



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2011

Punto 4.2 del orden del día provisional

CE148/8 (Esp.)
23 de mayo del 2011
ORIGINAL: INGLÉS

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA

Introducción

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

Antecedentes

2. La urbanización puede tener muchos beneficios así como consecuencias adversas para la salud y el bienestar humanos. Muchos de los problemas que genera la pobreza urbana tienen sus raíces en una complejidad de limitaciones de recursos y capacidad, en políticas gubernamentales inadecuadas tanto en los niveles central como local, y en la falta de planificación del crecimiento y la gestión de las ciudades. Habida cuenta de las previsiones de crecimiento elevado para la mayoría de las ciudades de los países en desarrollo, los problemas relacionados con la pobreza urbana y, de forma más general, con la gestión de las ciudades no hará sino empeorar en muchos lugares si no se abordan con mayor dinamismo (1). El crecimiento urbano no planificado e insostenible ejerce presión sobre los servicios básicos, lo cual dificulta a los gobiernos la tarea de atender las necesidades de una población diversa que presenta comportamientos y dinámicas diferentes. Además, la planificación orientada al crecimiento del producto interno bruto

(PIB), en lugar de al bienestar de las personas, ha dado lugar a que se dé preferencia a los automóviles sobre las personas y a un desarrollo mayor sobre la protección de los recursos naturales, y al malgasto de la energía. El crecimiento urbano no planificado conlleva varios riesgos como aquellos relacionados con los factores ambientales, sociales y epidemiológicos y los desastres (2), así como condiciones que afectan la seguridad de la población. Las medidas intersectoriales requeridas para afrontar estos riesgos y los factores determinantes asociados se abordaron en tres conferencias consultivas sobre la integración de la salud en todas las políticas, celebradas en el 2010 en Adelaida, Chile y Helsinki. Varias resoluciones, consultas y documentos sobre la salud urbana, la promoción de la salud y los factores determinantes de la salud son pertinentes para este plan.

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

- En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992, comúnmente conocida como la Cumbre para la Tierra, se publicó el informe *Protección y fomento de la salud humana* como parte del Programa 21 (sección I, capítulo 6), en el que se aborda el desafío que plantea la salud urbana (3).
- Tanto la resolución CD43.R11 (2001) sobre *Promoción de la salud en las Américas* como la resolución CD47.R20 (2006), *Promoción de la salud: logros y enseñanzas contenidas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok*, del Consejo Directivo de la OPS señalan la necesidad de trabajar con todos los sectores del gobierno y la sociedad civil para mejorar las condiciones de salud y promover la equidad.
- En la resolución CD47.R1 (2006), *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados*, se abordan los derechos de las personas discapacitadas, incluido el acceso igualitario a la atención de salud, educación, vivienda y empleo.
- En la resolución WHA62.14 (2009), en la que se examina el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008), se destaca la necesidad de reducir las inequidades que tienen su origen en los determinantes sociales, incluida la urbanización, y exige políticas nacionales y métodos para abordarlas (4).
- En los documentos CD47.18 (2006), *Estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006-2015*, y CD47/17, Rev. 1 (2006), *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*, se considera que el sector de la

- planificación urbana es un asociado fundamental para tratar las enfermedades no transmisibles y otras cuestiones sanitarias.
- En la resolución CD48.R11 (2008), *Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región*, se solicita que las iniciativas de salud urbana se refuercen para ayudar a prevenir los traumatismos en la Región.
 - En la resolución WHA57.10 (2004), *Seguridad vial y salud*, por la cual se recordó la resolución WHA27.59 (1974) y se examinó el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* del 2004, se solicitó la colaboración intersectorial para integrar los mecanismos de prevención de los traumatismos causados por accidentes de tránsito en los programas de salud pública.
 - En la resolución WHA62.12 (2009) sobre la atención primaria de salud se señala que en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* de la OMS se determina que la urbanización, junto con la globalización y el envejecimiento de la población, representan un reto para adaptar la atención primaria de salud y se pide que se adopten modelos locales de prestación de atención sanitaria adecuados que incluyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (5).

4. Los ministros de salud que participaron en el 50.º Consejo Directivo, celebrado en el 2010 (6), solicitaron que la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) preparara una estrategia y plan de acción regionales de carácter preliminar sobre la salud urbana en el marco de su participación en la mesa redonda sobre salud urbana (7). Asimismo, pidieron que se redactara una resolución para que, una vez examinada la versión preliminar, pudiera presentarse el plan a las delegaciones para su aprobación en el 51.º Consejo Directivo. El presente documento responde a ambas peticiones.

5. Después de la mesa redonda que tuvo lugar en el 50.º Consejo Directivo, se celebraron foros regionales sobre la salud urbana y la promoción de la salud (octubre del 2010) que dieron lugar a algunas de las recomendaciones (8) incluidas en la presente estrategia y plan de acción. Posteriormente, en noviembre del 2010, se celebró el Foro Mundial sobre Urbanización y Salud en Kobe (Japón), en el cual la OMS y ONU-Hábitat dieron a conocer su informe conjunto *Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos* (2010), en el que se muestra cómo se vinculan la pobreza y la mala salud a la vida urbana (9), y se hizo un llamamiento a la acción con respecto a la salud urbana (10). En la presente estrategia y plan de acción se han incluido elementos de ambos documentos.

Análisis de la situación¹

6. El mundo está urbanizándose a una velocidad sin precedentes, lo cual supone un reto extraordinario para la salud (11). En 1900, 13% de la población mundial (220 millones de personas) residían en ciudades; en cambio, en 1950, la población urbana representaba 29,1% (732 millones) de la población mundial (2). En el 2008, las Naciones Unidas informaron que, por primera vez en la historia, más de la mitad de la población humana estaba viviendo en zonas urbanas y se preveía que esa proporción aumentaría a 70% para el 2050 (12). Esta tendencia es de especial interés en la Región de las Américas, donde la población urbana ha aumentado en un 187% desde 1970 y donde se localizan seis de las mayores megalópolis del mundo (São Paulo, la ciudad de México, la ciudad de Nueva York, Los Ángeles, Buenos Aires y Rio de Janeiro). Además, es la Región más urbanizada del mundo en desarrollo: 79,4% de los aproximadamente 556 millones de habitantes viven en zonas urbanas y se prevé que ese porcentaje aumente a 85%. Los niños que viven en las ciudades son motivo de preocupación especial y, desde el punto de vista socioeconómico, los niños menos privilegiados se encuentran con frecuencia jugando o incluso viviendo y trabajando en las calles (9). Asimismo, el hecho de que 30,8% de la población urbana viva en asentamientos irregulares generados por el crecimiento urbano rápido y no planificado es uno de los principales motivos de preocupación.

