alcalde de la ciudad y su equipo se sustenta en tres pilares: la formación de alianzas con diversos sectores (gobierno nacional, organizaciones no gubernamentales, iglesias, etc.) la descentralización administrativa y la participación ciudadana.

Cuadro 1.

El Plan 2020

La formulación del Plan 2020 es un esfuerzo intersectorial de un año, donde participaron más de 250 instituciones y aproximadamente 1,300 personas. La pregunta rectora de este Plan era cómo los diferentes actores querían ver su ciudad en el año 2020; lo que se refleja en la misión del plan la cual afirma que “para el año 2020, la ciudad de Guatemala ofrecerá una alta calidad de vida para sus habitantes y oportunidades competitivas para la inversión productiva, como resultado de contar con condiciones de orden, seguridad, limpieza, eficiencia de servicios y convivencia armónica”.

La descentralización

Una de las principales limitaciones en la gestión municipal era el alto grado de centralización política y administrativa; por lo cual se impulsó fuertemente un proceso de descentralización que condujo a la creación de 25 distritos que permiten acercar al gobierno con la ciudadanía con el fin de facilitar el acceso a los trámites y servicios públicos e implementar políticas municipales más adecuadas, lo que a su vez ha tenido impactos positivos en la recaudación de las contribuciones municipales.

Bajo este contexto, en materia de salud, la municipalidad de Guatemala ha impulsado importantes acciones durante los últimos cuatro años para mejorar la salud de su población en general; esto bajo la premisa de que “Una ciudad saludable diseña su política sanitaria teniendo en cuenta que la mejora de salud de su población no pasa necesariamente por el incremento de los servicios sanitarios, sino que tiene que ver con los estilos de vida, las condiciones medioambientales y otras medidas políticas, económicas y sociales” (Red Catalana de Ciudades Saludables). Por esto se han hecho esfuerzos notables para analizar diversos aspectos (nutricionales, demográficos y socioeconómicos) para identificar espacialmente a los barrios más vulnerables de la ciudad, lo que ha permitido formular políticas mejor focalizadas y con diseños más adecuados a los contextos de estas poblaciones.

La participación ciudadana

El tercer pilar de la gestión municipal en la ciudad de Guatemala, es la incorporación de la participación ciudadana en el proceso de elaboración de las políticas públicas. Este proceso inicia con un análisis situacional y diagnóstico de necesidades a nivel familiar y de barrio, lo que permite identificar las necesidades reales de la población. Posteriormente los Comités Únicos de Barrio, constituidos por líderes comunitarios elegidos, convocan a la población para que participen activamente en diversos procesos. Esta promoción de la participación es acompañada por un constante monitoreo de la satisfacción de los ciudadanos, y la realización de reuniones periódicas con los diversos grupos comunitarios, lo que se convierte en un constante proceso de rendición de cuentas para la municipalidad.

Los resultados

La formulación de un plan a largo plazo, el liderazgo político, la descentralización administrativa y la participación ciudadana han permitido obtener resultados en diferentes rubros, tales como recreación, promoción cultural, mercados públicos, educación y capacitación (véase Cuadro 2).

- **Recuperación del centro histórico.** El centro histórico fue regenerado y completamente restaurado, remodelando su infraestructura e incrementando su seguridad.
- **Mejoramiento de la seguridad pública.** Establecimiento de mecanismos de colaboración con la Policía Nacional Civil y la municipalidad para establecer serenazgos y así retomar el control de zonas previamente controladas por las maras.
- **Creación del transmetro.** Este fue un proyecto sumamente controvertido; sin embargo, ha permitido mejorar el ordenamiento del tráfico y reducir la contaminación en la ciudad.
- **Programas contra la violencia intrafamiliar y de género.** La violencia de género e intrafamiliar se atiende con un enfoque familiar y no individual, y busca enseñar a las familias a dialogar los acontecimientos positivos y negativos que ocurren en su vida cotidiana.
- **Mejoramiento de la calidad del agua.** El agua de la ciudad de Guatemala tiene un estricto control de calidad, lo que se logra mediante el constante monitoreo por parte de tres instituciones diferentes.
- **Promoción de la salud.** Existen constantes campañas de vacunación, atención médica, ferias de la salud, pláticas sobre VIH/ SIDA con el fin de informar a los diferentes grupos comunitarios.
- **Programas de capacitación.** La municipalidad conjuntamente con la Agencia de Cooperación Española estableció un programa de formación técnica dirigida a satisfacer las necesidades de los gobiernos municipales, con lo que se asegura su ingreso al mercado laboral.
- **Recuperación de espacios públicos.** El rescate de diversos espacios públicos (plazas, jardines, mercados, etc.) se logró mediante la limpieza, mantenimiento, equipamiento e incremento de la seguridad, lo cual ha permitido renovar dinámicas sociales internas.
- **Protección y reintegración de los niños de la calle.** Se establecieron guarderías que buscan recuperar y reinsertar a los niños de la calle en la sociedad. Este programa logra el rescate de, aproximadamente, 400 niños por año.

El caso de la ciudad de Buenos Aires

Dr. Eduardo Reese

Universidad Nacional de General Sarmiento (Argentina)

Dr. Pedro del Piero

Fundación Metropolitana (Argentina)

Introducción:

El debate contemporáneo sobre el desarrollo urbano en Argentina

En la actualidad existe un intenso debate sobre el modelo de desarrollo urbano en las diversas ciudades argentinas, esto es, no sólo en Buenos Aires sino en otras ciudades intermedias o pequeñas. Este debate se puede situar en dos líneas de discusión: (1) aquella relación entre medio ambiente, condiciones de vida y salud; (2) la relacionada con las condiciones de vida, acceso al suelo y la vivienda, y pobreza.

La primera línea de discusión se disparó por la demanda de un grupo de ciudadanos sobre los efectos negativos a la salud que tenía la mina ubicada en las cercanías de la ciudad de Esquel (marzo de 2003), lo que obligó al gobierno a someter a referéndum la existencia de la mina resultando en su cierre. Este conflicto detonó el debate en otras ciudades argentinas. De hecho, actualmente, un conjunto de organizaciones ciudadanas han llevado a la Corte argentina el problema del río Matanzas el cual afecta a la ciudad de Buenos Aires. Este movimiento se enmarca en el contexto de los programas de ciudad saludable y finalmente ha tenido repercusiones en otras cuencas del país, llevando a la sociedad a cuestionar el modelo de desarrollo urbano imperante en el país.

La segunda línea se concentra en los problemas relacionados con las condiciones de vida y la disputa por la tierra. Actualmente la mercancía más cara en Argentina es la tierra, ya que ésta se encuentra de nueva cuenta al mismo precio (en dólares) que en el año 2001 antes de la devaluación. Este encarecimiento de la tierra, y por lo tanto de la vivienda, ha significado que para miles de familias es imposible acceder a este bien, lo que ha deteriorado, severamente, sus condiciones de vida y ha implicado un aumento en la informalidad de la vivienda.

La ciudad de Buenos Aires: evolución y tendencias

Buenos Aires ha tenido una evolución histórica compleja (véase Cuadro 1), que la ha llevado a ser una ciudad con graves desigualdades internas y altamente fragmentada, en donde los pobres y ricos se disputan el mismo espacio: la periferia.

La metrópolis de Buenos Aires puede ser abordada desde dos escalas como área metropolitana o como región metropolitana. El área metro-

politana de Buenos Aires está compuesta por la ciudad central y 24 municipios, abarcando una superficie de 4,000 km² y con una población de 11.5 millones de habitantes. Como región metropolitana, Buenos Aires se conforma por la ciudad y 42 municipios, ocupando 16,000 km² y con una población de aproximadamente 13.5 millones de habitantes.

En ambos casos podemos concebir a la metrópolis como una serie de ciudades interrelacionadas con la ciudad central; todas estas densamente pobladas (el 90% de la población es urbana) y con sus respectivas periferias, y comunicadas mediante un complejo sistema de accesibilidad y transporte (tanto de buses como ferroviario, siendo este último un factor importante en la determinación de las centralidades opulentas y las periferias con peores ingresos). En este sentido, es importante mencionar que el crecimiento de las áreas centrales prácticamente se ha detenido a diferencia de las periferias en donde se continúa registrando un importante crecimiento.

La gestión de la ciudad

Las megalópolis son una realidad social sustantivamente diferente a las ciudades pequeñas y medianas. Esta diferencia radica en que su gestión se enfrenta a una agenda decisional compleja y altamente fragmentada, esto no sólo debido a la gran cantidad de actores implicados, sino también al complejo entramado de instituciones jurídicas y administrativas que intervienen en su regulación. Esta situación hace que surjan cuatro problemas básicos: (1) dificultades para acceder a diversos usos del suelo por la falta de regulación normativa, (2) acceso y saneamiento del agua e insuficiente suministro del servicio, (3) incremento de la contaminación por emisiones a la atmósfera debido a la falta de poder de policía para vigilar y sancionar a los emisores, y (4) el incremento de los flujos humanos, de energía y de residuos los cuáles son insuficientemente regulados, vigilados y sancionados.

Cuadro 1.

Evolución del Desarrollo Urbano de Buenos Aires

A finales del siglo XIX, en Argentina, dominaba una oligarquía de ganaderos que centralizaba el poder económico y político del país y que había impuesto un modelo económico agro-exportador, cuya principal puerta era el Puerto de Buenos Aires, lo que significó que para 1880 se desarrollara la primera conurbación a partir de este. Esta nueva conurbación fue estructurada para facilitar el paso de los inmigrantes, los cuáles eran necesarios para trabajar en los campos y así sostener el modelo económico; sin embargo, cuando la demanda de mano de obra en los campos cesó, la migración quedó contenida en Buenos Aires y Rosario. Esto modificó el perfil de la ciudad, llevándola a un proceso de crecimiento económico vía el artesanado lo que se tradujo en cierta acumulación de capital y permitió el desarrollo de la ciudad. Considerando la multiculturalidad, derivada de la inmigración, el gobierno promovió la creación de diversos parques con el objetivo de facilitar la integración social de la ciudad.

La segunda etapa que marcó el desarrollo urbano de Buenos Aires, es el periodo, que va de 1930 a 1970, donde el modelo económico de sustitución de importaciones, aceleró la del establecimiento de industrias en la periferia de la ciudad, lo que significó el establecimiento de barriadas que ofrecían la mano de obra necesaria para estas nuevas instalaciones.

Finalmente, la tercera etapa que va de 1970 al año 2000, marca el quiebre de un desarrollo armónico de la ciudad, con la crisis del modelo de sustitución de importaciones y la llegada de los modelos económicos neoliberales, se acelera la desindustrialización de la ciudad, lo que incrementó la exclusión, el hacinamiento, la desocupación y, por ende, el empobrecimiento de los barrios de menor desarrollo social.

Esta evolución muestra cómo el desarrollo urbano de la ciudad de Buenos Aires está indeliblemente ligado al modelo económico nacional, lo cual puede ser aplicable prácticamente a todas las ciudades latinoamericanas.

Si bien es cierto que el gobierno en general cuenta con las herramientas básicas para gestionar estos problemas adecuadamente (recursos públicos, capacidad legislativa, ejercicio del poder de policía), existen una serie de obstáculos que impiden o dificultan su aplicación. Por un lado no existe univocidad en las metrópolis; esto es, los diferentes municipios que las componen tienen presupuestos, normas y cuerpos policíacos diferentes. Supuestamente, la respuesta a esta situación sería la coordinación entre las partes; sin embargo, los actores en cada municipio tienen, en esta fragmentación, incentivos para comportarse de forma no cooperativa, ya que esto les permite obtener beneficios que de otra manera no obtendrían. La única posibilidad para cambiar esta situación y de generar escenarios de ganador-ganador, es mediante la participación activa de la ciudadanía; es decir, es necesario que nuestras ciudades transiten de la democracia representativa a la participativa. Esto no significa dejar al Estado atrás, sino por el contrario, implica que

este recupere sus capacidades de planificación, convocatoria, arbitraje y aplicación de las herramientas centrales, todo esto para gestionar lo público y asegurar los cambios realizados. Es indudable que esto es un reto para el Estado ya que es necesario transformar las viejas formas autoritarias de planificación en procesos participativos y orientados hacia el futuro.

Este es el sentido de la iniciativa del Proyecto de Metrópolis Saludables; la cual, durante cuatro años, ha debatido cuál debe ser el modelo de desarrollo sustentable e inclusivo para las ciudades del siglo XXI. Una de las principales conclusiones del proyecto afirma que es necesario construir un nuevo paradigma científico (holístico e integrante) para el diagnóstico, lo que permitirá formular políticas adecuadas, esto es especificando recursos, normas y controles. Para lograr esto, el proyecto trabaja en (1) la profundización de redes, conceptos y herramientas, (2) la articulación gobiernos y sociedad civil y (3) en la prédica del modelo.

La prefectura de Guarulhos

Dr. Paulo Capucci

Secretaría Municipal

de Saúde de Guarulhos (Brasil)

El municipio de Guarulhos forma parte de la zona metropolitana de la ciudad de São Paulo, tiene una extensión geográfica de 334 km², cuenta con una población de 1,283,253 habitantes y su tasa de urbanización es del 98.04%.

En cuanto a servicios de saneamiento básico, para el año 2000 el 94.2% de la población del municipio se abastecía de agua potable por medio de la red general y el restante 5.8% lo hacía mediante pozos u otros medios; en lo que respecta a instalación sanitaria, el 74.6% de la población estaba conectado a la red principal de drenaje, mientras el 13.5% tenía fosas sépticas; para este mismo año el 98.1% de los habitantes tenía acceso al servicio de recolección de residuos, mientras que el restante 1.9% de la población quemaba los residuos o los “disponía” de alguna otra forma.

Las principales causas de muerte en el municipio son las enfermedades cardiovasculares (32.3%); le siguen las neoplasias o tumores (14.5%). Otras causas externas son accidentes de transporte, caídas, quemaduras, intoxicaciones, etc. (13.7%), y enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio (11.7%) y el aparato digestivo (7%).

Bajo este contexto de salud, la Secretaría Municipal de Salud tiene como objetivo principal garantizar el derecho a la salud de la población de Guarulhos, lo cual se logrará con un sistema eficiente de asistencia y promoción de la salud construido participativamente.

Para lograr esto, la Secretaría decidió dividir en cuatro regiones al municipio: (1) Centro - Cocaia – Taboão, (2) Cabuçu - Picanço Vila Galvão, (3) São João – Bonsucesso, y (4) Pimentas – Cumbica, y focalizar sus acciones en tres líneas básicas: (1) la ampliación del acceso a los servicios de salud, (2) incrementar la calidad de la asistencia proporcionada, y (3) trabajar intersectorialmente para promover la salud de la población municipal.

Lo anterior permitió organizar y unificar las acciones y programas facilitando la gestión y evaluación del impacto de las políticas de salud, que van desde la prevención y atención de enfermedades hasta la promoción de mejores condiciones de vida y salud. Entre estas acciones y proyectos destacan: Atender Bien, Nacer Bien en Guarulhos, Rescate para la Vida y Salud Participativa, éste último ganador del Premio Sérgio Arouca de Gestión Participativa.

Políticas públicas, gobernabilidad y métrica del Distrito Federal, México

Dr. Fernando Menéndez Garza

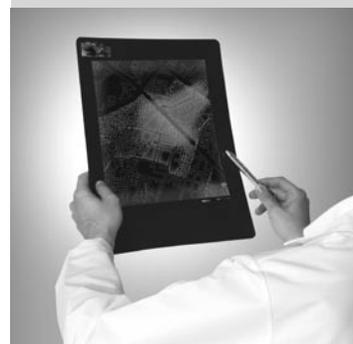
Gobierno del Distrito Federal, México

La Ciudad de México es donde se asientan los poderes públicos federales del Estado Mexicano, por esto siempre ha sido el centro político y económico del país. Esta situación implicó que los gobiernos emanados de la Revolución Mexicana, mantuvieran a la ciudad como una entidad política y territorial diferente al resto de los Estados, impidiendo que los ciudadanos que vivían en ella pudieran elegir tanto al regente de la ciudad como a los delegados. Esta situación ofreció las condiciones necesarias para que el autoritarismo, la corrupción y el corporativismo fueran las pautas cotidianas de conducta en el proceso de gobernanza de la ciudad, lo que inhibió la posibilidad de organización independiente por parte de la ciudadanía.

Estas condiciones sufrieron una transformación radical el 19 de septiembre de 1985, cuando un terremoto entre 8 y 8.5 grados richter devastó a la Ciudad de México, dejando pasmados al Gobierno Federal y al de la Ciudad de México y mostrando la incapacidad de respuesta de los servicios de emergencia y protección civil gubernamentales; lo que obligó a los ciudadanos a prestarse ayuda mutua. Esta experiencia, mostró a los ciudadanos del Distrito Federal la potencialidad de la acción civil organizada y

desembocó en la creación de cientos de organizaciones no gubernamentales con diversos objetivos políticos, sociales, culturales, etc., los cuáles fueron la base para el cambio político más importante registrado en la Ciudad de México: la llegada al gobierno en 1997 del Ing. Cuauhtémoc Cárdenas Solórzano, candidato del Partido de la Revolución Democrática (PRD) y opositor histórico del Partido Revolucionario Institucional (PRI), el cual en esos años era el partido hegemónico del país.