7. Las consecuencias del crecimiento de la población y de la urbanización sin planificación ni control han ampliado la brecha social dentro de las ciudades y dado lugar a importantes cinturones de pobreza y barrios pobres debido a la falta de oportunidades laborales, vivienda, seguridad y protección del medio ambiente (13). Dos terceras partes de las personas que viven por debajo del umbral de pobreza en América Latina y el Caribe residen en comunidades urbanas y periurbanas. Aunque la incidencia relativa de la pobreza urbana en la Región disminuyó de 41% en 1990 a 29% en el 2007, el número de pobres en las ciudades aumentó de 122 millones a 127 millones durante el mismo período (11). Las ciudades atraen a las poblaciones indígenas debido a las oportunidades económicas y sociales que ofrecen. En México, el Distrito Federal se considera actualmente la principal zona metropolitana con población indígena de la Región (14); y las ciudades como Chicago, Guatemala, Lima y Los Ángeles, entre muchas otras, tienen dificultades similares para abordar las barreras culturales que estas poblaciones afrontan al intentar obtener acceso a los servicios. Por otro lado, la urbanización acelerada ha generado sobrepoblación, lo que a su vez ha dado origen a barrios pobres y asentamientos inseguros, así como a la falta de servicios básicos de salud y saneamiento, debido a

¹ En el 2010, la OPS preparó dos documentos de base de los cuales procede la mayor parte de la información contenida en esta sección, a saber: *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable. Documento de antecedentes para el debate*, CD50/19, Add. I (Esp.), 15 de septiembre del 2010 (11); y *Desafíos de la Salud Urbana en las Américas. Documento de referencia preparado para el Segundo Foro Regional de Salud Urbana*, Nueva York, 25 y 26 de octubre del 2010 (8).

obstáculos que impiden ofrecer una infraestructura adecuada y servicios esenciales (15). Se calcula que en el 2003 el 5,1% de la población de los países más desarrollados de América Latina y el Caribe aún vivía en barrios pobres, mientras que en los países menos desarrollados el porcentaje era de 31,9% (16).

8. La urbanización acelerada, no planificada e insostenible también repercute de manera importante sobre la salud. Las condiciones de los entornos urbanos pueden exacerbar la prevalencia de una variedad de enfermedades infecciosas de transmisión vectorial (17) e incluso de las enfermedades desatendidas (18). En la Región, la razón de la mortalidad infantil entre el 20% de los más pobres y el 20% de los más ricos es de 6 a 1 en las ciudades (9). Las enfermedades crónicas no transmisibles representan 74% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos y la obesidad en los centros urbanos va en aumento, siendo particularmente alarmante el aumento sin precedentes de la obesidad en la niñez; los regímenes alimentarios poco saludables y la inactividad física contribuyen al rápido aumento de la obesidad en este grupo poblacional. Aunque los sistemas de información no están dotados para diferenciar claramente los gradientes socioeconómicos, las poblaciones vulnerables y las autóctonas y, a menudo, tampoco las diferencias entre los sexos en las ciudades, la información disponible apoya las estrategias propuestas a continuación.

9. Son tres los principales factores que contribuyen a la carga de morbilidad en la Región: la violencia, el consumo nocivo de alcohol y el tabaquismo. La violencia se concentra en las ciudades, a menudo en las zonas más pobres y marginadas. El *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* de la OMS, que incluyó a dos países de la Región, reveló tasas elevadas de violencia en una ciudad principal de cada país: el 28% de las mujeres de São Paulo (Brasil) y el 51% de las mujeres de Lima (Perú) manifestaron haber experimentado violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo (11). El consumo de alcohol representa una carga de morbilidad importante y sobrepasa los cálculos mundiales: en el 2002, el 5,4% de todas las defunciones y el 10% de todos los AVAD se atribuyeron al consumo de alcohol, con la mayoría de la carga en América Central y del Sur. A escala mundial, los hombres también presentan tasas mucho mayores de carga de morbilidad total (AVAD) atribuible al alcohol en comparación con las mujeres (7,4% en los hombres y 1,4% en las mujeres). Los hombres tienen cuatro episodios semanales más que las mujeres relacionados con el consumo de alcohol en exceso, lo que muy probablemente es el motivo de que presenten tasas más elevadas de mortalidad y discapacidad. Además, las tasas de abstinencia son mucho menores entre los hombres que entre las mujeres y la probabilidad de que las mujeres sean abstemias durante toda su vida es dos veces mayor que en el caso de los hombres. La residencia en zonas urbanas se ha relacionado con índices mayores de consumo de alcohol (19). Los estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos dan lugar a un riesgo mayor de muerte, enfermedades y traumatismos relacionados con el

alcohol, y este es un determinante social más importante para los hombres que para las mujeres (20).

10. En la Región de las Américas, así como en el resto del mundo, el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable y es responsable de alrededor de 1 millón de defunciones cada año (21). De entre todas las enfermedades crónicas, los cambios en la política sobre el tabaquismo son los que podrían salvar más vidas con mayor rapidez. La urbanización es un determinante social fundamental para el tabaquismo. El consumo de tabaco está asociado con condiciones socioeconómicas bajas, ya sea que se midan en función de los ingresos nacionales, del hogar o personales, del estado ocupacional o del nivel educativo (22). Los datos de la *Encuesta Mundial de Salud 2003* indican que el tabaquismo se correlaciona de forma importante con los ingresos familiares o el patrimonio. A diferencia de otras regiones del mundo donde los hombres fuman un promedio de cinco veces más que las mujeres, en la Región de las Américas el tabaquismo es dos veces más frecuente entre los hombres. En los países en desarrollo, las tasas de tabaquismo en los hombres han llegado al máximo y han comenzado a disminuir, mientras que siguen aumentando en las mujeres (23). Además, el grado de urbanización se ha relacionado con el consumo de tabaco, que es mayor en las zonas más urbanizadas de las naciones en desarrollo debido a una mayor exposición a prácticas agresivas de mercadotecnia y a la debilidad de los entornos reglamentarios. En México, por ejemplo, la razón entre el consumo de tabaco en las zonas urbanas y las rurales es de 1,8 a 1 (24), aunque las tasas están comenzando a disminuir en la mayoría de las grandes zonas metropolitanas (25).