Este cambio en el rumbo político de la ciudad, implicó un cambio en el enfoque de las políticas públicas locales, las cuales transitaron de una visión neoliberal de la economía y del desarrollo social a una visión democrática de izquierda. En el sector salud, esto implicó la creación de diversos programas como son: los Programas contra el Tabaquismo, el Alcoholismo y la Farmacodependencia, el Programa de Salud Mental, el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos, el Seguro Popular y el Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores, siendo este último uno de los programas más reconocidos y exitosos entre la ciudadanía.



VI. Mesas de trabajo: discusiones y resultados



La definición de salud urbana: una discusión

Guía de discusión sobre la propuesta de definición de salud urbana

Definiciones de salud urbana (del documento de referencia “Caminando hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas”, página 39).

“Para fines metodológicos y de intervención, la salud urbana podría ser concebida como el ramo de la salud pública que estudia los factores de riesgos de las ciudades⁸ y sus efectos sobre la salud⁹ y las relaciones sociales urbanas¹⁰. Ese enfoque amplía el enfoque ambiente-salud-enfermedad y apunta para los “múltiples determinantes (sociales y económicos) de la salud afirmando que los requisitos para la salud son: trabajo, paz, educación, vivienda, alimentación, ambientes sanos, justicia social y equidad” (Buss, 2000). La salud urbana también ha sido conceptualizada por la comunidad de salud pública como “la salud de las personas en áreas urbanas o la salud de los ecosistemas dentro y alrededor de las áreas urbanas. En el sentido de la salud humana en las áreas urbanas, los temas de interés incluyen el bienestar social y los problemas de salud de las poblaciones que pueden tener altas proporciones de familias disfuncionales; familias viviendo en la pobreza; personas aisladas, ancianas y enfermas; personas sin casa y personas transitorias y callejeras. En términos de la salud ambiental y de los eco-

sistemas, áreas urbanas con alta densidad puede afligirse con contaminación del aire y otros problemas ambientales como los vertederos de desechos industriales, los terrenos contaminados y abastecimientos de agua sospechosos. Los departamentos de salud pública urbanos y municipales en Europa y en América del Norte y América del Sur trabajan en colaboración con otros sectores, agencias, y servicios para minimizar resultados adversos, para ambos, la población y el medioambiente urbano. El resultado es, en general, que los indicadores de salud de las personas en las áreas urbanas son mejores que los indicadores de los que residen en áreas rurales” (Last, 2007).”

Preguntas para orientar la discusión de grupo:

1. ¿Cuál sería el concepto de “salud urbana” más apropiado para uso de la OPS y sus países miembros?
2. ¿Cuáles son los desafíos clave que se deben considerar para trabajar en el tema de salud urbana (por ejemplo, el ritmo de la urbanización)?
3. ¿Qué modelos, enfoques, o experiencias exitosas deben orientar el desarrollo de mejores condiciones de salud urbana en las Américas?

8 Factores de riesgos urbanos pueden ser considerados entre otros: violencia, tránsito, ruidos y vibraciones, mala construcción y ambiente social de la vivienda y tenencia insegura, falta de agua, saneamiento y energía, contaminación química, contaminación microbiológica/parasitológica, potencialidades a desastres (naturales y producidos por el hombre), etc.

9 Efectos sobre la salud: síndrome de la fatiga crónica, estrés, enfermedades crónicas y agudas, lesiones, etc.

10 Efectos sociales: desagregación social, pérdida de identidad cultural, capital social, etc.

Discusión

La salud urbana no sólo es un concepto, sino también, es un campo de acción novedoso, complejo y desconocido, al cual se tienen que enfrentar los sistemas de salud pública de la Región. Para esto es necesario que el sector salud modifique sus pautas tradicionales de trabajo, incorporando en la formulación de sus políticas, planes y estrategias la visión de otros profesionales (transdisciplinariedad) y se inserte en otros sectores que impactan los aspectos de salud (intersectorialidad). Para lograr esto es necesario, en primer lugar, asumir que las ciudades¹¹ son espacios dinámicos donde actores, procesos e instituciones (locales, nacionales, regionales y globales) interactúan (política, económica y socialmente) cotidianamente y generan condiciones e impactos positivos y negativos para la salud de quienes habitan en ella y a sus alrededores. Asumir este dinamismo de lo urbano, implica reconocer que si bien es posible formular estrategias regionales, es necesario que las intervenciones concretas en cada ciudad sean formuladas por sus propios actores, quienes tendrán que identificar las características, tendencias y futuros deseables propios de sus ciudades. Esto, a su vez, significa que los conceptos, políticas, planes, estrategias e intervenciones, tanto regionales como locales, son temporales y tendrán que ser reformuladas constantemente, a partir de los cambios experimentados tanto por las intervenciones del sector salud como de los otros sectores.

Lo anterior, hace necesario formular una estrategia de comunicación integral, que ofrezca mensajes adecuados para cada tipo de audiencia (políticos, funcionarios, empresarios, líderes sociales, voluntarios comunitarios y población en general). Así tenemos, por un lado, mensajes

dirigidos a políticos, funcionarios, empresarios y líderes cuyo principal objetivo es introducir el tema en sus agendas y así promover intervenciones concretas, estos mensajes podrán resaltar los efectos negativos derivados del descuido de la salud urbana o las potencialidades resultantes de su cuidado, es decir los costos y beneficios de la salud urbana. Por otro lado, es necesario desarrollar mensajes no sólo que convencen a la población de las bondades del cuidado de la salud, sino también que ofrezcan los conocimientos necesarios para desarrollar las capacidades necesarias para que esto ocurra.

A partir de la discusión anterior se propusieron durante la reunión las siguientes definiciones de salud urbana:

- La salud urbana comprende el estudio, identificación y monitoreo de los determinantes de la salud en el espacio y la dinámica de las ciudades con el fin de generar información y conocimiento para la toma de decisiones y el establecimiento de políticas públicas intersectoriales y participativas que favorezcan la promoción de la salud, la disminución de las vulnerabilidades socio-ambientales y defiendan la vida misma.
- La salud urbana se compone de procesos humanos que son dinámicos y colectivos que ocurren en un territorio urbano específico, y que están vinculados tanto al momento histórico y los modelos y grados de desarrollo como a sus determinantes sociales intrínsecos, externos y globales.
- La salud urbana es el resultado de un proceso histórico, de la dinámica de

11 Es importante destacar ésta última característica, la salud urbana no se refiere únicamente a las ciudades con poblaciones de más de 10 millones de habitantes, sino a cualquier población asentada en lugares urbanos, definidos estos en el contexto geopolítico del propio país. En este sentido cabe destacar que los principales problemas de salud urbana encuentran una mayor prevalencia y mayor crecimiento en ciudades de tamaño mediano.

la decisión política y de la participación de la sociedad en territorios urbanizados (entorno vital del ciudadano), cuyo objetivo es proteger y promover oportunidades para la conservación de la vida que permitan la producción de sociedades saludables y equitativas que aseguren el bienestar colectivo.

- La salud urbana es la aplicación de la salud pública, y se fundamenta en los procesos de promoción y prevención de la salud, en la identificación y estudio de los determinantes sociales de la salud, lo cual permite establecer intervenciones (integradas e integrales) que promuevan los factores protectores y estilos de vida saludables para reducir la vulnerabilidad individual y social en las ciudades dentro de un contexto de proyectos vitales individuales y sociales esto dentro de un marco intercultural, de género, de sostenibilidad y sustentabilidad dentro de los diferentes ecosistemas al interior de un territorio.
- Es una rama de la salud pública.
- Estudia los factores que determinan la salud de la población que vive en las ciudades.
- Estudia los efectos que tienen estos factores en la salud de la población urbana.
- Asume que las ciudades y sus alrededores son espacios dinámicos de interacción en donde los individuos realizan sus actividades vitales.
- El estudio tiene como fin generar información y conocimiento para formular mejores políticas públicas urbanas, que tengan impactos positivos en la salud de la población.
- Estas políticas públicas urbanas deben ser transdisciplinarias, intersectoriales, intercul-

turales, participativas, equitativas, sustentables, flexibles y dirigidas hacia el futuro.

- El objetivo o propósito de estas políticas urbanas es promover la salud, disminuir las vulnerabilidades sociales y ambientales, y proteger y conservar la vida de los individuos que habitan en las ciudades y sus alrededores.
- Todo esto con el fin último de elevar el bienestar colectivo de las urbes.

Una definición *in extenso* de salud urbana que se podría formular a partir de lo anterior es la siguiente:

La **salud urbana** es la rama de la salud pública que estudia, en un momento histórico determinado, los factores políticos, sociales y económicos (a nivel local, regional, nacional y global) que determinan la salud humana de los individuos que viven y desarrollan sus actividades cotidianas en las ciudades y sus alrededores, con el objeto de generar información y conocimiento para formular políticas públicas urbanas que se caractericen por ser transdisciplinarias, intersectoriales, participativas, equitativas (tanto socialmente como de género), interculturales, sustentables, dirigidas hacia el futuro y adaptables a los diferentes tiempos y contextos, cuyo fin sea promover la salud, disminuir las vulnerabilidades socioambientales, y proteger y conservar la vida para así elevar el bienestar colectivo de la población.

Una definición un poco más sintética podría ser:

La **salud urbana** es la rama de la salud pública que estudia los determinantes sociales de la salud humana en las urbes, con el objeto de generar información y conocimiento para formular políticas públicas urbanas dirigidas a promover la salud, disminuir las vulnerabilidades socioambientales, y proteger y conservar la vida para así elevar el bienestar colectivo, presente y futuro, de la población.

Es importante mencionar que esta definición, asume implícitamente, que las ciudades, o lo urbano, son espacios dinámicos de interacción política económica y social, donde los actores, procesos e instituciones generan condiciones e impactos positivos y negativos para la salud de quienes habitan en ella y a sus alrededores.

Gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas

Guía de discusión para el grupo de trabajo sobre gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas

En el documento de referencia de la OPS, **governabilidad** en salud urbana se refiere a los procesos de toma de decisiones, la movilización y el uso de recursos, el grado o calidad de gobierno, y la capacidad de diseñar, implementar y evaluar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos, incluyendo la forma en que los niveles de participación y descentralización, las innovaciones sociales y los intereses de los diversos actores afectan la salud urbana.

La **governanza** en salud urbana se refiere al grado o cualidad de gobierno, a la capacidad de hacer, definir e implementar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos y que reflejan intereses en pugna de los distintos actores que toman parte en ese proceso. PNUD destaca los principios de: legitimidad y voz, dirección, desempeño, responsabilidad por las acciones, justicia – que tiene que ver no solamente con los resultados del poder sino con que tan bien ese poder es ejercido. La gobernanza en salud urbana provee un espacio para que otros grupos distintos al gobierno jueguen un papel mucho mayor en la solución de problemas de salud urbana.

Preguntas

1. ¿Cuáles son los principios clave de buena gobernabilidad y gobernanza en salud urbana?
2. ¿Cuáles son los obstáculos principales en lograr una buena gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas que promuevan la salud urbana en los países de las Américas y cómo pueden ser superados?
3. ¿Cuáles son las principales fortalezas en las ciudades de las Américas para promocionar y sostener buena gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas que promuevan la salud?
4. ¿Cuáles son los factores principales sociales, políticos y culturales que contribuyen a las inequidades en las ciudades de los países de las Américas?
5. ¿Cómo se puede lograr mayor equidad en las ciudades de las Américas? ¿Cuáles son algunos modelos y enfoques efectivos que se pueden proponer?
6. ¿Cuáles son los desafíos mayores que los gobiernos nacionales y locales enfrentan para planificar respuestas efectivas a sus situaciones para promover y proteger la salud de las poblaciones en centros urbanos? ¿Cómo se pueden enfrentar estos desafíos?
7. ¿Cómo se puede colocar en las agendas de administradores y líderes políticos de las ciudades la promoción y protección de la salud urbana que resulta en el desarrollo, implementación, y monitoreo de políticas, planes y actividades efectivos e intersectoriales?
8. ¿Qué tipos de instrumentos, modelos, enfoques o métodos (i.e. observatorios) deben ser desarrollados y/o promocionados en los países de las Américas para facilitar la implementación de buena gobernabilidad y gobernanza?

9. ¿Cuáles son los tópicos recomendados para hacer la investigación operativa en salud urbana?
10. ¿Cuál debe ser el papel de la OPS en contribuir al desarrollo de capacidades nacionales y locales en salud urbana, gobernabilidad, gobernanza y políticas públicas saludables?
11. ¿Qué pasos serán los más efectivos para que la OPS continúe sus esfuerzos en el Foro de Salud Urbana durante los próximos años?

Discusión

La gobernanza para una efectiva gestión de las políticas públicas de salud urbana en las ciudades supone la identificación de las condiciones sociales (i.e. determinantes sociales) que determinan la salud de los individuos en el contexto de sus comunidades, la incorporación de estos individuos en el proceso de toma de decisiones para formular, implementar, monitorear y evaluar estas políticas (i.e. participación social) y la acción coordinada entre las diferentes agencias, organizaciones e instituciones tanto gubernamentales como privadas y sociales (i.e. intersectorialidad).

Sin embargo, en la actualidad, las ciudades presentan diversas características o condiciones que obstaculizan una gobernanza adecuada para la gestión de políticas públicas de salud urbana. Es evidente el déficit democrático que existe en las ciudades, por un lado la participación política de los ciudadanos se limita al ejercicio del “voto”, por el otro existe un desgaste de los procesos participativos debido a que en muchos casos se convirtieron en simples ejercicios retóricos para la legitimación de ciertos proyectos políticos. Esto, aunado a los modelos económicos neoliberales que dominan en la Región, hace que el individualismo impere en las ciudades, lo que a su vez facilita la concentración del proceso de toma de decisiones en una pequeña élite. Esta concentración de poder provoca que en la agenda pública/gubernamental se abogue por intereses particulares en demérito del resto de la sociedad. Este ciclo vicioso, se ve fortalecido al carecer de métricas (o indicadores) que permitan dar seguimiento y evaluar las políticas públicas y los procesos de gobernanza en las ciudades.

- **Inclusión.** Implica involucrar a otros sectores (del gobierno, sociedad civil, sector privado) en el proceso de debate, construcción y planificación de las políticas y programas públicos.
- **Participación social genuina.** Es necesario asegurar la representatividad y la diversidad cultural y de experiencias en el proceso de planificación e implementación de las políticas públicas.
- **Contextualización de las políticas.** Es importante considerar el escenario en donde se origina y desarrolla la participación, la cultura y las experiencias.
- **Transferencia del poder.** La participación genuina implica la entrega del poder de discusión y decisión, por parte del gobierno y de los diferentes partidos políticos a los ciudadanos en lo individual.
- **Ética en las decisiones políticas.**
- **Articulación entre lo técnico y lo político.**
- **Tolerancia y apertura.** Implica la capacidad de “escuchar” a los otros, principalmente a aquellos que sostienen diferentes opiniones, intereses y experiencias.
- **Transparencia.** Es necesario asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a la información sobre cómo se tomaron las decisiones.
- **Rendición de cuentas.** El gobierno debe informar clara y oportunamente a la ciudadanía de las decisiones y resultados obtenidos y hacerse responsable de los mismos.

Recomendaciones para la continuación de los trabajos en el Foro Regional de Salud Urbana

Como se puede observar, el contexto de la gobernanza y de las políticas públicas de salud urbana es bastante complejo, por esta razón el grupo de trabajo identificó un conjunto de acciones/recomendaciones que permitirán a la OPS/OMS avanzar en la agenda de este tópico, las cuáles se presentan a continuación:

- Identificar los modelos, programas, lecciones aprendidas, y mejores prácticas, relacionadas con: gobernabilidad, gobernanza, políticas públicas saludables, intersectorialidad, participación, determinantes sociales.
- Diseñar metodologías e indicadores innovadores apropiados para diagnosticar, analizar las situaciones, identificar las inequidades a

nivel local y medir el progreso de las políticas y programas realizados.

- Identificar las mejores estrategias para transferir conocimientos, lecciones aprendidas y metodologías de acuerdo a cada tipo de audiencia.
- Desarrollar capacidades en salud urbana para alcaldes, personal de la OPS, gerentes de sistemas de salud, otros sectores, y miembros de grupos vulnerables (cursos, guías, documentos de orientación, etc.)
- Capacitar a los medios masivos de comunicación en los tópicos relativos a salud urbana (gobernanza, riesgos salud, etc.)
- Diseminación del conocimiento existente con un “lenguaje” adecuado a la audiencia.
- Establecer o consolidar los Observatorios Urbanos o de Salud Urbana en la Región.
- Promover la creación de Foros Nacionales de Salud Urbana en los países de la Región.
- Realizar proyectos piloto de salud urbana, bajo el enfoque definido por el Foro de Salud Urbana, en dos o cuatro ciudades de la Región.

Cuadro 2.

Preguntas Clave

1. ¿Cómo se vincula la gobernabilidad de las ciudades con la métrica de la salud urbana?
2. ¿Cuáles son los mejores modelos y prácticas de gobernabilidad y salud urbana?
3. ¿Cuáles son las formas, modelos y experiencias existentes en materia de intersectorialidad y participación social en las ciudades?
4. ¿Cuáles son los principios y valores que deberían observarse en la gobernabilidad de las ciudades? y ¿Cuáles son los instrumentos para alcanzarlos?
5. ¿Cuáles deberían ser los contenidos en materia de equidad y salud urbana en que se debería capacitar a los diferentes actores involucrados en la gobernanza de las ciudades? ¿Cuál debería ser el proceso de capacitación?
6. ¿Qué papel deberían jugar los medios de comunicación en los procesos de gobernanza de las ciudades?
7. ¿Cómo se puede lograr la reducción de desigualdades con un enfoque de derechos en la complejidad de las ciudades y metrópolis?
8. ¿Cómo son los procesos que permiten alcanzar acuerdos políticos relativos a la gobernabilidad y la salud urbana? Identificar modelos, experiencias y lecciones aprendidas.
9. ¿Qué impacto tienen los modelos de desarrollo global, nacional y provincial en la gobernabilidad y la salud urbana?
10. ¿Cuáles son los procesos de interacción entre el sector salud con el resto de los sectores en la construcción de políticas públicas saludables y modelos aplicativos?
11. ¿Cuáles son los escenarios de la salud urbana para el 2020? El conocimiento de estos escenarios permitiría realizar una planeación estratégica preventiva en la materia.

Asimismo, existe otro conjunto de recomendaciones/acciones de tipo funcional y organizacional que permitirán al Foro Regional de Salud Urbana consolidarse como una instancia fundamental de diálogo y participación por parte de los diversos involucrados, estas se listan a continuación:

- Ampliar la convocatoria para incorporar en el diálogo a una mayor cantidad de representantes de los diversos sectores de la sociedad (gubernamental, privado y social), así como ciudadanos en lo individual.
- Generar una agenda de trabajo con tareas, plazos específicos para los próximos dos años.
- Formar grupos y subgrupos de trabajo de acuerdo con los temas definidos.
- Establecer mecanismos que faciliten la comunicación, interacción y coordinación entre los participantes.
- Proporcionar el apoyo técnico necesario para el buen desarrollo de las actividades de los grupos y subgrupos de trabajo.
- Identificar donantes, fundaciones, centros

de investigaciones interesados en la salud urbana y crear directorios que faciliten su contacto.

- Publicar y difundir el informe de esta reunión y los demás informes producidos anteriormente por la OPS.
- Establecer comunicación con las oficinas regionales de otras agencias y programas internacionales que trabajen en tópicos relacionados con la salud urbana (e.g. UN-Habitat, UNDP, Banco Mundial, UNEP).
- Promover los resultados de los grupos y subgrupos de trabajo al interior de la OPS y la OMS.
- Identificar y gestionar recursos financieros para la realización de proyectos e investigaciones.

La consecución de estas recomendaciones permitirá al Foro Regional de Salud Urbana producir un documento que formule una estrategia regional para la salud urbana y permita emitir al cuerpo directivo de la OPS una resolución al respecto.

Niveles	Pregunta	Acción
Estructural / Normativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los principios y valores que deberían observarse en la gobernabilidad de las ciudades? y ¿Cuáles son los instrumentos para alcanzarlos? • ¿Cómo se puede lograr la reducción de desigualdades con un enfoque de derechos en la complejidad de las ciudades y metrópolis? 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la creación de Foros Nacionales de Salud Urbana en los países de la Región.
Insumo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué impacto tienen los modelos de desarrollo global, nacional y provincial en la gobernabilidad y la salud urbana? • ¿Cuáles son los mejores modelos y prácticas de gobernabilidad y salud urbana? • ¿Cuáles son las formas, modelos y experiencias existentes en materia de intersectorialidad y participación social en las ciudades? ¿Cómo son los procesos que permiten alcanzar acuerdos políticos relativos a la gobernabilidad y la salud urbana? Identificar modelos, experiencias y lecciones aprendidas. • ¿Cuáles son los procesos de interacción entre el sector salud con el resto de los sectores en la construcción de políticas públicas saludables y modelos aplicativos? • ¿Cuáles son los escenarios de la salud urbana para el 2020? El conocimiento de estos escenarios permitiría realizar una planeación estratégica preventiva en la materia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los modelos, programas, lecciones aprendidas, y mejores prácticas, relacionadas con: gobernabilidad, gobernanza, políticas públicas saludables, intersectorialidad, participación, determinantes sociales. • Realizar proyectos piloto de salud urbana, bajo el enfoque definido por el Foro de Salud Urbana, en dos o cuatro ciudades de la Región.

Niveles	Pregunta	Acción
Insumo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo son los procesos que permiten alcanzar acuerdos políticos relativos a la gobernabilidad y la salud urbana? Identificar modelos, experiencias y lecciones aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la creación de Foros Nacionales de Salud Urbana en los países de la Región.
Implementación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles deberían ser los contenidos en materia de equidad y salud urbana en que se debería capacitar a los diferentes actores involucrados en la gobernanza de las ciudades? ¿Cuál debería ser el proceso de capacitación? • ¿Qué papel deberían jugar los medios de comunicación en los procesos de gobernanza de las ciudades? 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar capacidades en salud urbana para alcaldes, personal de la OPS, gerentes de sistemas de salud, otros sectores, y miembros de grupos vulnerables (cursos, guías, documentos de orientación, etc.) . • Identificar las mejores estrategias para transferir conocimientos, lecciones aprendidas y metodologías de acuerdo a cada tipo de audiencia. • Disseminación del conocimiento existente con un “lenguaje” adecuado a la audiencia. • Capacitar a los medios masivos de comunicación en los tópicos relativos a salud urbana (gobernanza, riesgos salud, etc.).
Monitoreo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se vincula la gobernabilidad de las ciudades con la métrica de la salud urbana? 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar metodologías e indicadores innovadores apropiados para diagnosticar, analizar las situaciones, identificar las inequidades a nivel local y medir el progreso de las políticas y programas realizados. • Establecer o consolidar los Observatorios Urbanos o de Salud Urbana en la Región.

Métricas en salud urbana

Como se presentó en las diversas ponencias, las cuestiones y problemas referentes a la salud urbana son sumamente dinámicos, existen dos principios que deberán regir el enfoque de la métrica, el derecho a la salud y la reducción de las brechas para alcanzar la equidad.

Bajo este contexto, el monitoreo y la evaluación de las políticas y programas públicos de salud urbana deben sustentarse en un conjunto de medidas, que permitan guiar la implementación cotidiana de los programas, identificar las modificaciones sustantivas a estos, ofrecer información confiable para mejorar el proceso de toma de decisiones políticas, esto es, la medición debe servir para generar ciclos de conocimiento y acción, para transformar la situación de inequidad que guarda la salud en las ciudades. Para lograrlo, es necesario formular una estrategia que contemple los siguientes puntos:

Desarrollar un léxico común y consensuado

Generar un conjunto de conceptos cuyo significado sea compartido por todos los involucrados, es la base no sólo para desarrollar una estrategia regional que tenga claros sus objetivos, acciones, resultados e impactos esperados sino también un sistema de indicadores validados que genere los datos necesarios para el monitoreo y la evaluación de la misma (véase Cuadro 1).

Asimismo, esto permitirá reducir las posibilidades de que esta información sea tergiversada y/o utilizada ambiguamente por los diversos actores políticos.

Cuadro 1. Definiciones Conceptuales

Si bien el concepto de **salud urbana** aún no está completamente consensuado, el grupo de métrica propone que ésta se conceptúe como el “bienestar en una comunidad urbanizada”. Esta definición supone la existencia de cuatro dimensiones: (1) causal, existen ciertos determinantes sociales que condicionan la salud en las urbes, (2) procesal, el tipo de gobernanza que existe en una ciudad genera condiciones favorables o desfavorables para la salud urbana, (3) de grado, la métrica de la salud urbana e (4) intencional, la meta de la salud urbana es lograr la equidad. Estas cuatro dimensiones deben integrarse sistemáticamente en la definición que se acuerde.

La **métrica** dentro de la salud urbana se concibe como la capacidad de analizar y sintetizar cómo los determinantes sociales se vinculan con el proceso de gobernanza y rendición de cuentas y, a su vez, cómo estos influyen en el desempeño de los sistemas (de salud) determinando los efectos que se tendrán en la calidad de vida. Es importante mencionar que esta visión de la métrica en salud urbana implica una modificación del paradigma tradicional de la medición, ya que en vez de enfocarse a eventos específicos se propone analizar procesos clave. En este sentido, es importante destacar que la métrica deberá contemplar tanto métodos cuantitativos como cualitativos, los cuales al ser utilizados de forma complementaria permitirán definir cada vez mejor, bajo procesos sucesivos de aproximación, los problemas de salud que aquejan a las grandes urbes; si bien este tipo de métrica generará abundante información en sus inicios, ésta se irá consolidando, paulatinamente, en un proceso más sintético y selectivo.

Desarrollar un sistema de métricas flexible

Este sistema de indicadores debe ser lo suficientemente flexible en dos sentidos; por un lado debe ser posible adaptarlo a las diversas situaciones, prioridades, contextos, asuntos y problemas de salud urbana que vive cada una de las ciudades de la región; por el otro el sistema debe permitir contemplar información agregada para indicadores compuestos pero ésta también debe estar lo suficientemente desagregada para identificar las inequidades y así poder formular las medidas para cambiarlo.

Generar la información intersectorial

En la región se dispone de una gran cantidad de datos sobre tópicos relevantes para la salud urbana (e.g determinantes sociales de la salud), sin embargo, ésta se encuentra fragmentada o es difícil acceder a ella; esto hace muy difícil generar información y conocimiento relevante para la toma de decisiones; por esto el sistema de métricas (o indicadores) que se proponga se debe sustentar en el trabajo intersectorial lo que se espera permita asegurar el acceso compartido, la calidad y la disponibilidad de la información (véase Cuadro 2).

Identificar las diversas fuentes de información

Es necesario identificar a los sectores, instituciones y organizaciones que cuentan con información relevante para la gestión de la salud urbana, esto con el fin de generar una red de intercambio de información que facilite su acceso y disseminación. Por ejemplo, en México existe una gran cantidad de información generada por diversas instituciones tanto nacionales como locales; sin embargo, ésta no siempre se encuentra disponible (e. g. estadísticas de Guadalajara presentadas por Carlos Castillo-Salgado).

Utilizar sistemas de información geográfica

Si bien el sector salud cuenta con una gran cantidad de información cartográfica, esta se encuentra dispersa y fragmentada, lo que dificulta su utilización. Por esto, es necesario generar sistemas de información geográfica que organicen y administren la información recolectada y permitan a los diferentes involucrados incorporar la dimensión espacial (a diferentes escalas) en el proceso de toma de decisiones. Esto es especialmente relevante para comprender la dinámica del problema de salud urbana en los barrios o colonias de las grandes urbes; por eso es necesario incorporar al Foro de Salud Urbana a los geógrafos (e.g. en México existen aportes muy interesantes sobre el problema de violencia por parte de la UAM Iztapalapa).

Incorporar el enfoque de equidad de género

Con el fin de identificar no sólo inequidades de salud entre los diferentes estratos sociales sino también entre géneros, es necesario incorporar en la métrica, el enfoque de equidad de género, para así recopilar información sistemática que permita evaluar este tipo de brechas.

Métrica participativa

El proceso de medición debe considerar la participación activa de todos los involucrados, esto bajo esquemas de corresponsabilidad y transversalidad; es decir, los participantes tendrán voz y voto pero también adquirirán compromisos obligatorios, asimismo, no sólo se buscará identificar a los actores directamente interesados en aspectos de salud, sino a todos aquellos cuyas actividades tengan un impacto sustantivo en la salud urbana, esta visión per-

mitirá construir una ciudadanía atenta a los problemas y medidas relativas a la salud urbana. En este sentido uno de los mecanismos fundamentales para organizar la participación, serán los Observatorios o Foros de Salud Urbana. Así, la participación social se convierte en uno de los pilares de la medición, tanto, que será necesario considerarla como una dimensión adicional en la métrica a proponer.

Métrica dirigida hacia la acción

La realidad social es sumamente dinámica, por esto es necesario que el Foro en Salud Urbana proponga herramientas de medición del desempeño y del impacto de las políticas y programas, que proporcionen información relevante y oportuna para los tomadores de decisiones, esto incrementará las probabilidades de que ésta sea utilizada para la resolución de los problemas de salud que se viven en las ciudades.

Métrica significativa para las decisiones políticas

La información resultante de las métricas debe considerar las necesidades de información de los actores políticos (e.g. diputados, ministros, presidentes y alcaldes), con el fin de hacer evidente la vinculación entre los trabajos y acciones dirigidas hacia el mejoramiento de la salud urbana y así fortalecer las alianzas con ellos. Esto es particularmente relevante para los Ministros de Salud, quienes continuamente están preocupados por identificar e incentivar las acciones que benefician la salud pública.

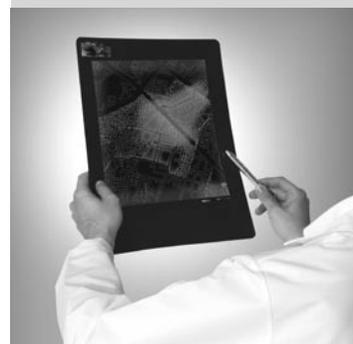
Finalmente es importante mencionar que el Foro tiene que definir los mecanismos mediante los cuáles se invitarán a nuevos actores a participar en el diálogo y los tiempos en que esto sucederá, ya que probablemente estos nuevos actores serán los encargados directos de aplicar las métricas que se diseñen.

Recomendaciones para la continuación de los trabajos en el Foro Regional de Salud Urbana

El enfoque tradicional de medición no ha permitido incidir en los procesos de cambio para mejorar la salud urbana, por esto es necesario que la OPS/OMS promueva el cambio de este paradigma, para lo cual se recomienda:

1. Desarrollar el paradigma, incluyendo el léxico de salud urbana y métricas.
2. Desarrollar una caja de herramientas para incidir en todo el proceso.
3. Formular perfiles prototipo de salud urbana que sean flexibles, con el fin de que estos permitan sumar experiencias exitosas para el abordaje de la salud urbana.
4. Desarrollar prototipos de métrica en cinco áreas: (1) calidad de vida, (2) desempeño social, (3) rendición de cuentas, (4) territorio y (5) recursos que permitan abordar cualquier área temática y territorios.
5. Establecer observatorios-foros de salud urbana.
6. Crear nuevas plataformas de información abierta, en los diferentes niveles de acción, para facilitar e incrementar el acceso y uso de ésta por parte de los tomadores de decisiones.
7. Definir claramente el concepto de lo urbano y no circunscribirlo sólo a las grandes ciudades o megalópolis. Es necesario que la salud urbana se considere como un *continuum* de espacios urbanos, que van desde la pequeña ciudad hasta la megalópolis.

Enfoque: Derecho a la salud y equidad en salud		Fin: Reducir las brechas para alcanzar la equidad		Propósito: Medir para incidir en el cambio / Fortalecer a la gobernanza / Cambiar de paradigma		Niveles (Análisis multinivel)	Preguntas	Uso de la métrica	Métodos Cualitativos y Cuantitativos
						Estructural: Determinantes de la salud. Ética social (respeto, protección y realización). Cumplimiento de compromisos internacionales, políticas públicas, leyes. Espacios de participación, (ejercicio efectivo de ciudadanía). Procesos productivos. Ordenamiento territorial. Cultura. Rendición de cuentas. Determinante distal. Macro de análisis.	¿Qué modelo de desarrollo humano? ¿Qué ética social? ¿Qué políticas y leyes? ¿Qué actores clave? ¿Qué poder de decisión? ¿Cómo se cumplen? ¿Responsabilidades públicas y privadas? ¿Qué determinantes clave?	Diseño de políticas a partir de la atributabilidad y vulnerabilidad. Evaluación del impacto de políticas públicas sectoriales ya existentes y toma de decisiones.	Definir y articular paradigmas. Análisis de políticas públicas y escenarios. Evaluación de impacto de políticas. Indicadores compuestos y desagregados. Observatorio de SU. Análisis de actores y de problemas y alternativas.
Proceso: Desempeño Intermedio.	¿Qué desempeño tienen las ciudades? ¿Qué cumplimiento de los sectores? ¿Qué calidad de la participación? Existencia y funcionamiento de alianzas y redes.	Comparar desempeño entre modos de intervenir. Implementación de programas en las ciudades.	Taxonomía común. Gerencia estratégica y mixto (+ epidemiología). Tecnología de información (SIG). Paquete de herramientas. Grupos focales.						
Efecto: Calidad de vida. Bienestar. Productividad. Desarrollo Humano Sostenible.	Estado de salud (individuos urbanos, grupos urbanos, ambientes urbanos, etc.). Grupos vulnerables. Calidad del ambiente. Equidad en salud: género, intercultural, socioeconómica, intergeneracional.	Cambio de la salud de las personas que viven en ciudades. Vigilancia de salud pública y la calidad ambiental. Medir cumplimiento de derechos. Identificar las brechas para priorizar grupos vulnerables en las intervenciones.	Epidemiología. Desagregación. Reducción de brecha de saber hacer. Entrevistas en profundidad y observación participante.						
Corresponsabilidad y Coparticipación Flexibilidad temática y metodológica según determinantes y necesidades Análisis y acción intersectorialidad y multidisciplinariedad Interdependencia, indivisibilidad y progresividad en cumplimiento de los derechos									
PRINCIPIOS DE LA MÉTRICA EN SALUD URBANA									



VII. Conclusiones y recomendaciones generales



Conclusiones y recomendaciones generales

Para los participantes del Foro, la conclusión fundamental es la necesidad de desarrollar un marco de referencia común entre los participantes. Este marco debe identificar en primer lugar los objetivos, alcances, productos y resultados que se esperan del Foro como órgano consultivo (véase Cuadro 1). Una vez definido esto

será entonces posible desarrollar el marco de referencia que defina claramente los principios, conceptos, factores y relaciones entre éstos, lo que permitirá establecer tanto un lenguaje como un marco de interpretación/comprensión común a todos los participantes.