11. Los traumatismos por accidentes de tránsito son la causa de 142.000 defunciones y unos 5 millones de traumatismos al año en la Región de las Américas. Las tasas de mortalidad por accidentes de tránsito ajustadas por edad varían ampliamente de un país a otro, desde 4,3 hasta 21,8 por 100.000 habitantes (11). Pese a que los países de ingresos altos de la Región presentan una tasa de mortalidad del 20% que va en disminución, en América Latina tiende a estar en alza y ha alcanzado el 40% (26); los países de ingresos bajos a medianos tienen un riesgo de mortalidad mayor (57%), y este es mayor en los individuos de 5 a 14 años de edad (250%), así como en los niños de 0 a 4 años de edad (124%). En los países desarrollados de la Región, las tasas de letalidad por choques de automóvil son mayores en los estratos socioeconómicos más bajos (27).

12. Debido a la contaminación del aire, cada año puede haber en la Región hasta 93.000 defunciones por enfermedades cardiopulmonares, 13.000 defunciones por cáncer de pulmón y 58.000 años de vida perdidos debido a las infecciones respiratorias agudas en menores de 4 años de edad, además de 560.000 AVAD perdidos (11). Los estudios realizados en la Región han revelado que la exposición a la contaminación del aire se distribuye sistemáticamente de manera desigual, como lo demuestra la exposición de los niños a los gases de los escapes de los vehículos (28) y la exposición al ozono (29). En

cuanto a la mortalidad por causas cardiovasculares, hay una razón de riesgo mayor de 6% a 40%, según la exposición a los gases de los escapes (30). Las graves repercusiones de la contaminación del aire sobre la salud pública puede considerarse no solo desde el punto de vista de las enfermedades y defunciones, sino también de la baja productividad, la pérdida de oportunidades de educación y el desaprovechamiento de otras oportunidades de desarrollo humano.

13. Además de las repercusiones para la salud, en las ciudades se exacerban las desigualdades sociales. Aunque en la Región se han estado logrando avances en materia de equidad, los datos probatorios tienden a compensar las grandes desigualdades dentro de los países y las ciudades. Por ejemplo, en el 2001, la ciudad de Buenos Aires estaba en una situación mucho mejor que el resto del país, ya que presentaba porcentajes menores de viviendas en malas condiciones de habitabilidad (18,5% frente a 6,4%), de agua contaminada (21,3% frente a 1,9%) y de personas que no habían completado la educación primaria (8,6% frente a 4,8%). Sin embargo, dentro de la propia ciudad también hay disparidades importantes en materia de salud: la mortalidad infantil fluctúa entre 6,5 por cada 1.000 habitantes en una zona urbana y 16 por cada 1.000 habitantes en otra parte de la zona metropolitana de Buenos Aires (11). También hay disparidades entre los países: Honduras, Nicaragua y Paraguay tienen mayores porcentajes de pobres en las ciudades, del 55% al 63%, situación muy distinta a la de Chile, donde el porcentaje es del 18,5%.

14. La megatendencia mundial hacia la urbanización se complica aún más debido a las problemáticas relaciones sociales, familiares, comunitarias, interculturales y de género que afectan de manera desigual la salud de la población y tienen repercusiones particulares sobre los grupos indígenas y de ascendencia africana. Hasta la fecha, este notable cambio no ha sido abordado plenamente en las políticas, estructuras y servicios de salud, y está generando una brecha importante entre las necesidades de la población y la respuesta del sector sanitario a ellas.

15. La urbanización brinda oportunidades importantes para reducir la pobreza y la desigualdad en materia de género, promoviendo el desarrollo sostenible y la protección de los migrantes y las poblaciones indígenas, y mejorando la calidad de vida y el bienestar de la población. La presente estrategia y plan de acción se basa en los ejemplos de programas y políticas que se han ejecutado en algunas ciudades, y aborda temas como la contaminación del aire y sonora, los cambios ambientales, los comportamientos saludables, los entornos saludables, los espacios para la recreación y actividad física, la seguridad humana, la urbanización incluyente, la infraestructura urbana y la violencia. Propone distintas opciones para abordar los problemas urbanos y adecuar los programas actualmente en marcha de modo que consideren el gradiente social y la dimensión urbana, y señala las consecuencias de optar por no hacer algo al respecto, al mismo tiempo que destaca los beneficios de la vida urbana como posible apoyo para la salud y la sostenibilidad. Asimismo, considera la posibilidad de modificar los programas y mejorar

las políticas vigentes a fin de manejar de manera apropiada la heterogeneidad de la población urbana. Hace referencia a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las iniciativas Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables, y Escuelas Promotoras de la Salud, así como las prioridades transversales de la OPS, entre otras iniciativas regionales y nacionales.

Propuesta

16. La finalidad de la estrategia y plan de acción sobre la salud urbana es prestar apoyo a los ministerios de salud para que: a) fortalezcan su función de rectoría en la promoción de la salud considerando los efectos de la urbanización; b) reorienten los servicios de salud para que atiendan las necesidades específicas de las poblaciones urbanas; c) fortalezcan la capacidad institucional para poner en práctica un sistema de salud urbana; y d) propugnen por alcanzar una meta común y la responsabilidad compartida.