Cuadro 1. Posibles productos y/o resultados del foro

1. Responder a las consultas formuladas por los gobiernos en materia de salud urbana.
2. Desarrollar un marco conceptual que ofrezca una guía para las intervenciones gubernamentales en salud urbana. Este marco conceptual implica la definición de conceptos, principios y recomendación de metodologías y técnicas tanto para la gobernanza de las ciudades como para la métrica en salud urbana, sin que se ofrezcan lineamientos para su implementación.
3. Formular directrices que guíen las intervenciones gubernamentales en salud urbana. Estas directrices incorporan los conceptos, principios y metodologías del marco conceptual pero también formulan normas (no vinculantes) y recomendaciones que establecen los mecanismos mediante los cuales éstas pueden ser implementadas.
4. Formular un documento estratégico regional para guiar las intervenciones gubernamentales en salud urbana. Esta estrategia implica no sólo ofrecer un marco conceptual, sino también establecer objetivos, metas y mecanismos para su implementación con el fin de que los gobiernos, tanto nacionales como locales, lo consideren para sus intervenciones en salud urbana. Este documento estratégico, podría estar acompañado por una serie de guías para la formulación de métricas y la aplicación de métodos y técnicas que permitan abordar consistentemente los problemas de salud urbana.
5. Formular una estrategia regional en salud urbana. Esta estrategia regional, implica no sólo contar con un documento programático a nivel regional sino también con fondos financieros que permitan la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de proyectos locales. Estos proyectos deberán ser adaptaciones locales de la estrategia regional, y se tendrá que definir si los actores responsables de la implementación serán los gobiernos de las ciudades u organizaciones no gubernamentales.

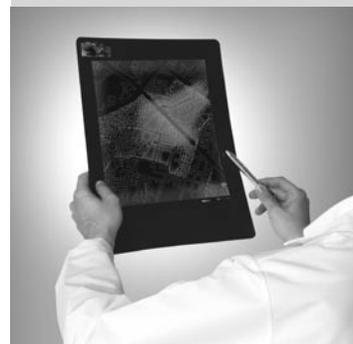
Entre los elementos de este marco podemos identificar a partir de las discusiones que **el objetivo del Foro** es ofrecer los insumos necesarios para que los gobiernos nacionales y de las ciudades realicen las modificaciones (organizacionales e institucionales) que permitan la formulación de políticas de salud urbana que reduzcan las desigualdades de salud al interior de las ciudades, para lo cual es necesario aceptar como **principios rectores** que (1) la salud es un derecho de todos los individuos y (2) la equidad en salud. Aunque cabe destacar que aún falta definir claramente cuáles serán los productos y/o resultados del foro.

En cuanto al tema de gobernanza y políticas públicas, se llegó al consenso de que los **principios para una buena gobernanza** en las ciudades son: (1) incluir a los diversos sectores (gubernamental, social y privado) en la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de salud; (2) fomentar la participación social en el proceso de elaboración de políticas públicas de salud, asegurando la representatividad, la diversidad cultural y de experiencias; (3) empoderar a los actores sociales más desaventajados para asegurar su participación efectiva en el proceso de toma de decisiones; (4) asegurar la transparencia y la rendición de cuentas por parte del gobierno en lo referente a las políticas públicas de salud; e (5) incorporar el conocimiento técnico en materia de salud urbana en el proceso de elaboración de políticas públicas de salud.

Es bajo este contexto, en que debe desarrollarse un **sistema de métricas** caracterizado por ser flexible, intersectorial, participativo y útil para la acción y la toma de decisiones políticas, y que contemple cinco dimensiones básicas (1) calidad de vida, (2) desempeño social, (3) rendición de cuentas, (4) territorio y (5) recursos que permitan abordar cualquier área temática y territorios.

Para lo cual es necesario identificar **insumos** tales como: (1) modelos, programas, lecciones aprendidas, mejores prácticas, gobernabilidad, gobernanza, políticas públicas saludables, intersectorialidad, participación y determinantes sociales, y (2) formular perfiles prototipo de salud urbana que sean flexibles, con el fin de que estos permitan sumar experiencias exitosas para el abordaje del tema. Esto permitirá obtener como primeros **resultados** una estrategia regional y metodologías e indicadores innovadores apropiados para diagnosticar, analizar las situaciones, identificar las inequidades a nivel local y medir el progreso de las políticas y programas realizados.

En caso de que el Foro busque avanzar en la implementación de esta estrategia Regional y en la aplicación de las metodologías e indicadores será necesario promover ciertos **procesos**, tales como: (1) identificar las mejores estrategias para transferir conocimientos, lecciones aprendidas y metodologías de acuerdo a cada tipo de audiencia, (2) desarrollar capacidades en salud urbana para alcaldes, personal de la OPS, gerentes de sistemas de salud, otros sectores, y miembros de grupos vulnerables (cursos, guías, documentos de orientación, etc.), (3) capacitar a los medios masivos de comunicación en los tópicos relativos a salud urbana (gobernanza, riesgos salud, etc.), (4) diseminar el conocimiento existente con un “lenguaje” adecuado a la audiencia, (5) establecer o consolidar los Observatorios Urbanos o de Salud Urbana en la Región, (6) promover la creación de Foros Nacionales de Salud Urbana en los países de la Región, y (7) realizar proyectos piloto de salud urbana, bajo el enfoque definido por el Foro de Salud Urbana, en dos o cuatro ciudades de la Región.



VIII. Compromisos asumidos por los participantes del Foro Regional de Salud Urbana



Compromisos asumidos por los participantes de la Reunión del Foro Regional de Salud Urbana

A continuación se detallan los comentarios finales y compromisos asumidos de los participantes¹².

Dr. Rafael García Galán

(Escuela Andaluza de Salud Pública /
Consejería de Salud)

COMENTARIOS

- Es necesario definir los “cómos”, es decir, es necesario establecer rutas de trabajo que definan acciones específicas en los diferentes temas.
- En el tema de la métrica no quedó suficientemente definido si se utilizarán las métricas tradicionales (estructura, proceso y resultado) o se seguirán los planteamientos alternativos.
- Es necesario considerar la importancia de promover o establecer la realización de evaluaciones tanto externas como comparativas con el fin de asegurar la objetividad e imparcialidad en la ponderación de los resultados.
- Con el fin de asegurar la comunicación entre el grupo de gobernabilidad y el de métrica podría ser útil formar un grupo con representantes de ambos equipos.
- Espera que la OPS defina cómo cada uno de los participantes puede colaborar en el seno del Foro.

COMPROMISOS

- Funcionar como puente entre el proyecto de Ciudad Viva de la Comunidad de Andalucía con la OPS, e invitarlos a la próxima reunión internacional que este proyecto organice.
- Revisar detenidamente las memorias del Foro, para identificar en que otras acciones se puede colaborar.

Dra. Covadonga Montes Vázquez

(Escuela Andaluza de Salud Pública /
Consejería de Salud)

COMPROMISOS

- Proporcionar la información generada por la Escuela Andaluza de Salud Pública, así como poner a disposición la infraestructura de la misma para fines de formación y discusión del Foro.

Dr. Ernesto Velásquez

(Consultor de la OPS / Municipalidad de Guatemala)

COMPROMISOS

- Promover la introducción del tema tanto en la agenda de investigación de la Universidad de San Carlos como ante las nuevas autoridades de la municipalidad de Guatemala, la cual tiene interés en aplicar este enfoque en su territorio.

12 La presentación de estos compromisos sigue la secuencia de participación; por lo que su orden no implica prioridad alguna.

- Comunicar los resultados del Foro a la oficina de la OPS en Guatemala.
- Establecer un Observatorio de Salud, proyecto que ya fue presentado ante la OPS para que considere su financiamiento.
- Realizar y promover investigaciones de apoyo, de hecho ya se tienen dos encuestas que contienen información desagregada por zonas municipales.
- Promover la firma de un acuerdo entre el municipio y la OPS.

Dr. Paulo Capucci

(Secretaria de Saude de Guarulhos)

COMPROMISOS

- Promover el enfoque del Foro ante el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud, el Consejo Nacional de Secretarios Provinciales de Salud y el Gobierno Nacional con el fin de conformar una agenda tripartita de acción.
- Presentar ante el alcalde de Guarulhos los resultados del Foro, con el fin de que éste los promueva ante la Comunidades de Gobiernos Locales Unidos y ante otras instituciones vinculadas al tema.

Dra. Alejandra Faundez

(FLACSO-Chile)

COMENTARIOS

- Es necesario “aterrizar” más el tema y las propuestas.
- La OPS debe definir que espera de los participantes, lo que permitirá adecuar las capacidades institucionales y personales con que se cuenta.

- Es necesario enfatizar el tema intersectorial, ya que la forma de operar entre las instituciones y organizaciones (separada o coordinadamente) definirán los resultados que se obtengan.

COMPROMISOS

- Promover el tema en el Ministerio de Salud.
- Compartir esta experiencia con otros miembros de la propia Facultad, así como con otras instituciones y organizaciones vinculadas a la FLACSO.

Dr. Guilherme Franco Netto

(Ministerio de Saúde)

COMENTARIOS

- Es necesario pensar en la agenda para los siguientes dos años, en la cual se debe definir claramente cómo se debe proceder.
- Es importante conformar un pequeño grupo operativo (de seis a ocho personas) que dé seguimiento a los compromisos, organice reuniones semestrales y así garantice el proceso.
- Es necesario consensuar una definición, por lo menos tentativa, de salud urbana, para así poder dialogar entre los participantes del Foro y promoverla ante otros posibles interesados. Esta definición terminaría por consolidarse al final de los dos años de discusión.
- Se debe desarrollar un léxico básico, que permita asegurar la comunicación entre los participantes y así evitar ambigüedades u otros problemas.

COMPROMISOS

- Fomentar las iniciativas locales en salud urbana.
- Organizar un taller nacional para construir una agenda para estos dos años, con el fin de presentar resultados ante el Foro al finalizar este periodo.

Dr. José Luis Calderón Arozqueta

(Red Mexicana de Municipios por la Salud)

COMENTARIOS

- Es importante ampliar la invitación al Foro a un grupo pequeño, pero representativo, de alcaldes.

COMPROMISOS

- Abordar el tema en la reunión nacional de la Red Mexicana de Municipios por la Salud, con el fin de que las conclusiones derivadas de la discusión se conviertan en un aporte para el Foro.
- Promover la realización, en Monterrey, de una Reunión Regional (Panamericana) de Alcaldes para tratar el tema.

Dr. Fritz Wagner

(University of Washington-Seattle)

COMENTARIOS

- Agradecer a la OPS por asumir el tema y el tomar el reto de la salud urbana, y la oportunidad que significó el Foro para intercambiar opiniones y generar nuevas amistades.

COMPROMISOS

- Platicar con la junta directiva de la Universidad de Washington con el fin de entablar pláticas con la OPS y así definir acuerdos y acciones que se traduzcan en un acuerdo institucional.

Dra. Louise Marie Bouchard

(INSPQ Canadá)

COMENTARIOS

- Es importante recordar que una comunidad saludable sólo se logra mediante la cohesión social.
- El concepto de salud urbana aún es poco claro, por lo que se necesita discutir más.

Dr. Fernando Proietti

(Observatorio de Saude Urbana / UFMG)

COMENTARIOS

- El trabajo con la OPS durante un año ha significado una rica experiencia para el observatorio.

COMPROMISOS

- Promover la introducción del tema de salud urbana en la agenda brasileña.
- Trabajar para el establecimiento de otros Observatorios de Salud en el país; a principios de diciembre de este año se instalará un nuevo observatorio en Río de Janeiro.
- Presentar ante la Universidad Federal de Río de Janeiro el tema.
- Promover al interior de la Red Brasileña de Observatorios para la Acción, la creación de una Red Latinoamericana de Observatorios.

Dr. Carlos Santos-Burgoa

(Secretaría de Salud /

Dirección General de Promoción de la Salud)

COMPROMISOS

- Elaborar, publicar y difundir las memorias del Foro.
- Desarrollar una página Web del Foro, que integre las presentaciones y las memorias del Foro, y en el futuro un blog.
- Organizar la Reunión Panamericana de Metrópolis Saludables (en mayo o julio del 2008).
- Desarrollar el léxico y transmitirlo a la Red Mexicana de Municipios por la Salud.

Dr. David Vlahov

(New York Academy of Medicine)

COMENTARIOS

- La vitalidad de la discusión fue fantástica, sin embargo aún falta por definir claramente qué significa salud urbana.
- Con el fin de asegurar la continuación de los trabajos es importante mantener el sentido de comunidad.

COMPROMISOS

- Continuar con el trabajo a través de la New York Academy of Medicine.
- Buscar becas para investigadores latinoamericanos para asistir a la Conferencia Internacional de Salud Urbana (a realizarse en octubre de 2008).

Dr. Fernando Borgia

(ALAMES)

COMPROMISOS

- Actualmente la ALAMES tiene un convenio marco con la OPS, el cual incluye aspectos sobre determinantes sociales de la salud y el desarrollo de dos observatorios (género y descentralización y salud).
- Generar líneas de articulación sobre el tema entre la ALAMES y las organizaciones de derechos humanos relacionadas.
- Desarrollar sinergias entre la Red de Actores Locales por la Salud de las Américas y la ALAMES para tratar el tema de la salud urbana.
- Fortalecer vínculos con las organizaciones de la sociedad civil para abordar las cuestiones de la Salud Urbana.

Dra. Katia del Pinho

(University of Toronto)

COMPROMISOS

- Promover la discusión en los Centros de la Universidad de Toronto que trabajan con el tema de la salud urbana, con la finalidad de generar una agenda de trabajo integrada.
- Colaborar en uno de los subgrupos de discusión.
- Iniciar un proceso de discusión al interior de la Universidad de Toronto y con otras universidades con el fin de formular una propuesta de investigación.

Dr. José Luis Navarro Paredes

(Servicios de Salud Pública del GDF)

COMENTARIOS

- El sector salud en México se encuentra muy medicalizado, por lo cual es necesario promover la reflexión, convencer y posicionar en la agenda de gobierno este enfoque, fundamentalmente social, de la salud.
- Con el fin de ordenar la discusión, la OPS debería formular una matriz que refiera ámbitos, tópicos o temas e identificar las acciones correspondientes, con el fin de que cada institución identifique las acciones que puede desarrollar.

COMPROMISOS

- Difundir los acuerdos de esta reunión, a través de la página Web de los Servicios de Salud Pública del GDF.
- Identificar las organizaciones locales interesadas en integrarse a la discusión.
- Promover la discusión del tema con las áreas relacionadas con la promoción de la salud y reflexionar sobre el tema con la base operativa de los servicios de salud del GDF.

Dra. Karina Chierzi

(Ministerio de Salud / Red Argentina de Municipios Saludables)

COMPROMISOS

- Transmitir al equipo técnico de la Red Argentina de Municipios Saludables los conceptos desarrollados en el Foro.

- Difundir el informe en toda la Red con la finalidad de que los municipios miembros (de los cuales 10 son grandes ciudades) contribuyan al Foro.

Dr. Marco Akerman

(OPS / PAHO)

COMPROMISOS

- Continuar el trabajo coordinado al interior de la OPS.
- Mantener la conexión entre Brasil y Argentina.

Dra. Marilyn Rice

(OPS / PAHO)

COMPROMISOS

- Identificar los compromisos y definir la forma en que se continuarán los trabajos.
- Entregar y difundir un informe final de la reunión del Foro.
- Continuar liderando el Foro.
- Ampliar los participantes en el Foro según las recomendaciones recibidas.
- Incluir todos los participantes en esta reunión en la lista electrónica de la iniciativa de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables (MCS).
- Publicar un artículo sobre la reunión en la próxima edición del boletín de la Red de MCS.
- Hacer una publicación de una síntesis de todos los documentos producidos en los últimos 3 años por la OPS sobre la salud urbana.

Dr. Eduardo Guerrero

(OPS / PAHO)

COMENTARIOS

- El Foro se encuentra en sus inicios, y se espera que se convierta en un espacio de síntesis y pensamiento que permita construir políticas públicas en salud urbana para la región.

COMPROMISOS

- Mantener la continuidad entre los programas y temas promovidos por la OPS (municipios y comunidades saludables, salud urbana, e iniciativas como ciudades históricas, culturales y saludables, ciudades intermedias, comunidades productivas, etc.)

Dr. Philippe Lamy

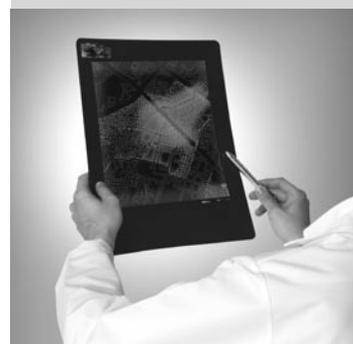
(OPS / PAHO)

COMENTARIOS

- Es importante recordar que la salud urbana tiene responsabilidades hacia su entorno (comunidades periféricas, ambiente natural).

COMPROMISOS

- Crear espacios específicos para el grupo local (México) y mantener conversaciones sobre estas temáticas.

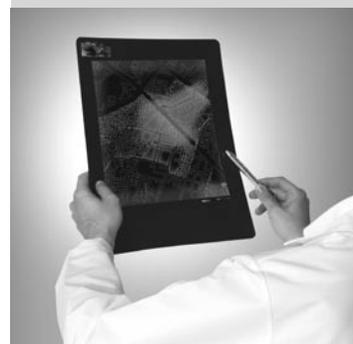


IX. Referencias



Referencias

- ASHTON, J (1991)** Healthy Cities, Milton Keynes, Open University, 235 pp.
- CAIAFFA, WT (2005)** The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*. 21(3): 958-67.
- FLEURY, S (2005)** La ciudad de los ciudadanos: un marco para análisis de la salud urbana, OPS / SDE, mimeo.
- FREUDEMBERG N et al (2005)** Beyond urban penalty and urban sprawl: back to living conditions as the focus of urban health, *Journal of Community Health*, 30(1): 1-11.
- GALEA, S. et al (2005)** Cities and population health, *Social Science and Medicine*, 60: 1017-1033.
- GLOUBERMAN S. et al (2006)** A framework for improving health in cities: a discussion paper. *Journal of Urban Health* 83(2): 325-338.
- HANCOCK, TREVOR Y DUHL, LEONARD (1986)** Healthy Cities: Promoting Health in the Urban Context, Copenhagen: WHO Europe (Also published as WHO Healthy Cities Paper #1 by FADL, Copenhagen, 1988).
- HARPHAM, T & TAÑER, M (eds.) (1995)** Urban Health in Developing Countries: progress and prospects, Londres, EARTHSCAN, 228 pp.
- KJELLSTROM, T et al. (2007)** Our cities, our health, our future, Report of the Knowledge Network on Urban Settings for the WHO Commission on Social Determinants of Health, Kobe, Japan, WHO.
- LAST, J. (2007)** A Dictionary of Public Health, Oxford, England.
- MAC DONALD, J. (2004)** Pobreza y precariedad del hábitat en ciudades de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, CEPAL
- MCMICHAEL, A.J. (2000)** The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries, *Bulletin of The World Health Organization* 78(9): 1117-1126
- OPS (2002)** Municipios y comunidades saludables: guía de los alcaldes para promover calidad de vida, Washington DC, PAHO.
- SOUTH BANK UNIVERSITY (1999)** State of the Art of Urban Health in Latin America, Londres, South Bank University / Comunidad Europea. 54 pp.
- STEPHENS C (2000)** Urban Threats to Health: Issues of Environment and Social Justice 2020 Policy Briefs International Food Policy Research Institute, Washington DC
- UN HABITAT (2002)** The Global Campaign on Urban Governance (Concept Paper, 2nd Ed.)
- VLAHOV, D. et al (2007)** Urban as a determinant of health *Journal of Urban Health*, Mar 14
- WHO (1993)** The Urban Health Crisis: strategies for health for all in the face of rapid urbanization, Geneva, WHO, 80 pp
- WHO (1995)** Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. Geneva.
- WHO (1996)** Urbanization: A Global Health Challenge, Kobe, WHO Center for Health Development, 193 pp
- WHO (1998)** Health Promotion Glossary, Geneva.



X. Anexos



Glosario

Capital social

(Social capital).

Es el grado de cohesión social que existe en las comunidades. Se refiere a los procesos entre las personas que permiten desarrollar redes, normas y confianza social, y facilita la coordinación y cooperación para el beneficio mutuo (Health Promotion Glossary, WHO, Geneva, 1998).

Convencimiento para la salud

(Advocacy for health).

Es una combinación de acciones individuales y sociales diseñadas para obtener el compromiso político, el apoyo para las políticas, la aceptación social y el apoyo de los sistemas para un objetivo o programa particular de salud. (Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action. WHO, Geneva, 1995 / Health Promotion Glossary, WHO, Geneva, 1998).

Determinantes de la salud

(Determinants of Health).

Es el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de la salud de individuos o poblaciones (Health Promotion Glossary, WHO, Geneva, 1998).

Determinantes sociales de la salud

(Social Determinants of Health).

Es el conjunto de factores sociales, económicos, culturales, políticos e institucionales que determinan el estado de la salud de individuos o poblaciones y que no son posibles de controlar por los individuos, por lo menos en forma

inmediata. Por ejemplo, violencia intrafamiliar, inseguridad, pobreza, rezago educativo, etc. (Nueva definición)

Equidad en salud

(Equity in health).

Equidad significa justicia. La equidad en la salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de oportunidades para el bienestar. (Health Promotion Glossary, WHO, Geneva, 1998)

Equidad en salud urbana

(Urban Health Equity).

Esta implica orientar los esfuerzos hacia la reducción de las diferencias en resultados y riesgos de salud entre diferentes áreas urbanas y los grupos humanos que las habitan.

(Documento de referencia)

Gobernanza de la salud urbana

(Urban Health Governance).

Son los procesos de toma de decisiones, la movilización y el uso de recursos, el grado o calidad de gobierno, y la capacidad de diseñar, implementar y evaluar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos. Se incluye aquí la forma en que los niveles de participación y descentralización, las innovaciones sociales y los intereses de los diversos actores afectan la salud urbana. (Documento de referencia)

Métricas de la salud urbana

(Urban Health Metrics).

Son los indicadores e instrumentos de recolección de información adecuados para los análisis de la salud urbana en términos de calidad

de vida, desigualdades sociales, desagregación por áreas suburbanas, identificación de áreas y grupos de población prioritarios, y programación y evaluación del desempeño de programas. (Documento de referencia)

Salud urbana

(Urban health).

Es la rama de la salud pública que estudia los factores de riesgo de las ciudades y sus efectos sobre la salud y las relaciones sociales urbanas. (Documento de referencia)

Urbanidad

(Urbanity).

Es la imagen cualitativa de la urbanización y puede ser definida como el impacto a la población que tiene el vivir en la ciudad en un dado periodo en el tiempo. (Documento de referencia)

Urbanización

(Urbanization).

Es el movimiento hacia un cambio en tamaño, densidad, y heterogenidad de las ciudades, o simplemente “el proceso que resulta en la iniciación o crecimiento (o reducción) de las ciudades” (Vlahov & Galea, 2002). Esto se calcula como la proporción de la población total a la población urbana del país. (Documento de referencia)

Urbano

(Urban).

Es el espacio territorial compuesto por el centro, los márgenes y las periferias de las ciudades. (Documento de referencia)

Agenda

Martes 27 de noviembre

Hora	Evento
8:30 – 9:00	Apertura oficial
9:00 – 9:15	Presentación de los propósitos, objetivos y resultados esperados de la reunión Dra. Marilyn Rice (OPS / OMS)
9:15 – 10:00	Visión general de los trabajos realizados por la Red de Conocimiento sobre los Asentamientos Urbanos Dra. Susan Mercado (Centro Kobe de la OMS)
10:00 – 10:30	Café
10:30 – 11:00	La salud urbana en el contexto del plan estratégico de la OPS/OMS 2008-2013 y los determinantes sociales de la salud Dr. Eduardo Guerrero (OPS / OMS)
11:00 – 12:00	Caminando hacia un marco conceptual de salud urbana y agenda para la acción en las Américas (Presentación y discusión plenaria del documento) Dra. Marilyn Rice (OPS / OMS)
12:00 – 13:00	Salud urbana: definición de trabajo (Presentación y discusión plenaria) Dra. Marilyn Rice (OPS / OMS)
13:00 – 14:00	Almuerzo
14:00 – 15:30	Discusión en grupos de trabajo sobre el marco conceptual y las áreas prioritarias de actuación por parte de la OPS en materia de Salud Urbana
15:30 – 16:00	Café
16:00 – 17:30	Presentación de resultados y discusión final por los grupos de trabajo
17:30 – 18:30	Reunión del grupo de OPS

Martes 28 de noviembre

Hora	Evento
9:30 – 10:00	Resumen de la sesión del día anterior Dr. Eduardo Guerrero (OPS / OMS)
10:00 – 11:00	Presentación de la experiencia de la ciudad de Buenos Aires Dr. Eduardo Reese (Universidad Nacional de General Sarmiento) Dr. Pedro del Piero (Fundación Metropolitana)
	Presentación de la experiencia de la prefectura de Guarulhos Dr. Paulo Capucci (Secretaría Municipal de Saúde de Guarulhos, Brasil)
11:00 – 11:30	Presentación del Foro de Salud Pública de la OPS Dr. Carlos Castillo-Salgado (OPS/OMS)
Tema “Gobernabilidad y políticas públicas”	
11:30 – 12:00	Gobernabilidad para ciudades y pueblos sanos: De la salud al desarrollo humano sostenible. Dr. Trevor Hancock
12:00 – 12:30	Buena gobernanza, gobernabilidad y políticas públicas dirigidas hacia la atención de los retos de salud en las megaciudades y grandes aglomeraciones urbanas en la región de la OPS/OMS Dr. Fritz Wagner (Universidad de Washington)
12:30 – 13:00	Salud urbana Dr. David Vlahov (New York Academy of Medicine)
13:00 – 14:00	Almuerzo
Tema “Métricas en Salud Urbana”	
14:00 – 14:30	Métricas de Salud Urbana: Reporte de evidencias, cuestiones clave y recomendaciones basadas en la evidencia Dr. Chris Gibbons (Johns Hopkins Urban Health Institute)
14:30 – 15:00	Desarrollo de métricas para la salud urbana Dr. Carlos Castillo-Salgado (OPS / OMS)
15:00 – 15:30	Salud urbana: Métrica y econometría Dr. Fernando Proietti (Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte)
15:30 – 16:00	Métricas en salud urbana Dra. Alejandra Faundez (FLACSO- Chile)
16:30 – 17:30	Discusión en grupos de trabajo de acuerdo a cada uno de los temas (gobernabilidad y políticas públicas, y métrica en salud urbana)
17:30 – 18:30	Reunión del grupo de OPS

Jueves 29 de noviembre

Hora	Evento
9:00 – 9:30	Resumen de la sesión del día anterior Dra. Karina Chierzi (Ministerio de Salud, Argentina)
9:30 – 10:00	Experiencia local: Valle de la Ciudad Capital. La Nueva Guatemala de la Asunción Dr. Ernesto Velásquez (OPS/Municipalidad de Guatemala)
10:00 – 10:30	Aporte por un debate conceptual y operacional del derecho a la salud y los determinantes sociales de la salud Dr. Fernando Borgia (ALAMES)
10:30 – 11:00	Café
11:00 – 12:00	Sesiones separadas de trabajo de cada uno de los grupos (governabilidad/ gobernanza y políticas públicas y métricas en salud urbana) y preparación de informes para plenaria
12:00 – 12:30	Políticas Públicas, Governabilidad y Métrica del Distrito Federal Dr. Fernando Menéndez Garza (Gobierno del Distrito Federal)
12:30 – 13:00	Sesiones separadas de trabajo de cada uno de los grupos (governabilidad/ gobernanza y políticas públicas y métricas en salud urbana) y preparación de informes para plenaria
13:00 – 14:00	Almuerzo
14:00 – 15:00	Presentación de conclusiones y recomendaciones del grupo de trabajo de “Governabilidad, gobernanza y políticas públicas”
15:00 – 15:30	Café
15:30 – 16:30	Presentación de conclusiones y recomendaciones del grupo de trabajo de “Métricas en Salud Urbana”
16:30 – 18:00	Cierre del foro Síntesis, compromisos y planes de trabajo de grupos de métricas en salud urbana y governabilidad/gobernanza y políticas públicas y sugerencias para el trabajo de la OPS en los próximos años

Lista de Participantes

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
Adrenalina Cebrián Gómez	México	Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud	Apoyo en Mercadotecnia Social	Guadalajara 46, Piso 8, Colonia Roma Cuauhtémoc México, DF	5212-0021, ext. 232 acebrian@salud.gob.mx
Alejandra Faundez	Chile	FLACSO Chile	Coordinadora de Docencia y extensión	Av. Dag Hamarsjgold 3269, Vitacura, Chile	56-2-2900200 afaundez@flacso.cl
Arturo Cervantes Trejo	México	CENAPRA	Director General	Guadalupe 46-3°. Colonia Roma, Mexico 06700 DF	5553-9631 5553-9691 5553-9437 acervantes@salud.gob.mx
Armando Ahued Ortega	México	Subsecretaría de Servicios Médicos, Secretaría de Salud del Distrito Federal	Subsecretario	Xocongo No. 225 6° piso, Col. Tránsito C.P. 06820, Del. Cuauhtémoc	51 32- 09 00 ext. 1003
Carlos Alberto Vizzotti	Argentina	Ministerio de Salud Argentina	Secretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud	9 de julio 1925, CABA	54-11-4379-9015 cvizzotti@fibertel.com.br
Carlos Castillo-Salgado	WDC	OPS/PAHO	Asesor especial del Foro de Salud Pública	525 23rd St NW Washington, DC 20037	202-974-3327 castillc@paho.org
Carlos Dora	Ginebra	OMS/WHO	Scientist	Av. Appia 20 Geneva 27, Suisse	41-22-791-3541 dorac@who.int
Carlos Santos-Burgoa	México	Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud	Director General	Guadalajara 46 1er piso Colonia Roma Mexico DF 06700	52-55-5211-3139 csantos@salud.gob.mx

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
Covadonga Montes Vásquez	España	Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de Salud	Asesora Técnica	Avd. La innovación SN Edf. Arena 1 41020 Sevilla	34-955-006344 Covadonga.monte@juntadeandalucia.es
Cristina Díaz Salazar	México	Red Mexicana de Municipios por la Salud	Alcaldesa de Guadalupe, Nuevo León	Hidalgo y Barbadillo s/n, Col. Centro, 067100, Guadalupe, Nuevo León	01 (81) 8030 6000 01 (81) 8030 6006 01 (81) 1506 5669
Chris Gibbons	E.U.A.	Johns Hopkins Urban Health Institute (UHI)	Associate Director, Director, Center for Community HEALTH (CCH) Assistant Professor of Public Health and Medicine Johns Hopkins Medical Institutions	2013 E. Monument St. Baltimore, MD 21205	410-502-6155 410-502-7262 mgibbons@jhsp.edu
David Vlahov	E.U.A.	New York Academy of Medicine	Professor	1216 Fifth Ave New York, NY 10029	212-822-7382 212-876-6220 dvlahov@nyam.org
Eduardo Guerrero	WDC	OPS/PAHO	Jefe de la Unidad de Determinantes de Salud y Política Social Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental	525 23rd St., N.W. Washington, D.C., 20037-2895	(202) 974-3639 (202) 974 3645 guerrere@paho.org