17. Para atender las necesidades específicas de la población urbana se necesita una estrategia de la OPS en materia de rectoría, servicios de salud, mejoramiento de las capacidades institucionales y promoción de la causa de la salud urbana (SHEDA), la cual permitirá fortalecer los ministerios de salud mediante cuatro puntos de acceso básicos, a fin de lograr una estrategia integrada, sincrónica y regional al realizar avances en las siguientes esferas:

- a) *Asunción de la rectoría para promover la salud:* proporcionar al personal de salud, a las autoridades de la ciudad y a los colaboradores fundamentales de otros sectores la orientación y las herramientas que necesiten para reforzar sus actividades de promoción de la salud y el bienestar en todo el gradiente social:
 - Revitalizar la participación de las autoridades locales y las aportaciones de las ciudades en el análisis de las condiciones sanitarias locales y la respuesta frente a ellas mediante métodos intersectoriales y participativos.
 - Apoyar la solidaridad, las alianzas, el intercambio de conocimientos y la identificación de liderazgo y oportunidades en las ciudades mediante el fortalecimiento de las redes de municipios y ciudades saludables en la Región.
 - Actualizar y adaptar las directrices y los instrumentos actuales en materia de municipios saludables, planificación y presupuestación participativas dirigidos a los alcaldes, y elaborar otros para apoyar sus capacidades intersectoriales.
 - Abordar la salud y la equidad sanitaria en las políticas de otros sectores (salud y equidad en todas las políticas).
 - Proporcionar orientación sobre las prioridades de salud que deben abordarse y directrices para la planificación y adopción de medidas urbanas sustentadas en la salud pública que emprenderán otros sectores.

- b) *Reorientación de los servicios de salud*: adaptarlos para que respondan a las necesidades dinámicas y específicas de las diversas poblaciones urbanas:
- Aplicar la estrategia de atención primaria de salud de una forma innovadora.
 - Ir a donde están las personas, considerando las necesidades específicas de las familias trabajadoras que se desplazan y que suelen tener pocas opciones de transporte.
 - Abordar la cuestión de las familias que han migrado recientemente y de las poblaciones indígenas, así como los obstáculos y las dificultades que afrontan para obtener acceso a servicios de salud adecuados.
 - Considerar el tamaño de las poblaciones que trabajan en los sectores formales e informales de la economía.
 - Considerar los riesgos diferenciales que se afrontan en la vida cotidiana, incluidas las drogas, la violencia y los comportamientos sexuales.
 - Incluir la protección social para toda la población, sobre todo para las personas más vulnerables.
- c) *Aumento de la capacidad y formulación de políticas*: concebir políticas e intervenciones, fundamentar las decisiones basadas en datos probatorios y mejorar las capacidades humanas y financieras.
- d) *Promoción de una meta común y responsabilidad compartida*: con los gobiernos locales y nacionales, la comunidad académica, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil en relación con la salud y el bienestar equitativos de la población urbana.

Plan de acción sobre la salud urbana

Principios

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

Resultados previstos

19. Los países habrán:
- Reorientado su sistema de salud de modo que aborde las necesidades sanitarias de la población y tenga en cuenta la movilidad, la diversidad cultural y la equidad.
 - adaptado sus programas para que aborden el gradiente social.
 - adoptado un método coherente de promoción de la salud que incluya todos los aspectos de gobierno dentro de sus ciudades. y

- Realizado mejoras considerables en cuanto a la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para mejorar y mantener su salud y bienestar.

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Objetivo específico 1: Elaborar políticas urbanas saludables.

Indicador

- Número de países con planes y políticas nacionales de desarrollo que introducen la salud y la equidad sanitaria en el desarrollo urbano. (Línea de base: a establecerse.² Meta: a establecerse.³)

Actividades

- 1.1 Dar prioridad a la integración de la salud en las políticas urbanas, metropolitanas y nacionales, alentando a cada país de la Región a contar con una política, una estrategia y un plan explícitos en materia de salud urbana, que incluyan la creación y el mantenimiento de entornos saludables, incluidos lugares seguros para la recreación y actividad física.

² Se están determinando la línea de base y meta de algunos indicadores, que se incluirán en la versión que se someterá a la consideración del 51.º Consejo Directivo.

³ Ídem.

- 1.2 Hacer partícipes a otros sectores y asociarse con ellos para introducir la salud y la equidad sanitaria en todas las políticas urbanas, incorporar los mecanismos institucionales, legales y financieros que proporcionarán coherencia a todas las políticas y los planes sobre salud urbana, incluidas las políticas concretas en las esferas del crecimiento urbano sostenible, el tránsito masivo, la protección de los recursos naturales (agricultura y ganadería, tierra y agua), el uso sostenible de la energía (con énfasis en los mecanismos de reciclaje), la creación de condiciones saludables en zonas industriales y turísticas específicas, y la evaluación y gestión eficaz de las inequidades, las barreras culturales y los gradientes sanitarios.
- 1.3 Promover la inclusión de las evaluaciones de las repercusiones para la salud y la equidad sanitaria en las políticas, los planes y los programas nacionales y locales de carácter público y privado.

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

Indicador

- Número de países que disponen de un plan nacional de salud que integra un sistema de equidad en el ámbito de la salud urbana y tienen en cuenta a los grupos vulnerables. (Línea de base: a establecerse. Meta: a establecerse.)

Actividades

- 2.1 Rediseñar la estructura de los servicios de salud prestados a las poblaciones urbanas, de modo que promuevan la salud y mejoren la eficacia de la cobertura y protección social en función del gradiente social, especialmente entre los residentes de los barrios pobres, las poblaciones indígenas y los migrantes recientes.
- 2.2 Adaptar los programas de salud a los entornos urbanos mediante la elaboración y utilización de directrices que les permitan considerar explícitamente los riesgos ambientales, sociales y conductuales, la diversidad cultural y los factores protectores de las poblaciones urbanas.
- 2.3 Introducir instrumentos de promoción de la salud para desarrollar las aptitudes personales y fomentar medidas comunitarias que fortalezcan los recursos saludables y aumenten los factores protectores entre las personas, las familias y las comunidades en el contexto de la salud urbana.

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

Indicador

- Número de países que aplican las directrices de salud pública de la OPS para la planificación de la salud urbana. (Línea de base: a establecerse. Meta: a establecerse.)