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
Eduardo Reese	Argentina	Universidad Nacional de General Sarmiento	Investigador, Docente	Av. Scalabrini Ortiz 2905 Piso 4 DTO F	54-11-4807-5457 ereese@ciudad.com.an
Ernesto Velásquez	Guatemala	OPS/Municipalidad de Guatemala	Consultor	4ª. Avenida 8-71 Zona 1 Villa Mixto Guatemala	5004-4625 egenesisv@gmail.com
Eugenia Rodríguez	WDC	OPS/PAHO	Asesora Regional de Seguridad Vial		202-974-3639 Eugeniarodrigues@глоbo.com
Fernando Borgia	Uruguay	ALAMES	Coordinador Regional Cono Sur	Pablo de Patria 1640 Montevideo	598-99247959 Fernando.borgia@gmail.com
Fernando Menéndez Garza	México	Gobierno del Distrito Federal del Distrito Federal	Asesor de Jefe de Gobierno	Plaza de la Constitución 2, Palacio de Virreina 1er piso, Oficina 132 Col. Centro, México, DF	5345 8175 5345 8036 5345 8175 5345 8036 ext. 104 fmmenendesg@aol.com
Fernando Proietti	Brasil	Observatorio de Saude Urbana UFMG	Profesor Epi/ Salud Coletiva	Faculdade de Medicina UFMG Av. Professor Alfredo Balena, 190 8º. Andar Belo Horizonte, MG 30130-10 Brasil	proietti@medicina.ufmg.br

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
Fritz Wagner	E.U.A.	University of Washington Seattle	Dept. of Landscape Architecture	348 Gould Hall Box 355734 University of Washington Seattle, WA 98195-5734	206-543-7459 206-685-4486 fwagner@u.washington.edu
Gretel Rueda	México	Dirección General de Promoción de Salud	Coordinadora de Proyectos Especiales	Guadalajara 46, Piso 1, Colonia Roma Cuauhtémoc México, DF	5211-3139 5286-0207 Grethen44@hotmail.com Grethen44@gmail.com gretelrueda@salub.gob.mx
Guilherme Franco Netto	Brasil	Ministerio de Saúde Brasil	Dirección de Salud Ambiental y Ocupacional	Ministerio de Saude, Brasilia,	5561-3213-8081 Guilherme.netto@saude.gov.br
Ivan J. Barrera Olivera	México	Centro de Estudios en Asuntos Públicos, AC	Secretario	Av. Universidad 1953, Edif. 35, Depto. 101, Col. Copilco Universidad, C.P. 04370, DF	5616-4560 ibarrera74@yahoo.com.mx
Jacobo Finkelman	México	OPS/PAHO	Consultor	Fuente de Moisés 9 Tecamachalco 53950, México	52512719 finkelmj@mex.ops-oms.org
Johanna Delgado	México	Gobierno del Distrito Federal	Asesora del Jefe de Gobierno del Distrito Federal	Plaza de la Constitución 2, Palacio de Virreina 1er piso, Oficina 132 Col. Centro	5345 8175 5345 8036 ext. 104 jdelgado023@hotmail.com

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
José Antonio Pagés	Argentina	OPS/PAHO	Representante de la OPS/OMS en Argentina	Oficina Sanitaria Panamericana Marcelo T. de Alvear 684, 4o. piso 1058 Buenos Aires, Argentina	011-54-114319-4200 japages@arg.ops-oms.org
José Luis Calderón Arozqueta	México	Red Nacional de Municipios para la Salud	Asesor	Teya No. 102 Col. Jardines del Ajusco Tlalpan, México, D. F. C.P. 142000 Nextel 31 85 48 41	5255-3185-4841 Ce.municipio@prodigy.net.mx
José Luis Navarro Paredes	México	Servicios de Salud Pública del Gobierno del Distrito Federal	Coordinador	Xocango 225 5°. Piso Mexico DF	51321200 ext 1070 y 1071 Jnavarro10@yahoo.com
Karina Chierzi	Argentina	Ministerio de Salud Argentina	Coordinadora Red Arg de MCS	Av 9 de Julio 1925 8°. Piso CIO 73ABA CABA Argentina	54-11-4379-9309 kchier@msal.gov.ar
Katia de Pinho	Canadá	University of Toronto	Consultora	36 Rosuholme Park Cres Unit 24, Toronto CA N16J2C9	416-203-2898 Katia.depinnhocampos@utoronto.ca
Louise Marie Bouchard	Canadá	INSPQ Canada	Project manager and researcher	2400 rue D'Estimauville, Québec Canada G1E 7G9	418-666-7000 ext 470 Louise.marie.bouchard@inspq.qc.ca
Ljubica Latinovic	México	Dirección General de Promoción de la Salud, Secretaría de Salud	Subdirectora de Mercadotecnia Social	Guadalajara 46, Piso 8, Colonia Roma Cuauhtémoc México, DF	5212-0021, ext. 232 latinovic@salud.gob.mx
Luiz Augusto Galvao	WDC	OPS/PAHO	Area manager	525 223rd St Nw Washington DC 20037	202-974-3150 galvaolu@paho.org
Marcelo Korc	Colombia	OPS/PAHO	Asesor SDE	Cra 7 74-21 Piso 9 Bogota	57-1-314-4141 korcmarc@paho.org

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
Marco Akerman	Argentina	OPS/PAHO	Asesor Regional Desarrollo Local y Participación Social	OPS - SDE Asesor Regional - PWR ARGENTINA	011 5411 4319-4200 akermanm@arg.ops-oms.org
Maria Cristina Franceschini	WDC	OPS/PAHO	Consultora	525 23rd St NW Washington DC 20037	202-974-3967 francesm@paho.org
Marilyn Rice	WDC	OPS/PAHO	Asesora Regional	525 23rd St NW Washington DC 20037	202-974-3969 ricemari@paho.org
Marianela Corriols	México	OPS/PAHO	Asesora en salud y ambiente	OPS México	55 50890860 samb@mex.ops-oms.org corriolm@nic.ops-oms.org
Mary Williams	México	Habitat para la Humanidad	Coordinadora de Investigación	Soria 47, Colonia Álamos Mexico DF	5517-8962 Marywilliams_52@yahoo.com.mx
Paulo Capucci	Brasil	Secretaria de Saude de Guarulhos	Secretario de Saude	R. Iris 300 Sala 35, Gopouva, Guarulhos, SP 07051-080	11-6472-5000 paulocpucci@guarulhos.sp.gov.br
Pedro Del Piero	Argentina	Fundación Metropolitana	Presidente	San Martin 662 Piso 3 Ofic D (C1004AAN) Buenos Aires	54-11-4394-0020 pdp@metropolitana.org.ar
Philippe Lamy	México	OPS/PAHO	Representante	OPS México	55 50890860 lamyp@mex.ops-oms.org
Rafael García Galán	España	Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de Salud	Asesor Técnico	Avd. La innovación SN Edf. Arena 1 41020 Sevilla	955006593 Rafael.garcia.galan.sspa@juntadeandalucia.es
Roberto Martínez Pobrete	México	Coordinación de Servicios Médicos	Coordinador de Salud	Independencia Oriente 1009, 3er. piso Col. Reforma, 50070 Toluca	01722 2151928 01722 21517608 roberto.m@salud.gob.mx

Nombre	País	Institución	Cargo	Dirección postal	Teléfono/Dirección electrónica
Sonia Aguirre Yanés	México	Servicios de Salud Pública del Distrito Federal	Directora de Promoción de la Salud	Xocongo 225, Col. Tránsito 06820 D.F.	51321200 ext. 1059 saguirre@salud.df.gob.mx
Susan Mercado	Filipinas	World Health Organization	Regional Adviser in Health Promotion	Regional Office for the Western Pacific PO Box 2932 United Nations Ave. 1000 Manila, Philippines	632-528-9854 632- 521-1036 mercados@wkc.who.int mercados@wpro.who.int
Trevor Hancock	Canadá	Ministry of Health	Consultor de Salud Pública	1515 Blanshard St, 4th Floor (RBB 4-2) Victoria BC V8W 3C8	250 952-1794 250 952-1570 Trevor.Hancock@gov.bc.ca

Documentos relevantes

Bibliografía sobre Salud Urbana

1. BARTEN, F et al (2007) Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity, *Journal of Urban Health*, Mar 29.

(Extracto – artículo en inglés) Los ambientes físicos y sociales han sido reconocidos como importantes determinantes de la salud. Quienes viven en contextos urbanos están expuestos a una variedad de riesgos de salud que están interconectados con sus propios efectos sobre la salud. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) han subrayado la multidimensionalidad de la pobreza y las conexiones entre la salud y las condiciones sociales. Es por esto que los ODMs presentan una oportunidad para ir más allá de las intervenciones específicas a un solo sector y desarrollar respuestas sociales integrales y procesos participativos que respondan a las causas fundamentales de la inequidad en la salud. Considerando la complejidad y magnitud de los problemas ambientales, de salud, y de pobreza, es claro que el mejoramiento de la salud y la reducción de la inequidad en salud requiere no solamente cambios en los ambientes físicos y sociales de las ciudades sino también un enfoque integral que tome en cuenta los factores socioeconómicos y de contexto que afectan la salud. Enfoques integrales o de múltiples niveles deben responder no solamente a las causas inmediatas de los problemas de salud en la ciudad, pero también a las causas implícitas a nivel de la sociedad. La organización política y legal del proceso de formulación de políticas ha sido identificada como uno de los mayores determinantes de la salud urbana y global debido al rol que esa organización juega en la creación de posibilidades para la participación, el empoderamiento, y su influencia en el contenido de políticas públicas y en la distribución de recursos escasos. Este artículo mantiene que es esencial adoptar un enfoque multisectorial para responder a los determinantes sociales de la salud en los ambientes urbanos. Para que los enfoques integrales sean efectivos en responder en múltiples niveles a los determinantes sociales de la salud es necesario que enfrenten aspectos como la participación de la comunidad, la gobernabilidad, la política y el poder, la toma de decisiones y el empoderamiento de las comunidades.

2. BARTON, H. and TSOUROU, C. (2000) *Healthy Urban Planning*. World Health Organization, Regional Office for Europe (Descripción del libro escrito en inglés) La planificación urbana saludable significa planear para las personas y promueve la idea de que la ciudad es mucho más que edificios, calles y espacios abiertos, es un organismo vivo y su salud está profundamente relacionada con la de sus ciudadanos. Las condiciones en las ciudades, algunas veces agravadas por las prácticas de planeación urbana, pueden ser dañinas para la salud. La planificación urbana saludable se enfoca en el impacto positivo que la planeación urbana puede tener sobre la salud humana, el bienestar y la calidad de vida, y refleja la definición amplia de salud de la OMS.

El libro explica conceptos y principios, e incorpora experiencias de ciudades y pueblos de Europa, muchos de los cuales son parte del movimiento Ciudades Saludables. Luego el libro sugiere un enfoque que destaca ciudadanos saludables como el centro de la práctica de planeación urbana. Los profesionales involucrados en la planeación, diseño y regeneración del ambiente urbano, encontrarán que las ideas y enfoques presentados en este libro son al mismo tiempo refrescantes y estimulantes. Este libro enfatiza el rol que los profesionales de la planeación urbana pueden jugar en la promoción de la salud.

3. BRICEÑO-LEON, R (2005) Urban Violence and Public Health in Latin America: a Sociological Explanatory Framework. *Cad Saude Publica*. 21(3): 958-67

(Extracto – artículo en inglés) La violencia interpersonal se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública de las ciudades de América Latina. El artículo presenta una interpretación sociológica de la violencia en tres niveles: (a) macro-sociales - la desigualdad social debida al incremento de la riqueza y la pobreza; la paradoja del mayor nivel educativo de las personas, pero las menores oportunidades de empleo, el incremento de las expectativas y de la imposibilidad de satisfacerlas; los cambios en la familia y la pérdida de importancia de la religión en la vida cotidiana de las personas; (b) meso-sociales - el incremento de la densidad en las zonas pobres y la segregación urbana, la cultura de la masculinidad y los cambios en el mercado local de la droga; (c) micro-sociales - el incremento de las armas de fuego, el consumo de alcohol y las dificultades de expresión verbal de los sentimientos por las personas. El artículo concluye con un análisis sobre cómo la violencia está llevando no sólo a la pérdida de las ciudades, sino a la ciudadanía en América Latina.

4. CAIAFFA, WT (2005) The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*. 21(3): 958-67.

(Extracto – artículo en inglés) Este estudio intenta determinar los patrones espaciales de mortalidad y morbilidad para cinco problemas de salud en un ambiente urbano: homicidios, embarazo en adolescentes, hospitalización por asma, dengue y leishmaniasis. La información fue obtenida por medio de la base de datos de salud de la ciudad y procesada geográficamente usando direcciones

residenciales y unidades de planeación usadas anteriormente para censos. Usando mapas temáticos identificamos relaciones proporcionales de mortalidad/morbilidad entre las unidades de planeación y las 20 unidades con los peores resultados para cada problema de salud. Un patrón de altas tasas de homicidio, embarazo en adolescentes y hospitalización por asma coincidió con áreas de desventaja social y económica. En el caso de dengue y leishmaniasis, altas tasas de infección fueron encontradas en áreas desfavorecidas en contraste con tasas muy bajas en las áreas con altos ingresos. Los resultados indican la existencia de una mayor carga de enfermedad para los residentes de áreas urbanas donde la pobreza y la falta de políticas de salud pública efectivas influyen en los problemas sociales de salud.

5. DUARTE, CM, NASCIMENTO, VB & AKERMAN, M (2006) Adolescent pregnancy and social exclusion: analysis of intra-urban disparities Rev Panam Salud Publica. 19 (4): 236-43

(Extracto – artículo en portugués) Objetivos: Comparar madres adolescentes viviendo en cuatro áreas con distintos grados de exclusión social en la ciudad de Santo André, Sao Paulo, Brasil, teniendo en cuenta factores como educación, peso al nacer y edad de gestación de sus bebés al nacer, y la tasa de fertilidad de cada una de las áreas en 1998. Métodos: Un estudio transversal ecológico llevado a cabo con 1314 niñas adolescentes. Las cuatro áreas fueron definidas, una de ellas teniendo el mayor índice de exclusión social (peores condiciones socioeconómicas) y otra con el menor índice de exclusión social (mejores condiciones). Los datos sobre la salud de las madres y sus bebés fueron recolectados por medio del Sistema Nacional de Información sobre Partos (nacidos vivos) y los de las condiciones socioeconómicas por medio de la Fundación Estatal del Sistema de Análisis de Datos, el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística y el Mapa de Exclusión/Inclusión Social de la ciudad. Resultados: Tener bajos niveles de educación fue estadísticamente asociado con las áreas más pobres. De los bebés con un peso al nacer menor a 2500 gramos, 76.8% nació en las dos áreas más pobres de la ciudad. La tasa de fertilidad más alta (35.7 por 1000 adolescentes) fue encontrada en el área con las peores condiciones socioeconómicas y la tasa de fertilidad más baja (12.1 por 1000 adolescentes) fue encontrada en el área de mejores condiciones socioeconómicas. No se presentaron diferencias entre las proporciones de partos prematuros entre las cuatro áreas. Conclusiones: los resultados muestran que niñas adolescentes con poca educación escolar y de un bajo nivel socioeconómico tenían mayor probabilidad de dar a luz. Acciones específicas deben ser iniciadas para prevenir los embarazos en este grupo y promover la inclusión social de estas adolescentes y sus hijos, dándoles oportunidades para mejorar su situación socioeconómica.

6. FLEURY, S (2005) La ciudad de los ciudadanos: un marco para análisis de la salud urbana, OPS / SDE, mimeo.

7. FREUDEMBERG N et al (2005) Beyond urban penalty and urban sprawl: back to living conditions as the focus of urban health, Journal of Community Health, 30(1): 1-11.

(Extracto – artículo en inglés) Investigadores han estudiado por muchos años la salud urbana para describir las consecuencias de la vida urbana y para diseñar intervenciones que promuevan la salud de las personas que viven en las ciudades. Dos enfoques han sido dominantes para la comprensión del impacto que la ciudad tiene en la salud: la sanción urbana para la salud y el crecimiento urbano. El enfoque de la sanción urbana plantea que en las ciudades se concentran poblaciones pobres a su vez expuestas a un ambiente físico y social insalubre. El crecimiento urbano se enfoca en los efectos negativos de la expansión urbana para la salud y el medio ambiente. Nosotros proponemos un modelo que integra estos enfoques y enfatiza condiciones de vida urbana como el más importante determinante de salud. El objetivo del modelo es ir más allá de la descripción de las características relacionadas con la salud de las poblaciones urbanas hacia una identificación de oportunidades para intervenir en los problemas. Este cambio de marco conceptual y operacional permite comparaciones significativas que pueden proveer información para actividades de salud pública al nivel adecuado y evaluar su efectividad en el mejoramiento de la salud de las poblaciones urbanas. El modelo es ilustrado por medio de dos ejemplos tomados de prácticas actuales de salud pública urbana.

8. FRUMKIN, H., FRANK, L. and JACKSON, R. (2004) Urban Sprawl and Public Health

(Descripción del libro escrito en inglés) En este libro los autores exploran la cuestión de cómo el ambiente físico en el que vivimos afecta nuestra salud. Por décadas, el crecimiento y desarrollo urbanos en Estados Unidos han sido caracterizados por la baja densidad y la dependencia en el automóvil. Es por esto que los autores examinan los impactos directos e indirectos del crecimiento urbano sobre la salud y el bienestar humanos además de discutir la posibilidad de mejorar la salud pública de las ciudades por medio de un enfoque alternativo al diseño urbano, el uso de la tierra y el transporte.

El libro ofrece una mirada integral de las conexiones entre planeación urbana, arquitectura, transporte, diseño de comunidad y salud pública. Hace un recuento de la evidencia científica que relaciona los resultados negativos del crecimiento urbano para la salud pública. También enfatiza los complejos retos con los que se enfrentan quienes desarrollan políticas para promover y proteger la salud del público.

Aún cuando este libro se enfoque en el proceso de urbanización característico de las ciudades de Estados Unidos y otros países desarrollados, contiene capítulos relevantes a la salud urbana en países en vías de desarrollo ya que trata temas como la calidad del aire y del agua en el contexto urbano, la reducción de las actividades físicas, heridas y muertes debidas al tráfico de automotores, la salud mental y las necesidades de salud de grupos sociales específicos (mujeres, niños, la tercera edad, etc.).

9. GALEA, S. and Vlahov, D. (2005) Handbook of Urban Health, Populations, Methods and Practice. Island Press. 0
(Descripción del libro escrito en inglés) Este libro presenta una visión amplia de la salud urbana, haciendo énfasis en los factores sociales de particular importancia para la salud urbana. Los editores logran conectar la investigación y la práctica de salud urbana al combinar descripciones de los problemas y cuestiones de salud urbana, los métodos que se utilizan para estudiarlos y ejemplos de programas existentes. Este libro es un buen punto de partida para poder apreciar los distintos niveles de los determinantes de la salud urbana, proceso que es necesario para promover la salud en las ciudades.

El libro reúne artículos de más de 40 expertos haciendo de la publicación un excelente recurso para las diversas especialidades que se relacionan con la salud urbana. El libro presenta:

- Una discusión de la salud de distintas poblaciones urbanas incluyendo inmigrantes, niños, la tercera edad, las minorías, las personas sin hogar, y los pobres.
- Métodos relevantes al estudio de la salud urbana incluyendo epidemiología, métodos de investigación, financiación, cuestiones políticas y planeación urbana.
- Cuestiones prácticas a tomar en cuenta para el desarrollo de ciudades saludables incluyendo intervenciones, estrategias preventivas, la provisión de servicios de salud y el entrenamiento en salud urbana.
- Perspectivas internacionales de países en vías de desarrollo y de la Organización Panamericana de la Salud.

10. GALEA, S. et al (2001) Collaboration among community members, local health service providers and researchers in a urban research center in Harlem, New York, Public Health Reports, 16: 530-539.

(Extracto – artículo en inglés) El Centro de Investigación Urbana del Centro para Estudios Urbanos Epidemiológicos reunió miembros de la comunidad e investigadores que trabajaban en Harlem, Nueva York. Un Comité Asesor de la Comunidad compuesto por miembros de la comunidad, proveedores de servicios, profesionales de salud pública e investigadores fue formado para asistir en las actividades de investigación de Centro y para desarrollar alianzas en la comunidad. Por medio de un proceso de colaboración entre los actores, el Comité Asesor identificó tres problemas de salud como prioridades para la acción: abuso de sustancias, enfermedades infecciosas y asma. Para responder al problema de abuso de sustancias, el Centro creó una guía de recursos para proveedores de servicios y una “guía de supervivencia” para quienes usan las sustancias. Estas guías fueron diseñadas para mejorar el acceso a los servicios comunitarios. Para responder al problema de las enfermedades infecciosas, el Centro inició una colaboración con organizaciones comunitarias locales para diseñar y poner en acción una intervención de entrenamiento para usuarios de drogas de inyección que sirvan como “compañeros” que aconsejan y motivan cambios de comportamiento en otros usuarios de drogas de inyección. Para responder al problema del asma, el Centro inició una colaboración con proveedores de atención infantil de la comunidad para una intervención educacional que aumente el conocimiento de los proveedores, mejore la comunicación entre los proveedores y las familias y mejore las habilidades para el auto cuidado de los niños que sufren de asma. La experiencia del centro ha demostrado que comunidades activas e investigadores que respondan a las necesidades expresadas por la comunidad pueden establecer alianzas que mejoren significativamente la salud de la comunidad.

11. GALEA, S. et al (2005) Cities and population health, Social Science and Medicine, 60: 1017-1033.

(Extracto - artículo en inglés) Para el 2007 la mayoría de la población mundial vivirá en áreas urbanas y las ciudades estén ejerciendo una creciente influencia en la salud de los residentes urbanos y no urbanos. Aunque el interés ha existido por un largo tiempo, pocos han sido los ejemplos de trabajos que intenten entender cómo y por qué las ciudades afectan la salud de la población. Al hacerlo, se evidencian no solo la gran cantidad y complejidad de los determinantes de la salud urbana, sino también la falta de un marco que integre esos múltiples factores. Este documento presenta un marco conceptual para estudiar cómo la vida urbana afecta la salud poblacional. El marco se basa en la suposición de que las poblaciones urbanas están definidas por su tamaño, densidad, diversidad y complejidad, y también de que la salud de las poblaciones urbanas es una función de las condiciones de vida que a su vez son caracterizadas por determinantes municipales y/o locales, nacionales y globales. El marco conceptual incorpora investigaciones pasadas en salud urbana que presentan múltiples determinantes en distintos niveles. Está dirigido a servir como un modelo para guiar la investigación y las intervenciones relacionadas con la salud urbana.

12. GLOUBERMAN S. et al (2006) A framework for improving health in cities: a discussion paper. *Journal of Urban Health* 83(2): 325-338.

(Extracto – Artículo en inglés) Este artículo considera la salud en las ciudades desde la perspectiva de sistemas complejos de adaptación. Este enfoque tiene varias implicaciones para la intervención que normalmente no surgen en las representaciones de ciudad y salud. El artículo hace una revisión de varias interpretaciones de la naturaleza de la ciudad y de salud en las ciudades y de los movimientos tradicionales de salud urbana y de ciudades saludables. Después provee un marco operacional para las intervenciones en salud urbana y lo evalúa por medio de un caso de estudio real. El artículo concluye que un marco de sistemas complejos de adaptación abre nuevas posibilidades para el mejoramiento de la salud en los contextos urbanos.

13. HARPAM, T&TAÑER, M (eds.) (1995) *Urban Health in Developing Countries: progress and prospects*, Londres, EARTHSCAN, 228pp. (Descripción del libro escrito en inglés) El impacto de la urbanización en la salud de los ciudadanos de países en vías de desarrollo ha recibido una mayor atención en años recientes y el número de programas que responden a esos impactos está creciendo. Muchas de estas recientes iniciativas, sin embargo, se basan en pequeños proyectos y están estrechamente enfocadas en un tema específico y normalmente no son iniciativas integrales o multisectoriales. En este libro, expertos en las áreas de salud urbana y desarrollo urbano ofrecen un enfoque interdisciplinario a la salud urbana de los países “del Sur”. Se presentan las más recientes prioridades de investigación y se discuten:

- El manejo y financiación de los servicios de salud urbana
- Los roles de agencias internacionales como la OMS, el Banco Mundial, UNICEF y de las ONGs locales
- Tendencias en políticas de salud urbana
- Avances y prospectos para el mejoramiento futuro a niveles conceptual y estratégico

Además, el libro presenta varios estudios de caso y ejemplos que muestran iniciativas en ciudades tan diversas como Santiago, Dar es Salaam, Kampala, Dhaka y Bombay. Este enfoque integral es valioso para los profesionales de todas las organizaciones de desarrollo internacional y estudiantes de salud pública, urbanismo y desarrollo.

14. JOURNAL OF URBAN HEALTH, Special Supplement Titled “Achieving Health Equity in Urban Settings”, *J Urban Health* 84(Suppl. 1) i1-i173. Acceso gratis online en http://www.springerlink.com/content/w2423484r862/?sortorder=asc&p_o=0

Esta edición especial del *Journal of Urban Health* está dedicada a los determinantes sociales de la salud en entornos urbanos y las intervenciones asociadas para proteger la salud y promover la equidad en salud. Esta edición incluye 15 artículos bajo cinco temas (tres de los artículos han sido referenciados en esta bibliografía):

- La urbanización como un factor clave en el desarrollo de la equidad en salud
- Responder a los determinantes sociales de salud es crítico para reducir la carga de mortalidad en zonas urbanas
- El entorno de vida urbano puede amenazar o apoyar la salud humana y está determinado por factores sociales
- Es crítico generar confianza, capital social y cohesión social por medio de procesos participatorios y de empoderamiento
- Gobernabilidad urbana en salud y enfoques integrales

15. KAI, J. and DRINKWATER, C. (2004) *Primary Care in Urban Disadvantaged Communities*. Radcliffe Publishing 199 pp.

(Descripción del libro escrito en inglés) Este libro examina cómo la atención primaria de salud está respondiendo al reto de las desventajas urbanas y de las inequidades en salud. Estudios de caso ilustran los enfoques de salud orientados a la comunidad que pueden realmente hacer la diferencia para comunidades locales incluyendo quienes sufren de enfermedades del corazón, problemas de salud mental o abuso de drogas, minorías étnicas, los jóvenes y la tercera edad. Los casos enfatizan la necesidad de entender y desarrollar nuevas vías de trabajo para los contextos locales. También se identifican retos y oportunidades para el desarrollo de capital social, empoderamiento y salud dada la realidad de la vida urbana.

Aun cuando este libro describe intervenciones en áreas urbanas en desventaja en el Reino Unido, el material puede ser útil para investigadores y para quienes trabajan en salud urbana que tengan interés en estudiar o responder a las inequidades de la salud entre distintas comunidades o áreas de una misma población urbana.

16. KAWACHI, I. and BERKMAN, L. (2003) *Neighborhoods and Health*. Oxford University Press.

(Descripción del libro escrito en inglés) Este libro estudia la relación entre el barrio como variable explicatoria y la salud de las distintas comunidades de la ciudad. Los editores reúnen escritos de un grupo multidisciplinario de autores que incluye epidemiólogos, sociólogos, demógrafos, profesionales de la salud y geógrafos médicos. El libro tiene 15 capítulos y está dividido en 4 partes. La primera parte reúne previas investigaciones que refuerzan la hipótesis de una clara relación entre el barrio y la salud por medio de diferencias entre los barrios con respecto al acceso a los servicios de salud, factores que producen estrés, empleo, transporte, servicios comerciales, espacios de recreación, crimen, presencia de la policía, riesgos ambientales y redes sociales. La segunda parte se enfoca en las complejidades metodológicas a las que se enfrentan quienes investigan los barrios y sus efectos en

la salud, incluyendo el requisito de utilizar técnicas de análisis a diversos niveles y la necesidad de traducir los resultados de las investigaciones en recomendaciones para la definición de políticas. Los capítulos 9, 10 y 11 hacen un resumen de la evidencia que conecta la variable de barrio con resultados específicos de salud (infecciones, salud del niño, asma, etc.). La última parte del libro presenta temas diversos incluyendo segregación racial y de clase, interacciones sociales, envejecimiento, y políticas sociales. No es fácil generalizar a partir de este libro ya que maneja datos sobre ciudades en Estados Unidos únicamente y las poblaciones comparadas son en su mayoría o blancas o negras. (Este comentario apareció en el *New England Journal of Medicine*, en Septiembre 25 del 2003). De cualquier manera el material presentado en este libro puede ser útil para investigadores y para quienes trabajan en salud urbana que tengan interés en estudiar o responder a las inequidades de la salud entre distintas comunidades o áreas de una misma población urbana.

17. MCMICAHIEL, A.J. (2000) The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries, *Bulletin of The World Health Organization* 78(9): 1117-1126.

(Extracto – artículo en inglés) La vida urbana es la clave para comprender la ecología humana contemporánea. Las ciudades se han multiplicado y expandido rápidamente alrededor del mundo en los últimos dos siglos. Las ciudades son fuente de creatividad y tecnología, y son los motores para el crecimiento económico. Sin embargo, son también fuentes de pobreza, inequidad, y riesgos ambientales para la salud. Las poblaciones urbanas han sido por largo tiempo incubadoras y puertas de entrada para enfermedades infecciosas. El periodo de industrialización inicial y de crecimiento no planeado en países desarrollados ha sido reemplazado por el manejo colectivo del ambiente urbano. Esto ocurrió en respuesta a la grave situación ambiental, el aumento de los niveles de alfabetismo, el desarrollo del gobierno democrático, y la acumulación colectiva de riqueza. En muchos países de bajos ingresos, este proceso está siendo desacelerado por las presiones y prioridades de la globalización económica. Más allá de los riesgos tradicionales de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias para los pobres de las ciudades y de la adaptación de varias infecciones de vectores, el ambiente urbano plantea riesgos fisicoquímicos. Estos incluyen exposición al plomo, contaminación del aire, riesgos de tráfico, y la amplificación de las ondas de calor. Al aumentar el número de consumidores urbanos con sus expectativas materiales y el uso de combustibles fósiles, las ciudades contribuyen a las presiones de gran escala sobre la biosfera incluyendo el cambio climático. Es necesario desarrollar políticas que reparen los riesgos urbanos ambientales de salud, los cuales usualmente están distribuidos de manera desigual.

18. MERCADO, S. et al (2007) Urban as a determinant of health, *J Urban Health*, 2007 84 (Suppl 1): i7-i15. Acceso online gratis en <http://www.springerlink.com/content/4q0235281254808n/fulltext.pdf>

(Descripción del artículo escrito en inglés) Las personas que viven en asentamientos informales están normalmente excluidas de oportunidades, de un empleo decente, de la seguridad, de capacidades y de empoderamiento. El problema de la pobreza urbana no es nuevo, pero a menudo se ve como un problema económico que se resuelve con intervenciones y políticas económicas. La inequidad en las ciudades, que lleva a la pobreza urbana y a una salud precaria son también productos de fuerzas globales y locales en el entorno urbano. El artículo defiende que la salud pública puede jugar un papel importante en el mejoramiento de la pobreza urbana mediante procesos sociales (participación, capital social, rendición de cuentas, e inclusión social) que influyen a la gobernabilidad urbana en distintos niveles y nodos de poder.

19. MONTGOMERY, M. (2003) *Cities Transformed: Demographic Change and Its Implications in the Developing World*. National Academies Press. 552 pp.

(Descripción del libro escrito en inglés) Virtualmente todo el crecimiento de la población mundial en el futuro tendrá lugar en las ciudades y pueblos de países en vías de desarrollo. Dentro de los próximos veinte años, la mayoría de los países en desarrollo serán más urbanos que rurales. Los beneficios de la urbanización no se pueden pasar por alto, pero la velocidad y la escala de la transformación urbana presentan importantes retos. Una nueva clase de formuladores de políticas está emergiendo para tomar las muchas responsabilidades de la gobernabilidad urbana – al descentralizarse los gobiernos nacionales, los programas de pobreza, salud, educación, y servicios públicos están siendo delegados a inexpertos gobiernos regionales y municipales. Demógrafos han tardado de manera sorpresiva en dar atención a las implicaciones de la transformación urbana. Retomando de una gran variedad de fuentes de datos, muchas de ellas previamente inaccesibles, este libro explora las implicaciones de varios contextos urbanos en áreas como el matrimonio, la fertilidad, la salud, la escolaridad y la vida de los niños. Este libro interesará a todos aquellos implicados en la investigación a nivel ciudad, y decisiones políticas, de planeación y de inversión.

20. OPS (2002) *Municipios y comunidades saludables: guía de los alcaldes para promover calidad de vida*, Washington DC, PAHO. (Descripción de la guía escrita en español) La Guía ofrece, a los alcaldes, autoridades locales y otros decisores políticos, una estrategia práctica para promover la salud y la calidad de vida de las personas, y puede producir resultados a corto, mediano y largo plazo. La Guía también incluye y define algunos términos de promoción de la salud relacionados con el proceso de implementación

de un MCS, tales como el empoderamiento y la política pública saludable que podrían ser poco comunes. Esta Guía fue desarrollada para contribuir al buen gobierno en el área de la salud al nivel local. Además tiene el propósito de dar apoyo a los alcaldes y otras autoridades locales en ese esfuerzo, ya que ellos tienen el mandato de sus constituyentes y así mismo la responsabilidad y la oportunidad de motivar y dirigir esfuerzos para promover la salud y la calidad de vida con la población.

21. PINHO K (2006) Una propuesta para el diseño de políticas públicas, estrategias e intervenciones en salud urbana en las grandes ciudades de las Américas, Washington, OPS / SDE, mimeo.