Actividades

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

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

Indicador

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

Actividades

- 4.1 Reforzar y hacer hincapié en el componente de salud urbana en las redes nacionales y regionales, y aprovechar las redes regionales existentes como la Red de las Américas de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables; Escuelas Promotoras de la Salud; Viviendas Saludables; Rostros, Voces y Lugares; y las redes mundiales como Comunidades Seguras.
- 4.2 Integrar la esfera de la salud urbana en el desarrollo sostenible y las iniciativas en materia de cambio climático.
- 4.3 Identificar e incluir a los actores regionales en la urbanización, uniendo los intereses y las capacidades de otros organismos y profesionales de la salud pública y la planificación urbana.

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

Indicadores

- Número de países con sistemas de vigilancia que incluyen indicadores de la salud urbana. (Línea de base: a establecerse. Meta: a establecerse.)
- Número de países que aplican en las políticas, los programas o proyectos de carácter nacional o urbano las directrices de evaluación y las herramientas de acción para determinar las repercusiones sobre la salud o la equidad sanitaria. (Línea de base: a establecerse. Meta: a establecerse.)

Actividades

- 5.1 Formular directrices e indicadores para los sistemas de vigilancia, incluidos los factores determinantes de la salud urbana y de la distribución social diferencial de la salud que abarque el género, las condiciones de migración y las poblaciones autóctonas.
 - 5.2 Establecer un observatorio regional que extraiga sistemáticamente datos, experiencias, innovaciones en los servicios de salud, y conocimientos, políticas y prácticas óptimos en el ámbito de la salud urbana, promoviendo la colaboración y el intercambio entre las ciudades y las metrópolis de la Región, con hincapié en mejorar la documentación sobre las disparidades e inequidades, los barrios pobres, las poblaciones autóctonas y los migrantes recientes, y trabajando para modificar los factores determinantes de la salud.
 - 5.3 Establecer mecanismos eficaces para transferir la información a fin de incorporar conocimientos rigurosos y actualizados a la concepción de las políticas e intervenciones en materia de salud urbana.
 - 5.4 Establecer vínculos más estrechos con los académicos y las universidades, promoviendo el financiamiento de la investigación pertinente, en función de lo que se determine a partir de los observatorios y la práctica relacionada con las repercusiones de la urbanización sobre la salud y el gradiente social.
 - 5.5 Formar capacidad de acción en cuanto a la salud urbana, incluidos los recursos humanos y financieros para el desarrollo y la negociación eficaces de las políticas e intervenciones integradas en materia de salud urbana.
 - 5.6 Por medio de actividades de promoción de la causa basadas en datos probatorios y métodos de mercadeo social llegar a audiencias específicas para fomentar los cambios necesarios para mejorar la salud urbana.
22. El presente documento tiene por objeto afianzar la función de la OPS para anticiparse a los nuevos problemas de salud urbana y encontrar maneras de abordarlos

mediante la adopción de medidas multisectoriales en los niveles regional, nacional y local.

Seguimiento, análisis y evaluación

23. A partir de los objetivos específicos propuestos, en la vigilancia del Plan y la notificación sobre su progreso se considerarán los cambios que ocurran en el transcurso del tiempo, y se utilizará la información inicial como punto de referencia para establecer el avance. Se espera que estos elementos sirvan de estímulo para que los países comiencen a recopilar datos en las esferas donde faltan actualmente y que presenten informes con los datos de que dispongan en ese momento. Cada objetivo específico va acompañado de indicadores que servirán como base para realizar este proceso de seguimiento, vigilancia y evaluación.

24. El plan de acción contribuye al logro de los Objetivos Estratégicos 3,⁴ 6,⁵ 7⁶ y 8⁷ del Plan Estratégico de la OPS.⁸ En el anexo C se describen los resultados previstos a nivel regional a los que el Plan de Acción contribuye. La vigilancia y valoración del Plan de Acción se alinearán con el marco de gestión basada en los resultados de la Organización, así como con sus procesos de desempeño, vigilancia y evaluación. A este respecto se elaborarán informes sobre los progresos realizados basados en la información disponible a fines de cada bienio.

25. Con miras a determinar los puntos fuertes y flacos de la ejecución general, los factores causales de los éxitos y fracasos y las medidas futuras, se realizará una evaluación a la mitad del período y otra al final.

Intervención del Comité Ejecutivo

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

⁴ OE 3: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

⁵ OE 6: Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud.

⁶ OE 7: Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.

⁷ OE 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.

⁸ Para más información, sírvase consultar el [Plan Estratégico de la OPS](#).

Referencias

1. Baker JL. *Urban poverty: a global view* [Internet]. New York: The World Bank Group; 2008 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://siteresources.worldbank.org/INTURBANDEVELOPMENT/Resources/336387-1169585750379/UP-5.pdf>.
2. WHO Commission on Social Determinants of Health, Knowledge Network on Urban Settings. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings* [Internet]. Kobe: OMS; 2008 (Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf.
3. Naciones Unidas. *Protección y fomento de la salud humana* (capítulo 6 de la sección I del Programa 21) [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 1992 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.un.org/esa/dsd/agenda21_spanish/res_agenda21_06.shtml.
4. Organización Mundial de la Salud. *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud* [Internet]. 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, del 18 al 27 de mayo del 2009; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (documento WHA 62.14) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf.
5. Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud* [Internet]. 62.^a Asamblea Mundial de la Salud, del 18 al 27 de mayo del 2009; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2009 (documento WHA 62.12) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable* [Internet]. 50.^o Consejo Directivo de la OPS, 62.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8143&Itemid=.

7. Organización Panamericana de la Salud. *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable: informe final* [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19, Add. II) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9031&Itemid=.
8. Organización Panamericana de la Salud. *Desafíos de la Salud Urbana en las Américas. Documento de referencia preparado para el Segundo Foro Regional de Salud Urbana*, 25 y 26 de octubre del 2010, Nueva York, Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010.
9. Organización Mundial de la Salud, Centro OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe), y Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). *Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos* [Internet]. Kobe: OMS; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar el resumen de orientación en español en:
http://www.hiddencities.org/downloads/WHO_UN-HABITAT_Hidden_Cities_SPw.pdf.
y el informe completo en inglés en: <http://www.hiddencities.org/report.html>.
10. World Health Organization, the WHO Kobe Center for Health Development, and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). Kobe call to action [Internet]. Kobe: WHO; 2010. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
http://www.who.or.jp/index_files/Kobe%20Call%20to%20Action%20FINAL_4p.pdf.
11. Organización Panamericana de la Salud. *Mesa redonda sobre urbanismo y vida saludable. Documento de antecedentes para el debate*. [Internet]. 50.º Consejo Directivo de la OPS, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 2010 Sep 27-Oct. 1; Washington, D.C., Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2010 (documento CD50/19, Add. I) [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
http://new.paho.org/hq/index.php?gid=8674&option=com_docman&task=doc_download.
12. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), Oficina Regional para América Latina y el Caribe (ONU-Hábitat, ROLAC). *Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe* [Internet]. Rio de Janeiro: ONU-Habitat, ROLAC; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar

en: <http://www.regionalcentre-lac-undp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/herramientas/estadociudades.pdf>.

13. Economic Commission for Latin America and the Caribbean/International Labour Organization Regional Office for Latin America and the Caribbean (ECLAC/ILO). Crisis in the labour markets and countercyclical responses [Internet]. *ECLAC/ILO Bulletin, The employment situation in Latin America and the Caribbean*; septiembre del 2009; no. 2. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/37301/2009-639-Bulletin_2_ECLAC-ILO-WEB.pdf.
14. Albertani C. Los pueblos indígenas en la ciudad de México. Una aproximación [Internet]. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X); *Política y Cultura* 1999; no. 12 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26701211.pdf>.
15. Global Research Network on Urban Health Equity. *Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health: final report of the GRNUHE* [Internet]. Londres: GRNUHE; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.ucl.ac.uk/ghcg/GRNUHE/GRNUHEPublication/grnuhefinal>.
16. United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat). *The challenge of slums: global report on human settlements 2003* [Internet]. Londres: Earthscan Publications Ltd.; 2003 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1156>.
17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Dengue y dengue hemorrágico [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2010 [consultado el 7 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue/>.
18. Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira MT, et al. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development [Internet]. *BMC Public Health*; 2007 Jan;7:6. [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-6.pdf>.
19. Nayga R, Capps O. Analysis of alcohol consumption in the United States: probability and level of intake. *Journal of Food Distribution Research* [Internet]. Septiembre de 1994 (25)2:17-23 (consultado el 3 de diciembre del 2010). Se puede encontrar en: <http://econpapers.repec.org/article/agsjlofdr/27601.htm>.

20. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health, 2011* [Internet]. Ginebra: OMS; 2011 [consultado el 3 de marzo del 2011]. Se puede encontrar en:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.
21. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana* [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
<http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>.
22. World Health Organization. Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.
23. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon (eds.). *Gender, women, and the tobacco epidemic* [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html.
24. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). *Encuesta nacional de adicciones 2008* [Internet]. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. México: 2008 [consultado el 5 de noviembre del 2010]. Se puede encontrar en: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html>.
25. Kopstein A. *Tobacco Use in America: Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse* (Analytic Series: A-15, DHHS Publication No. SMA (02-3622). Rockville (MD), US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies; 2001 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en:
<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/tobacco/tobacco.pdf>.
26. Nantulya VM and Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion* 2003 Mar-Jun; 10(1-2):13-20.
27. Factor R, Yair G, Mahalel D. Who by accident? The social morphology of car accidents. *Risk Analysis* Sep. 2010;30(9):1411-1423.

28. Gunier RB, Hertz A, Von Behren J, Reynolds P. Traffic density in California: socioeconomic and ethnic differences among potentially exposed children. *J Expo Anal Environ Epidemiology* 2003 May;13(3):240-246.
29. Korc ME. A Socioeconomic Assessment of Human Exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. *J Air Waste Manag Assoc.* 1996 Jun;46(6):547-557.
30. Finkelstein MM, Jerrett M, Sears MR. Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun; 59(6): 481-487.
31. United Nations. *World urbanization prospects: the 2009 revision*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, (Sección de Estimaciones y Proyecciones de Población, documento ESA/WP/215). Nueva York: Naciones Unidas; 2010 [consultado el 3 de diciembre del 2010]. Se puede encontrar en http://esa.un.org/unpd/wup/Documentos/WUP2009_Highlights_Final.pdf.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2011

CE148/8 (Esp.)
Anexo A
ORIGINAL: INGLÉS

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA

LA 148.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana* (documento CE148/8);

RESUELVE:

Recomendar al 51.^o Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD URBANA

EL 51.^o CONSEJO DIRECTIVO,

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

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

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

Habiendo estudiado la oportunidad que se presenta de abordar muchos de los problemas de salud pública más desafiantes que los países afrontan actualmente en las esferas de las enfermedades no transmisibles, los traumatismos, las enfermedades transmitidas por vectores y otras enfermedades transmisibles, así como el reto de enfrentar las diversas necesidades de la población en los entornos urbanos;

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

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

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

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

RESUELVE:

1. Respalda la Estrategia y aprueba el Plan de acción sobre la salud urbana, y apoyar su ejecución en el contexto de las condiciones específicas de cada país para responder apropiadamente a las necesidades y tendencias actuales y futuras en el ámbito de la salud urbana en la Región.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) adopten las directrices, las herramientas y los métodos elaborados por la Oficina y los centros de excelencia para apoyar su función intersectorial de rectoría y la reorientación de los servicios de salud;