22. PRIDMORE, P et al (2007) Social Capital and Healthy Urbanization in a Globalized World, *J Urban Health*. 2007 May; 84(Suppl 1): 130–143. Acceso online gratis en <http://www.springerlink.com/content/y64114r676522247/fulltext.pdf> (Extracto – artículo en inglés) Este artículo hace una revisión crítica del alcance del capital social como un recurso para promover la equidad en salud en contextos urbanos. Se analiza el concepto de capital social y la evidencia que conecta el capital social a resultados de salud y equidad en salud, incorporando evidencia de estudios epidemiológicos y estudios de caso de países desarrollados y en desarrollo. Los resultados de este análisis muestran que en ciertos entornos el capital social puede ser un factor clave que afecta los resultados de intervenciones técnicas sobre la salud. El capital social puede generar al mismo tiempo las condiciones necesarias para el apoyo mutuo y el cuidado médico, y también los mecanismos requeridos para que comunidades y grupos puedan ejercer presión e influenciar la toma de decisiones y la formulación de políticas. La conexión entre el capital social y la salud opera de diferentes maneras en distintos niveles sociales, pero las iniciativas para fortalecer el capital social deben ser parte de un proceso amplio, holístico y de desarrollo social que también responda a los determinantes estructurales de la salud. Se necesita una comprensión más clara de la complejidad y dinámicas de los procesos sociales involucrados y su contribución a la equidad en salud y el mejoramiento de la salud. El artículo concluye con recomendaciones para formulación de políticas e identificando diez elementos claves necesarios para construir capital social.

23. SOUTH BANK UNIVERSITY (1999) State of the Art of Urban Health in Latin America, Londres, South Bank University / Comunidad Europea. 54 pp.

24. STEPHENS C (2000) Urban Threats to Health: Issues of Environment and Social Justice 2020 Policy Briefs International Food Policy Research Institute, Washington DC

25. THWIN, A. and JAHAN, S. (1996) Rapid Appraisal of Urban Health Needs and Priorities. International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh

(Descripción del reporte escrito en inglés) Esta publicación reporta la evaluación del perfil demográfico y de salud de la población urbana de Dhaka en Bangladesh. Es una evaluación rápida de las necesidades y prioridades de salud y relacionadas con la salud, hecha a través del muestreo de cuatro zonas urbanas y entrevistas de informantes claves (residentes de tugurios y zonas que no son tugurios, comisionados de zona y proveedores públicos, privados y del sector civil de servicios de salud. Dentro de las preocupaciones más importantes de quienes respondieron las entrevistas, estaba la pobre, pues ésta resulta en la falta de acceso a agua limpia, letrinas, alcantarillado y eliminación de basuras. Otras preocupaciones incluyeron enfermedades infecciosas (diarrea, escabiosis, gripe), falta de acceso al cuidado pre y pos natal, y falta de acceso a la salud reproductiva. Los resultados de este estudio enfatizan la necesidad de enfocar los esfuerzos en los residentes de barriadas y de zonas pobres de la ciudad para mejorar el salario familiar, las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud y planeación familiar por medio de estrategias especializadas. Un rol futuro para el gobierno local urbano puede ser el de estandarizar los precios y las cuotas, de forma que se mantenga una equidad social y de salud entre los consumidores urbanos de la población.

26. VLAHOV, D. & GALEA, S. (2002) Urbanization, urbanicity and health, *Journal of Urban Health*, 79(4): S1-S12. (Extracto – artículo en inglés) La mayoría de la población mundial vive en áreas urbanas desde el 2007. Las ciudades de más rápida urbanización están en los países de menores ingresos, y la tasa de crecimiento varía dependiendo de las regiones. Hay poca información que conecte las características de las ciudades con la salud de sus poblaciones. Este artículo propone un marco para guiar la investigación de esas características del ambiente urbano que afectan la salud y el bienestar. Se consideran dos dimensiones clave: urbanización y urbanicidad. Por urbanización se entiende los cambios en tamaño, la densidad y la heterogeneidad de las ciudades. Urbanicidad se refiere al impacto de vivir en áreas urbanas durante un periodo específico. Una revisión de la literatura publicada sugiere que la mayoría de los factores importantes que afectan la salud pueden ser considerados dentro de uno de tres grandes temas: el ambiente social, el ambiente físico y el acceso a servicios sociales y de salud. El desarrollo de la salud urbana

como una disciplina necesitará utilizar las fortalezas de diversas áreas académicas incluyendo ecología, epidemiología y sociología. Investigación de tipo transnacional puede proveer ideas acerca de las características clave de las ciudades y cómo el proceso de urbanización influencia la salud poblacional.

27. VLAHOV, D. et al (2004) Cities and health: history, approaches and key questions, *Academic Medicine* 79(12): 1133-1138. (Extracto – artículo en inglés) La mayoría de la población mundial vive en ciudades, y el ritmo de urbanización global seguirá acelerándose en las décadas que vienen. Puede esperarse que un cambio demográfico tan dramático tenga grandes impactos sobre la salud poblacional. Aun cuando ha habido un interés histórico en entender cómo la vida urbana está conectada con la salud, este interés no se ha traducido en un área académica formal y es todavía necesario desarrollar un marco teórico coherente de salud urbana. En este artículo, los autores presentan tres enfoques alternativos al estudio de la salud urbana contemporánea. Estos incluyen considerar la salud urbana desde la perspectiva de una sanción urbana para la salud, desde la perspectiva de la expansión urbana y, de manera más integral, considerar cómo las condiciones de vida urbana pueden estar conectadas con la salud. Los autores también proponen tres preguntas claves que pueden ayudar a guiar el estudio y la práctica de la salud urbana en las próximas décadas. Estas preguntas incluyen la consideración de cuáles son las características específicas que están causalmente relacionadas con la salud, el grado en que estas características son particulares de una ciudad o difieren entre ciudades, y finalmente, hasta qué punto estas características de las ciudades son modificables para permitir intervenciones que puedan mejorar la salud de las poblaciones urbanas.

28. VLAHOV, D. et al (2005) Perspectives on urban conditions and population health *Cad Saude Publica*. 2005 May-Jun; 21(3):949-57. Epub 2005 May 2.

(Extracto – artículo en inglés) La mayoría de la población mundial vivirá en ciudades en los próximos años y el ritmo de urbanización alrededor del mundo continuará acelerándose en las próximas décadas. Mientras está proyectado que la cantidad de mega ciudades siga aumentando, se espera que la mayoría del crecimiento poblacional tenga lugar en ciudades de menos de un millón de habitantes. Puede esperarse que un cambio demográfico tan dramático tenga grandes impactos sobre la salud poblacional. Aun cuando ha habido un interés histórico en entender cómo la vida urbana está conectada con la salud, este interés no se ha traducido en un área académica formal y es todavía necesario desarrollar un marco teórico coherente de salud urbana. Este artículo presenta cuatro enfoques alternativos y al mismo tiempo complementarios (sanción urbana para la salud, ventaja urbana para la salud, expansión urbana y un modelo integral de condiciones urbanas) además de tres preguntas claves que pueden ayudar a guiar el estudio y la práctica de la salud urbana en las próximas décadas.

29. VLAHOV, D. et al (2007) Urban as a determinant of health, *Journal of Urban Health*, 2007 84 (1): i16-i26. Acceso online gratis en <http://www.springerlink.com/content/2154400595567861/fulltext.pdf>

(Extracto – artículo en inglés) La ciudad es la manera predominante de vida, y el crecimiento de la ciudad está relacionado a la expansión de áreas en desventaja social y económica. Se espera que la tendencia será el aumento de las inequidades en una gran variedad de dimensiones sociales y de salud. Aun cuando sea cualitativamente diferente, esta tendencia existe en países desarrollados y en vías de desarrollo. El mejoramiento de la salud de personas en tugorios requerirá nuevos marcos analíticos. El enfoque de determinantes sociales enfatiza el rol de los factores en múltiples niveles que operan en la configuración de la salud. Estos niveles incluyen el global, nacional, municipal y de barrio. Tal enfoque sugiere que el mejoramiento de las condiciones de vida en áreas como la vivienda, el empleo, la educación, la igualdad, la calidad del ambiente donde se vive, las redes sociales y los servicios de salud, es crítico para mejorar la salud de las poblaciones urbanas. Aunque los enfoques de determinantes sociales y de perspectivas multiniveles no son únicamente urbanos, éstos se transforman cuando son vistos desde las características de las ciudades tales como tamaño, densidad, diversidad y complejidad. El mejoramiento de las condiciones de vida inmediatas en las ciudades en las que la gente vive ofrece la mayor promesa para la reducción de la morbilidad, la mortalidad y las disparidades en salud y para mejorar la calidad de vida y el bienestar.

30. WHO (2003) Social determinants of Health: the solid facts, Copenhagen, WHO-Europa.

(http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020808_2)

(Descripción del libro escrito en inglés) Las personas más pobres viven vidas más cortas y están más a menudo enfermas en comparación con los ricos. Esta disparidad ha llamado la atención sobre la notable sensibilidad de la salud para el ambiente social. Esta publicación examina el gradiente social de la salud y explica como influencias sociales y psicológicas afectan la salud física y la longevidad. Después da una mirada a lo que se ha estudiado acerca de los más importantes determinantes sociales de la salud hoy, y el rol que las políticas públicas pueden jugar en la formulación de ambientes sociales que sean más conducentes a un mejor

estado de salud. Esta es la segunda edición del libro, y como tal, se apoya en las fuentes más recientes de información, para seleccionar y describir los más importantes determinantes sociales de la salud en nuestra sociedad hoy. Se presentan fuentes claves de investigación para cada uno de ellos: estrés, vida temprana, exclusión social, condiciones de trabajo, desempleo, apoyo social, adicción, alimentos saludables y políticas de transporte. Es necesario que políticas y acciones para la salud se ocupen de los determinantes sociales de la salud, atacando a las causas de la mala salud antes que éstas puedan llevar a problemas. Es ésta una tarea desafiante para aquellos de quienes depende la toma de decisiones y para los profesionales de la salud pública y quienes la promueven. Esta publicación provee los datos y las opciones de políticas que les permitirán actuar.

31. WHO (1993) *The Urban Health Crisis: strategies for health for all in the face of rapid urbanization*, Geneva, WHO, 80 pp. (Descripción del libro escrito en inglés) Este libro responde a la inquietud sobre la inminente crisis de salud en las áreas urbanas donde un crecimiento poblacional explosivo ha reducido gravemente la capacidad de las autoridades locales para proveer servicios básicos, y donde las condiciones que favorecen la mala salud están aumentando. Adoptando un enfoque de salud pública, el libro pretende guiar los procesos de toma de decisiones para la determinación de prioridades y la selección de las políticas públicas más adecuadas, particularmente en situaciones caracterizadas por problemas que aumentan y recursos que decrecen. El libro presenta líneas de acción recomendadas dentro del contexto de una "nueva salud pública", la cual reconoce la necesidad de una mezcla balanceada entre cambios ambientales, medidas de prevención personal e intervenciones terapéuticas adecuadas. El libro tiene siete capítulos. El primero explica los muchos factores que convergen para hacer la crisis en la salud urbana una crisis inminente. El segundo considera factores demográficos incluyendo tendencias y causas del crecimiento urbano. El tercer capítulo considera la importancia de los servicios de salud ambiental urbana. El cuarto capítulo subraya cuáles son los cambios necesarios en términos de los servicios de salud para cubrir los retos de la rápida urbanización. Los siguientes capítulos describen proyectos de redes ciudadanas y discuten la importancia de políticas de salud urbana integrales.

32. WHO Centre For Health Development (1996) *Urbanization: A Global Health Challenge: Proceedings of a Who Symposium*, Kobe, WHO Center for Health Development, 193 pp. (Descripción del libro escrito en inglés) El libro recoge la memoria de un simposio internacional en el cual expertos en salud pública, sociología, ciencias del comportamiento, economía y salud ambiental se reunieron para discutir los problemas planteados por el increíble crecimiento de las poblaciones de las ciudades y mega ciudades. Los temas discutidos fueron tan variados como las estrategias para financiar servicios de salud esenciales, las formas de combatir contaminación del aire causada por vehículos, las soluciones al problema de la falta de vivienda suficiente y el uso de legislaciones para imponer el desecho eficiente de basuras domésticas. Estas memorias ponen particular atención a las necesidades de salud de los pobres de las ciudades y otros grupos vulnerables, incluyendo mujeres, niños, la tercera edad, y los jóvenes desempleados.

33. WHO Centre For Health Development (2006) *2nd Meeting of the Knowledge Network on Urban Settings (KNUS)*, Kobe, Japan, WHO Centre For Health Development
Este es un reporte de la segunda reunión de la Red de Conocimiento de Entornos Urbanos que tuvo lugar en Dar es Salaam, Tanzania del 1 al 4 de Noviembre del 2006. Entre otros propósitos, esta reunión se proponía desarrollar recomendaciones clave para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y desarrollar y proponer direcciones estratégicas para sostener acción a nivel global sobre los determinantes sociales de salud en entornos urbanos. Las recomendaciones clave para la CDSS resultantes estaban incluidas en uno de los siguientes temas: gobernabilidad urbana saludable, planeación urbana y políticas de salud, entorno de vida urbano, acción comunitaria, servicios de salud urbana, desarrollo de liderazgo y de capacidades. Adicionalmente, los temas para la acción global sostenida incluyeron: redes y alianzas, acción para la abogacía, aprendizaje ciudad a ciudad, movilización de recursos e investigación.

Ligas a páginas web

OPS - Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Municipios Saludables y Salud Urbana

<http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/municipios.htm>

OPS - SDE: Salud Urbana

<http://www.cepis.ops-oms.org/sde/ops-sde/bv-saludurbana.shtml>

Observatorios Urbanos

http://www.unhabitat-rolac.org/observatorios_urbanos.asp?id_secao=14&id_idioma=2

Johns Hopkins Urban Health Institute

<http://www.jhsph.edu/urbanhealth>

Journal of Urban Health

<http://www.springerlink.com/content/1468-2869/>

Urban Health Initiative

<http://www.urbanhealth.org/>

WHO/ Europe – Healthy Cities and urban governance

<http://www.euro.who.int/healthy-cities>

The International Society for Urban Health

<http://www.isuh.org/>

7th International Conference on Urban Health

<http://www.icuh2008.com/>

WHO - Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

http://www.who.int/social_determinants/en/

WHO- Urban Settings Knowledge Network

http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/settlements/en/index.html

Determinantes sociales de la salud, documento de referencia

<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>

The Documentary Series on Social Determinants: Is equality making us sick?

<http://www.unnaturalcauses.org/>

Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables

<http://municipios.msal.gov.ar/index.php>

DGPS, Secretaría de Salud México - Programa de Acción Comunidades Saludables

<http://dgps.salud.gob.mx/interior/comunidades/comun.html>

Fundación Metropolitana de Buenos Aires

<http://www.metropolitana.org.ar/>

Iniciativa de Metrópolis Saludables

<http://www.proam.org.br/site/link.asp?id=14>

Centro Mario Molina

<http://www.centromariomolina.org/index2.php>

Otros actores identificados

Dra. Hilda Elena Valencia de Abril

Coordinadora del Programa Interdisciplinario de Investigación de la Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Phone: 5818-4516

e-mail: hildabril@gmail.com

Universidad de Illinois at Chicago <http://www.uic.edu/jaddams/mlhrc/aboutus.htm>

Universidad de Miami <http://familymedicine.med.miami.edu/x51.xml>

Georgia State University <http://urbanhealth.gsu.edu/>

Northeastern University <http://www.idealists.org/en/org/162618-100>

Albert Einstein <http://www.einstein.edu/community/cuhpr/index.html>

Jo Ivey Boufford

jboufford@nyam.org

Angel Fulladolsa

Subdirector de Salud y Bienestar Municipal, Municipalidad de Guatemala

afulladolsa@muniguate.com

Pedro Villanueva

Director de Salud y Bienestar Municipal

pvillanueva@muniguate.com

Lic. Irma Rodas

Coordinadora de Cooperación Internacional

Municipalidad de Guatemala

irmarodas@muniguate.com

Dr. Ovalle Consultorio

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

consultorio@intelnett.com

Hilda Valencia
Directora del Programa Universitario Interdisciplinario en Salud (PUIS),
Universidad de San Carlos, Dirección General de investigación, DIGI
hildabril@yahoo.com.mx

Jesús Arnulfo Oliva Leal
Decano Facultad Ciencias Medicas, Universidad de San Carlos de Guatemala
Jesarnulfoliva@yahoo.com
decanomed@usac.edu.gt

Dr. Annette Morales - Decano F. Medicina Universidad Mariano Galvez
adefortin@umg.edu.gt

Cizel Ixbalanque Zea Iriarte
Escuela Salud Pública, Universidad de San Carlos de Guatemala.
cizelixbalanque@yahoo.com

Acrónimos

KNUS	Knowledge Network on Urban Settings / Red de Conocimiento sobre Asentamientos Urbanos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIGs	Sistemas de Información Geográfica
SSA	Secretaría de Salud (México)
SU	Salud Urbana
ERS	Eventos Relacionados con la Salud
AL	América Latina
FRSU	Foro Regional de Salud Urbana
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe

**Primera Reunión del Foro Regional
de Salud Urbana de la
Organización Panamericana de la Salud**
Hacia un marco conceptual de salud urbana
y agenda para la acción en las Américas

Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud

Se terminó de imprimir y encuadernar en XXXXX de 2008
en Impresora y Encuadernadora XXXXXXXXXXXX .
La Edición consta de XXXX ejemplares.