- b) inviertan en las políticas y los programas nacionales y locales de promoción de la salud, incluido el fortalecimiento de la participación social, con los marcos jurídicos y los mecanismos de financiamiento apropiados;
 - c) ajusten los sistemas de vigilancia para que incluyan factores determinantes e indicadores relativos a la salud urbana, las poblaciones indígenas, el género y las condiciones de migración, así como documentación de los procesos y experiencias relacionados con la salud urbana;
 - d) promuevan el compromiso de los gobiernos metropolitanos y de ciudades con la planificación y el desarrollo de ciudades saludables, con la consideración de la salud urbana y la equidad en materia de salud en las políticas y los planes sanitarios nacionales;
 - e) asistan a los gobiernos metropolitanos y de ciudades en la utilización de las herramientas de valoración y acción para abordar más eficazmente una planificación urbana que tenga en cuenta la salud y la equidad, y los programas conexos;
 - f) sensibilicen a los interesados directos clave, y elaboren planes y programas de mercadeo social;
 - g) presenten un informe cada dos años sobre los progresos realizados que incluya los datos para realizar una evaluación de mitad de período a los cinco años y una evaluación final al cabo de 10 años.
3. Solicitar a la Directora que:
- a) produzca y difunda criterios, recomendaciones, políticas modelo y marcos jurídicos en materia de salud pública para la planificación de la salud urbana y los servicios de salud urbana, y métodos para realizar actividades multisectoriales, entre ellas, valoraciones de las repercusiones sobre la salud, valoraciones de las repercusiones sobre la equidad sanitaria y recopilación y análisis de los datos intersectoriales;
 - b) reúna y dé a conocer información nueva acerca de las experiencias, enseñanzas extraídas y mejores prácticas obtenidas en los foros regionales, la investigación, los observatorios, la documentación y el intercambio de experiencias y procesos prometedores;

- c) incorpore los criterios de promoción de la salud y factores determinantes de la salud a la cooperación técnica en materia de salud urbana y a la estrategia de cooperación en los países;
- d) fomente el aumento de la capacidad para la planificación, ejecución, vigilancia y funcionamiento de sistemas de información en el ámbito de la salud urbana en toda la Región;
- e) apoye la participación de los ministerios en los gobiernos metropolitanos y de las ciudades y otros sectores pertinentes, de acuerdo con los temas detallados en el informe final de los debates realizados en el marco de la mesa redonda del 50.º Consejo Directivo, el informe final sobre la salud urbana y los foros de promoción de la salud y el llamamiento mundial a la acción en urbanización y salud.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE148/8 (Esp.)
Anexo B

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de los proyectos de resolución**

1. Punto del orden del día: 4.2 Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana

2. Relación con el presupuesto por programas:

a) Área de trabajo: Número de países que adoptan el marco conceptual de salud urbana de la OPS/OMS (6.1.3).

b) Resultado previsto:

RPR 6.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes; y para establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo.

3. Repercusiones financieras:

a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):

La estrategia tiene repercusiones financieras para la Organización que se determinarán durante la preparación del plan de acción.

En estos momentos, se calcula que la ejecución del plan de acción para este período requerirá un total de \$911.940, que incluyen:

<i>Sueldos parciales</i>	<i>US\$</i>
Asesor principal en Washington, D.C.	70.400
Asesor en materia de salud urbana	40.500
Puntos focales en las representaciones	300.000
Apoyo al seguimiento	15.000
 <i>Subcontrato para la formulación de las directrices</i>	
Planificación urbana	40.000
Vigilancia	40.000

Evaluación de las repercusiones sobre la equidad en salud	40.000
Servicios de salud	40.000
Política modelo y marcos jurídicos	40.000
<i>Subcontrato para el sistema de seguimiento</i>	20.000
<i>Asesores temporeros en</i>	
Valoración de las repercusiones sobre la salud y ejecución de la evaluación de las repercusiones sobre la equidad en materia de salud	68.000
Vigilancia de los factores determinantes de la salud urbana	68.000
Tercer Foro Regional de Salud Urbana	75.000
Impartición de cursos virtuales	50.000
Publicaciones	45.000
b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): \$911.940	
c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?: El costo de los asesores y los asesores de país, que asciende a \$425.900.	
4. Repercusiones administrativas	
a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas: en los niveles regional, subregional y nacional.	
b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal): Un puesto profesional (maestría en salud pública) para prestar apoyo técnico y coordinar y vigilar la ejecución de los proyectos específicos en cada país.	
c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación): 2011: Para la elaboración de las directrices y los métodos y el reclutamiento de las primeras ciudades y países de demostración para la OPS en salud urbana. 2012-2021: Aplicación de la estrategia y el plan de acción Se proporcionará a los Cuerpos Directivos un informe sobre los progresos realizados transcurridos 5 y 10 años. Se hará una evaluación final al concluirse el plan.	



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CE148/8 (Esp.)
 Anexo C

PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES	
1. Punto del orden del día:	4.2 Estrategia y plan de acción sobre la salud urbana
2. Unidad a cargo:	Equipo de salud urbana y determinantes de la salud, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental.
3. Funcionarios a cargo:	Marilyn Rice y Carlos Santos-Burgoa
4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:	- Cooperación bilateral: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Unión Europea, Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GIZ), Institutos Nacionales de Salud (NIH), Organismo de Salud Pública de Canadá (PHAC), Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI), Alianza Sanitaria Internacional del Reino Unido (HAPI) y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). - Comunicaciones y medios de difusión (televisión y radio). - Instituciones financieras: Corporación Andina de Fomento, Banco de Desarrollo del Caribe, Banco Centroamericano de Integración Económica, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial. - Comisiones y fundaciones internacionales y mundiales: Programa Internacional sobre el Cambio Climático, Fundación Gates, la Cruz Roja, Fundación Rockefeller, Foro Económico Mundial. - Sector salud y otros sectores públicos: economía, educación, vivienda y planificación urbana, gobiernos y municipios locales, transporte. - Sistema interamericano: Organización de los Estados Americanos (OEA): Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); Federación Latinoamericana de Ciudades, Municipios y Asociaciones de Gobiernos Locales (FLACMA); Federación de Municipios del Istmo Centroamericano (FEMICA). - Organizaciones multilaterales: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO); Organización Internacional del Trabajo (OIT); Unidad de Seguridad Humana de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA); Organización de las Naciones Unidas para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); ONU-Hábitat; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Programa Mundial de Alimentos (PMA), y sede de la OMS. - Centros colaboradores de la OPS/OMS: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública (CEDETES); Centro de Estudios, Investigación y Documentación en Ciudades Saludables (CEPEDOC); Centro de Salud Ambiental (CENSA-INSP); Centro para

el Desarrollo de Ciudades y Pueblos Saludables; Centro de Investigaciones de Salud y Violencia (CISALVA); Centro para las Adicciones y la Salud Mental (CAMH); Universidad de Dalhousie; Centro para la Prevención de Traumatismos de la Universidad Emory; Universidad Federal de São Paulo; Centro de los Grandes Lagos para la seguridad ocupacional y ambiental y la salud; Universidad McGill; Instituto Nacional del Cáncer; Centro Nacional para la Salud Ambiental de los CDC (NCEH-CDC); Centro Nacional para la Prevención y el Control de los Traumatismos; Instituto Nacional de Psicoterapias (PNV); Academia de Medicina de Nueva York; Universidad de Kansas; Universidad de Ottawa; Universidad de Puerto Rico; Universidad de Texas; Universidad de Toronto, y Universidad de Washington.

- Organizaciones profesionales: Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA); Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI); Asociación de Salud Pública del Canadá (CPHA); Sociedad Internacional para la Salud Urbana; Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación Sanitaria (IUHPE).
- Sector privado y organizaciones de la sociedad civil: organizaciones no gubernamentales y organizaciones sociales.
- Cuerpos Regionales del Gobierno: Comunidad y Mercado Común del Caribe (CARICOM), Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).
- Universidades, instituciones de enseñanza y de investigación.

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

- Área de acción *b*: Abordar los factores determinantes de la salud; punto 40, la urbanización no planificada y el marco legislativo correspondiente.
- Área de acción *c*: Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad; punto 49, atención primaria de salud en las áreas rurales y periurbanas marginadas, inclusión de la población indígena en el sistema de salud.
- Área de acción *d*: Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos; puntos 52 y 54, en particular, la prioridad a la población indígena y otras poblaciones vulnerables.
- Área de acción *e*: Reducir los riesgos y la carga de enfermedad: puntos 58, 59 y 60, en particular aquellos relacionados con los entornos saludables.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:

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

RPR 3.1: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica a fin de aumentar el compromiso político, financiero y técnico para hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos por falta de seguridad vial y las discapacidades.

RPR 3.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para la elaboración y ejecución de políticas, estrategias y reglamentos referentes a las enfermedades crónicas

	no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, la seguridad vial, las discapacidades y las enfermedades bucodentales.
RPR 3.3:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para recopilar, analizar, difundir y utilizar datos sobre la magnitud, las causas y las consecuencias de las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas y las discapacidades.
RPR 3.4:	La Oficina habrá compilado mejores datos objetivos sobre costo-eficacia de las intervenciones para atender las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento, la violencia, los traumatismos ocasionados por tránsito en las vías públicas, las discapacidades y la salud bucodental.
OE 6:	Promover la salud y el desarrollo, y prevenir o reducir factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo, que afectan las condiciones de salud.
RPR 6.1:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer su capacidad de introducir la promoción de la salud en todos los programas pertinentes; y para establecer colaboraciones multisectoriales y multidisciplinarias eficaces para la promoción de la salud y la prevención o reducción de los principales factores de riesgo.
RPR 6.2:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para fortalecer los sistemas nacionales de vigilancia de los principales factores de riesgo mediante la elaboración y validación de los marcos, las herramientas y los procedimientos operativos y su difusión.
RPR 6.5:	Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para elaborar políticas, estrategias, programas y guías éticas basadas en evidencias para prevenir y reducir los regímenes alimentarios insalubres y la inactividad física y los problemas relacionados.
OE 7:	Abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.
RPR 7.1:	Se habrá reconocido en toda la Organización la importancia de los determinantes sociales y económicos de la salud y estos se habrán incorporado en el trabajo normativo y la colaboración técnica con los Estados Miembros y otros colaboradores.
RPR 7.2:	La OPS/OMS toma la iniciativa al brindar oportunidades y medios para la colaboración intersectorial a los niveles nacional e internacional para abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud e impulsar la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible.
RPR 7.3:	Los datos sociales y económicos pertinentes para la salud se habrán recogido, compilado y analizado en forma desglosada (por sexo, edad, grupo étnico, ingresos y problemas de salud, como enfermedades o discapacidades).
RPR 7.6:	Los Estados Miembros reciben apoyo por medio de la cooperación técnica para elaborar políticas, planes y programas que apliquen un enfoque intercultural basado en la atención primaria de salud y que busquen establecer alianzas estratégicas con los interesados directos y los asociados pertinentes para mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas y poblaciones étnico/raciales.

OE 8: Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud. RPR 8.1: Se habrán difundido evaluaciones, normas y orientación basadas en evidencias sobre los riesgos prioritarios para la salud ambiental (por ej. calidad del aire, sustancias químicas, campos electromagnéticos, radón, agua potable, reutilización de aguas residuales). RPR 8.2: Estados Miembros apoyados a través de la cooperación técnica para realizar intervenciones de prevención primaria que reduzcan los riesgos de salud ambiental, aumenten la seguridad y promuevan la salud pública, incluso en entornos específicos y en grupos vulnerables (por ej., niños y adultos mayores).
7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas: • El Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres (SIMPAD), de la oficina del alcalde de Medellín (Colombia), se centra en reducir las vulnerabilidades sociales, ambientales y físicas de los habitantes de la ciudad mediante una estrategia que comparte la responsabilidad entre el gobierno de la ciudad y la participación comunitaria orientada a controlar el riesgo. • El Secretario de Salud de Bogotá y su experiencia con la promoción de entornos de trabajo saludables en unidades de trabajo informal. • La Ciudad Autónoma de Buenos Aires mediante el Plan de Movilidad Sustentable del Ministerio de Desarrollo Urbano • Transmilenio, ambiente sostenible, Bogotá, Colombia
8. Repercusiones financieras del punto del orden del día: La estrategia tiene repercusiones financieras para la Organización que se ajustarán aún más durante el seguimiento de la estrategia y el plan de acción. En este momento, se calcula que en el bienio 2011-2012 se requerirá un total de US\$ 911.940 para ejecutar el plan de acción. Muchos de estos recursos se relacionan con la asignación de tiempo invertido por el personal que ya figura en la nómina de sueldos de la oficina regional y las representaciones de la OPS.